ZARZĄDZENIE NR 1941/21
PREZYDENTA MIASTA GDAŃSKA

z dnia 2 grudnia 2021 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację w roku 2022 zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025 oraz Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017 – 2025.

Na podstawie art. 30 ust.1 i ust. 2 pkt 2 w związku z art. 33 ust. 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. 2021 poz. 1372, 1834), art. 2, art.13 pkt 3 art. 14 ust. 1 i art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1956), rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021 – 2025 (Dz. U. 2021 poz. 642), Uchwały Nr XXIX/753/20/RMG z dnia 29 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025, Uchwały Nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z 5 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia "Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020" oraz Uchwały Nr XXIX/754/20 z dnia 29 października 2020 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia "Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020", zarządza się co następuje:

§ 1. Ogłasza się konkurs ofert na realizację zadań na rok 2022 z zakresu zdrowia publicznego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025 oraz Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017 – 2025.

§ 2. Wysokość środków na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w roku 2022 w ramach niniejszego konkursu została oszacowana na kwotę 374 500,00 PLN, słownie: trzysta siedemdziesiąt cztery tysiące pięćset złotych.

§ 3. 1. Treść ogłoszenia o konkursie ofert stanowi załącznik Nr 1 do Zarządzenia.

2. Wzór oferty konkursowej stanowi załącznik Nr 2 do Zarządzenia.

3. Wzór oświadczenia o niekaralności stanowi załącznik nr 3 do Zarządzenia.

4. Wzór Karty Oceny oferty stanowi złącznik nr 4 do Zarządzenia.

5. Wzór umowy stanowi załącznik nr 5 do Zarządzenia.

6. Wzór oświadczenia o wydatkowaniu wartości przekazanych transz stanowi załącznik Nr 6 do Zarządzenia.

7. Wzór oświadczenia, wymaganego od Realizatora w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych, przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO stanowi załącznik nr 7 do zarządzenia.

8. Wzór sprawozdania stanowi załącznik Nr 8 do Zarządzenia

9. Wzór informacji o sposobie uwzględniania zasad wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych stanowi załącznik nr 9 do Zarządzenia.

10. Wzór informacji o sposobie realizacji zasad kampanii „Gdańsk bez plastiku" stanowi załącznik nr 10 do Zarządzenia

11. Materiały do realizacji programu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego stanowią załączniki nr:

- materiały dla rodziców (ulotka, prezentacja) - załączniki nr: 11 i nr 12
- materiały do realizacji zajęć (schematy, prezentacje) - załączniki nr : 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
- materiały dla osób, uczestniczących w zajęciach (broszura): nr 27 i nr 28 do Zarządzenia.

14. Wzór zgody na udział w module edukacyjnym stanowi załącznik nr 29 do Zarządzenia.

10. Uchwała w sprawie przyjęcia Programu wsparcia prokreacji oraz uchwała zmieniająca stanowi załącznik nr 30 i nr 31 do Zarządzenia.

11. Raport z badania ewaluacyjnego programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży stanowi załącznik nr 32 do Zarządzenia.

§ 4. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się:

1) w systemie informatycznym witkac.pl,

2) w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska,

3) na stronie internetowej Gminy Miasta Gdańska - Urzędu Miejskiego w Gdańsku,

4) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

§ 5. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

z up. PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA
ZASTĘPCZYNI PREZYDENTA
MIASTA GDAŃSKA

Monika Chabior

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

I. DYSPONENT ŚRODKÓW – OGŁASZAJĄCY KONKURS

PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA
ogłasza konkurs ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025 oraz Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska na lata 2017 – 2025.

II. PODSTAWA PRAWNA KONKURSU

Konkurs ofert ogłoszony jest na podstawie art. 2 oraz art. 14 ust. 1 w związku z art. 13 pkt 3, art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1956).

III. PODSTAWOWE INFORMACJE O KONKURSIE

1. Konkurs przeprowadzany jest jawnie, z zapewnieniem publicznego dostępu do informacji o zasadach jego przeprowadzania oraz do wyników poszczególnych jego etapów, publikowanych w systemie informatycznym Witkac.pl, na tablicy ogłoszeń, na stronie internetowej oraz w BIP Ogłaszającego konkurs.
2. Ilekroć w ogłoszeniu wskazuje się liczbę dni, mowa jest o dniach roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, o ile nie wskazano inaczej.
3. Ilekroć w ogłoszeniu jest mowa o:

1) **Ogłaszającym konkurs** – należy przez to rozumieć Prezydenta Miasta Gdańska,
2) **Komisji** - należy przez to rozumieć Komisję Konkursową powołaną do wyboru Realizatora/-ów zadań konkursowych,
3) **Oferencie** - należy przez to rozumieć podmiot składający ofertę w przedmiotowym konkursie ofert,
4) **Realizatorze zadania** - należy przez to rozumieć Oferenta, którego oferta została wskazana do finansowania w konkursie ofert i z którym zostanie podpisana umowa na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego,
5) **Umowie** - należy przez to rozumieć umowę na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego, zawartą pomiędzy Ogłaszającym konkurs, a Realizatorem zadania, którego oferta została wybrana do realizacji,
6) **Programie** - należy przez to rozumieć Uchwałę Nr XXIX/753/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 października 2020r. w sprawie przyjęcia Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025, Uchwałę Nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017r. w sprawie przyjęcia „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020 oraz Uchwałę zmieniającą uchwałę Nr XXIX/754/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 października 2020 r. w sprawie przyjęcia „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020".
7) **NPZ** - należy przez to rozumieć Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025 (Dz. U. 2021 poz. 642),
8) **Suma kontrolna** - ciąg liczb i znaków umieszczany automatycznie na wydrukowanym dokumencie przez system elektroniczny. Zwykle znajduje się w stopce strony.

IV. ADRESACI KONKURSU

Oferentami mogą być podmioty, określone w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. 2021 r. poz. 183, 694, 1292), to jest: podmioty, których **cele statutowe lub przedmiot działalności** dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, określonymi w art. 2 ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1057 ze zm.), spełniające kryteria oceny, wskazane w ogłoszeniu o konkursie.

V. CEL GŁÓWNY REALIZACJI ZADAŃ KONKURSOWYCH/PROGRAMU

1. W zakresie Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025 - wydłużenie życia mieszkanek i mieszkańców Gdańska w zdrowiu oraz ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne, w tym: zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń, wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie, w tym promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym), podniesienie efektywności i skuteczności programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym.
2. Zwiększenie świadomości, podniesienie poziomu wiedzy oraz promowanie zachowań prozdrowotnych młodzieży gdańskich szkół w zakresie zdrowia prokreacyjnego.
3. Opracowanie/aktualizacja materiałów do realizacji programu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego zgodnie z Programem wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska na lata 2017 - 2025.

VI. TERMIN REALIZACJI ZADAŃ KONKURSOWYCH

W przypadku zadań rocznych - nie wcześniej niż od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2022 r.

UWAGA! Oferent może przewidywać późniejszy termin rozpoczęcia oraz wcześniejszy termin zakończenia realizacji zadań niż termin wskazany w rozdziale IX. ZADANIA BĘDĄCE PRZEDMIOTEM KONKURSU ORAZ TERMINY I WARUNKI ICH REALIZACJI – zgodnie ze specyfiką zadania - jednocześnie przy założeniu, że oferta obejmuje prawidłowy okres realizacji zadania tj. zadania roczne kończą się w 2022 roku.

VII. MIEJSCE REALIZACJI ZADAŃ KONKURSOWYCH

Miasto Gdańsk, w uzasadnionych przypadkach poza terenem Miasta Gdańska.

VIII. BENEFICJENCI ZADAŃ

Mieszkańcy miasta Gdańska:

1. Chcący nauczyć się zasad pierwszej pomocy.
2. Jako adresaci działań promocyjnych i edukacyjnych.
3. Uczniowie pierwszych klas szkół ponadpodstawowych miasta Gdańska.

IX. ZADANIA BĘDĄCE PRZEDMIOTEM KONKURSU ORAZ TERMINY I WARUNKI ICH REALIZACJI

Przedmiotem konkursu jest wybór Realizatorów zadania z zakresu zdrowia publicznego, planowanego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021- 2025 zgodnie z uchwałą Nr XXIX/753/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 października 2020 r, w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska na lata 2017 – 2025 zgodnie z uchwałą Nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017 r. oraz uchwałą zmieniającą uchwałę Nr XXIX/754/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 października 2020 r.

Na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach niniejszego konkursu Gmina Miasta Gdańska przeznacza **kwotę:**

- **a- na zadania z zakresu zajęć praktycznych uczących pierwszej pomocy – kwota 199 500 PLN, słownie: Sto dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy i pięćset złotych w roku 2022,**
- **b- na zadania dotyczące skutecznej promocji badań przesiewowych oraz/lub szczepień obowiązkowych i zalecanych – kwota 80 000 PLN, słownie: Osiemdziesiąt tysięcy złotych w roku 2022,**
- **c- na zadanie z zakresu edukacji zdrowotnej w ramach realizacji Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017 – 2025 – kwotę 35 000,00 PLN, słownie: Trzydzieści pięć tysięcy złotych w roku 2022,**
- **d- na zadanie dotyczące opracowania/aktualizacji materiałów do realizacji programu edukacji zgodnie z założeniami do programu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży wraz z wydrukiem i dostarczeniem broszur – kwotę 60 000,00 PLN, słownie: Sześćdziesiąt tysięcy złotych w roku 2022,**

Zadania będą realizowane w formie powierzenia.
Zadania mogą być powierzone do realizacji więcej niż jednemu Oferentowi.
Jedna oferta może zostać złożona na jedno zadanie konkursowe. Jeżeli Oferent chce złożyć ofertę na kilka zadań, to na każde z nich należy złożyć osobną ofertę.

Zadanie konkursowe realizuje cele: **Programów Operacyjnych Strategii Rozwoju Miasta Gdańska 2030 Plus:**

PO Zdrowie Publiczne i Sport:
Cel operacyjny II.1. „Zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie".
Cel operacyjny II.3. „Podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień".
Cel operacyjny II.4. „Podniesienie jakości opieki medycznej".

PO Integracja Społeczna i Aktywność Obywatelska:

Cel operacyjny: III.1. „Zwiększenie potencjału rozwojowego społeczności lokalnych, rodzin i osób"
Cel operacyjny: III.6. „Podniesienie jakości systemu integracji społecznej"

PO Edukacja:

Cel operacyjny I.1. „Wyrównanie szans edukacyjnych".
Cel operacyjny I.3. „Wspieranie rozwoju osobistego dzieci i młodzieży".

REALIZACJA WARSZTATÓW EDUKACYJNYCH DOTYCZĄCYCH ZASAD UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ					
Lp.	**Nr zadania z Programu/Nr celu i zadania z NPZ**	**Opis zadania konkursowego**	**Kwota PLN**	**Termin**	**BENEFICJENCI (klient/odbiorca)**
Cel Szczegółowy 3 Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025: Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior) **Cel Operacyjny 4 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025:** Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.					
1.	3.8 / 4.1	**KOMPETENCJE ZDROWOTNE** Realizacja warsztatów edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy, kierowanych do różnych grup odbiorców. Przeprowadzenie zajęć teoretycznych i praktycznych dla mieszkańców i mieszkanek Gdańska, uczących pierwszej pomocy.	**199 500,00**	II-XII 2022	**Odbiorcy bezpośredni**: Mieszkanki i mieszkańcy Gdańska **Odbiorcy pośredni:** ich otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne

ZMNIEJSZANIE RYZYKA ROZWOJU CHORÓB CYWILIZACYJNYCH					
Lp.	**Nr zadania z Programu/Nr celu i zadania z NPZ**	**Opis zadania konkursowego**	**Kwota PLN**	**Termin**	**BENEFICJENCI (klient/odbiorca)**
Cel Szczegółowy 1 Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025: Zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń **Cel szczegółowy 3 Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025:** Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior) **Cel Operacyjny 4 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025:** Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.					
2.	1.1, 1.2, 1.3, 3.1 / 4.1, 4.5	**PROFILAKTYKA** 1.1.Wspieranie projektów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych – organizacja i prowadzenie kampanii informacyjnych oraz innych działań z zakresu edukacji publicznej w obszarze promocji zdrowia. 1.2.Realizacja lub wsparcie interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych w różnych grupach wiekowych – organizacja i prowadzenie kampanii informacyjnych oraz innych działań z zakresu edukacji publicznej w obszarze promocji zdrowia. 1.3.Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii społecznych promujących profilaktykę chorób zakaźnych - organizacja i prowadzenie kampanii informacyjnych oraz innych działań z zakresu edukacji publicznej w obszarze promocji zdrowia.	**80 000,00**	II-XII 2022	**Odbiorcy bezpośredni**: Mieszkanki i mieszkańcy Gdańska **Odbiorcy pośredni:** ich otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne

		EDUKACJA ZDROWOTNA 3.1. Prowadzenie i wspieranie kampanii edukacyjnych dotyczących pozytywnych zachowań prozdrowotnych, w tym szczepień ochronnych - organizacja i prowadzenie kampanii informacyjnych oraz innych działań z zakresu edukacji publicznej w obszarze promocji zdrowia			

WSPARCIE PROKREACJI DLA MIESZKAŃCÓW GDAŃSKA					
Lp.	**Nr zadania z Programu/Nr celu i zadania z NPZ**	**Opis zadania konkursowego**	**Kwota PLN**	**Termin**	**BENEFICJENCI (klient/odbiorca)**
KOMPETENCJE ZDROWOTNE					
Cel Szczegółowy 3 Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020: Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior) **Cel Operacyjny 5 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (NPZ):** Wyzwania demograficzne					
3.	3.5 / 5.1	**Moduł edukacji zdrowotnej** - skierowany do młodzieży obojga płci, uczennic i uczniów szkół ponadpodstawowych miasta Gdańska (niepełnoletni – za uprzednią, pisemną zgodą rodziców/ opiekunów prawnych), młodych dorosłych mieszkanek i mieszkańców Gdańska; dotyczący zdrowia seksualnego człowieka oraz pełnienia odpowiednich ról w rodzinie. Zajęcia edukacyjne skierowane do grup warsztatowych nie większych niż klasa szkolna - prezentacyjne, warsztaty, metody aktywnego przekazywania wiedzy oparte o aktualny poziom wiedzy medycznej zarówno w zakresie treści jak i formy przekazu. W/ w zadania realizowane zgodnie z opisem programu i materiałami, w tym szczegółowymi scenariuszami zajęć, stanowiącymi Załączniki nr 11 – nr 26 do Zarządzenia o konkursie.	**35 000,00**	II–VI 2022	**Odbiorcy bezpośredni**: uczniowie klas pierwszych szkół ponadpodstawowych miasta Gdańska (niepełnoletni – za uprzednią, pisemną zgodą rodziców/ opiekunów prawnych), młodzi dorośli mieszkańcy i mieszkanki Gdańska **Odbiorcy pośredni:** ich otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne
4.	3.5 / 5.1	Opracowanie/aktualizacja materiałów do realizacji programu edukacji zgodnie z założeniami do programu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w formie elektronicznej wraz z drukiem i dostarczeniem broszur dla młodzieży w liczbie 10 000 sztuk oraz ulotek dla rodziców w liczbie 16 000 sztuk.	**60 000,00**	II-V 2022	**Odbiorcy bezpośredni**: Uczniowie i uczennice klas pierwszych szkół ponadpodstawowych miasta Gdańska (niepełnoletni – za uprzednią, pisemną zgodą rodziców/ opiekunów prawnych), młodzi dorośli mieszkańcy i mieszkanki Gdańska, ich rodzice/opiekunowie prawni **Odbiorcy pośredni:**

					ich otoczenie lokalne, regionalne, ponadregionalne i globalne

UWAGA!

Realizatorzy: podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 pkt. 2, 3, 4 i 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1956), w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2020 r. poz. 1057 ze zm.) oraz prowadzący działalność jako podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773).

Wymagania dotyczące realizacji zadania 1
Oferenci zobowiązani są do zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych i sprzętowych, niezbędnych do realizacji zadania oraz właściwej kadry (w każdej jego części), posiadającej odpowiednie wykształcenie i doświadczenie, niezbędne do prawidłowej realizacji zadania. Osoby prowadzące warsztaty powinny legitymować się:

a) wykształceniem medycznym (ratownik medyczny, lekarz systemu, pielęgniarka systemu),
b) udokumentowanym doświadczeniem w prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy w okresie ostatnich 3 lat.

Zajęcia powinny obejmować:

a) zajęcia teoretyczne,
b) zajęcia praktyczne

dla każdego uczestnika zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji.
Grupa szkoleniowa nie powinna przekraczać 20 osób jednocześnie.
Zajęcia powinny trwać nie krócej niż 8 godzin i nie dłużej niż 16 godzin dydaktycznych i obejmować co najmniej:

a) informacje wstępne (w tym: przepis dotyczący obowiązku udzielania pierwszej pomocy),
b) bezpieczeństwo (zabezpieczenie miejsca zdarzenia, bezpieczeństwo własne ratownika),
c) ocena stanu poszkodowanego (ocena funkcji życiowych, pozycja bezpieczna),
d) postępowanie w NZK (w tym z użyciem AED),
e) postępowanie w stanach nagłych zagrażających życiu (w tym: urazy, omdlenia),
f) wyposażenie apteczki,

Zajęcia praktyczne powinny stanowić co najmniej 50% godzin szkolenia.
Realizator powinien dysponować co najmniej:

a) jednym fantomem ćwiczeniowym do nauki RKO na każdych 5 uczestników, w tym przynajmniej jednym na grupę z możliwością kontrolowania prawidłowości funkcji życiowych,
b) fantomami ran,
c) środki opatrunkowe do nauki opatrywania ran.

Realizator powinien zapewnić uczestnikom:

a) rękawiczki jednorazowe,
b) materiały dezynfekujące,
c) maseczki do RKO,
d) materiały szkoleniowe,

Szkolenia powinny być dostępne dla wszystkich mieszkańców Gdańska, którzy w okresie ostatnich 3 lat nie uczestniczyli w szkoleniu z pierwszej pomocy organizowanym przez Miasto Gdańsk.

Oferenci mogą złożyć ofertę częściową. Stawka za przeszkolenie jednej osobo-godziny nie powinna być wyższa niż 25,00 zł. Zajęcia powinny podlegać stałemu monitorowaniu ich jakości. Zajęcia powinny być oceniane również przez uczestników, a wynik włączony do opinii ogólnej (w połączeniu z działaniami, podejmowanymi w procesie monitorowania).

Realizator powinien prowadzić dziennik zajęć z zakresem tematów oraz listą obecności potwierdzonej podpisem przez każdego uczestnika szkolenia. Lista obecności powinna zawierać klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych wraz z wyrażeniem zgody na wgląd przedstawicieli ogłaszającego konkurs.

Zajęcia powinny zakończyć się egzaminem i wydaniem zaświadczenia.

Szczegółowy harmonogram zajęć należy przekazać organizującemu konkurs przed ich rozpoczęciem

Wymagania dotyczące realizacji zadania 2
Oferent zobowiązany jest do zapewnienia właściwej kadry posiadającej odpowiednie wykształcenie i doświadczenie, niezbędnych do realizacji zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Realizator zadania będzie musiał zamieścić informacje o planowanej ewaluacji oraz dołączyć wzór narzędzi ewaluacyjnych celem zbadania wskaźników efektywności.

Wymagania dotyczące realizacji zadania 3
Oferent zobowiązany jest do zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych i sprzętowych, niezbędnych do realizacji zadania. Oferent obowiązany jest do zapewnienia właściwej kadry zadania (w każdej jego części), posiadającej odpowiednie wykształcenie i doświadczenie, niezbędne do prawidłowej realizacji zadania. Osoby prowadzące zajęcia edukacyjne powinny legitymować się:

c) wykształcenie pedagogiczne, psychologiczne lub medyczne (należy dołączyć kopie odpowiednich dyplomów, kopię prawa wykonywania zawodu),
d) udokumentowanym doświadczeniem w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji seksualnej w okresie ostatnich 3 lat.

Oferent planując realizację zadania powinien uwzględnić rekomendacje zawarte w Raporcie z badania ewaluacyjnego programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży stanowiące załącznik nr 32, w obszarze informacyjno-promocyjnym oraz techniczno-organizacyjnym. Zajęcia powinny podlegać stałemu monitorowaniu ich jakości. Zajęcia powinny być oceniane również przez uczestników, a wynik włączony do opinii ogólnej (w połączeniu z działaniami, podejmowanymi w procesie monitorowania).

Organizator na potrzeby realizacji zadania przekaże nieodpłatnie wyłonionym realizatorom materiały informacyjne i edukacyjne dla rodziców/ opiekunów prawnych oraz uczniów, które stanowią Załączniki nr 27 i 28 do niniejszego zarządzenia, w liczbie odpowiedniej do liczby beneficjentów, wskazanej przez Oferenta. Prowadzenie zajęć powinno być poprzedzone spotkaniem z rodzicami niepełnoletnich uczestników zajęć. Podczas spotkania z rodzicami, wyłoniony realizator powinien wykorzystać prezentację stanowiącą załącznik nr 12. Do prowadzenia zajęć, wyłoniony realizator powinien wykorzystać scenariusze i prezentacje do zajęć, stanowiące Załączniki 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 do zarządzenia o konkursie.

Wyłonieni realizatorzy zobowiązani będą do uzyskania uprzedniej, pisemnej zgody rodziców/ opiekunów prawnych każdej osoby niepełnoletniej, mającej wziąć udział w zajęciach, stanowiącej załącznik nr 29.

Wymagania dotyczące realizacji zadania 4
Podmiot przystępujący do opracowania/aktualizacji materiałów do realizacji programu edukacji zgodnie z założeniami do programu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w formie elektronicznej wraz z drukiem i dostarczeniem broszur dla młodzieży w liczbie 10 000 sztuk oraz ulotek dla rodziców w liczbie 16 000 sztuk, winien uwzględnić rekomendacje zawarte w Raporcie z badania ewaluacyjnego programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży stanowiące załącznik nr 32 oraz dokonać konsultacji z Zespołem ds. opracowania założeń do programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska powołanym Zarządzeniem Prezydenta Miasta Gdańska Nr 1729/16 z dnia 10 listopada 2016 roku oraz Zarządzeniem Prezydenta Miasta Gdańska Nr 343/19 zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania założeń do programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska z dnia 11 marca 2019 roku.

UWAGA! Opracowane materiały winny zostać pozytywnie zaopiniowane przez Zespół ds. opracowania założeń do programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska.

UWAGA! Każdy Oferent, niezależnie od zadania, zobowiązany jest w przypadku zatrudnienia lub podjęcia współpracy z osobą, która będzie realizowała zadania związane z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi - uzyskać informację na jej temat z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 152). Informacje uzyskuje się nieodpłatnie z Rejestru z dostępem ograniczonym za pośrednictwem systemu teleinformatycznego prowadzonego przez Ministra Sprawiedliwości dotyczą one tego czy osoby, które będą prowadzić pracę z osobami małoletnimi (pracownicy, współpracownicy, wolontariusze) znajdują się w tym Rejestrze. Osoby znajdujące się w Rejestrze nie mogą prowadzić pracy z małoletnimi.

UWAGA!
Jedna oferta może zostać złożona na jedno zadanie konkursowe. Jeżeli Oferent chce złożyć ofertę na kilka zadań, to na każde zadanie należy złożyć osobną ofertę.

Oferent musi zapewnić odpowiednie warunki lokalowe i sprzęt niezbędny do realizacji zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Oferent zobowiązany jest do zapewnienia właściwej kadry do realizacji zadania, tj. osób posiadających wykształcenie i doświadczenie zawodowe niezbędne do właściwej realizacji zadań konkursowych.

Oferent zobowiązany jest również do przedstawienia w ofercie opisu planowanego monitoringu i ewaluacji oraz do dołączenia wzoru/-ów narzędzi ewaluacyjnych celem zbadania osiągnięcia zamierzonych rezultatów.

X. KRYTERIA OCENY OFERTY

Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa, powołana odrębnym zarządzeniem Prezydenta Miasta Gdańska. Regulamin pracy Komisji dostępny będzie w systemie informatycznym Witkac.pl, BIP, na stronie internetowej oraz w siedzibie Ogłaszającego konkurs. Komisja dokona oceny za pośrednictwem systemu informatycznego Witkac.pl

Oferty oceniane będą na podstawie następujących kryteriów:

A. Kryteria formalne:

1. **oferta wraz z załącznikami** została **złożona za pośrednictwem elektronicznego generatora ofert Witkac.pl** w terminie określonym w ogłoszeniu konkursu, zgodnie ze wzorem oferty wskazanym w ogłoszeniu (Załącznik nr 2);
2. **potwierdzenie** złożenia oferty i załączników **zostało złożone w terminie i miejscu** określonym w ogłoszeniu o konkursie;
3. **potwierdzenie** złożenia oferty i załączników **zawierało sumę kontrolną zgodną** z wersją elektroniczną dokumentów złożonych w generatorze witkac.pl;
4. **potwierdzenie** złożenia oferty i jej załączników **zawierające oświadczenia Oferenta/ów** zostało podpisane przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów lub ustanowionego pełnomocnika zgodnie z zapisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną;
5. **oświadczenie/a o niekaralności** stanowiące Załącznik Nr 3 do Zarządzenia zostało/y czytelnie podpisane **przez wszystkie osoby** upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik) i zostało/y złożone w wersji papierowej w terminie i miejscu określonym w ogłoszeniu o konkursie;
6. **oferta została złożona przez uprawniony podmiot**;
7. oferta zawierała **kompletne i aktualne załączniki w wersji elektronicznej** złożone w generatorze Witkac.pl:
   a) **aktualny odpis/dokument** z innego rejestru niż Krajowy Rejestr Sądowy (np. rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą) lub z ewidencji Oferenta/ów;
   b) w przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji podmiotów niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru – **dokument potwierdzający upoważnienie** do działania w imieniu Oferenta/ów (w przypadku udzielenia pełnomocnictwa, należy dołączyć również **potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej**);
   c) **aktualny statut/regulamin** Oferenta/ów lub inny dokument, potwierdzający zakres działalności;
   d) w przypadku składania **oferty wspólnej** (konsorcjum/partnerstwo) każdy z partnerów zobowiązany jest do złożenia **dokumentów wskazanych w pkt (5,7a,7b,7c) oddzielnie**, ponadto należy przedstawić kopię **porozumienia/umowy**, potwierdzające podjęcie wspólnej realizacji zadania wraz z określeniem zakresu wykonywanych zadań oraz zasad wspólnego zarządzania zadaniem, w tym zarządzania finansowego;
   e) wzór narzędzi ewaluacyjnych;
   f) w przypadku programów rekomendowanych do oferty należy dołączyć konspekt zajęć z bibliografią;
   g) inne dokumenty wymagane w konkursie w danym zadaniu.
   h) informacja o sposobie uwzględniania zasad zapewniania dostępności osobom o szczególnych potrzebach - zgodnie ze wzorem, stanowiącym Załącznik nr 9 do zarządzenia o konkursie;
   i) informacja o realizacji kampanii „Gdańsk bez plastiku" - zgodnie ze wzorem, stanowiącym Załącznik nr 10 do zarządzenia o konkursie.
8. w przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące działalność w formie **spółki cywilnej**, każdy ze wspólników **wypełnił części II oferty**, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania;

9. w przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące **jednoosobową działalność** gospodarczą Oferent **wypełnił części II oferty**, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania;
10. Oferent zawnioskował o **kwotę nieprzekraczającą** wysokości środków finansowych określonych w ogłoszeniu na realizację danego zadania;
11. **koszty obsługi** zadania publicznego, w tym koszty administracyjne wskazane przez Oferenta, **nie przekroczyły 15%** wartości z wnioskowanej dotacji w każdym roku kalendarzowym;
12. **jedna oferta** została złożona **na jedno zadanie** konkursowe;
13. **oferta obejmuje prawidłowy okres realizacji zadania,** tj. zadania roczne kończą się do 31 grudnia 2022 roku;
14. zawartość merytoryczna oferty **jest zgodna z treścią zadania** określonego w ogłoszeniu konkursowym, na które aplikuje Oferent.

B. Kryteria merytoryczno-finansowe:

Oferty spełniające wymogi formalne, podlegają dalszej ocenie merytoryczno-finansowej w następujących zakresach:

1) Możliwości realizacji zadania w kategoriach (łącznie 15 pkt):
   a) zasobów rzeczowych Oferenta (0 – 4 pkt),
   b) zasobów kadrowych oferenta (0 – 6 pkt),
   c) doświadczenia Oferenta w realizacji zadań o podobnym charakterze (0 – 5 pkt),
   d) rzetelności wykonania zadań - dotyczy Oferentów, którzy w 3 latach poprzednich realizowali zadania zlecone przez organ ogłaszający konkurs (minus 7 – 0).

2) Jakości merytorycznej zadania w kategoriach (łącznie 45 pkt):

   a) szczegółowości, kompletności i spójności opisu planowanego sposobu realizacji zadania (0 – 8 pkt)
   b) trafności doboru i efektywności planowanych działań, w kontekście celu realizacji zadania (0 – 14 pkt)
   c) sposób uwzględniania zasad zapewniania dostępności osobom o szczególnych potrzebach (…) (0 – 4 pkt)
   d) sposób realizacji kampanii „Gdańsk bez plastiku" (0 - 1 pkt)
   e) adekwatności doboru grupy docelowej (0 - 6 pkt)
   f) poprawności i realności harmonogramu realizacji zadania (0 – 6 pkt)
   g) adekwatności doboru i opisu wskaźników rezultatów realizacji zadania (0 – 6 pkt)

3) Kalkulacji kosztów w kategoriach (łącznie 15 pkt):
   a) poprawności rachunkowej kosztorysu (0 - 3 pkt)
   b) racjonalności kosztów w stosunku do zakresu działań, rodzaju i liczby odbiorców (0 - 9 pkt)
   c) zgodności kosztorysu z planowanymi działaniami, w tym z harmonogramem (0 - 3 pkt)

Maksymalna ocena, jaką może uzyskać oferta podczas oceny merytoryczno-finansowej wynosi **75 pkt.**

Oferta może być zlecona do realizacji, jeśli uzyskała minimum **45 pkt**, z zastrzeżeniem uzyskania wymagań w poszczególnych kategoriach, w tym:
   a) co najmniej 9 pkt w zakresie dotyczącym możliwości realizacji zadania;
   b) co najmniej 27 pkt w zakresie dotyczącym jakości merytorycznej zadania;
   c) co najmniej 9 pkt w zakresie dotyczącym kalkulacji kosztów zadania.

Uwaga!
1. Zastrzega się, że przy zadaniach, w których przewidziano sfinansowanie kilku ofert nie wszyscy oferenci, którzy spełnili kryteria formalne i merytoryczne, mogą zostać uwzględnieni przy podziale środków finansowych, przeznaczonych na realizacje przedmiotowego zadania (decyduje liczba punktów).
2. Zastrzega się również możliwość udzielenia mniejszego finansowania zadania niż zaproponowane przez Oferenta.
3. Prezydent Miasta Gdańska, na podstawie oceny Komisji Konkursowej dokona ostatecznego wyboru podmiotów, którym zostaną przyznane dotacje.

XI. WEZWANIE DO UZUPEŁNIENIA, ODRZUCENIE I ODDALENIE OFERTY

WEZWANIE DO UZUPEŁNIENIA OFERTY – WYMOGI FORMALNE

W przypadku, gdy złożona oferta nie spełnia wymogów, o których mowa we wskazanym wyżej punkcie „A. Kryteria formalne": 3, 4, 5, 7, 8, 9. Oferent zostanie wezwany do ich uzupełnienia **w terminie 3 dni roboczych - od daty zamieszczenia**

informacji o brakach formalnych. Informacja o konieczności uzupełnienia oferty zostanie zamieszczona w systemie Witkac.pl, na stronie internetowej www.gdansk.pl, w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska oraz wywieszona na tablicy ogłoszeń w siedzibie organizatora, **najpóźniej do dnia 21 stycznia 2022 r.**
Wykaz ofert zawierających braki formalne zostanie zamieszczony wraz z wykazem wszystkich ofert, które wpłynęły na ogłoszony konkurs z podaniem informacji o wynikach oceny formalnej.
Uwaga!

1. Uzupełnień wymogów formalnych dokonuje się w formie papierowej. Dokumenty należy dostarczyć do Ogłaszającego konkurs do Zespołu Obsługi Mieszkańców Nr 3 – ul. Nowe Ogrody 8/12 (pokój 40). Kopie oryginalnych dokumentów powinny być uwierzytelnione podpisem za zgodność z oryginałem i opatrzone datą.
2. Oferent jest zobowiązany do samodzielnego śledzenia strony internetowej Ogłaszającego konkurs, a także do weryfikacji swojego konta w systemie informatycznym Witkac.pl oraz konta e-mailowego, do którego adres podał w trakcie rejestracji do systemu Witkac.pl

ODRZUCENIE OFERTY W WYNIKU OCENY FORMALNEJ

Oferta zostanie odrzucona w przypadku niespełnienia wymogów określonych we wskazanym powyżej punkcie „A. Kryteria formalne": 1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 14 oraz w przypadku, gdy Oferent nie uzupełni braków formalnych, do których zostanie wezwany, zgodnie z informacją powyżej.

ODDALENIE OFERTY W WYNIKU OCENY MERYTORYCZNO-FINANSOWEJ

Oddalenie ofert wystąpi w następujących przypadkach:

1. przedstawione zasoby rzeczowe są nieadekwatne do przedmiotu wnioskowanego zadania – jako niegwarantujące prawidłowej realizacji zadania;
2. przedstawione zasoby kadrowe są nieadekwatne do przedmiotu wnioskowanego zadania – kwalifikacje i liczba realizatorów, w stosunku do zakresu wnioskowanego zadania i planowanej grupy odbiorców nie gwarantują prawidłowej realizacji zadania;
3. wnioskowane koszty są w całości niezasadne lub niezgodne z planowanymi działaniami;
4. nieuzyskanie wymaganej liczby punktów w ramach oceny końcowej oferty, tj. poniżej 45 punktów, w tym nie uzyskanie minimum w poszczególnych kategoriach.

XII. ZASTRZEŻENIA OGŁASZAJĄCEGO

Gmina Miasta Gdańska zastrzega sobie prawo do:

1. Odwołania konkursu przed upływem terminu na złożenie ofert.
2. Wprowadzania zmian w ogłoszeniu, w tym do zmiany terminu na złożenie ofert, terminu uzupełnienia braków formalnych lub terminu rozstrzygnięcia konkursu i publikacji ostatecznych wyników konkursu.
3. Każdy konkurs ofert może zostać unieważniony w przypadku, gdy:
   a) nie zostanie złożona żadna oferta,
   b) żadna ze złożonych ofert nie będzie spełniać wymogów zawartych w ogłoszeniu.
4. Żądania od Realizatorów, przed zawarciem umowy oraz w czasie jej trwania – zaświadczeń, dotyczących rozliczeń składek na ubezpieczenia społeczne oraz podatków.
5. Wezwania Oferenta w celu złożenia wyjaśnień lub usunięcia braków formalnych z zastrzeżeniem, że Oferent musi usunąć braki w miejscu i terminie wskazanym przez Komisję Konkursową, nie dłuższym niż **3 dni** robocze.
6. Negocjowania ze wszystkimi Realizatorami warunków, kosztów, terminu, harmonogramu oraz zakresu realizacji zadań.
7. Wyboru więcej niż jednego Realizatora realizującego dane zadanie konkursowe.
8. Nierozdysponowania całości środków, wskazanych w niniejszym ogłoszeniu o konkursie.
9. Żądania od Realizatorów, przed zawarciem umowy – przedstawienia dokumentów potwierdzających prawdziwość złożonych pod ofertą oświadczeń.
10. Ogłaszający konkurs w przypadku zadań wieloletnich, dopuszcza możliwość zwiększania dotacji w kolejnych latach.
11. Odrzucenia oferty, w której Oferent nie wskazał (również po wezwaniu do uzupełnienia) informacji o sposobie uwzględniania zasady równych szans i zasady zrównoważonego rozwoju przy realizacji planowanego zadania oraz o sposobie realizacji zasad kampanii „Gdańsk bez plastiku".

XIII. WARUNKI REALIZACJI ZADAŃ

1. Wyniki niniejszego konkursu stanowić będą podstawę do zawarcia umów na realizację zadania publicznego w roku 2022.
2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego winny być realizowane z najwyższą starannością, zgodnie z obowiązującymi standardami i przepisami.
3. W trakcie realizacji zadań, w ramach prowadzonego nadzoru Ogłaszający konkurs może przeprowadzać kontrolę lub/i wizytacje realizacji zadania między innymi w zakresie:
   a) prawidłowego, zgodne z harmonogramem i umową realizowania zadania,
   b) rzetelnego, prawidłowego i terminowego sporządzania rozliczeń finansowych oraz sprawozdań merytorycznych,
   c) celowego wydatkowania przyznanych środków publicznych,
   d) skutecznego informowania społeczności lokalnej o realizacji zadania,
   e) bieżącego monitorowania zadania i jego ewaluację.
4. Oferent zapewnia realizację zadania zatrudniając wykwalifikowaną kadrę specjalistów, spełniającą odpowiednie standardy dla danego zadania, z uwzględnieniem przepisów o minimalnej stawce godzinowej/ etatowej.
5. Harmonogram planowanych działań (w zależności od specyfiki zadania) powinien zawierać dokładne miejsca i terminy ich realizacji, umożliwiając kontrolę Oferenta w trakcie realizacji zadania.
6. Oferent jest zobowiązany do określenia planowanego poziomu osiągnięcia rezultatów, monitorowania realizacji zadania oraz przeprowadzenia ewaluacji, celem wskazania czy zakładane efekty zostały osiągnięte.
7. Oferent nie może pobierać jakichkolwiek wpłat i opłat od uczestników zadania, również dobrowolnych o ile warunki konkursu nie stanowią inaczej.
8. W przypadku zawarcia umowy na realizację danego zadania Realizator zobowiązany będzie do składania sprawozdań częściowych, sprawozdań rocznych oraz sprawozdania końcowego z jego realizacji, w terminach określonych w umowie, według wzoru sprawozdań, stanowiących Załącznik Nr 8 do niniejszego Zarządzenia o konkursie.
9. Nie podlegają rozliczeniu Beneficjenci nie spełniający wymogów formalnych określonych w Ogłoszeniu o konkursie.
10. W przypadku zawarcia umowy Realizator zobowiązany będzie do informowania na wszystkich materiałach promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, które dotyczą realizowanego zadania, że zadanie finansuje Gmina Miasta Gdańska, przez użycie klauzuli „Sfinansowano ze środków Miasta Gdańska" oraz do umieszczenia znaku podstawowego, pobranego z zakładki dla mediów/Herb, flaga i logo miasta, ze strony **www.gdansk.pl** zgodnie z instrukcją zawartą w księdze standardów identyfikacji wizualnej Miasta Gdańska oraz warunkami umowy.
11. W przypadku zawarcia umowy, Realizator zobowiązany będzie do oznakowania miejsc (pomieszczeń), w których realizuje zadanie publiczne przez umieszczenie tablicy informacyjnej, przekazanej przez Ogłaszającego konkurs.

XIV. MIEJSCE, TERMIN I WARUNKI SKŁADANIA OFERT

1. Oferty konkursowe należy składać za pośrednictwem elektronicznego generatora ofert Witkac.pl wybierając nabór na odpowiednie zadanie, **w nieprzekraczalnym terminie do 3 stycznia 2022 r. do godz. 15:00.**
2. Po wypełnieniu poszczególnych pól generatora, system generuje ofertę zgodną z obowiązującym wzorem.
3. Oferty złożone po wskazanym powyżej terminie nie będą rozpatrywane i podlegają odrzuceniu.
4. **Po upływie terminu składania ofert nie podlegają one uzupełnieniu ani korekcie, z zastrzeżeniem procedury uzupełniania wymogów formalnych, określonej w części X. „KRYTERIA OCENY OFERTY" przedmiotowego Ogłoszenia.**
5. Złożenie oferty nie jest równoznaczne z przyznaniem dotacji.
6. Złożone oferty podlegają ocenie formalnej i merytoryczno-finansowej jeżeli spełniły wymagania formalne.
7. **Potwierdzenie złożenia oferty wygenerowane z systemu Witkac.pl oraz oświadczeń/-nia o niekaralności wskazane w rozdziale X. „KRYTERIA OCENY OFERTY"**:
   a) należy dostarczyć **w terminie 3 dni roboczych** od dnia zakończenia naboru w konkursie **(najpóźniej do dnia 7 stycznia 2022 r. do godz. 15:00)** do siedziby Ogłaszającego konkurs tj.: Zespół Obsługi Mieszkańców Nr 1 - ul. Partyzantów 74 (pokój 210), Zespół Obsługi Mieszkańców Nr 3 – ul. Nowe Ogrody 8/12 (pokój 40), Zespół Obsługi Mieszkańców Nr 4 – ul. Wilanowska 2 (stanowisko informacyjne), lub przesłać pocztą na adres: 80-803 Gdańsk, ul. Nowe Ogrody 8/12, Urząd Miejski w Gdańsku. W przypadku przesłania potwierdzenia i oświadczeń pocztą decyduje data wpływu do siedziby Ogłaszającego konkurs;
   b) potwierdzenie powinno zawierać sumę kontrolną, zgodną z wersją elektroniczną oferty złożonej w generatorze;
   UWAGA! Suma kontrolna zmienia się przy każdej zmianie oferty, edytując ją w systemie np. po dodaniu przecinka, zamianie liter. Po złożeniu oferty poprzez system elektroniczny, system ten umieszcza na niej ostateczną sumę

kontrolną, która musi być identyczna z sumą kontrolną potwierdzenia złożenia oferty, generowanego z systemu i składanego w wersji papierowej do Ogłaszającego konkurs.

c) potwierdzenie złożenia oferty powinno być czytelnie podpisane przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentacji Oferenta/ów;

d) Oświadczenie/a o niekaralności stanowiące Załącznik Nr 3 do zarządzenia o konkursie powinno być czytelnie podpisane przez wszystkie osoby, upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik).

8. Ogłoszenie można pobrać z systemu witkac.pl, ze strony internetowej **www.gdansk.pl**, **www.bip.gdansk.pl**,
9. Merytorycznych konsultacji udziela: Magda Rychlicka-Tomczyk, Urząd Miejski w Gdańsku Wydział Rozwoju Społecznego, ul. Kartuska 5, III p. pok. 304, tel.: 58 526 70 69.

XV. FINANSOWANIE ZADANIA

1. W ramach konkursu finansowanie udzielane będzie wyłącznie na realizację zadań określonych w niniejszym ogłoszeniu.
2. Ogłaszający konkurs zastrzega sobie prawo do przyznania mniejszej kwoty środków finansowych niż wskazana w ofercie.
3. Wnioskowana kwota nie może przekraczać wysokości środków finansowych, określonych w ogłoszeniu na realizację danego zadania, w ramach którego aplikuje Oferent.
4. W kosztorysie oferty powinny być ujęte koszty **wszystkich** planowanych działań przedstawionych w ofercie. Działania muszą być bezpośrednio związane z realizowanym zadaniem i powinny być skalkulowane wyłącznie w odniesieniu do przedłożonej oferty.
5. Środki finansowe będą przekazywane na podstawie umów zawartych na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym, zaś w zakresie nieuregulowanym w tej ustawie, zastosowanie mają przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji. Wzór umowy stanowi Załącznik Nr 5 do Zarządzenia.
6. Zgodnie z art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych wydatki publiczne powinny być dokonywane:
   1) w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad:
      a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
      b) optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów,
   2) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
   3) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.
7. **W przypadku otrzymania dotacji w pełnej wysokości** o jaką Oferent wnioskował, złożona oferta jest wiążąca **z wyjątkiem sytuacji,** w której Realizator może przedstawić zaktualizowany harmonogram realizacji zadania publicznego, a w przypadku uwag Komisji Konkursowej, kosztorys i/lub zakres rzeczowy oferty oraz przedstawić wyjaśnienia w stosunku do uwag Komisji Konkursowej. Aktualizacji dokonuje się w systemie Witkac.pl
8. **W przypadku otrzymania dotacji w wysokości mniejszej od wnioskowanej, Realizator** zobowiązany jest do określenia, czy zmniejsza zakres rzeczowy realizacji zadania oraz do przedłożenia zaktualizowanego harmonogramu i kosztorysu projektu, który stanowić będzie podstawę do zawarcia umowy. Aktualizacji dokonuje się w systemie witkac.pl
9. Po wybraniu oferty i podpisaniu umowy, dokonywane w trakcie realizacji zadania przesunięcia pomiędzy poszczególnymi kategoriami wydatków w kosztorysie, **w części dotyczącej przyznanej dotacji** (przesunięcia środków z jednej pozycji do drugiej) wymagają uzyskania pisemnej zgody Ogłaszającego konkurs zawsze, jeżeli suma proponowanych zmian w jednej pozycji kosztorysowej przekroczy **10%** wartości początkowej danej kategorii wydatków.
10. W pozycjach dotyczących wynagrodzeń i honorariów jakiekolwiek zwiększenia uzasadnione realizacją zadania, powinny zostać pisemnie wyjaśnione, a przedłożone pisemnie wyjaśnienie zaakceptowane przez Ogłaszającego konkurs przed dokonaniem zwiększeń.
11. Możliwe jest, w uzasadnionych realizacją zadania przypadkach, dodanie nowej kategorii wydatków poniesionych z dotacji, po uzyskaniu pisemnej zgody organizatora konkursu.

UWAGA!

1) W ramach kosztów zadania pokryte mogą zostać jedynie koszty kwalifikowalne.
2) Osoby wchodzące w skład organu zarządzającego podmiotu niezaliczanego do sektora finansów publicznych, któremu przekazano do wykorzystania lub dysponowania środki publiczne, lub zarządzającego mieniem tych podmiotów podlegają odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych – art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 289).
3) Niedozwolone jest podwójne finansowanie wydatku, czyli refundowanie całkowite lub częściowe danego wydatku dwa razy ze środków publicznych, zarówno krajowych, jak i wspólnotowych.

4) Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne nie mogą przekroczyć **15% kwoty wartości z wnioskowanej dotacji w każdym roku kalendarzowym,** jak i przekroczyć ogólnej kwoty dotacji, przeznaczonej w danym roku kalendarzowym na dane zadanie.

Koszty kwalifikowalne:

1. Koszt kwalifikowalny to koszt lub wydatek poniesiony w związku z realizacją zadania, który kwalifikuje się do rozliczenia (zgodnie z zawartą umową).
2. Koszty ponoszone w związku z zadaniem realizowanym w ramach konkursu są kwalifikowalne, jeżeli:
   a) są niezbędne do realizacji zadania oraz związane z realizacją zadania,
   b) zostały dokonane w sposób przejrzysty, konkurencyjny, racjonalny i efektywny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
   c) zostały przewidziane w kosztorysie zadania,
   d) zostały faktycznie poniesione w okresie realizacji zadania zgodnie z postanowieniami umowy o realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego,
   e) zostały odpowiednio udokumentowane,
   f) są zgodne z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
3. W kosztorysie konieczne jest przedstawienie kosztów kwalifikowalnych w podziale na:
   1) koszty merytoryczne – koszty bezpośrednio związane z realizacją zadania z zakresu zdrowia publicznego,
   2) koszty obsługi, w tym koszty administracyjne – koszty związane z obsługą realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności:
      a) koszty personelu bezpośrednio zaangażowanego w obsługę administracyjną zadania i rozliczanie zadania (o ile, zatrudnienie tego personelu jest niezbędne do realizacji zadania), w tym w szczególności koszty wynagrodzenia tych osób, ich delegacji służbowych i szkoleń,
      b) koszty obsługi księgowej (koszty wynagrodzenia osób księgujących wydatki zadania, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biuru rachunkowemu),
      c) koszty utrzymania powierzchni biurowych (czynsz, najem, opłaty administracyjne), związanych z obsługą administracyjną realizowanego zadania,
      d) wydatki związane z otworzeniem lub prowadzeniem subkonta na rachunku bankowym lub odrębnego rachunku bankowego wyodrębnionego na rzecz realizacji zadania,
      e) opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjna realizowanego zadania,
      f) koszty usług pocztowych, telefonicznych, internetowych, kurierskich, związanych z obsługą administracyjną realizowanego zadania,
      g) koszty usług powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną realizowanego zadania,
      h) koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych, związanych z obsługą administracyjną realizowanego zadania,
      i) koszty ubezpieczeń majątkowych i odpowiedzialności cywilnej,
      j) koszty ochrony,
      k) koszty sprzątania pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną realizowanego zadania, w tym środków do utrzymywania ich czystości.

UWAGA!
1. Za kwalifikowalność kosztów na każdym etapie realizacji zadania odpowiada Realizator zadania.
2. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której koszty administracyjne zostaną wykazane w ramach kosztów merytorycznych.

Koszty personelu:
Personel stanowią osoby zaangażowane do realizacji zadania, które je wykonują osobiście, tj. w szczególności osoby:
   a) zatrudnione na podstawie stosunku pracy lub wykonujące zadania na podstawie umowy cywilnoprawnej,
   b) osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą,
   c) osoby współpracujące w rozumieniu art. 13 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 423 ze zm.).
   d) wykonujące świadczenia na rzecz Oferenta prze przez wolontariuszy zgodnie z przepisami działu II ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Wydatki majątkowe:
Wydatki majątkowe (tj. zakup sprzętów/ wyposażenia o wartości do 10 000,00 zł) dopuszczalne są tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy wydatki te są konieczne do realizacji zadania i merytorycznie uzasadnione. Wysokość i zasadność zaplanowanych kosztów będą podlegały weryfikacji podczas oceny oferty.

UWAGA! Nie dopuszcza się zakupu środków trwałych.

Koszty niekwalifikowalne:

1. Koszt niekwalifikowalny to każdy wydatek lub koszt poniesiony, który nie jest wydatkiem kwalifikowalnym.
2. Do kosztów, niekwalifikowanych należą koszty nie odnoszące się jednoznacznie do realizacji zadania, w tym m.in.:
   a) wydatki związane z budową nowych obiektów oraz zakupem nieruchomości,
   b) inwestycje związane z przebudową lub dobudową obiektu,
   c) zakup nieruchomości gruntowej, lokalowej, budowlanej,
   d) koszty pożyczki lub kredytu zaciągniętego na finansowanie realizacji oferty,
   e) rezerwy na pokrycie przyszłych strat i/lub zobowiązań,
   f) odsetki z tytułu niezapłaconych w terminie zobowiązań,
   g) koszty kar i grzywien,
   h) koszty procesów sądowych,
   i) nagrody, premie i inne formy bonifikaty rzeczowej lub finansowej dla osób nie zajmujących się realizacją zadania,
   j) świadczenia realizowane ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS),
   k) koszty obsługi konta bankowego nieprzypisanego do realizacji zadania,
   l) prowizje pobierane w ramach operacji wymiany walut,
   m) koszty niezwiązane z zadaniem oraz koszty pokryte przez inne podmioty dofinansowujące (zakaz tzw. Podwójnego finansowania),
   n) produkcja materiałów i publikacji dla celów komercyjnych,
   o) koszty zastąpienia personelu delegowanego do realizacji zadania,
   p) wydatki związane z zadaniem, poniesione przez Oferenta przed i po określonym w umowie terminie realizacji zadania,
   q) zakup środka trwałego,
   r) finansowanie działalności gospodarczej, politycznej lub religijnej,
   s) odpisy amortyzacyjne,
   t) tworzenie funduszy kapitałowych,
   u) działania, których celem jest przyznawanie dotacji lub stypendiów dla osób prawnych lub fizycznych,
   v) pokrycie deficytu oraz refundacja kosztów zrealizowanych wcześniej przedsięwzięć,
   w) wydatki ponoszone na PFRON.

UWAGA!
Niedopuszczalnym jest ubieganie się o finansowanie wydatków, które są ujęte w ramach innych projektów/zadań współfinansowanych ze środków dotacji z krajowych środków publicznych lub/oraz funduszy strukturalnych lub Funduszu Spójności.

XVI. TERMIN ROZSTRZYGNIĘCIA KONKURSU/OGŁOSZENIA WYNIKÓW

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż do dnia **28 stycznia 2022 r**. Informacja o rozstrzygnięciu zostanie opublikowana:

a) w systemie informatycznym Witkac.pl,
b) w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska,
c) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Gdańsku,
d) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

UWAGA!
Oferentom przysługuje odwołanie od wyników rozstrzygnięcia konkursu. Odwołanie można złożyć jeden raz.
Odwołanie przysługuje każdemu z Oferentów, a w przypadku oferty wspólnej - łącznie wszystkim Oferentom, którzy złożyli taką ofertę.
Po ogłoszeniu ostatecznych wyników Oferent nie ma możliwości odwołania się.
Szczegółowy sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu opisany jest w Rozdziale XVII niniejszego Ogłoszenia.

Ogłoszenie ostatecznych wyników konkursu nastąpi nie później niż do dnia **11 lutego 2022 r.** Wyniki zostaną opublikowane:

a) w systemie informatycznym Witkac.pl,
b) w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska,
c) na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Gdańsku,
d) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

UWAGA!

1. **Oferent jest zobowiązany do samodzielnego śledzenia strony internetowej Ogłaszającego konkurs, a także do weryfikacji swojego konta w systemie informatycznym Witkac.pl oraz konta e-mailowego, do którego adres podał w trakcie rejestracji do systemu Witkac.pl**
2. **Dopuszcza się możliwość opublikowania poszczególnych rozstrzygnięć i wyników konkursu w różnych terminach z podziałem na zadania konkursowe.**

XVII. SPOSÓB ODWOŁANIA SIĘ OD ROZSTRZYGNIĘCIA KONKURSU OFERT

1. Oferentom przysługuje możliwość odwołania się do Prezydenta Miasta Gdańska od **rozstrzygnięcia konkursu**.
2. Odwołanie dotyczyć może **jedynie oceny merytorycznej** oferty złożonej przez podmiot wnoszący odwołanie - należy wskazać konkretny punkt w karcie oceny/ofercie, który podlega odwołaniu wraz z uzasadnieniem.
3. Odwołanie może dotyczyć jedynie oferty złożonej przez podmiot wnoszący odwołanie.
4. Odwołanie należy złożyć **w systemie Witkac.pl** w terminie **3 dni roboczych** od opublikowania informacji **o rozstrzygnięciu konkursu**, **w tym od poszczególnych rozstrzygnięć z podziałem na zadania konkursowe.**
5. Potwierdzenie złożenia odwołania należy **dostarczyć** do Ogłaszającego konkurs w Zespole Obsługi Mieszkańców Nr 3 – ul. Nowe Ogrody 8/12 w terminie **2 dni roboczych** po złożeniu odwołania w systemie Witkac.pl (decyduje data wpływu dokumentu do Urzędu). Potwierdzenie złożenia odwołania powinno zawierać sumę kontrolną, zgodną z wersją elektroniczną odwołania złożonego w **systemie Witkac.pl**
   Potwierdzenie złożenia odwołania powinno być czytelnie podpisane przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentacji Oferenta.
6. Poprawnie złożone odwołanie podlega zbiorczej ocenie dokonanej przez komisję konkursową na posiedzeniu.
7. Odwołanie będzie rozpatrzone niezwłocznie, nie później niż przed publikacją ostatecznych wyników konkursu.

UWAGA!

1. Brak dostarczenia prawidłowo podpisanego potwierdzenia złożenia odwołania we wskazanym miejscu i terminie jest równoznaczne z niezłożeniem odwołania.
2. Suma kontrolna zmienia się przy każdej zmianie odwołania, edytując je w systemie np. po dodaniu przecinka, zamianie liter. Po złożeniu odwołania poprzez system elektroniczny, system elektroniczny umieszcza na nim ostateczną sumę kontrolną, która musi być identyczna z sumą kontrolną potwierdzenia złożenia odwołania, generowanego z systemu i składanego w wersji papierowej do Ogłaszającego konkurs.
3. Zmiana wyników konkursu w stosunku do rozstrzygnięcia wymaga od Oferenta zaktualizowania oferty we wskazanych przez Komisję Konkursową miejscach, złożenia jej w systemie Witkac.pl oraz dostarczenia do ogłaszającego konkurs potwierdzenia złożenia zaktualizowanej oferty.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO*/
OFERTA WSPÓLNA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO*,
W OBSZARZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:
Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach lub w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danej oferty, należy wpisać „nie dotyczy", „0" lub przekreślić pole.

Zaznaczenie „*", np.: „Krajowym Rejestrem Sądowym*/właściwą ewidencją*", oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź i pozostawić prawidłową. Przykład: „Krajowym Rejestrem Sądowym*/~~właściwą ewidencją*~~

UWAGA!
Po złożeniu oferty przez system elektroniczny Witkac.pl, należy wydrukować z systemu **potwierdzenie złożenia oferty** i dostarczyć je w wersji papierowej do Ogłaszającego konkurs w terminie określonym w ogłoszeniu konkursowym (decyduje wyłącznie data wpływu do siedziby Ogłaszającego konkurs). Potwierdzenie złożenia oferty powinno być czytelnie podpisane przez osobę/ -y upoważnioną/ -e do reprezentacji Oferenta/ów.

Do siedziby Ogłaszającego konkurs wraz z potwierdzeniem złożenia oferty należy dostarczyć w formie papierowej, w terminie określonym w ogłoszeniu konkursowym (decyduje wyłącznie data wpływu do siedziby Ogłaszającego konkurs) **oświadczenie/a Oferenta/ów o niekaralności** będące załącznikiem do zarządzenia o konkursie, które obowiązane są podpisać **wszystkie osoby**, upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik).

BRAK ZŁOŻENIA POTWIERDZENIA WE WSKAZANYM W OGŁOSZENIU TERMINIE POWODUJE ODRZUCENIE OFERTY NA ETAPIE OCENY FORMALNEJ.

I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie

1. Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta				
2. Nazwa konkursu				
2.1 Nazwa i numer zadania z ogłoszenia o konkursie				
3. Cele i zadania z Narodowego Programu Zdrowia, na które odpowiada oferta				
4. Tytuł/nazwa własna zadania				
5. Termin realizacji zadania publicznego[1]	Data rozpoczęcia		Data zakończenia	
6. Wysokość wnioskowanych środków w podziale na lata[2]				
Rok		**Koszt całkowity**		

II. Dane Oferenta (-tów)

1. Nazwa Oferenta (-tów), numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby lub adres do korespondencji, nr NIP, nr REGON	
Nazwa: , Numer Krs: , Numer NIP: , Numer REGON: , Kod pocztowy: , poczta: , Miejscowość: , Ulica: Numer posesji: **Adres do korespondencji**	
2. **Inne dodatkowe dane kontaktowe, w tym dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (np.numer telefonu, adres poczty elektronicznej, numer faksu)	
Zakres merytoryczny:	**Zakres finansowy:**
Dane osób upoważnionych: Imię i nazwisko: , Adres Email: , Tel. ;	**Dane osób upoważnionych:** Imię i nazwisko: , Adres Email: , Tel. ;
3. Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie publiczne, o którym mowa w ofercie (należy wypełnić, jeżeli zadanie ma być realizowane przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną Oferenta)	
Nazwa: , Kod pocztowy: , Poczta: , Miejscowość: , Ulica: , Numer posesji: , Dzielnica: ,	
4. Przedmiot działalności statutowej i gospodarczej:	
a) działalność statutowa:	
b) działalność pożytku publicznego:	
c) działalność gospodarcza:	
5. Forma prawna podmiotu ubiegającego się o dotację:	
6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:	
7. Dane każdego ze wspólników lub właścicieli podmiotu:	

III. Informacja o sposobie reprezentacji Oferenta (-tów) wobec organu administracji publicznej, w tym imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta(-tów) wobec organu administracji publicznej wraz z przytoczeniem podstawy prawnej[3)]

IV. Szczegółowy zakres rzeczowy oraz kalkulacja przewidywanych kosztów zadania publicznego

1. Streszczenie zadania publicznego wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji (należy przedstawić streszczenie projektu m. in. informację o celach, odbiorcach, działaniach i przewidywanych rezultatach, a także wskazać miejsce/miejsca, gdzie będzie realizowane zadanie - rodzaj placówki, liczba placówek, ich adresy, wszelkie informacje identyfikujące miejsce realizacji - w przypadku planowanych konferencji/ szkoleń należy podać propozycję miejsc, w których zostaną przeprowadzone)

1.1. Wskazanie dzielnicy, w której będzie realizowane zadanie (należy zaznaczyć dzielnicę/e, na terenie której/ych będzie realizowana część merytoryczna zadania, np. będzie udzielane bezpośrednie wsparcie dla odbiorców; w przypadku projektów, w ramach których zadanie jest realizowane poza granicami Gdańska, należy szczegółowo uzasadnić potrzebę takiej lokalizacji)
2. Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania publicznego wraz z liczbą oraz opisem odbiorców tego zadania (należy przedstawić diagnozę sytuacji i opisać problem, którego dotyczy realizacja zadania oraz potrzeby, które wskazują na konieczność jego realizacji; dane zawarte w uzasadnieniu powinny koncentrować się głównie na analizie problemu, uwzględniającej zaplanowany zasięg projektu i być poparte najnowszymi dostępnymi badaniami; uzasadnienie potrzeby realizacji zadania powinno wynikać z analizy problemu; **UWAGA!** należy określić liczbowo planowaną grupę odbiorców zadania, liczba odbiorców powinna być adekwatna do zdefiniowanych celów zadania i rozpoznanego problemu, liczba ta powinna być oszacowana rzetelnie i realna do osiągnięcia, brak określenia liczebności grupy docelowej i sposobu rekrutacji skutkować będzie obniżeniem punktacji)

2.1. Charakterystyka odbiorców zadania[4)]	Osoby w wieku do ukończenia 18 r.ż. (osoby niepełnoletnie)															Osoby w wieku 18-34 lata			Osoby w wieku 35-59 lat			Osoby w wieku 60 lat i więcej			Liczba odbiorców		
	0-3 lat			4-6 lat			7-15 lat			15-17 lat (do ukończenia 18 r. ż - osoby niepełnoletnie)			O			K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O
	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O												
ŁĄCZNA LICZBA ODBIORCÓW NIEPOWTARZAJĄCYCH SIĘ w tym:																											
Odbiorcy bezpośredni																											
Odbiorcy pośredni																											

Kryteria udziału (należy określić kryteria, które powinni spełniać potencjalni odbiorcy, aby zakwalifikować się do uczestnictwa w projekcie/zadaniu)	
Sposób rekrutacji (należy szczegółowo opisać w jaki sposób Oferent planuje pozyskać beneficjentów do projektu/zadania oraz jakie działania zostaną podjęte oraz w jakich lokalizacjach/placówkach)	

3. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania z dotacji inwestycji związanych z realizacją zadania publicznego, w szczególności ze wskazaniem, w jaki sposób przyczyni się to do podwyższenia standardu realizacji zadania[5)]

4. Zakładany (-ne) cel (-e) realizacji zadania publicznego zgodnie z ogłoszeniem o konkursie
(cele planowanego zadania powinny być zgodne z opisem problemu i odpowiednie do wskazanej grupy odbiorców; powinny być także możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)

5. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego
(należy opisać rezultaty realizacji zadania oraz przedstawić, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni sytuację adresatów, przyczyni się do rozwiązania problemu lub złagodzi jego skutki; spodziewane rezultaty powinny być adekwatne do celów i założeń, a także realne do osiągnięcia i określone liczbowo; należy także określić cel, plan i metody monitorowania i/lub ewaluacji; należy dołączyć do oferty projekty dokumentacji narzędzi ewaluacyjnych; prowadzenie dokumentacji pacjentów, listy obecności oraz ocena realizatorów nie będą traktowane jako ewaluacja; Oferent zobowiązany jest do przedłożenia szczegółowego raportu ewaluacyjnego po zakończeniu projektu)

Dodatkowe informacje dotyczące rezultatów realizacji zadania publicznego

Zakładane rezultaty zadania publicznego	Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)	Sposób monitorowania / ewaluacji rezultatów lub źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika

6. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania publicznego
(należy krótko opisać planowane działania; opis musi być spójny z harmonogramem; ponadto opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania publicznego, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba odbiorców; przy opisie działania Oferent może dokonać analizy wystąpienia ryzyka w trakcie realizacji zadania publicznego)

6.1. Liczbowe podsumowanie planowanych działań w ramach zadania publicznego

Działania promocyjno – edukacyjne inne niż szkolenia i konferencje

Rodzaj działania (należy określić rodzaj działania np. kampania medialna, audycja radiowa, telewizyjna lub internetowa)	Liczba działań (przez liczbę działań rozumie się liczbę rodzajów działań wskazanych w poprzedniej kolumnie np. wydruk ulotek w ramach kampanii będzie jednym działaniem – nie należy podawać nakładu)	Liczba odbiorców (jeżeli nie da się określić konkretnej liczby osób, do których skierowano działania promocyjno–edukacyjne, należy wpisać liczbę szacunkową)

Działania szkoleniowe i konferencyjne

Tematyka (należy krótko opisać zagadnienia omawiane na szkoleniu lub konferencji)	Liczba szkoleń i konferencji	Liczba uczestników

Działania profilaktyczne
(należy uzupełnić m.in. poprzez wskazanie czy jest to profilaktyka pierwszo-, drugo- lub trzeciorzędowa; ewentualnie uniwersalna, selektywna, wskazująca)

Rodzaj działania	Liczba działań	Liczba odbiorców

Działania związane z: redukcją szkód, rehabilitacją, leczeniem, interwencją lub integracją
(należy uzupełnić m.in. poprzez wskazanie którego z wyżej wymiennych aspektów dotyczy wpisane działanie)

Rodzaj działania	Liczba działań	Liczba odbiorców

Działalność badawcza	
Rodzaj działania	Liczba działań

Inne (należy określić pozostałe działania zrealizowane w ramach zadania, a niewymienione powyżej)	
Rodzaj działania	Liczba działań

7. Harmonogram na rok ……

(harmonogram planowanych działań należy opisać w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia; jako niewłaściwe będzie określenie terminu wszystkich działań od momentu rozpoczęcia do zakończenia realizacji zadania; harmonogram powinien odpowiadać opisowi poszczególnych działań oraz kosztorysowi;

UWAGA! nieprecyzyjne określenie terminów realizacji poszczególnych działań będzie skutkowało obniżeniem punktacji; w przypadku oferty wspólnej obok nazwy działania należy podać nazwę Oferenta realizującego dane działanie;

w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dołączyć zaktualizowany harmonogram, stanowiący załącznik do zarządzenia o konkursie, dla każdego roku odrębnie)

Lp.	**Nazwa działania**	**Planowany termin realizacji**	**Podmiot realizujący**	**Liczba uczestników**	**Miejsce realizacji**

8. Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok …..

(należy określić poszczególne kategorie wydatków, przy czym każdy planowany wydatek ujęty w poniższej tabeli musi mieć odzwierciedlenie w opisie poszczególnych działań oraz harmonogramie; w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dołączyć zaktualizowany kosztorys, stanowiący załącznik do zarządzenia o konkursie, dla każdego roku odrębnie)

Kategoria kosztów	Rodzaj kosztów (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń)		Liczba jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	z wnioskowanej dotacji (w zł)	z innych środków finansowych[6)] (w zł)	z wkładu osobowego[7)] (w zł)	z wkładu rzeczowego8); 9) (w zł)	Numer(y) lub nazwa(-wy) działania(-łań) zgodnie z harmonogramem
I	Koszty merytoryczne[10)]										
	Nr poz.	Koszty po stronie: (nazwa Oferenta)									
	1.		0	0,00 zł		0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
					Razem:	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
II	Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne[11)]										
	Nr poz.	Koszty po stronie: (nazwa Oferenta)									
	1.		0	0,00 zł		0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
					Razem:	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
III	Planowane koszty poszczególnych Oferentów ogółem[12)]:		: *(nazwa Oferenta 1)*			0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
					Ogółem:	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	

9. Przewidywane źródła finansowania zadania publicznego			
Lp.	**Nazwa źródła**		**Wartość**
1	**Wnioskowana kwota dotacji**		**0,00 zł**
2	**Inne Środki finansowe ogółem[13]:** (należy zsumować środki finansowe wymienione w pkt 2.1-2.4)		**0,00 zł**
	2.1	**Środki finansowe własne[13]**	**0,00 zł**
	2.2	**Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania publicznego[13]**	**0,00 zł**
	2.3	**Środki finansowe z innych źródeł publicznych[13], [14]**	**0,00 zł**
		Nazwa(-wy) organu(-nów) administracji publicznej lub jednostki(-tek) sektora finansów publicznych, który(-ra, -re) przekazał(a, y) lub przekaże(-żą) środki finansowe): nie dotyczy	
	2.4	**Pozostałe[13]**	**0,00 zł**
3	**Wkład osobowy i wkład rzeczowy ogółem:** (należy zsumować środki finansowe wymienione w pkt 3.1 i 3.2)		**0,00 zł**
	3.1	**Wkład osobowy**	**0,00 zł**
	3.2	**Wkład rzeczowy[15]**	**0,00 zł**
4	**Udział kwoty dotacji w całkowitych kosztach zadania publicznego [16]**		**0,00 %**
5	**Udział innych środków finansowych w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji[17]**		**0,00 %**
6	**Udział wkładu osobowego i wkładu rzeczowego w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji[18]**		**0,00 %**

10. **Informacja o zamiarze odpłatnego wykonania zadania** [19)] (jeżeli Oferent (-ci) przewiduje (-ą) pobieranie świadczeń pieniężnych od odbiorców zadania należy opisać, jakie będą warunki pobierania tych świadczeń, jaka będzie wysokość świadczenia poniesiona przez pojedynczego odbiorcę oraz jaka będzie łączna wartość świadczeń)

11. **Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji zadania publicznego** (należy podać kwalifikacje wszystkich osób/realizatorów oraz ich sposób zaangażowania w realizację poszczególnych działań, z uwzględnieniem wolontariuszy oraz członków stowarzyszeń świadczących pracę społecznie; w przypadku przyjęcia wniosku do realizacji, zmiany realizatorów mogą być dokonywane wyłącznie po pisemnym zgłoszeniu zamiaru dokonania zmiany i uzyskaniu jej akceptacji; zamiana dotychczasowego realizatora może nastąpić wyłącznie na osobę posiadającą zbliżone kwalifikacje)

UWAGA! wykazanie kwalifikacji realizatorów nieadekwatnych do przedmiotu zadania skutkuje nieprzyznaniem punktów

Imię i nazwisko	Wykształcenie/stopnie/tytuły naukowe	Kwalifikacje	Szkolenia/kursy/studia podyplomowe/ dodatkowe wymagane uprawnienia i certyfikaty	Doświadczenie zawodowe (w latach)	Forma zatrudnienia w ramach zadania	Wymiar zatrudnienia oraz zakres działań podejmowanych w ramach zadania

12. Wycena wkładu osobowego przewidzianego do zaangażowania przy realizacji zadania publicznego (należy opisać sposób wyceny wkładu osobowego[7)], który zostanie zaangażowany przy realizacji zadania wraz z podaniem cen rynkowych, na których podstawie jest szacowana jego wartość)

13. Wkład rzeczowy przewidziany do wykorzystania przy realizacji zadania publicznego (należy szczegółowo opisać zasady oraz sposób wykorzystania wkładu rzeczowego [9)] w realizację poszczególnych działań oraz, o ile kalkulacja przewidywanych kosztów obejmowała wycenę wkładu rzeczowego, opisać sposób jego wyceny wraz z podaniem cen rynkowych lub zasad wyliczenia, na których podstawie jest szacowana jego wartość)

Szczegółowy opis zasad oraz sposób wykorzystania wkładu rzeczowego w realizację poszczególnych działań **Kalkulacja przewidywanych kosztów obejmuje wycenę wkładu rzeczowego, opis sposobu jego wyceny wraz z podaniem cen rynkowych lub zasad wyliczenia, na podstawie których szacowany jest koszt**

14. Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów oraz oświadczeń zawartych na końcu oferty

15. Informacje o wcześniejszej działalności Oferenta (-tów) w zakresie, którego dotyczy zadanie publiczne, w tym informacje obejmujące dotychczasowe doświadczenia Oferenta (-tów) w realizacji podobnych zadań publicznych

Nazwa działania	Krótki opis działania	Czas realizacji działania

OŚWIADCZENIA OFERENTA/ÓW

Posiadając prawo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, oświadczam, że Oferent:

Oferent 1:

1. Nie zalega z płatnościami z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne.
2. Nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych.
3. Jest zdolny do terminowej spłaty ciążących na nim zobowiązań.
4. Jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty publikacji ostatecznych wyników konkursu.
5. Otrzymywał / nie otrzymywał* dotacje na realizację zadań publicznych z zakresu zdrowia publicznego.
6. W zakresie związanym z konkursem, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, potwierdza, że osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

7. Potwierdza, że dane określone w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/ właściwą ewidencją*.
8. Potwierdza, że proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie celów statutowych lub przedmiotu działalności Oferenta.
9. Potwierdza, że wszystkie, podane w ofercie oraz załącznikach informacje, są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i nie naruszają praw osób trzecich.
10. Potwierdza, że najniższe wynagrodzenie realizatorów zadań będzie minimalnym, gwarantowanym prawem, wynagrodzeniem.
11. Nie będzie pobierał jakichkolwiek wpłat i opłat od uczestników zadania (w tym dobrowolnych).
12. Może/ nie może/ nie dotyczy* odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług (VAT), którego wysokość została zawarta w preliminarzu kosztów realizacji zadania. Jednocześnie Oferent zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach realizacji zadania na podstawie oferty, części poniesionego podatku od towarów i usług, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku. Oferent zobowiązuje się również do udostępniania dokumentacji finansowo-księgowej oraz udzielania uprawnionym organom kontrolnym, bądź osobom upoważnionym przez Ogłaszającego konkurs, informacji umożliwiających weryfikację kwalifikowalności podatku od towarów i usług.
13. Oświadcza, że osoby zaangażowane przy realizacji zadania, wymienione w ofercie, będące w kontakcie z dziećmi nie figurują w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle seksualnym.
14. **Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** *(Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym),* ***oświadczam,*** *że* Oferent jest jedynym posiadaczem rachunku (wskazanego w ofercie, w części II.6), na który będą przekazane środki, przeznaczone na realizację zadania i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
15. **Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** *(Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym),* ***oświadczam,*** *że* kwota przyznanych środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
16. **Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** *(Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań - art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym),* ***oświadczam,*** *że* w stosunku do Oferenta nie stwierdzono/stwierdzono* niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. W przypadku stwierdzenia niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych (tj. wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych /Dz. U. z 2021 r. poz. 305 ze zm./, podmiot ubiegający się o dotację winien przedstawić szczegółowe wyjaśnienie okoliczności sprawy wraz z niezbędnymi dokumentami).
17. Oświadczam, że Oferent wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO[20)] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu udziału Oferenta w postępowaniu konkursowym. Ponadto informuję, że Oferent zapoznał się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych zamieszczoną:
    a) w systemie informatycznym Witkac.pl,
    b) w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska,
    c) na stronie internetowej Gminy Miasta Gdańska - Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

*niepotrzebne skreślić

<u>Załączniki:</u>

1. Harmonogram realizacji zadania publicznego realizowanego w okresie dłuższym niż rok budżetowy. Wymagany elektronicznie.
2. Przewidywana kalkulacja kosztów w okresie dłuższym niż rok budżetowy. Wymagany elektronicznie.
3. Aktualny dokument rejestrowy inny niż KRS (np. rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą) lub z ewidencji Oferenta (w przypadku składania oferty wspólnej w ramach konsorcjum/partnerstwa każdy z partnerów zobowiązany jest do złożenia dokumentów oddzielnie). Wymagany elektronicznie.
4. W przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji podmiotów niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru – dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta, w przypadku udzielenia pełnomocnictwa, należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej (w przypadku składania oferty wspólnej w ramach konsorcjum/partnerstwa każdy z partnerów zobowiązany jest do złożenia dokumentów oddzielnie). Wymagany elektronicznie.
5. Aktualny statut/regulamin Oferenta lub inny dokument, potwierdzający zakres działalności (w przypadku składania oferty wspólnej w ramach konsorcjum/partnerstwa każdy z partnerów zobowiązany jest do złożenia dokumentów oddzielnie). Wymagany elektronicznie.

6. Wzór narzędzi ewaluacyjnych.
7. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje kadry medycznej przystępującej do realizacji zadania (potwierdzenie prawa wykonywania zawodu wskazanej przez oferenta kadry medycznej wraz z potwierdzeniem kwalifikacji uprawniających do wykonywania szczepień). Wymagane papierowo.
8. W przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/partnerstwo) należy załączyć porozumienie/umowę, potwierdzające podjęcie wspólnej realizacji zadania wraz z określeniem zakresu wykonywanych zadań oraz zasad wspólnego zarządzania zadaniem, w tym zarządzania finansowego. Wymagany elektronicznie.
9. Oświadczenie/a o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe (załącznik do zarządzenia o konkursie) składane w oryginale razem z potwierdzeniem złożenia oferty, złożone pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań przez wszystkie osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik). W przypadku składania oferty wspólnej w ramach konsorcjum/partnerstwa każdy z partnerów zobowiązany jest do złożenia dokumentów oddzielnie. Wymagany papierowo.

1) Termin realizacji zadania powinien uwzględniać ramy czasowe, wskazane w ogłoszeniu, w tym termin zakończenia procedury związanej z rozstrzygnięciem konkursu.

2) Oferenci składający projekt, przewidziany do realizacji wyłącznie w jednym roku wypełniają tylko część dotyczącą roku, w którym przebiegać będzie realizacja zadania. W przypadku zadań zaplanowanych jako wieloletnie, konieczne jest przygotowanie harmonogramów i kosztorysów na cały czas realizacji zadania, na każdy rok odrębnie.

3) Należy określić, czy podstawą są zasady określone w statucie, pełnomocnictwo czy też inna podstawa.

4) Nie dotyczy projektów badawczych oraz takich, w których nie jest udzielane bezpośrednie wsparcie dla osób

5) Wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o dofinansowanie inwestycji.

6) Na przykład środki finansowe Oferenta, inne środki publiczne (np. dotacje), świadczenia pieniężne od odbiorców zadania.

7) Wkładem osobowym są praca społeczna członków i świadczenia wolontariuszy planowane do zaangażowania w realizację zadania publicznego.

8) Wypełnić jedynie w przypadku, gdy organ w ogłoszeniu o otwartym konkursie ofert wskazał podanie tych informacji jako obowiązkowe.

9) Wkładem rzeczowym są np. nieruchomości, środki transportu, maszyny, urządzenia. Zasobem rzeczowym może być również zasób udostępniony, względnie usługa świadczona na rzecz tej organizacji przez inny podmiot nieodpłatnie (np. usługa transportowa, hotelowa, poligraficzna itp.) planowana do wykorzystania w realizacji zadania publicznego.

10) Należy wpisać koszty bezpośrednio związane z celem realizowanego zadania publicznego. W przypadku oferty wspólnej powyższe koszty należy wpisać dla każdego Oferenta oddzielnie. W przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy.

11) Należy wpisać koszty obsługi zadania, które są związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu. W przypadku oferty wspólnej powyższe koszty należy wpisać dla każdego Oferenta oddzielnie. W przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy.

12) Dotyczy oferty wspólnej. W przypadku większej liczby Oferentów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy.

13) Wypełnić jedynie w przypadku wsparcia realizacji zadania publicznego.

14) Na przykład dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych.

15) Wypełnić jedynie w przypadku, gdy kalkulacja przewidywanych kosztów obejmowała wycenę wkładu rzeczowego.

16) Procentowy udział kwoty dotacji, o której mowa w pkt 1, w całkowitych kosztach zadania publicznego należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

17) Procentowy udział innych środków finansowych, o których mowa w pkt 2, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

18) Procentowy udział środków niefinansowych, o których mowa w pkt 3, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

19) Pobieranie świadczeń pieniężnych od odbiorców zadania jest realizowane wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności pożytku publicznego lub działalności gospodarczej.

20) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI

Świadomy/a`[1] odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, iż nie byłem/łam karany/a zakazem pełnienia funkcji, związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/łam skazany/a za przestępstwo umyślne lub umyślne przestępstwo skarbowe

(Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań - art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym)

……..……

Data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie [2]

[1]niepotrzebne skreślić

[2]Oświadczenie zobowiązane są podpisać **wszystkie osoby** upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik).

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

KARTA OCENY OFERTY *(wzór)*

NUMER OFERTY	
OFERENT	
TYTUŁ ZADANIA	
NUMER ZADANIA KONKURSOWEGO	

I ETAP: OCENA FORMALNA

KRYTERIA OCENY FORMALNEJ		
		1(tak)/0(nie)/ -(nie dotyczy)
1.	**<u>Oferta</u> wraz z załącznikami została złożona za pośrednictwem elektronicznego generatora ofert Witkac.pl <u>w terminie</u> określonym w ogłoszeniu konkursu**	
2.	**<u>Potwierdzenie</u> złożenia oferty zostało złożone <u>w terminie</u> i miejscu określonym w ogłoszeniu o konkursie**	
3.	**Potwierdzenie złożenia oferty zawiera <u>sumę kontrolną</u> zgodną z wersją elektroniczną dokumentów złożonych w generatorze Witkac.pl**	
4.	**<u>Potwierdzenie</u> złożenia oferty zawiera oświadczenia Oferenta/ów czytelnie podpisane przez <u>osoby upoważnione do składania oświadczeń</u> woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów lub ustanowionego pełnomocnika zgodnie z zapisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną**	
5.	**<u>Oświadczenie/a o niekaralności stanowiące załącznik do zarządzenia o konkursie</u> zostało/y czytelnie podpisane przez <u>wszystkie osoby</u>, upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik) <u>i zostało/y złożone w wersji papierowej w terminie i miejscu określonym w ogłoszeniu o konkursie</u>**	
6.	**Oferta została złożona przez uprawniony podmiot**	
7.	**Oferta zawiera kompletne i aktualne załączniki elektroniczne złożone w generatorze:**	
7.a)	*aktualny odpis/dokument z innego rejestru niż Krajowy Rejestr Sądowy (np. rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą) lub z ewidencji Oferenta/ów*	
7.b)	*w przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji podmiotów niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru – dokument potwierdzający <u>upoważnienie</u> do działania w imieniu Oferenta/ów (w przypadku udzielenia pełnomocnictwa dołączone potwierdzenie <u>uiszczenia opłaty skarbowej</u>)*	
7.c)	*aktualny <u>statut/regulamin</u> Oferenta/ów lub <u>inny dokument</u>, potwierdzający zakres działalności*	
7.d)	*w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/partnerstwo) każdy z partnerów złożył <u>dokumenty jw.: 5,7a),7b),7c) - oddzielnie</u>, ponadto przedstawiono <u>kopię porozumienia/umowy</u>, potwierdzającą podjęcie wspólnej realizacji zadania wraz*	

	z określeniem zakresu wykonywanych zadań oraz zasad wspólnego zarządzania zadaniem, w tym zarządzania finansowego	
7.e)	*wzór narzędzi ewaluacyjnych*	
7.f)	*w przypadku programów rekomendowanych do oferty dołączono konspekt zajęć z bibliografią*	
7.g)	*informacja o sposobie uwzględniania zasad zapewniania dostępności osobom o szczególnych potrzebach (...) - zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do zarządzenia o konkursie*	
7.h)	*informacja o realizacji kampanii „Gdańsk bez plastiku" - zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do zarządzenia o konkursie*	
8.	**W przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące działalność w formie spółki cywilnej, każdy ze wspólników wypełnił części II oferty, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania**	
9.	**W przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą Oferent wypełnił części II oferty, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania**	
10.	**Oferent zawnioskował o kwotę nie przekraczającą wysokości środków finansowych określonych w ogłoszeniu na realizację danego zadania**	
11.	**Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne wskazane przez Oferenta nie przekroczyły 15 % wartości całkowitej zadania**	
12.	**Jedna oferta została złożona na jedno zadanie konkursowe.**	
13.	**Oferta obejmuje prawidłowy okres realizacji zadania:**	
13.a)	**Zadania roczne kończą się w 2022 roku**	
13.b)	**Zadania wieloletnie kończą się w 2023 roku**	

……

data i podpis członka
Komisji Konkursowej

Część B		**1(tak)/0(nie)/**
14.	**Zawartość merytoryczna oferty jest zgodna z treścią zadania określonego w ogłoszeniu konkursowym, na które aplikuje Oferent**	

**w przypadku niezgodności oferta podlega odrzuceniu*

1. **Oferta SPEŁNIA KRYTERIA FORMALNE i została zakwalifikowana do II etapu oceny***
2. **Oferta została ODRZUCONA ze względów formalnych***
3. **Oferta podlega UZUPEŁNIENIU***

**niewłaściwe skreślić*

……

data i podpis
Przewodniczącego/Wiceprzewodniczącego
Komisji Konkursowej

KARTA OCENY – uzupełnienie braków formalnych

Lp.	Uzupełnienie braków formalnych *(wskazanych w ogłoszeniu o konkursie)*	1(tak)/0(nie) (nie dotyczy)
1.	Uzupełnienie dokumentu potwierdzenia złożenia oferty w zakresie **sumy kontrolnej zgodnej z wersją elektroniczną** dokumentów złożonych w generatorze Witkac.pl	
2.	Uzupełnienie brakujących podpisów lub nieczytelnych podpisów przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów lub ustanowionego pełnomocnika zgodnie z zapisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną - na potwierdzeniu złożenia oferty zawierającej oświadczenia oferenta	
3.	Uzupełnienie brakujących oświadczeń / podpisów / nieczytelnych podpisów na oświadczeniu/ach o niekaralności stanowiących załącznik do zarządzenia przez **wszystkie osoby**, upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu Oferenta/ów, zgodnie z przepisami, wynikającymi z dokumentu, określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu na zewnątrz na podstawie innych dokumentów (np. prokurent, pełnomocnik)	
4.	Uzupełnienie dokumentu (wersja papierowa) o aktualne załączniki: 4a) dokument z innego rejestru niż Krajowy Rejestr Sądowy (np. rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą) lub z ewidencji Oferenta**	
	4b) dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta w przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji podmiotu niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru - w przypadku udzielenia pełnomocnictwa - potwierdzenie uiszczenia opłaty skarbowej**	
	4c) statut/regulamin Oferenta lub inny dokument, potwierdzający zakres działalności**	
	4d) oddzielne dokumenty Oferentów (wymienione w pkt: 3,4a,4b,4c) oraz kopia porozumienia/umowy, potwierdzająca podjęcie wspólnej realizacji zadania wraz z określeniem zakresu wykonywanych zadań oraz zasad wspólnego zarządzania zadaniem, w tym zarządzania finansowego - w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum/partnerstwo)**	
	4e) wzór narzędzi ewaluacyjnych,	
	4f) konspekt zajęć z bibliografią programu rekomendowanego	
	4g) informacja o sposobie uwzględniania zasad zapewniania dostępności osobom o szczególnych potrzebach (…)- zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do zarządzenia o konkursie	
	4h) informacja o realizacji kampanii „Gdańsk bez plastiku" - zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do zarządzenia o konkursie	
5.	Uzupełnienie dokumentu części II oferty, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania każdego ze wspólników - w przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące działalność w formie spółki cywilnej	
6.	Uzupełnienie dokumentu części II oferty, przez wskazanie m.in. adresu zamieszkania - w przypadku oferty złożonej przez osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą Oferent wypełnił	

…… data dokonania uzupełnienia	……. data i podpis osoby przyjmującej

** kopie oryginalnych dokumentów uwierzytelnione podpisem za zgodność z oryginałem i opatrzone datą

1. **Oferta ZOSTAŁA UZUPEŁNIONA i zakwalifikowana do II etapu oceny.***
2. **Oferta NIE ZOSTAŁA UZUPEŁNIONA** i podlega odrzuceniu ze względów formalnych.*

**niewłaściwe skreślić*

…….
data i podpis
Przewodniczącego/Wiceprzewodniczącego
Komisji Konkursowej

II ETAP: OCENA MERYTORYCZNA

KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ		SKALA	PRZYZNANE PUNKTY
I. Możliwość realizacji zadania (łącznie 15 pkt):			
1.	zasoby rzeczowe Oferenta	(od 0 do 4 pkt)	
2.	zasoby kadrowe Oferenta (0-5 pkt) wolontariusze (0-1 pkt)	(od 0 do 6 pkt)	
3.	doświadczenie Oferenta w realizacji zadań o podobnym charakterze	(od 0 do 5 pkt)	
4.	rzetelność wykonania zadań, w przypadku Oferentów, którzy w ostatnich 3 latach realizowali zadania zlecone przez Gminę Miasta Gdańska w konkursach organizowanych przez Wydział Rozwoju Społecznego	(od -7 do 0 pkt)	
II. Jakość merytoryczna zadania (łącznie 40 pkt):			
5.	**szczegółowość, kompletność i spójność opisu planowanego sposobu realizacji zadania**: - precyzja w określeniu przedsięwzięć, które będą realizowane i sposobu/ narzędzi ich realizacji (0-4 pkt) - spójność w przedstawieniu planowanych działań, terminów ich realizacji, uzasadnienia i kosztów (0-2 pkt) - kompletność informacji dotyczących zakresu działań w ofercie (0-2 pkt)	(od 0 do 8 pkt)	
6.	**trafność doboru i efektywność planowanych działań w kontekście celu realizacji zadania**: - wskazanie problemów, które zostaną rozwiązane (ograniczone) dzięki realizacji oferty (0-3 pkt) - wskazanie czytelnego/ych, adekwatnego/ych do problemu celu/ów (0-3 pkt) - racjonalność uzasadnienia podejmowanych działań w powiązaniu z celami zadania i diagnozą potrzeb, przedstawioną w ofercie (0-2 pkt) - planowane sposoby dotarcia do grupy docelowej, działania i narzędzia służące efektywności realizacji zadania (0-2 pkt) - narzędzia ewaluacyjne uwzględniające efektywność działań do ponoszonych nakładów (0-2 pkt) - planowana trwałość rezultatów (0-2 pkt), w przypadku programów rekomendowanych oferta otrzymuje maksymalna liczbę pkt - 2	(od 0 do 14 pkt)	
7.	**sposób uwzględniania zasad zapewniania dostępności osobom o szczególnych potrzebach (…):** - dostępność architektoniczna - dostępność cyfrowa - dostępność komunikacyjno-informacyjna - dostępność społeczna (różnorodność odbiorców)	(od 0 do 4 pkt)	
8.	**sposób realizacji kampanii „Gdańsk bez plastiku”**	(od 0 do 1 pkt)	
9.	**adekwatność doboru grupy docelowej:** - dokładność charakterystyki grupy docelowej, tj. wskazania istotnych cech instytucji i/ lub osób, do których kierowane są działania wynikające z oferty, tj. liczebność, cechy specyficzne (0-3 pkt) - opis sposobu rekrutacji, w tym kryteria i narzędzia rekrutacji (0-3 pkt)	(od 0 do 6 pkt)	
10.	**poprawność i realność harmonogramu realizacji zadania**: - zasadność przyjętej sekwencji realizacji poszczególnych działań w ofercie (0-2 pkt) - realność założonych terminów na realizację poszczególnych działań (0-2 pkt)	(od 0 do 6 pkt)	

	- spójność zakresu działań wykazanych w harmonogramie z opisem sposobu realizacji oferty i kalkulacją kosztów w kosztorysie (0-2 pkt)		
11.	**adekwatność doboru i opisu wskaźników rezultatów realizacji zadania:** - precyzyjne określenie rezultatów realizacji oferty i ich wpływu na realizację zadania (0-2 pkt) - spójność rezultatów z opisem planowanych działań (0-2 pkt) - opis sposobu monitorowania zadania (0-2 pkt)	(od 0 do 6 pkt)	
III. Kalkulacja kosztów: (łącznie 15 pkt)			
12.	poprawność rachunkowa kosztorysu	(od 0 do 3 pkt)	
13.	racjonalność kosztów planowanych działań, w stosunku do zakresu działań, rodzaju i liczby odbiorców	(od 0 do 9 pkt)	
14.	zgodność kosztorysu z planowanymi działaniami, w tym z harmonogramem	(od 0 do 3 pkt)	
		SUMA:	

PODSUMOWANIE

KATEGORIE	PUNKTY	SPEŁNIA MINIMUM PUNKTOWE- właściwe zaznaczyć	
Część dotycząca możliwości realizacji zadania (pkt I)	(min. 9 pkt) ……	TAK	NIE
Część dotycząca jakości merytorycznej zadania (pkt II)	(min. 27 pkt) ……	TAK	NIE
Część dotycząca kalkulacji kosztów (pkt III)	(min. 9 pkt) ……	TAK	NIE
ŁĄCZNIE*	(min. 45 pkt) ……	TAK	NIE

**w przypadku nieuzyskania minimum 45 punktów oraz wymaganego minimum w poszczególnych kategoriach oferta zostanie oddalona*

Uwagi dotyczące oceny merytorycznej oferty

Głosy członków komisji konkursowej oceniających ofertę:

ZA SFINANSOWANIEM ……..…… OSÓB

PRZECIW SFINANSOWANIU…… OSÓB

WSTRZYMAŁO SIĘ …… OSÓB

OCENA KOMISJI KONKURSOWEJ (suma punktów)	
PROPONOWANA KWOTA DOTACJI	

…….

data i podpis Przewodniczącego/Wiceprzewodniczącego
Komisji Konkursowej

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

(wzór - podlega modyfikacji)

UMOWA NR ……..
O POWIERZENIE REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO I PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PUBLICZNYCH W FORMIE DOTACJI

Pod tytułem: ……..

zawarta w dniu ……..r. w Gdańsku, pomiędzy Gminą Miasta Gdańska z siedzibą w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk, reprezentowaną przez:

…… …….,
zwanym dalej w treści umowy *„Gminą”*,

a

……
……
……..**,** zamieszkałym w: …….,

z siedzibą w……..……,
……..……..……, NIP…….……..……,
REGON…….,

reprezentowanym przez:

……(imię, nazwisko–funkcja),

PESEL …….(wymagany w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą), zamieszkałym (wymagany w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) w: …….,

zgodnie z wyciągiem z właściwych rejestrów, załączonych do niniejszej umowy, stanowiących **Załącznik Nr**……do niniejszej umowy,

zwanym dalej w treści Umowy „*Realizatorem”*,

łącznie zwanych dalej „Stronami” lub z osobna „Stroną”.

Strony umowy oświadczają, że umowa została zawarta na podstawie art. 13 pkt. 3, art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. ……..) w wyniku dokonanego przez Prezydenta Miasta Gdańska wyboru oferty w postępowaniu konkursowym na podstawie zarządzenia Nr …… Prezydenta Miasta Gdańska z dnia ……. r. w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025, o następującej treści:

§ 1

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja zadania z zakresu zdrowia publicznego pod tytułem: ……, zgodnie z ofertą złożoną przez Realizatora w dniu …….. r. stanowiącą **Załącznik Nr …..** do niniejszej umowy wraz z zaktualizowanym zakresem rzeczowym i finansowym zadania, w tym z harmonogramem i kosztorysem stanowiącym **Załącznik Nr ….** do niniejszej umowy.
2. Gmina przyznaje Realizatorowi środki finansowe, o których mowa w **§ 3**, w formie dotacji, której celem jest realizacja zadania publicznego w sposób zgodny z postanowieniami tej umowy.
3. Niniejsza umowa jest umową o powierzenie realizacji zadania publicznego.
4. Zmiana zakresu rzeczowego i finansowego zadania wymaga sporządzenia odrębnego aneksu, o ile przepisy umowy nie stanowią inaczej.
5. Realizator zobowiązuje się do bieżącego informowania Gminy o wszelkich zaistniałych lub mogących zaistnieć sytuacjach, które mogłyby skutkować zagrożeniem realizacji umowy wraz z przedstawieniem propozycji ich rozwiązania, w terminie nie późniejszym niż 7 dni od dnia ich ujawnienia.

§ 2

Sposób wykonania zadania publicznego

1. Sposób realizacji zadania, w tym ewaluacji, określa Oferta stanowiąca **Załącznik Nr …** do umowy.
2. Termin realizacji zadania publicznego ustala się od dnia …… r. do dnia …… r.
3. Termin poniesienia wydatków dla środków pochodzących z dotacji ustala się na realizację zadania w 2022 roku od dnia …… r. do dnia …….. r.
4. Miejsce/-a realizacji zadania: ……..
5. Realizator posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz sprzęt, niezbędny do realizacji zadania.
6. Realizator zapewni realizację zadania przez osoby posiadające wykształcenie i doświadczenie zgodne ze złożoną ofertą. Realizator będzie zgłaszał wszelkie zmiany w zakresie personelu realizującego zadanie, w tym dotyczące posiadanych kwalifikacji, specjalizacji, certyfikatów, tytułów naukowych.

7. Realizator będzie prowadził dokumentację i sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych przepisami prawa oraz inną dokumentację, potwierdzającą realizację umowy w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli.
8. Gmina zastrzega sobie możliwość wnoszenia uwag co do wykonywania zadania przez Realizatora, na każdym etapie realizacji zadania.
9. Realizator zobowiązuje się do wykorzystania przekazanej dotacji zgodnie z celem, na jaki ją uzyskał i na warunkach określonych niniejszą umową. Dotyczy to także ewentualnych przychodów uzyskanych przy realizacji umowy, których nie można było przewidzieć wcześniej oraz odsetek bankowych od przekazanych przez Gminę środków, które należy wykorzystać wyłącznie na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego.
10. Realizator jest zobowiązany wykonywać czynności będące przedmiotem niniejszej umowy z należytą starannością, w szczególności ponosząc wydatki celowo, rzetelnie, racjonalnie i oszczędnie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób, który zapewni prawidłową i terminową realizację zadania, z zachowaniem zasady konkurencyjności i przejrzystości.
11. Realizator zobowiązany jest przez cały okres trwania umowy posiadać ważną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie prowadzonej działalności na kwotę nie mniejszą niż wartość dotacji. Kopia opłaconej polisy stanowi **Załącznik Nr …**
12. Jeżeli ważność ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 11 kończy się w trakcie realizacji umowy, Realizator w terminie nie później niż na 7 dni przed wygaśnięciem dotychczasowego ubezpieczenia przedstawi Gminie nową polisę lub inny dokument potwierdzający, że posiada ubezpieczenie określone w ust. 11.
13. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zadania odpowiedzialność ponosi Realizator.
14. Realizator zobowiązuje się do uwzględniania podczas wykonywania zadania zasad równych szans i zasad zrównoważonego rozwoju oraz kampanii „Gdańsk bez plastiku” zgodnie z informacją, którą zawarł w załączniku do oferty.
15. Osobą do kontaktów roboczych jest:
1) ze strony Gminy: ……. ,
tel. …….., adres poczty elektronicznej …….;
2) ze strony Realizatora: ……,
tel. …….., adres poczty elektronicznej ……..

§ 3
Finansowanie zadania publicznego

1. Gmina zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania publicznego środków finansowych w wysokości ……. zł (słownie) ……. zaplanowanych w **Dziale …….**, **Rozdziale …….**, **Paragrafie …….**,

o numerze działania …….. Zobowiązanie wynikające z niniejszej umowy mieści się w upoważnieniu ujętym w wieloletniej prognozie finansowej, zgodnie z uchwałą nr ……. Rady Miasta Gdańska z dnia …… r. w sprawie przyjęcia wieloletniej prognozy Finansowej.

1) dotacja w roku 2022 w wysokości ……. zł (słownie: ……..), zostanie przekazana w następujący sposób:

a) I transza w wysokości **…….. zł** (słownie: ……. złotych…….) w terminie do 30 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy;

b) II transza w wysokości **…… zł** (słownie: ……..…. złotych…….) w terminie do ….. dni od dnia złożenia przez Realizatora pisemnego oświadczenia, o wydatkowaniu co najmniej 50% kwoty I transzy dotacji, którego wzór stanowi **Załącznik Nr ….** do niniejszej umowy;

c) *(kolejne zapisy w zależności od ilości transz)*

i zostanie przekazana na **rachunek bankowy Realizatora nr**:

……

2. Wysokość dotacji w kolejnych latach budżetowych jest uzależniona od wysokości środków zaplanowanych w budżecie Gminy Miasta Gdańska. Wysokość, sposób oraz terminy przekazania środków na lata …… zostaną określone w każdym roku kalendarzowym odrębnym aneksem do niniejszej umowy sporządzonym na podstawie zaktualizowanego szczegółowego zakresu rzeczowego i finansowego zadania, wraz z harmonogramem w danym roku kalendarzowym. Rozpoczęcie realizacji zadania w kolejnych latach uzależnione jest od podpisania stosownego aneksu określającego wysokość dotacji.

3. Za dzień przekazania dotacji uznaje się dzień obciążenia rachunku Gminy.

4. Realizator oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 1 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania go nie krócej niż do dnia zaakceptowania przez Gminę sprawozdania końcowego o którym mowa w **§ 11**. W przypadku braku możliwości utrzymania rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1 Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Gminy o nowym rachunku i jego numerze.

5. W trakcie realizacji zadania publicznego nie przewiduje się pobierania świadczeń pieniężnych od odbiorców.

6. Przekazanie kolejnej transzy będzie uwarunkowane złożeniem przez Realizatora pisemnego oświadczenia, o wydatkowaniu 100% wcześniejszych transz i co najmniej 50% kwoty dotychczasowych transz dotacji, z zastrzeżeniem, że Gmina może w każdym czasie zażądać od Realizatora udokumentowania wydatkowania transz. Oświadczenie stanowi **Załącznik Nr ….** do umowy.

7. Zabronione jest finansowanie tego samego wydatku w ramach realizacji zadania, wskazanego w **§ 1** z dwóch źródeł finansowania, przez co należy rozumieć jakiekolwiek podwójne zrefundowanie (lub rozliczenie) całkowite lub częściowe tego samego wydatku na zadanie określone w **§ 1** z jakichkolwiek innych środków publicznych lub dotacji, w tym krajowych lub pochodzących z budżetu Unii

Europejskiej oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 4

Wykonanie części zadania przez podmiot niebędący stroną umowy

(jeżeli dotyczy)

1. Gmina wyraża zgodę na realizację przez Realizatora następujących działań we współpracy z podmiotem trzecim: ……..
2. Za działania bądź zaniechania podmiotu, o którym mowa w ust. 1, Realizator odpowiada jak za własne.

§ 5

Procentowy udział dotacji w całkowitym koszcie zadania publicznego

Procentowy udział dotacji w całkowitych kosztach zadania publicznego wynosi nie więcej niż: 100 %

§ 6

Dokonywanie przesunięć w zakresie ponoszonych wydatków

1. Jeżeli dany wydatek finansowany z dotacji, wykazany w sprawozdaniu z realizacji zadania publicznego, nie jest równy odpowiedniemu kosztowi określonemu w zaktualizowanym, szczegółowym zakresie rzeczowym i finansowym zadania wraz z harmonogramem na dany rok kalendarzowy, to uznaje się go za zgodny z umową wtedy, gdy nie nastąpiło zwiększenie tego wydatku o więcej niż 10%.
2. Naruszenie postanowienia, o którym mowa w ust. 1, uważa się za pobranie części dotacji w nadmiernej wysokości.

§ 7

Dokumentacja związana z realizacją zadania publicznego

1. Realizator jest zobowiązany do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo-księgowej i ewidencji księgowej zadania publicznego, zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. ……..) w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
2. Realizator zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji, w tym dokumentacji finansowo-księgowej, związanej z realizacją zadania publicznego przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizował zadanie publiczne.

3. Realizator zobowiązuje się do opisywania dokumentacji finansowo-księgowej związanej z realizacją zadania, dotyczącej zarówno dotacji, jak i innych środków finansowych, zgodnie z wymogami określonymi w art. 21 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. …….).

4. Niedochowanie zobowiązania, o którym mowa w ust. 1–3, uznaje się, w zależności od zakresu jego naruszenia, za niezrealizowanie części albo całości zadania publicznego, chyba że z innych dowodów wynika, że część albo całość zadania została zrealizowana prawidłowo.

§ 8

Obowiązki i uprawnienia informacyjne

1. Realizator zobowiązuje się do informowania, że zadanie finansuje Gmina, przez użycie klauzuli „Sfinansowano ze środków Miasta Gdańska", oraz do umieszczenia znaku podstawowego:

   GDAŃSK

   pobranego z zakładki dla mediów / Herb, flaga i logo miasta na stronie www.gdansk.pl, zgodnie z instrukcją zawartą w Księdze standardów identyfikacji wizualnej Miasta Gdańska, na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, które dotyczą realizowanego zadania, oraz na zakupionych środkach/ materiałach, przeznaczonych do realizacji zdania, w sposób zapewniający jego widoczność, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń.
2. W przypadku objęcia przez Prezydenta Miasta Gdańska patronatem honorowym projektu realizowanego przez Realizatora, dopuszcza się możliwość niezamieszczenia znaku, o którym mowa w ust. 1, jeśli na materiałach zostanie umieszczony znak informujący o patronacie.
3. Realizator zobowiązuje się przekazać do akceptacji Biura Prezydenta w zakresie promocji i wizerunku miasta, komunikacji społecznej, współpracy zagranicznej oraz polityki informacyjnej Urzędu Miejskiego w Gdańsku projekty wszelkich materiałów z użyciem znaku, o którym mowa w ust. 1, co najmniej 14 dni przed ich przekazaniem do druku, produkcji lub realizacji, publikacji w prasie i wydawnictwach zwartych, emisji w radio, telewizji i nośnikach multimedialnych, zamieszczeniem w Internecie. Projekty materiałów ze znakiem informującym o przyznaniu patronatu honorowego Prezydenta Miasta Gdańska podlegają akceptacji przez Gminę na takich samych zasadach jak akceptacja znaku podstawowego. Przekazanie projektów materiałów do akceptacji następuje przez przesłanie plików graficznych i plików wideo, o objętości do 20 MB, na adres poczty elektronicznej: akceptacje@gdansk.gda.pl.
4. Wszelkie koszty poniesione na produkcję materiałów, w przypadku których Realizator nie zastosował się do wymogów określonych w ust. 1-3, zostaną uznane za niekwalifikowane.

5. Realizator zobowiązuje się nie wykorzystywać znaku podstawowego w innych celach, niż określone w niniejszej umowie.
6. Realizator zobowiązany jest do oznakowania pomieszczeń/miejsca, w których realizowane jest zadanie publiczne tablicą informacyjną, przekazaną przez Gminę.
7. Realizator może umieścić na materiałach, o których mowa w ust. 3 swoje logo (emblemat, znak graficzny).

§ 9

Przeniesienie praw autorskich

1. Realizator oświadcza, że:
   1) wszelkie utwory w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawach autorskich i prawach pokrewnych (Dz. U. ……), jakimi będzie się posługiwał w toku realizacji zadania, a także powstałe w trakcie lub wyniku jego realizacji będą oryginalne, bez niedozwolonych zapożyczeń z utworów osób trzecich oraz nie będą naruszać praw przysługujących osobom trzecim, a w szczególności praw autorskich oraz dóbr osobistych tych osób,
   2) zobowiązuje się do nabycia praw, w tym autorskich praw majątkowych oraz wszelkich upoważnień do wykonywania praw zależnych od osób, z którymi będzie współpracować przy realizacji zadania, a także uzyska od tych osób nieodwołalne zezwolenia na wykonywanie zależnych praw autorskich oraz wprowadzenia zmian do utworów bez konieczności ich uzgadniania z osobami, którym mogłyby przysługiwać autorskie prawa osobiste,
   3) nie dokonał i nie dokona rozporządzeń prawami, w tym autorskimi prawami majątkowymi do utworów w zakresie, jaki uniemożliwiłby ich nabycie przez Gminę i dysponowanie na polach eksploatacji określonych w ust. 2,
   4) do dnia przeniesienia autorskich praw majątkowych będzie wykonywał te prawa wyłącznie dla celów realizacji zadania.
2. Realizator z dniem zaakceptowania przez Gminę sprawozdania końcowego lub zaakceptowania przyjęcia utworów wytworzonych w trakcie realizacji zadania na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, w którym będzie określona wartość tych praw przenosi nieodpłatnie na Gminę majątkowe prawa autorskie wraz z prawami zależnymi do utworów. Przeniesienie praw autorskich do utworu następuje bez ograniczeń co do terytorium, czasu, liczby egzemplarzy, na zasadzie wyłączności w zakresie poniższych pól eksploatacji:
   1) utrwalania utworu bez żadnych ograniczeń ilościowych, dowolną techniką, w tym drukarską, cyfrową, reprograficzną, elektroniczną, fotograficzną, optyczną, laserową, przez zapis magnetyczny, na każdym nośniku, włączając w to także nośniki elektroniczne, optyczne, magnetyczne, dyskietki, CD-ROM, DVD, papier,
   2) zwielokrotniania utworu bez żadnych ograniczeń ilościowych, w każdej możliwej technice, w tym drukarskiej, reprograficznej, cyfrowej, elektronicznej, laserowej, fotograficznej, przez zapis

magnetyczny, na każdym nośniku, włączając w to także nośniki elektroniczne, optyczne, magnetyczne, dyskietki, CD-ROM, DVD, papier, w ramach systemu on-line,

3) wprowadzenia utworu do pamięci komputera i sieci multimedialnych, w tym Internetu, sieci wewnętrznych typu intranet, bez żadnych ograniczeń ilościowych, jak również przesyłania utworu w ramach ww. sieci, w tym w trybie on-line,
4) rozpowszechniania utworu, w tym wprowadzania go do obrotu, w szczególności drukiem, w postaci książkowej (w tym również w ramach utworów zbiorowych), w czasopismach, w ramach produktów elektronicznych, w tym w ramach elektronicznych baz danych, na nośnikach magnetycznych, cyfrowych, optycznych, elektronicznych, również w postaci CD-ROM, dyskietek, DVD, w ramach sieci multimedialnych, w tym sieci wewnętrznych (np. typu intranet), jak i Internetu, w systemie on-line, poprzez komunikowanie na życzenie, w drodze użyczania utworu,
5) wypożyczania, najmu, użyczania, dzierżawy lub wymiany nośników, na których utwór utrwalono, utrwalonych i zwielokrotnionych, przy zastosowaniu dowolnej techniki udostępnienia utworu,
6) nadawania utworu za pomocą wizji (przewodowej albo bezprzewodowej) przez stację naziemną, jak i za pośrednictwem satelity,
7) odtwarzania i wystawiania utworu,
8) publicznego udostępniania utworu w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym,
9) wykorzystywania utworu i jego fragmentów w celach informacyjnych, promocyjnych i marketingowych,
10) dokonywania lub zlecania osobom trzecim dokonywania opracowań utworu, w tym jego skrótów i streszczeń oraz korzystania z tych opracowań i rozporządzania nimi na polach eksploatacji określonych w niniejszym ustępie,
11) udzielenia zezwoleń na rozporządzanie i korzystanie z utworu, w tym również zezwoleń do jego opracowania i dokonania tłumaczeń,
12) łączenia utworu w całości lub w części z innymi materiałami szkoleniowymi lub innymi dokumentami oraz jego tłumaczenia.

3. Gmina na podstawie wniosku Realizatora, udzieli mu licencji na korzystanie z utworów, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
4. Realizator zobowiązuje się, że osoby trzecie nie uzyskają autorskich praw majątkowych do utworów stworzonych przez Realizatora w ramach realizacji niniejszej umowy, oraz że wykonując zadanie nie naruszy praw majątkowych osób trzecich i przekaże utwór w stanie wolnym od obciążeń prawami osób trzecich. W przypadku konieczności uwzględnienia roszczeń osób trzecich w wyniku naruszenia ich praw, Realizator zobowiązuje się do przyjęcia pełnej odpowiedzialności z tego tytułu i pokrycia szkody poniesionej przez Gminę.
5. Realizator jest odpowiedzialny względem Gminy za wszelkie wady prawne utworów, a w szczególności za ewentualne roszczenia osób trzecich wynikające z naruszenia praw autorskich,

w tym za nieprzestrzeganie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

6. Realizator zobowiązuje się przejąć na siebie ewentualne roszczenia osób trzecich wobec Gminy, we wskazanym powyżej w ust. 4 i 5 zakresie, w szczególności roszczenia z tytułu naruszenia autorskich praw majątkowych osób trzecich. Gmina ma prawo do wzięcia udziału na własny koszt w sporze pomiędzy Realizatorem a osobami trzecimi zgłaszającymi takie roszczenia.
7. Realizator zobowiązuje się do przekazania wraz ze sprawozdaniem końcowym wszystkich materiałów wytworzonych w ramach usługi także w formie elektronicznej.
8. W przypadku wątpliwości wszelkie postanowienia umowy dotyczące praw autorskich mają zastosowania również po odstąpieniu od umowy w zakresie odebranej części przedmiotu umowy.

§ 10

Kontrola zadania publicznego

1. Gmina sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania zadania publicznego przez Realizatora, w tym wydatkowania przekazanej dotacji oraz przychodów, o których mowa w §3. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji zadania publicznego oraz po jego zakończeniu do czasu ustania zobowiązania, o którym mowa w § 2 i w § 7
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Gminę mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania publicznego, oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji, dotyczących wykonania zadania publicznego. Realizator na żądanie kontrolującego zobowiązuje się dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
3. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Gminę zarówno w siedzibie Realizatora, jak i w miejscu realizacji zadania publicznego.
4. Kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być przeprowadzane również w siedzibie Gminy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, Gmina poinformuje Realizatora, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. Realizator jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o sposobie ich wykonania Gminę.

§ 11

Obowiązki sprawozdawcze Realizatora

1. Gmina ma prawo zażądać złożenia przez Realizatora sprawozdania częściowego w każdym momencie trwania realizacji zadania, którego wzór stanowi **Załącznik Nr ……** do niniejszej umowy.

2. Realizator składa roczne sprawozdanie z wykonania zadania publicznego sporządzone według wzoru, stanowiącego **Załącznik Nr …** do niniejszej umowy, w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zakończenia realizacji zadania za dany rok kalendarzowy.
3. Realizator składa sprawozdanie końcowe z wykonania zadania publicznego sporządzone według wzoru, o którym mowa w **Załączniku Nr ….**, w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zakończenia realizacji zadania publicznego.
4. Gmina ma prawo żądać, aby Realizator, w wyznaczonym terminie, przedstawił dodatkowe informacje, wyjaśnienia oraz dowody do sprawozdań, o których mowa w ust. 1,2,3. Żądanie to jest wiążące dla Realizatora.
5. W przypadku niezłożenia sprawozdań, o których mowa w ust. 1,2,3 w terminie, Gmina wzywa pisemnie Realizatora do ich złożenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
6. Niezastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 5, skutkuje uznaniem dotacji za wykorzystaną niezgodnie z przeznaczeniem na zasadach, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. …….).
7. Niezastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 5, może być podstawą do natychmiastowego rozwiązania umowy przez Gminę.
8. Złożenie sprawozdań częściowych/rocznych/końcowego przez Realizatora jest równoznaczne z udzieleniem Gminie prawa do rozpowszechniania informacji w nim zawartych w sprawozdaniach, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach urzędowych.
9. Gmina może zgłosić w terminie do 15 dni roboczych, licząc od dnia następującego po dniu przekazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1 uwagi i zastrzeżenia, a także wezwać do udzielenia informacji lub/i okazania dokumentów księgowych, potwierdzających poniesione wydatki, produktów cząstkowych, raportów lub innych dokumentów powstałych w ramach realizacji umowy, a w przypadku sprawozdań ujętych w ust. 2 i 3 w terminie 30 dni roboczych.
10. Umowę uważa się za wykonaną w całości z chwilą zatwierdzenia przez Gminę sprawozdania końcowego z realizacji zadania bez zastrzeżeń i uwag ze strony Gminy.
11. O terminowym przedłożeniu przez Realizatora dokumentów związanych z realizacją umowy decyduje data wpływu do Gminy.

§ 12
Zwrot środków finansowych

1. Przyznane środki finansowe dotacji określone w § 3 ust. 1 oraz uzyskane w związku z realizacją zadania przychody, w tym odsetki bankowe od przekazanej dotacji, Realizator jest zobowiązany wykorzystać w terminie do dnia 31 grudnia każdego roku, w którym jest realizowane zadanie publiczne.
2. Ustala się termin poniesienia wydatków nie później niż do 31 grudnia każdego roku, w którym jest realizowane zadanie publiczne.

3. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną na dany rok budżetowy Realizator jest zobowiązany zwrócić na rachunek bankowy Gminy:

1) …….. - o ile zwrot środków nastąpi do 31 grudnia danego roku włącznie,

2) ……. - o ile zwrot środków nastąpi po 31 grudnia roku, na który została przyznana dotacja.

4. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną na dany rok budżetowy Realizator jest zobowiązany zwrócić w terminie do 31 stycznia następnego roku kalendarzowego lub w terminie 15 dni kalendarzowych od dnia zakończenia realizacji zadania.

5. Odsetki od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 3, podlegają zwrotowi - w wysokości określonej, jak dla zaległości podatkowych - na rachunek bankowy Gminy o numerze: ……..

Odsetki nalicza się począwszy od dnia następującego po dniu, w którym upłynął termin zwrotu niewykorzystanej kwoty dotacji.

6. Niewykorzystane przychody i odsetki bankowe od przyznanej dotacji podlegają zwrotowi na zasadach określonych w ust. 3–5.

7. Kwota dotacji:

1) wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem,

2) pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości

- podlega zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej, jak dla zaległości podatkowych, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

§ 13

Zmiana postanowień umowy

Zmiana postanowień niniejszej umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

§ 14

Rozwiązanie umowy za porozumieniem Stron

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. ……), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1, skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

§ 15

Odstąpienie od umowy przez Realizatora/-ów

1. W przypadku uprawdopodobnienia wystąpienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie niniejszej umowy Realizator/-rzy może/mogą odstąpić od umowy, składając stosowne oświadczenie na piśmie, nie później niż do dnia przekazania:
   a) całości dotacji w przypadku umów rocznych, w których nie wystąpił podział dotacji na transze, albo
   b) pierwszej transzy dotacji w przypadku umów rocznych, w których wystąpił podział dotacji na transze, albo
   c) pierwszej transzy dotacji w pierwszym roku obowiązywania umowy, w przypadku umów wieloletnich,

   z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Realizator/-rzy może/mogą odstąpić od umowy, nie później jednak niż do dnia przekazania dotacji, jeżeli Gmina nie przekaże dotacji albo pierwszej transzy dotacji zgodnie z § 15 ust. b) i c), jeżeli Gmina nie przekaże dotacji w terminie określonym w umowie.

§ 16

Rozwiązanie umowy przez Gminę

1. Umowa może być rozwiązana przez Gminę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
   1) zaistnienia istotnej zmiany okoliczności, skutkującej na cały pozostający do zakończenia realizacji zadania czas, powodującej, że wykonanie niniejszej umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia;
   2) wykorzystywania udzielonej dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości lub nienależnie, tj. bez podstawy prawnej;
   3) nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania publicznego;
   4) przekazania przez Realizatora części lub całości dotacji osobie trzeciej w sposób niezgodny z niniejszą umową;
   5) nieprzedłożenia przez Realizatora sprawozdania z wykonania zadania publicznego w terminie określonym i na zasadach określonych w niniejszej umowie;
   6) odmowy poddania się przez Realizatora kontroli albo niedoprowadzenia przez Realizatora w terminie określonym przez Gminę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości;
   7) nieprzedłożenia kopii polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z realizacją zadania.
2. Gmina, rozwiązując umowę, określi kwotę dotacji podlegającą zwrotowi w wyniku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w ust. 1, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości

podatkowych, naliczanymi od dnia przekazania dotacji, termin jej zwrotu oraz nazwę i numer rachunku bankowego, na który należy dokonać wpłaty.

§ 17

Zawieszenie realizacji Umowy

1. W przypadku zaistnienia istotnej zmiany okoliczności przemijającej, skutkującej na określony okres realizacji zadania, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy, Gmina ma prawo zawiesić realizację Umowy na pisemny wniosek Realizatora.
2. Zawieszenie realizacji Umowy odbywa się przez zawarcie aneksu, który wymaga aktualizacji zakresu rzeczowego i finansowego zadania, w tym harmonogramu i kosztorysu.

§ 18

Kary umowne

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy w formie kar umownych.
2. Gmina może naliczyć Realizatorowi karę umowną w przypadku wykonania zadania na poziomie niższym niż 50% planowanej jego realizacji w wysokości 5% kwoty środków publicznych, przekazanych w danym roku kalendarzowym, określonych w § 3 z przyczyn zależnych od Realizatora.
3. W przypadku wypowiedzenia umowy przez Realizatora z przyczyn od niego zależnych, Gmina nalicza Realizatorowi karę umowną wysokości 10% wartości środków ogółem określonych w § 3 ust. 1. pomniejszonych o kwotę wydatkowaną dotacji na dzień wypowiedzenia umowy.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy przez Gminę z przyczyn od niej zależnych, Realizator nalicza Gminie karę umowną wysokości 10% wartości środków ogółem określonych w § 3 ust. 1. pomniejszonych o kwotę wydatkowaną dotacji na dzień wypowiedzenia umowy.
5. Na naliczone kary umowne Strona obciążająca wystawia notę obciążeniową.
6. Strony zobowiązują się do zapłaty zastrzeżonej kary umownej na rachunek wskazany w nocie obciążeniowej, w terminie 14 dni kalendarzowych od daty otrzymania takiej noty.
7. Strony mają prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej, na zasadach ogólnych.

§ 19

Zakaz zbywania rzeczy zakupionych za środki pochodzące z dotacji

1. Realizator zobowiązuje się do niezbywania związanych z realizacją zadania rzeczy zakupionych na swoją rzecz za środki pochodzące z dotacji przez okres 5 lat od dnia dokonania ich zakupu.

2. Z ważnych przyczyn Gmina może wyrazić zgodę na zbycie rzeczy przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem, że Realizator zobowiązuje się przeznaczyć środki pozyskane ze zbycia rzeczy na realizację celów statutowych.

§ 20

Forma pisemna oświadczeń

1. Wszelkie zmiany, uzupełnienia i oświadczenia składane w związku z niniejszą umową wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie wątpliwości związane z realizacją niniejszej umowy będą wyjaśniane w formie pisemnej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

§ 21

Odpowiedzialność wobec osób trzecich

1. Realizator ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania publicznego.
2. W zakresie związanym z realizacją zadania publicznego, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Realizator postępuje zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

§ 22

Postanowienia końcowe

1. W odniesieniu do niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy z dnia 27 kwietnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
2. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.
3. Oświadczenie wymagane od Realizatora w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO stanowi **Załącznik Nr ….** do niniejszej umowy.

§ 23

Rozstrzyganie sporów

Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy Strony będą się starały rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego ze względu na siedzibę Gminy.

§ 24

Liczba egzemplarzy umowy

Niniejsza umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, z tego 1 egzemplarz dla Gminy i 1 dla Realizatora.

Realizator: Gmina:

....

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oferta złożona przez Realizatora, dotycząca zadania publicznego wraz z potwierdzeniem jej złożenia.
2. Zaktualizowany zakres rzeczowy i finansowy zadania, w tym harmonogram i kosztorys.
3. Pobrany samodzielnie wydruk komputerowy lub wyciąg z właściwego rejestru dotyczący aktualnych informacji o Realizatorze wpisanym do KRS lub dokument z innego rejestru (w zależności od posiadanych dokumentów).
4. Kopia polisy od odpowiedzialności cywilnej.
5. Oświadczenie o wydatkowaniu co najmniej 50% kwoty dotychczasowych transz dotacji - wzór.
6. Sprawozdanie z wykonania zadania publicznego - wzór.
7. Wzór oświadczenia wymaganego od Oferenta/Realizatora w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO.

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Załącznik Nr …. do umowy
nr RWB-W/ /WRS/ / U-W.BIEŻ./2022
z dnia: ……..

(WZÓR)

Realizator:

……
…….
……
…….
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……
……
……
……
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

……
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE O WYDATKOWANIU DOTYCHCZASOWYCH TRANSZ DOTACJI

W związku z przyznaniem dotacji na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowanego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025 pn: ……
…… (nazwa własna/tytuł zadania z oferty)
Nr umowy ……. z dnia ……..……
niniejszym oświadczam/-y*, że realizując powyższą umowę w okresie …….
wydatkowano 100% wcześniejszych transz** i co najmniej 50% kwoty ostatniej przekazanej transzy dotacji.

……..…

podpis osoby/ -ób uprawnionej/ -ych do reprezentowania Realizatora

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Załącznik Nr …. do umowy
nr RWB-W/ /WRS/ / U-W.BIEŻ./2022
z dnia: ……..

(WZÓR)

Wzór oświadczenia wymaganego od Oferenta / Realizatora w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art.13 lub art. 14 RODO.

Oświadczam (y), że wypełniłem (am /śmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO[1] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu realizacji zadania konkursowego. Jednocześnie zobowiązuje się do wypełnienia powyższego obowiązku informacyjnego przez cały czas realizacji zadania.

Ponadto informuję/ -jemy, że zapoznałem/am/śmy się z **Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych** zamieszczoną:

a) w systemie informatycznym Witkac.pl,
b) w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska,
c) na stronie internetowej Gminy Miasta Gdańska - Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

……

……

(data, podpis/y)

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

(WZÓR)

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ZADANIA PUBLICZNEGO W OBSZARZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Pouczenie co do sposobu wypełniania sprawozdania:

Sprawozdanie należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach oraz w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danego sprawozdania, należy wpisać „nie dotyczy", „0" lub przekreślić pole.

Zaznaczenie „*", np. „Częściowe* / Roczne* / Końcowe*", oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź i pozostawić prawidłową. Przykład: „~~Częściowe*~~ / Roczne* / Końcowe*".

UWAGA! Po złożeniu sprawozdania przez system elektroniczny Witkac.pl, należy wydrukować z systemu potwierdzenie złożenia sprawozdania i złożyć je w wersji papierowej do siedziby Ogłaszającego konkurs w terminie określonym w umowie. Potwierdzenie złożenia sprawozdania powinno być czytelnie podpisane przez osobę/ -y upoważnioną/ -e do reprezentacji Realizatora/-ów.

BRAK ZŁOŻENIA POTWIERDZENIA WE WSKAZANYM W UMOWIE TERMINIE JEST RÓWNOZNACZNE Z NIEZŁOŻENIEM SPRAWOZDANIA.

Rodzaj sprawozdania	Częściowe* / Roczne* / Końcowe*
Okres, za jaki jest składane sprawozdanie	

Nazwa konkursu			
Nazwa i numer zadania z ogłoszenia o konkursie			
Tytuł/nazwa własna zadania			
Cele i zadania z Narodowego Programu Zdrowia, na które odpowiada oferta			
Nazwa Realizatora(-ów)			
Data zawarcia umowy		**Numer umowy, o ile został nadany**	

Część I. Sprawozdanie merytoryczne

1. Informacja, czy zakładany(-ne) cel(e) realizacji zadania publicznego został(y) osiągnięty(-te) w wymiarze określonym w części IV pkt 4 oferty oraz czy są zgodne z celami określonymi w ogłoszeniu o konkursie. Jeżeli nie, należy wskazać dlaczego.

2. Opis osiągniętych rezultatów wraz z liczbowym określeniem skali działań zrealizowanych w ramach zadania (należy opisać osiągnięte rezultaty zadania publicznego w wymiarze określonym w części IV pkt 5 oferty i sposób, w jaki zostały zmierzone; należy wskazać rezultaty trwałe oraz w jakim stopniu realizacja zadania przyczyniła się do osiągnięcia jego celu; należy opisać cel, plan i metody monitorowania i/lub ewaluacji)

Dodatkowe informacje dotyczące rezultatów realizacji zadania publicznego

Osiągnięte rezultaty zadania publicznego	Poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)	Sposób monitorowania/ ewaluacji rezultatów lub źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika

3. Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań zgodnie z częścią IV pkt 6 oferty (opis powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z umową, z uwzględnieniem stopnia oraz skali ich wykonania, a także wyjaśnić ewentualne odstępstwa w ich realizacji; w opisie należy przedstawić również informację o zaangażowanym wkładzie osobowym i wkładzie rzeczowym w realizację działań; w przypadku realizacji działania przez podmiot niebędący stroną umowy należy to wyraźnie wskazać w opisie tego działania)

3.1. Liczbowe podsumowanie zrealizowanych działań w ramach zadania publicznego[1]		
Działania promocyjno – edukacyjne inne niż szkolenia i konferencje		
Rodzaj działania (należy określić rodzaj działania np. kampania medialna, audycja radiowa, telewizyjna lub internetowa)	**Liczba działań** (przez liczbę działań rozumie się liczbę rodzajów działań wskazanych w poprzedniej kolumnie np. wydruk ulotek w ramach kampanii będzie jednym działaniem – nie należy podawać nakładu)	**Liczba odbiorców** (jeżeli nie da się określić konkretnej liczby osób, do których skierowano działania promocyjno–edukacyjne, należy wpisać liczbę szacunkową)
Działania szkoleniowe i konferencyjne		
Tematyka (należy krótko opisać zagadnienia omawiane na szkoleniu lub konferencji)	**Liczba szkoleń i konferencji**	**Liczba uczestników**
Działania profilaktyczne (należy uzupełnić m.in. poprzez wskazanie czy jest to profilaktyka pierwszo-, drugo- lub trzeciorzędowa; ewentualnie uniwersalna, selektywna, wskazująca)		
Rodzaj działania	**Liczba działań**	**Liczba odbiorców**
Działania związane z: redukcją szkód, rehabilitacją, leczeniem, interwencją lub integracją (należy uzupełnić m.in. poprzez wskazanie którego z wyżej wymiennych aspektów dotyczy wpisane działanie)		
Rodzaj działania	**Liczba działań**	**Liczba odbiorców**
Działalność badawcza		
Rodzaj działania	**Liczba działań**	

[1] Należy opisać jedynie te działania, które były realizowane w ramach zadania publicznego. W przypadku pól, które nie dotyczą danego zadania, należy wpisać „nie dotyczy” lub „0”.

Inne (należy określić pozostałe działania zrealizowane w ramach zadania, a niewymienione powyżej)	
Rodzaj działania	**Liczba działań**

3.2. Wykonanie zadania w ujęciu tabelarycznym
(należy wpisać działania w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia; jako niewłaściwe będzie określenie terminu wszystkich działań od momentu rozpoczęcia do zakończenia realizacji zadania; harmonogram powinien odpowiadać opisowi poszczególnych działań oraz kosztorysowi;
UWAGA! w przypadku oferty wspólnej obok nazwy działania należy podać nazwę Realizatora realizującego dane działanie)

Lp.	Nazwa działania	Termin realizacji	Podmiot realizujący	Liczba uczestników	Miejsce realizacji

4. Opis populacji objętej zadaniem zgodnie z częścią IV pkt 2 oferty (należy opisać i określić liczbowo grupę odbiorców zadania, ewentualne wyjaśnić odstępstwa w osiągnięciu zaplanowanych w ofercie wartości)

4.1. Charakterystyka odbiorców zadania[2]	**Osoby w wieku do ukończenia 18 r.ż. (osoby niepełnoletnie)**															**Osoby w wieku 18-34 lata**			**Osoby w wieku 35-59 lat**			**Osoby w wieku 60 lat i więcej**			**Liczba odbiorców**		
	0-3 lat			**4-6 lat**			**7-15 lat**			**15-17 lat** (do ukończenia 18 r.ż. – osoby niepełnoletnie)			**O**														
	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O	K	M	O

[2] Nie dotyczy projektów badawczych oraz takich, w których nie jest udzielane bezpośrednie wsparcie dla osób

ŁĄCZNA LICZBA ODBIORCÓW NIEPOWTARZAJĄCYCH SIĘ w tym:																											
Odbiorcy bezpośredni																											
Odbiorcy pośredni																											

Kryteria udziału (należy określić kryteria, które powinni spełniać potencjalni odbiorcy, aby zakwalifikować się do uczestnictwa w projekcie/zadaniu)	
Sposób rekrutacji (należy szczegółowo opisać w jaki sposób Oferent planuje pozyskać beneficjentów do projektu/zadania oraz jakie działania zostaną podjęte oraz w jakich lokalizacjach/placówkach)	

5. Wskazanie terenu, na którym realizowane było zadanie zgodnie z punktem IV 1 oferty (należy wskazać miejsce/miejsca, gdzie było realizowane zadanie - rodzaj placówki, liczba placówek, ich adresy, wszelkie informacje identyfikujące miejsce realizacji - w przypadku zrealizowanych konferencji/ szkoleń należy podać miejsca, w których były przeprowadzone)

5.1. Wskazanie dzielnicy, w której było realizowane zadanie (należy zaznaczyć dzielnicę/e, na terenie której/ych była realizowana część merytoryczna zadania, np. było udzielane bezpośrednie wsparcie dla odbiorców; w przypadku projektów, w ramach których zadanie było realizowane poza granicami Gdańska, należy wpisać uzasadnienie

6. Opis, w jaki sposób dofinansowanie z dotacji inwestycji związanych z realizacją zadania wpłynęło na jego wykonanie[3)]

[3)] Wypełnić jedynie w przypadku, gdy dotacja była przekazana na dofinansowanie inwestycji.

Część II. Sprawozdanie z wykonania wydatków

1. Rozliczenie wydatków w roku ……

Kategoria kosztu	Rodzaj kosztów		Koszty zgodnie z umową (w zł)						Faktycznie poniesione wydatki (w zł)					
			koszt całkowity	z dotacji	z innych środków finansowych[4)]	z wkładu osobowego[5)]	z wkładu rzeczowego[6), 7)]	Numer(y) lub nazwa(-wy) działania(-łań) zgodnie z umową	całkowite wydatki	z dotacji[8)]	z innych środków finansowych[4)]	z wkładu osobowego[5)]	z wkładu rzeczowego[6), 7)]	Numer(y) lub nazwa(-wy) działania(-łań) zgodnie z umową
I	Koszty merytoryczne													
	Nr poz.	Koszty po stronie: ……: *(nazwa Realizatora/-ów)*												
	Razem:													
II	Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne													

[4)] Na przykład środki finansowe Realizatora, inne środki publiczne (np. dotacje), świadczenia pieniężne od odbiorców zadania.

[5)] Wkładem osobowym są praca społeczna członków i świadczenia wolontariuszy zaangażowane w realizację zadania publicznego.

[6)] Wypełnić jedynie w przypadku, gdy umowa zobowiązywała do wykazania wkładu rzeczowego.

[7)] Wkładem rzeczowym są np. nieruchomości, środki transportu, maszyny, urządzenia. Zasobem rzeczowym może być również zasób udostępniony, względnie usługa świadczona na rzecz tej organizacji przez inny podmiot nieodpłatnie (np. usługa transportowa, hotelowa, poligraficzna itp.) wykorzystana w realizacji zadania publicznego.

[8)] Należy uwzględnić także środki finansowe pochodzące z odsetek bankowych od dotacji oraz z innych przychodów (np. ze sprzedaży towarów lub usług wytworzonych lub świadczonych w ramach realizacji zadania publicznego).

	Nr poz.	Koszty po stronie: …….: *(nazwa Realizatora/-ów)*													
	Razem:														
III	Koszty poszcze-gólnych Realizatorów ogółem[9]:	……. : (nazwa Realizatora 1)													
		……. : (nazwa Realizatora2)													
	Ogółem:														

[9] Dotyczy oferty wspólnej. W przypadku większej liczy Realizatorów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy.

2. Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania publicznego				
Lp.	**Źródło finansowania**		**Koszty zgodnie z umową**	**Faktycznie poniesione wydatki**
1	**Dotacja, w tym odsetki bankowe od dotacji oraz inne przychody ogółem:**			**zł**
	1.1	**Kwota dotacji**	**zł**	**zł**
	1.2	**Odsetki bankowe od dotacji**		**zł**
	1.3	**Inne przychody**		**zł**
2	**Inne środki finansowe ogółem[10]:** (należy zsumować środki finansowe wymienione w pkt 2.1–2.4)		**zł**	**zł**
	2.1	**Środki finansowe własne[10]**	**zł**	**zł**
	2.2	**Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania publicznego[10]**	**zł**	**zł**
	2.3	**Środki finansowe z innych źródeł publicznych[10), 11)]** Nazwa(-wy) organu(-nów) administracji publicznej lub jednostki(-tek) sektora finansów publicznych, który(-ra,-re) przekazał(a, y) środki finansowe): …… …… …… ……	**zł**	**zł**
	2.4	**Pozostałe[10]**	**zł**	**zł**
3	**Wkład osobowy i wkład rzeczowy ogółem:** (należy zsumować środki finansowe wymienione w pkt 3.1 i 3.2)		**zł**	**zł**
	3.1	**Koszty pokryte z wkładu osobowego**	**zł**	**zł**
	3.2	**Koszty pokryte z wkładu rzeczowego[12), 13)]**	**zł**	**zł**
4	**Udział kwoty dotacji w całkowitych kosztach zadania publicznego[14)]**		**%**	**%**
5	**Udział innych środków finansowych w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji[15)]**		**%**	**%**
6	**Udział wkładu osobowego i wkładu rzeczowego w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji[16)]**		**%**	**%**

[10)] Wypełnić jedynie w przypadku wsparcia realizacji zadania publicznego.

[11)] Na przykład dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych.

[12)] Wypełnić jedynie w przypadku, gdy umowa dopuszczała wycenę wkładu rzeczowego.

[13)] Wkładem rzeczowym są np. nieruchomości, środki transportu, maszyny, urządzenia. Zasobem rzeczowym może być również zasób udostępniony, względnie usługa świadczona na rzecz tej organizacji przez inny podmiot nieodpłatnie (np. usługa transportowa, hotelowa, poligraficzna itp.) wykorzystana w realizacji zadania publicznego.

[14)] Procentowy udział kwoty dotacji, o której mowa w pkt 1.1, w całkowitych kosztach zadania publicznego należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

[15)] Procentowy udział innych środków finansowych, o których mowa w pkt 2, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

[16)] Procentowy udział środków niefinansowych, o których mowa w pkt 3, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

3. Informacje o innych przychodach uzyskanych przy realizacji zadania publicznego (należy opisać przychody powstałe podczas realizowanego zadania, które nie były przewidziane w umowie, np. pochodzące ze sprzedaży towarów lub usług wytworzonych lub świadczonych w ramach realizacji zadania publicznego)

4. Informacje o świadczeniach pieniężnych pobranych w związku z realizacją zadania od odbiorców zadania (należy wskazać warunki, na jakich były pobierane świadczenia pieniężne, jaka była faktyczna wysokość świadczenia poniesiona przez pojedynczego odbiorcę oraz jaka była wartość tych świadczeń)

5. Zestawienie faktur (rachunków) związanych z realizacją zadania publicznego (do sprawozdania nie załącza się oryginałów ani kopii faktur i rachunków)										
Lp.	Numer dokumentu księgowego[17)]	Numer działania zgodnie z harmonogramem* / numer pozycji zgodnie z rozliczeniem wydatków*	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Wartość całkowita faktury/rachunku (zł)	Koszt związany z realizacją zadania	poniesiony ze środków pochodzących z dotacji (zł)	z innych środków finansowych[18)] (zł)	poniesiony z uzyskanych odsetek od dotacji lub pozostałych przychodów	Data zapłaty
I Koszty merytoryczne (należy podać koszty poniesione przez każdego Realizatora)										
	Razem									
II Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne (należy podać koszty poniesione przez każdego Realizatora)										
	Razem									
III	**Ogółem:**									

[17)] Należy podać numer faktury, rachunku, a nie numer ewidencji księgowej.
[18)] Na przykład środki finansowe Realizatora, inne środki publiczne (np. dotacje), świadczenia pieniężne od odbiorców zadania.

6. Zestawienie innych dokumentów potwierdzających realizację zadania publicznego (należy wykazać dokumenty potwierdzające zaangażowanie wkładu osobowego (np. numery zawartych porozumień wolontariatu, umów zlecenia, oświadczenia o wykonywaniu pracy społecznej itp.) i wkładu rzeczowego (np. numery umów użyczenia, najmu itp.) w realizację zadania publicznego)

7. Zasoby kadrowe zaangażowane przy realizacji zadania publicznego zgodnie z punktem IV 11 oferty (należy podać wykształcenie kwalifikacje, formę i wymiar zatrudniania wszystkich osób/Realizatorów oraz ich sposób zaangażowania w realizację poszczególnych działań, z uwzględnieniem wolontariuszy oraz członków stowarzyszeń świadczących pracę społecznie)

Imię i nazwisko	**Wykształcenie/stopnie/tytuły naukowe**	**Kwalifikacje**	**Szkolenia/ kursy /studia podyplomowe/ dodatkowe wymagane uprawnienia i certyfikaty**	**Doświadczenie zawodowe (w latach)**	**Forma zatrudnienia w ramach zadania**	**Wymiar zatrudnienia oraz zakres działań podejmowanych w ramach zadania**

7.1 Liczba wolontariuszy zaangażowanych po stronie Oferenta przy realizacji zadania publicznego	
Liczba wolontariuszy (suma)	
Liczba wolontariuszy akcyjnych (zaangażowanie poniżej 3 miesięcy)	
Liczba wolontariuszy długoterminowych (zaangażowanie min. 3 miesiące)	

Część III. Dodatkowe informacje (należy wyjaśnić wszystkie odstępstwa w osiągnięciu zaplanowanych w ofercie wartości jeśli nie zostały opisane powyżej; ewentualnie wpisać inne ważne informacje z punktu widzenia realizacji zadania)

Oświadczam(y), że:

1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora(-ów);
2) wszystkie informacje podane w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione na realizację zadania opisanego w ofercie i w terminie wskazanym w umowie;
4) w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

INFORMACJA
O SPOSOBIE UWZGLĘDNIANIA ZASAD WYNIKAJĄCYCH Z USTAWY Z DNIA 19 LIPCA 2019 ROKU O ZAPEWNIENIU DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI ORAZ Z USTAWY Z DNIA 4 KWIETNIA 2019 ROKU O DOSTĘPNOŚCI CYFROWEJ STRON INTERNETOWYCH I APLIKACJI MOBILNYCH PODMIOTÓW PUBLICZNYCH

(WZÓR)

W trakcie realizacji zadania publicznego, opisanego w ofercie pt.

……
stosowane będą zasady w zakresie „standardu minimum" zawartego w art.6 ustawy o zapewnieniu dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz o dostępności społecznej i opisanego w postaci pytań pomocniczych.

Lp.	**Obszar**	**lista/ opis podejmowanych rozwiązań** (jeśli dotyczą)	**numer działania z harmonogramu w ofercie**
1.	Dostępność architektoniczna		
2.	Dostępność cyfrowa		
3.	Dostępność komunikacyjno-informacyjna		
4.	Dostępność społeczna (różnorodność odbiorców)		

……..
Podpis(-y) osoby(-ób) upoważnionej(-ych)
do składania oświadczeń woli

[W załączniku należy określić sposób uwzględniania zasady równych szans przy realizacji planowanego zadania publicznego. Opis ma charakter pomocniczy dla stworzenia informacji o działaniach, podejmowanych w celu zapewnienia dostępności osobom o szczególnych potrzebach w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej, komunikacyjno-informacyjnej i społecznej, rozumianych jako dostępność dla różnych grup odbiorców, w szczególności zagrożonych wykluczeniem społecznym.
Opis ma za zadanie wesprzeć podmioty składające oferty w tworzeniu bardziej dostępnych wydarzeń i działań, otwartych i przyjaznych dla mieszkańców i mieszkanek Gdańska bez względu na ich wiek,

płeć, orientację psychoseksualną, niepełnosprawność, pochodzenie etniczne lub narodowe, wyznanie czy bezwyznaniowość.
Opis będzie stanowił źródło informacji o dostępności i możliwości korzystania osób/ grup osób o szczególnych potrzebach z powierzonych do realizacji/ dofinansowywanych przez Gdańsk zadaniach zleconych.]

PYTANIA POMOCNICZE DO OPISU POZIOMU DOSTĘPNOŚCI

PODCZAS REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

Zgodnie z zapisami ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami Urząd Miejski w Gdańsku musi zadbać o jej zapewnienie, przynajmniej na wskazanym w ustawie poziomie, zwanym „standardem minimum".

Dostępność zgodnie z zapisami ww. ustawy obejmuje takie obszary jak dostępność architektoniczną, cyfrową, komunikacyjno-informacyjną, a dodatkowo, zgodnie z gdańskimi politykami miejskimi, także dostępność społeczną, rozumianą jako dostępność dla różnych grup odbiorców, w szczególności zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Zlecając zadania w konkursach, Urząd Miejski w Gdańsku jest zobowiązany zadbać o to, aby organizacje korzystające ze środków publicznych, przy realizacji swoich projektów, miały na uwadze konieczność zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Warto jednak pamiętać, że zapewnienie dostępności podnosi jakość realizowanego zadania.

Poniższa lista pytań pomocniczych wskazuje, w jakich obszarach należy wprowadzać zmiany, aby zapewnić co najmniej standard minimum dostępności. Warto pamiętać, że nie każdy obszar dostępności z poniższej listy dotyczy danego projektu, wówczas na swojej liście należy zaznaczyć odpowiedź „Nie dotyczy".

Pytania odwołujące się do standardu minimum, oznaczone są konkretnymi artykułami z ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 848). Dodatkowo pod tabelą przywołane są przepisy szczegółowo określające ustawowy zakres standardu minimum, dostępu alternatywnego oraz definicje podstawowych pojęć.

Standard minimum

Lp.	**Czy zapewniam standard minimum – pytania kontrolne**	**Tak**	**Nie**	**Nie dotyczy**
1.	Czy każda osoba ma możliwość skontaktowania się z organizacją w celu uzyskania informacji o jej działalności, zgodnie z jej potrzebami, np. informacja przekazana telefonicznie osobie niewidomej, za pośrednictwem tłumacza migowego osobie Głuchej, itp.? (art. 6, pkt 3, lit. d)			
2.	Czy do budynku można wejść z psem asystującym? (art. 6, pkt 1, lit. d)			
3.	Czy w budynku znajduje się informacja nt. rozkładu pomieszczeń, w których realizowane jest zadanie, w formie wizualnej i dotykowej lub głosowej? (art. 6, pkt 1, lit. c)			
4.	Czy budynek posiada windę? (art. 6, pkt 1, lit. b)			

5.	Czy do budynku prowadzi pochylnia lub podnośnik np. dla wózków? (DA) (art. 6, pkt 1, lit. b)			
6.	Czy w budynku zapewniono przestrzeń wolną od barier stojących na drodze lub zagrażających potknięciem? (art. 6 pkt 1 lit. a)			
7.	Czy plan ewakuacyjny budynku jest dostępny i uwzględniający możliwości i ograniczenia osób ze szczególnymi potrzebami? (art. 6, pkt 1, lit. e)			
8.	Czy strona internetowa organizacji jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością (zgodnie z wytycznymi WCAG 2.1, np. opcja zastosowania kontrastu, możliwość powiększenia tekstu, zastępowanie tekstu grafiką, kompatybilność z urządzeniami mobilnymi, poruszanie się po stronie za pomocą klawiatury) (art. 6, pkt 2)			
9.	Czy na stronie internetowej organizacji dostępna jest informacja o zakresie jej działalności w postaci elektronicznego pliku zwierającego tekst, odczytywany przez urządzenia asystujące, nagranie treści w polskim języku migowym, oraz informacji w tekście łatwym do czytania? (art. 6, pkt 3, lit. c)			
10.	Czy w ramach zadania zapewniony jest dostęp do tłumacza na Polski lub inny (według potrzeby) Język Migowy lub zadanie realizowane jest przy wsparciu alternatywnych metod komunikacji (np. czy zapewniony jest tłumacz języka migowego lub aplikacja do tłumaczenia języków migowego i mówionego)? (art. 6, pkt 3, lit. a)			
11.	Czy w ramach realizacji zadania jest możliwość korzystania z pętli indukcyjnej, wspomagającej słyszenie z aparatów słuchowych, lub innych technologii wspomagających słyszenie? (art. 6, pkt 3, lit. b)			
12.	Czy zapewniona jest funkcjonalność, kompatybilność, postrzegalność i zrozumiałość strony internetowej i aplikacji mobilnej (art. 5. ust. 2. ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych)			

Standard minimum i dostęp alternatywny zgodnie z ustawami.

Standard minimum.

Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

art. 6. Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:

1) w zakresie dostępności architektonicznej:

a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,

b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,

c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,

d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;

3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,

b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,

c) zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,

d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

oraz

Ustawa o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych

art. 5. ust. 2. Dostępność cyfrowa strony internetowej i aplikacji mobilnej polega na zapewnieniu ich funkcjonalności, kompatybilności, postrzegalności i zrozumiałości.

Dostęp alternatywny.

Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

art. 7. 1. W indywidualnym przypadku, jeżeli podmiot publiczny nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt 1 i 3, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny.

2. Dostęp alternatywny, o którym mowa w ust. 1, polega w szczególności na:

1) zapewnieniu osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby lub

2) zapewnieniu wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, lub

3) wprowadzeniu takiej organizacji podmiotu publicznego, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnym zakresie dla tych osób.

3. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt 2, zastosowanie mają przepisy art. 7 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

oraz

Ustawa o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych

art. 7. 1. W przypadku gdy podmiot publiczny nie jest w stanie zapewnić dostępności cyfrowej elementu strony internetowej lub aplikacji mobilnej, zapewnia alternatywny sposób dostępu do tego elementu.

2. Alternatywny sposób dostępu polega w szczególności na zapewnieniu kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123 i 730), lub za pomocą tłumacza języka migowego, lub tłumacza-przewodnika, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824), jeżeli podmiot publiczny udostępnia taką możliwość.

Podstawowe pojęcia

Dostępność – możliwość swobodnego korzystania z towarów, usług i przestrzeni przez wszystkie osoby. Uniwersalne rozwiązania, ułatwiające swobodne uczestnictwo w życiu społecznym.

Osoba ze szczególnymi potrzebami – osoba która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Uniwersalne projektowanie – sposób planowania i tworzenia towarów, usług oraz przestrzeni w taki sposób, aby była dostępna dla jak największej ilości osób.

Racjonalne usprawnienie – niezbędne dostosowania w celu zapewnienia możliwości korzystania na równych prawach z usług i przestrzeni osobom ze szczególnymi potrzebami.

Dostęp alternatywny – umożliwia korzystanie z usług czy przestrzeni przy wsparciu innej osoby, wsparciu technicznym lub zmiany organizacji, np. na przeniesienie wydarzenia z miejsca niedostępnego (np. z lokalu na piętrze bez windy na parter, itp.).

Ponad standard minimum

Dla ułatwienia przygotowana została tabela pytań pomocniczych, wykraczająca poza „standard minimum", mogąca wesprzeć organizacje w przygotowaniu dostępnych działań, otwartych i przyjaznych dla mieszkanek i mieszkańców Gdańska bez względu na ich wiek, płeć, orientację psychoseksualną, niepełnosprawność, pochodzenie etniczne lub narodowe, wyznanie czy bezwyznaniowość oraz z dbałością o środowisko naturalne.

Informacje zdobyte dzięki wypełnieniu listy, pozwolą odpowiedzieć, czy zostały zapewnione warunki realizacji zadania wykraczające ponad standard minimum w zakresie dostępności. Za opis o poziomie dostępności zgodnej ze „standardem minimum" oraz o dostępności społecznej Komisja Konkursowa przyzna od 0 do 4 punktów w czasie oceny merytorycznej.

LP.	OBSZAR	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
PRZYGOTOWANIE WYDARZENIA				
1.	Czy zostały zbadane potrzeby i możliwości osób, do których adresowane jest zadanie? Czy mają Państwo wiedzę dotyczącą potencjalnych uczestników i uczestniczek, w szczególności ich pochodzenia, kompetencji językowych, poziomu sprawności, sytuacji społecznej czy ekonomicznej? (DS*)			
2.	Czy tworząc ofertę wzięte zostały pod uwagę osoby ze szczególnymi potrzebami, wynikającymi z możliwości i ograniczeń wynikających np. ze stanu zdrowia, sytuacji społeczno-ekonomicznej, pochodzenia, kompetencji językowych, wyznania, płci? (DS)			
3.	Czy terminy wskazane w ofercie nie kolidują ze świętami religijnymi różnych wyznań? (DS)			
DOSTĘPNOŚĆ ARCHITEKTONICZNA				
Poniższe pytania pozwalają sprawdzić, czy budynek lub przestrzeń, w której organizowane są wydarzenia/działania, posiada rozwiązania zapewniające dostępność. **Część z poniższych rozwiązań można zastąpić dodatkową asystą (dostęp alternatywny) ze strony wolontariuszy_ek organizacji, o czym piszemy w części dotyczącej obsługi w czasie wydarzenia/działania.**				
4.	Czy rozkład jazdy komunikacji publicznej w pobliżu miejsca działania, pozwala na powrót po jego zakończeniu? (DS)			
5.	Czy przystanki komunikacji miejskiej znajdują się maksymalnie 150 m od miejsca działania? (DA*)			
6.	Czy sygnalizacje świetlne przy pobliskich przejściach ulicznych wyposażone są w system dźwiękowy lub głosowy? (DKI*)			
7.	Czy do miejsca działania doprowadzi utwardzona droga lub chodnik? (DA)			

8.	Czy wzdłuż drogi, prowadzącej do budynku, gdzie realizowane będzie działanie, znajduje się równomierne oświetlenie, np. lampy miejskie? (DA)			
9.	Czy w pobliżu ww. budynku znajdują się miejsca parkingowe z miejscami przeznaczonymi dla osób z niepełnosprawnością? (DA)			
10.	Czy na ww. budynku znajdują się tablice informacyjne dostępne dla osób z niepełnosprawnością (np. z zachowaniem zasad języka prostego, kontrastu barwnego, większej czcionki, braku kursywy)? (DKI)			
11.	Czy na ww. budynku znajdują się tablice informacyjne dostępne dla osób niemówiących po polsku? (DKI)			
12.	Czy szerokość windy w ww. budynku nie jest mniejsza niż 120 cm (dzięki temu zmieści się w niej wózek)? (DA)			
13.	Czy winda w ww. budynku posiada wypukłe przyciski, oznaczenia w piśmie Braille'a i/lub informacje dźwiękowe? (DKI)			
14.	Czy w ww. budynku są toalety dostosowane dla osoby z niepełnosprawnością? (DA)			
15.	Czy toalety i sale w ww. budynku są wyraźnie oznaczone (np. kolorami o wysokim kontraście)? (DKI)			
16.	Czy różnice poziomów: schody, pochylnie, są w ww. budynku wyraźnie oznaczone (np. krawędzią w kontrastowym kolorze)? (DA)			
17.	Czy w ww. budynku znajdują się pomieszczenia służące wyciszeniu (np. dla osób przebodźcowanych lub w spektrum autyzmu)? (DS)			
18.	Czy w ww. budynku znajdują się miejsca do karmienia dzieci? (DS)			
19.	Czy w ww. budynku znajdują się oddzielne pomieszczenia do przewijania osób zależnych np. dzieci? (DS)			
20.	Czy przestrzeń w ww. budynku między rzędami krzeseł, stołów jest wystarczająca do poruszania się osób ze szczególnymi potrzebami (np. wózkiem, o kulach, etc.)? (DA)			
21.	Czy miejsce działań jest neutralne religijnie (nie zawiera symboli religijnych)? (DS)			
22.	Czy w przypadku ograniczonej dostępności architektonicznej miejsca działań zapewniacie Państwo alternatywne sposoby uczestniczenia w nim np. transmisję online? (DA)			
REKRUTACJA I PROMOCJA (DOSTĘPNOŚĆ KOMUNIKACYJNO-INFORMACYJNA I CYFROWA)				

23.	Czy materiały promocyjne i informujące o ofercie, w tym formularze zgłoszeniowe są dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (np. posiadają kontrasty kolorystyczne, większą czcionkę, brak kursywy, format możliwy do odczytania przez aplikacje udźwiękawiające – nie w postaci obrazu)? (DKI, DC)			
24.	Czy materiały promocyjne i informujące o ofercie są napisane językiem prostym, tj. składającym się ze zdań prostych i słownictwa pozbawionego żargonu? (DKI)			
25.	Czy w materiałach promocyjnych i informacyjnych używacie Państwo języka wrażliwego na płeć (np. uwzględnianie żeńskich form, używanie feminatywów)? (DS)			
26.	Jeżeli obowiązuje formularz zgłoszeniowy, czy osoby uczestniczące mogą zgłosić w nim szczególne potrzeby, np. w poruszaniu się, żywieniowe lub językowe? (DS)			
27.	Czy materiały promocyjne i informujące o ofercie, są dostępne dla osób mówiących w innych językach niż polski? (DS)			
OBSŁUGA W CZASIE WYDARZENIA / DZIAŁANIA, W TYM ZAPEWNIENIE ALTERNATYWNYCH ROZWIĄZAŃ W POSTACI WSPARCIA DRUGIEJ OSOBY				
28.	Czy zespół realizatorów wskazany w ofercie posiada podstawową wiedzę z zakresu obsługi lub asysty dla uczestnika, który jest osobą ze szczególnymi potrzebami (z niepełnosprawnością, osób nie mówiących po polsku, etc.)? (DS)			
29.	Czy zespół realizatorów wskazany w ofercie posiada podstawową wiedzę z zakresu różnorodności i odnosi się z szacunkiem do wszystkich osób, niezależnie od ich tożsamości, poziomu sprawności, wyznania itd.? (DS)			
30.	Czy w czasie realizacji działań istnieje możliwość zgłoszenia potrzeby pomocy lub nadużyć (np. dostępni są wolontariusze lub personel do pomocy, interwencji, dostarczenia informacji)? (DS)			
31.	Jeżeli planowany jest catering, czy brane są pod uwagę diety, nietolerancje żywieniowe, aspekty etyczne lub tradycje kulturowe i religijne? (DS)			
PRZEBIEG WYDARZENIA				
32.	Czy w realizacji działania towarzyszy audiodeskrypcja (dźwiękowy opis prezentowanych treści i sytuacji, w formie nagrania lub transmisji na żywo)? (DKI)			
33.	Czy oferta jest dostępna w innych językach niż polski? (DS)			

34.	Czy materiały lub prezentacje udostępniane w czasie realizacji oferty nie powielają stereotypów lub uprzedzeń, dotyczących różnych grup społecznych? (DS)			
35.	Czy wśród osób realizujących ofertę zadbano o różnorodność np. wieku, płci, czy doświadczeń? (DS)			
36.	Czy napisy do nagrania z wydarzenia/działania wskazanego w ofercie są dostępne w językach innych niż polski? (DKI, DS)			

Wyjaśnienie skrótów (*) :

DS – dostępność społeczna

DA – dostępność architektoniczna

DKI – dostępność komunikacyjno-informacyjna

DC – dostępność cyfrowa

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

INFORMACJA
O SPOSOBIE REALIZACJI ZASAD KAMPANII „GDAŃSK BEZ PLASTIKU”
(WZÓR)

W trakcie realizacji zadania publicznego, opisanego w ofercie pt.

……
stosowane będą zasady zrównoważonego rozwoju, w szczególności mające na celu wyeliminowanie z użytku: butelek, talerzy, sztućców, kubeczków, mieszadełek, słomek i pojemników wykonanych z tworzyw sztucznych. Wymienione produkty należy zastąpić wielorazowymi odpowiednikami lub jednorazowymi produktami ulegającymi kompostowaniu lub biodegradacji.

Lp.	**Obszar**	**lista/ opis podejmowanych rozwiązań** (jeśli dotyczą)	**numer działania z harmonogramu w ofercie**
1.	Realizacja kampanii „Gdańsk bez plastiku”		

……..
Podpis(-y) osoby(-ób) upoważnionej(-ych)
do składania oświadczeń woli

[W załączniku należy określić sposób uwzględniania zasady zrównoważonego rozwoju przy realizacji planowanego zadania publicznego. Opis ma charakter pomocniczy dla stworzenia informacji o działaniach, podejmowanych w celu zapewnienia realizacji zasad kampanii „Gdańsk bez plastiku”. Opis ma za zadanie wesprzeć podmioty składające oferty w tworzeniu bardziej dostępnych wydarzeń i działań z dbałością o środowisko naturalne dla przyszłych pokoleń.]

PYTANIA POMOCNICZE DO OPISU ROZWIĄZAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH REALIZACJI KAMPANII „GDAŃSK BEZ PLASTIKU”

LP.	**OBSZAR**	**TAK**	**NIE**	**NIE DOTYCZY**
ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ				
1.	Jeżeli planowany jest catering, czy towarzyszą mu wielorazowe naczynia, sztućce lub ich wersje biodegradowalne?			
2.	Czy oferta przestrzega zasad kampanii #gdanskbezplastiku ?			

Co mówi **WHO** (Światowa Organizacja Zdrowia) o **edukacji seksualnej**?

Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może obejmować wszystkie te aspekty, nie wszystkie one są doświadczane bądź wyrażane. Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi religijnymi i duchowymi.

Jakie są **standardy edukacji seksualnej** według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia)?

WHO mówi, że edukacja seksualna Twojego dziecka powinna zacząć się przed 4 rokiem życia. Nie, to nie znaczy, że malucha będziesz uczyć o współżyciu seksualnym. WHO proponuje zakres tematów, który dopasowany jest do rozwoju Twojego dziecka.

Grupa wiekowa	Zakres edukacji (część)
0-4 lat	✓ Rozwijanie świadomości różnorodności w obszarach: ciała, związków, rodziny, stylów życia. ✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych.
4-6 lat	✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych. ✓ Pokazywanie i rozwijanie szacunku w kontekście różnorodności norm związanych z seksualnością, świadomości posiadania wyborów, ale też ryzyka. ✓ Świadomość własnej tożsamości seksualnej. ✓ Informacje o różnych koncepcjach rodziny.
6-9 lat	✓ Wybory dotyczące rodzicielstwa, ciąży, płodności i adopcji. ✓ Różne metody antykoncepcji. ✓ Wprowadzanie pojęć „akceptowalne współżycie za zgodą obu stron". ✓ Seksualne prawa dzieci. ✓ Szacunek wobec różnych stylów życia, wartości i norm.
9-12 lat	✓ Informacje na temat przyjemności, masturbacji, orgazmu, różnych metod antykoncepcyjnych, ich stosowaniu i mitów dotyczących antykoncepcji. ✓ Doradztwo w zakresie antykoncepcji, skutecznego stosowania prezerwatyw i innych środków antykoncepcyjnych oraz nauka ich uzyskiwania. ✓ Tematy menstruacji, ejakulacji, cyklu owulacyjnego. ✓ Emocje moje i emocje innych, rozumienie konieczności postawienia granicy. ✓ Przyjaźń i miłość wobec osób tej samej płci.
12-15 lat	✓ Nauka odmowy niechcianych zachowań seksualnych. ✓ Informacje na temat różnicy pomiędzy tożsamością płciową a płcią biologiczną. ✓ Pomoc w rozwijaniu szacunku wobec różnorodności seksualnej i orientacji seksualnych. ✓ Znajomość ciała, wizerunku i wpływ na zdrowie ludzi, również akceptowanie różnic ciała. ✓ Cykl menstruacyjny, ciąża, partnerstwo. ✓ Prawa seksualne własne i innych osób.
15 lat i więcej	✓ Informacje na temat tożsamości płciowej i orientacji seksualnej. ✓ Zmiany psychologiczne w okresie dojrzewania. ✓ Komunikowanie się, negocjowanie i uczucia w związku. ✓ Krytyczne podejście do norm kulturowych i religijnych w odniesieniu do ciąży, rodzicielstwa itp. ✓ Przemoc seksualna – umiejętność reagowania przy znajomości praw seksualnych.

Opracowanie własne na podstawie *Standardy edukacji seksualnej w Europie*.

Rodzicu! Przeczytaj więcej! https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Jak rozmawiać **z dziećmi o seksualności**?

GDAŃSK

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove

4 złote zasady podczas rozmowy z dziećmi o seksualności:

1. **Mów prosto, ale nie wulgarnie** – używaj słów potocznych, np.: penis, pochwa.
2. **Mów wtedy, kiedy dziecko pyta, nie odkładaj rozmowy „na później”** – zawsze jest dobry czas na pogadankę.
3. **Mów prawdę, nie zmyślaj, nie koloryzuj** – raz oszukane dziecko nie wróci do Ciebie po wsparcie.
3. **Mów zanim problem się pojawi, a nie „po fakcie”** – dzięki temu sprawisz, że Twoje dziecko będzie przygotowane na nieznane mu sytuacje, a dzięki Tobie będą one mniej straszne.

Twoje dziecko potrzebuje rzetelnej, prawdziwej i sprawdzonej wiedzy, przekazanej mu przed pojawieniem się zmian zachodzących w Jego ciele i psychice, kiedy naturalnie pojawia się w nim gotowość na zadanie TYCH pytań. Sprawi to, że jak już zmiany się pojawią to będzie na nie gotowe, a nie zaskoczone nimi. Dzięki temu będą one prostsze do przejścia.

Mity na temat edukacji seksualnej

Mit 1. Dziecko wie lub się dowie samo – wolisz, aby Twoje dziecko czerpało wiedzę z Internetu, zamiast pomóc mu odkrywać i poznawać siebie w bezpiecznym otoczeniu? Twoje dziecko nie wie. Tak samo jak uczyło się chodzić, mówić, a potem kolejnych czynności, musi nauczyć się seksualności. Kto mu o tym lepiej powie, jak nie rodzic?

Mit 2. Dziecko nie chce ze mną o tym rozmawiać – NIE! Twoje dziecko może czuć się zawstydzone, zniecierpliwione, zażenowane i zdziwione, ale na pewno chce wiedzieć, co się z nim dzieje. Rodzicu, nazwij to, co widzisz! Powiedz, że widzisz jego skrępowanie, nazwij uczucia, które się u Ciebie pojawią. Zapytaj się, co by mu pomogło w tej rozmowie. Dla Was obojga jest to pierwszy raz! Odwagi!

Mit 3. Jak porozmawiamy, to dam pozwolenie na współżycie – NIE, NIE i jeszcze raz NIE! Czy fakt, że kupisz sobie strój do biegania, sprawi, że od razu pójdziesz na trening? Nie, to tak nie działa. Fakt, że porozmawiacie, świadczy o zaufaniu, bezpieczeństwie i trosce. I o tym, że… porozmawialiście.

Rodzicu! Ważne!
Przeciętny nastolatek doświadcza pierwszych nocnych polucji mając lat 13, pierwsza miesiączka pojawia się w Polsce średnio w 12 roku życia, a średni wiek inicjacji wynosi nieco ponad 17 lat*.

Źródło: *Rozwój psychoseksualny – A. Jaczewski, 1992; Raport Seksualności Polaków* – Z. Izdebski, 2011.

Po co edukujemy z zakresu seksualności?

1. **Abyście Ty i Twoje dziecko byli pewni, że w obszarze seksualności zdrowo się rozwija.**
2. **Aby dostarczyć Twojemu dziecku wiedzy na temat tego, co jest ryzykowne w obszarze seksualności.**
3. **Aby Twoje dziecko wiedziało, kiedy ma do czynienia z przemocą seksualną i co może wtedy zrobić.**

Edukacja seksualna **nie zachęca** do częstych kontaktów seksualnych, **ale do** zdrowego życia seksualnego, pełnego przyjemności i odpowiedzialności za własne czyny.

Edukacja seksualna to nie tylko „wiedza, jak się to robi”, ale też nauka zachowań asertywnych w obszarze praw seksualnych, nauka tolerancji dla innych poglądów seksualnych i – w końcu – podejmowanie odpowiedzialnych wyborów w kontekście seksualności.

ZdrovveLove

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

Jak rozmawiać z dziećmi o seksualnosci?

Rozmowy z dziećmi…

Seksualność jest zdrową, naturalną i towarzyszącą przez całe życie częścią człowieka. Stanowi źródło przyjemności i umożliwia osiągnięciu pełnego dobrostanu.

Wyniki współcześnie prowadzonych badań potwierdzają, że brak dostępu do wiedzy na temat szeroko pojmowanej seksualności utrudnia prawidłowy rozwój zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Jasna i szczera komunikacja jest niezbędna dla zdrowych relacji z ludźmi. Młode osoby powinny mieć możliwość, aby w otwarty i bezpieczny sposób rozmawiać o sprawach związanych z dojrzewaniem i wchodzeniem w dorosłość, włączając w to seksualność.

Warto pamiętać o podstawowych zasadach…

1. Szacunek i założenie dobrych intencji

Kluczową zasadą jest uszanowanie rozwijającej się odrębności młodego człowieka. Decyzja o szczerej rozmowie wymaga obopólnego szacunku i zaufania. Okazuj szacunek i domagaj się tego w zamian.

Zdarza się, że dziecko używa wulgarnych słów, kiedy mówi o seksualności. Powodem może być brak znajomości innego nazewnictwa. Można wtedy wprowadzić nowe, pozbawione negatywnego wydźwięku słownictwo. Ważne żeby nie zakładać złych intencji, zamiast tego spokojnie, stanowczo i z szacunkiem wyjaśnić.

Np. *„Słyszę, że mówisz ....*, to wulgarne określenie penisa. Proszę żebyś używała słowa penis, zamiast ....*, gdy będziemy rozmawiać”.*

2. Proste słownictwo

Używaj języka, który jest zrozumiały dla dziecka. Nie zasłaniaj swojego skrępowania wyszukanymi, trudnymi pojęciami.

Jeśli dziecko ma już jakąś wiedzę, skorzystaj z tego, nawiązując do treści znanych dziecku. Przykłady:

„Wiesz jak się różnią filmy sensacyjne od rzeczywistości. Podobnie jest z filmami pornograficznymi w odniesieniu do rzeczywistości. Nie pokazują tego jak wyglądają prawdziwi ludzie, ich relacje i kontakty seksualne”

3. W każdym wieku, bez specjalnych okazji

Pamiętaj, że wiedza na temat seksualności i płciowości sprzyja zdrowemu rozwojowi seksualnemu Twojego dziecka, chroni przed nadużyciami i nieodpowiedzialnymi decyzjami w sferze seksualnej.

Nie czekaj aż będzie za późno. Najlepiej rozmawiać, gdy pojawia się okazja, żeby coś wytłumaczyć, albo gdy dziecko o coś pyta. Podobnie jak w innych sferach rozwoju Twojego dziecka.

Bardzo ważne, żeby dziecko miało dostęp do wiedzy nie tylko pośrednio (internet i przez osoby znajome), ale też bezpośrednio od życzliwej, dorosłej osoby w bezpiecznej atmosferze szacunku.

4. Szczerość

- Od najmłodszych lat zadbaj o to żeby przekazywać prawdziwe informacje. Nawet jeśli nie chcesz o czymś mówić to pomiń wątek, nie wprowadzaj dziecka w błąd. Możesz w ten sposób stracić zaufanie i dziecko nie wróci do Ciebie gdy będzie tego potrzebować.

- Jeśli nie znasz odpowiedzi na pytanie – powiedz o tym. Powiedz, że postarasz się dowiedzieć albo możecie wspólnie zastanowić się kogo zapytać. W ten sposób modelujesz umiejętności (i prawo do) sięgania po pomoc, gdy jest to wskazane.

ZdrovveLove

5. Odpowiednie wcześnie

- Przeciętna nastolatka zaczyna miesiączkować ok 12 roku życia,
- Wiek inicjacji seksualnej obniża się, obecnie średni wiek inicjacji wynosi nieco ponad 17 lat*
- Blisko połowa 18 latków ma już pierwsze doświadczenia seksualne za sobą, i aż 19,4 proc. chłopców i 13,9 proc. dziewcząt w tej grupie wiekowej takie doświadczenie miało już przed ukończeniem 15 lat*
- Inicjacji seksualnej często towarzyszą środki zmieniające świadomość, często są też czynnikiem ją przyspieszającym*
- Młodzież jest wystawiona na seksualizujące treści zarówno w sieci (portale społecznościowe, filmy), jak i w przestrzeni publicznej (np. reklamy) od najwcześniejszych lat.

*Z „Raportu Seksualności Polaków", Z. Izdebski, 2011

Młodzież podejmuje samodzielne decyzje odnośnie swojej seksualności, czy tego chcemy czy nie. Żeby wspierać odpowiedzialność w tych decyzjach, wyprzedzaj fakty.

Mity na temat edukacji seksualnej

ZdrovveLove

Mit 1: Dziecko wie lub się samo dowie

Większość polskich nastolatków czerpie wiedzę o życiu seksualnym z Internetu i od rówieśników („Raport Seksualności Polaków - Z. Izdebski, 2002).

Wiele treści dostępnych w internecie to materiały nierzetelne, często podane w skrótowy sposób. Popularnym źródłem „wiedzy" są filmy pornograficzne, które mogą kreować nierealne oczekiwania u nastolatków odnośnie tego jak wygląda ciało przeciętnego człowieka oraz czym jest i jak wygląda kontakt seksualny. Czerpanie „wiedzy" z filmów pornograficznych bez innych, alternatywnych, źródeł edukacji grozi uprzedmiotawianiu samego/samej siebie, potencjalnych partnerów i partnerek oraz sfery seksualnej.

Wspieraj swoje dziecko w rozwoju, podobnie jak w innych sferach rozwoju Twojego dziecka (gdy uczyło się chodzić, mówić, bawić się).

ZdrovveLove

Mit 2: Dziecko nie chce ze mną rozmawiać

- Dziecko może czuć się skrępowane, może bać się Twojej oceny czy moralizowania, równocześnie najprawdopodobniej jest ciekawe tematu! Dziecko może być zaniepokojone zmianami, które pojawiają się w okresie dojrzewania, czy wcześniej informacjami od kolegów i koleżanek.

- Seksualność to temat intymny. Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i szacunku dla wszystkich uczuć ułatwia taką rozmowę. Sam i sama możesz czuć się bardziej lub mniej swobodnie, możesz też czuć się skrępowana, czy zawstydzona. Wszystkie uczucia są dobre i mają prawo się pojawić. Podobnie dziecko. Zobacz czy jest coś co dziecko potrzebuje w związku z tymi uczuciami.

- Jeśli w uczuciach dziecka dominuje lęk lub wstręt, możesz skorzystać z konsultacji u specjalisty.

ZdrovveLove

Mit 3: Jak porozmawiamy to damy przyzwolenie na rozpoczęcie współżycia

- Seksualność jest zdrową, naturalną i towarzyszącą przez całe życie częścią człowieka. Nie mówienie o seksualności nie sprawi, że ona zniknie. A mówienie o niej sprzyja zdrowemu rozwojowi seksualnemu, oraz satysfakcji i przyjemności z tej sfery.

- Badania pokazują, że rzetelna edukacja seksualna opóźnia wiek inicjacji seksualnej, sprzyja odpowiedzialnym decyzjom w sferze seksualnej, a niekiedy ratuje życie (szczególnie w przypadku osób LGBTQ).

- Młodzież samodzielnie podejmuje decyzje odnośnie swojej seksualności, czy nam się to podoba czy nie. To co możemy zrobić, to zadbać o przestrzeń do refleksji nad odpowiedzialnością i konsekwencjami poszczególnych decyzji oraz wyposażyć dzieci i młodzież w wiedzę i umiejętności umożliwiające dbanie o siebie i relacje, które będą tworzyć.

Honesty is the Best Policy
IGNORANCE
Knowledge is Power
BAD
Always be Prepared
NEVER

ZdrovveLove

Edukacja seksualna

Cele edukacji seksualnej

- Wspieranie zdrowego rozwoju seksualnego człowieka
- Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych
- Profilaktyka przemocy seksualnej

ZdrovveLove

Co na to
Światowa Organizacja Zdrowia?

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia

„Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem"
Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA (2012)

- Grupa wiekowa 0–4 lat
- Grupa wiekowa 4–6 lat
- Grupa wiekowa 6–9 lat
- Grupa wiekowa 9–12 lat
- Grupa wiekowa 12–15 lat
- Grupa wiekowa 15 lat i więcej

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia

- Związki i style życia
- Seksualność, zdrowie i dobre samopoczucie
- Seksualność i prawa
- Społeczne i kulturowe uwarunkowania seksualności (wartości/normy)
- Ciało człowieka i jego rozwój
- Płodność i prokreacja
- Seksualność
- Emocje (uczucia)

ZdrovveLove

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
I. Wprowadzenie do seksualności

Materiały i przygotowanie

- Trzy arkusze papieru flipchart i marker.
- Materiał pomocniczy nr 1 (materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania się przed zajęciami + po jednej kopii dla każdej z osób uczestniczących).
- Materiał pomocniczy nr 2 (wytnij zdania do losowania).
- Prezentacja nr 1 dla osoby prowadzącej zajęcia.

Scenariusz zajęć

1. Przedstaw siebie,powiedz o projekcie (cyklu zajęć) i jego celu. Skorzystaj z prezentacji.
2. Przedstaw zarys tematyczny cyklu zajęć.

W ramach cyklu zajęć w projekcie *ZdrovveLove – co nastolatka i nastolatek o seksualności wiedzieć powinni* odbędzie się 8 spotkań po 45 minut o następującej tematyce:

1) Wprowadzenie do seksualności (dzisiejsze spotkanie).
2) Dojrzewanie –rozwój psychoseksualny.
3) Anatomia – zdrowie i higiena.
4) Antykoncepcja i metody planowania rodziny.
5) Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową.
6) Role płciowe i społeczne.
7) Bezpieczne relacje – cz. I.
8) Bezpieczne relacje – cz. II.

Poinformuj, że na zakończenie cyklu zajęć każda z osób otrzyma broszurę, w której zawarte będę najważniejsze treści poruszane na zajęciach.

3. Przedstawienie tematu dzisiejszych zajęć:

Wyjaśnij, że seksualność to temat budzący wiele kontrowersji – każdy człowiek może rozumieć ją inaczej i można mieć różne zdania dotyczące tej sfery życia człowieka. Każdy ma prawo do swoich wartości w tym obszarze. Celem dzisiejszych zajęć jest zaprezentowanie aktualnej wiedzy medycznej, psychologicznej i seksuologicznej w temacie zdrowia seksualnego, w oparciu o aktualne wytyczne

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

medyczne Światowej Organizacji Zdrowia[1] ,Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego(WASH, dawniej WAS)[2] oraz polskich i międzynarodowych towarzystw medycyny seksualnej i seksuologii.

4. Przedstawienie osób uczestniczących w zajęciach. Poproś, żeby każda osoba powiedziała, jak się nazywa i coś o sobie, np. „Co ostatnio wywołało uśmiech?". Możesz zamodelować, przedstawiając się i mówiąc coś o sobie.
5. Kontrakt (13 minut).

Powiedz młodzieży, że zgodnie z założeniami programu, będziemy na zajęciach poruszać treści, które wiążą się z intymnością i ważne jest, żeby wszyscy czuli się bezpiecznie. Powiedz, że będą to zajęcia warsztatowe, będziesz zachęcać do zabierania głosu i zależy Ci na tym, żeby zajęcia były ciekawe dla młodzieży. Dlatego umówimy się na zasady, które będą obowiązywać podczas tych zajęć.

Zapytaj młodzież:„Czego potrzebujecie, żeby czuć się bezpiecznie, żeby dobrze Wam się pracowało?".Jeśli grupa jest onieśmielona i nie pojawiają się głosy, możesz poprosić, żeby uczniowie i uczennice dobrali się w pary i porozmawiali w nich o tym, czego potrzebują, żeby dobrze się czuć na zajęciach i czego się obawiają lub nie chcą na tych zajęciach. Przeznacz na to chwilę, a następnie poproś, żeby przedstawili wyniki dyskusji.

Odpowiedzi zapisuj na papierze flipchart*. Zapisuj tylko hasła i upewniaj się, co za nimi stoi, jak grupa je rozumie. Możesz też zaproponować swoje, ważne dla Ciebie zasady**, jeśli się nie pojawią.

1 Zajęcia zostały opracowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, opisanymi w publikacji*Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA (2012). Publikacja dostępna jest online na stroniewww.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf, w dniu 28.10.2017.

2 Dokumentem zbierającym wytyczne jest *Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego* (ang. WASH – World Association for SexualHealth, dawniej WAS – World Association for Sexology), która została proklamowana na XIII Światowym Kongresie Seksuologicznym w Walencji w Hiszpanii w 1997roku. W 1999 roku na posiedzeniu w Hong Kongu Walne Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego przyjęło zmiany do dokumentu, zaś w 2008 roku zatwierdziło Milenijną Deklarację Zdrowia Seksualnego Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego. Dokument stanowi załącznik do niniejszego scenariusza. Dostępny online na http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Polish.pdf, w dniu 28.10.2017.

* Ważne, żeby usłyszeć każdy głos i zapisać go w postaci ogólnej zasady. Granicą jest realność zasady i twój komfort. Jeśli któraś z osób zaproponuje nierealną lub wykluczającą kogoś zasadę, np. „Chcę, żeby Ola wyszła z zajęć, wtedy poczuję się bezpiecznie", odwołaj się do podstawowej zasady szacunku oraz dopytaj na jakie zachowania Oli się nie zgadzasz i przeformułuj to na zasadę. Np. jeśli okaże się, ktoś chce, żeby Ola wyszła, ponieważ wyśmiewa się z innych, można to przeformułować na zasadę zabezpieczającą taką sytuację, np. „Nie wyśmiewamy się z innych".

** Zadbaj o to, aby pojawiły się następujące zasady (jeśli nie zaproponuje ich grupa, możesz je sam/a zaproponować): **Zasada prywatności** – grupa nie rozmawia poza zajęciami o tym, co mówiły

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Wypracowane zasady będą obowiązywać na wszystkich zajęciach, więc zwiń kartkę po zajęciach i zabierają na każde kolejne zajęcia. Przyklej ją na początku kolejnych zajęć z tą grupą w widocznym miejscu, przypominając o ustalonych zasadach.

6. Prawa seksualne (22 minuty).

Skorzystaj z prezentacji, zrób wprowadzenie do seksualności, następnie przejdź do ćwiczenia *Deklaracja Praw Seksualnych.*

Podziel grupę na mniejsze zespoły, np. niech odliczą od 1 do 6 i zapamiętają swój numer. Każda z osób*** łączy się w grupy zgodnie z cyfrą, która została jej nadana. Tym sposobem powstaje 6 grup.

Każda z grup otrzyma do losowania jedno prawo seksualne, ale nie może mówić osobom z innych zespołów co wylosowała. Zadanie polega na tym, żeby przedstawić za pomocą krótkiej scenki lub pantomimy wybrane prawo seksualne (na czym polega, o co w nim chodzi). Na przygotowanie scenki mają 5 minut. Zadaniem pozostałych osób będzie odgadnąć, o jakie prawo seksualne chodzi.

Po 5 minutach zapraszasz grupy do zaprezentowania tego, co udało się wypracować, zgodnie z numeracją na kartkach. Zaczynasz rosnąco,od grupy nr 1. Poszczególne grupy prezentują swoje prawa, pozostałe osoby próbują odgadnąć o co chodzi. Dla ułatwienia wyświetlasz slajd 13(Ćwiczenie *Deklaracja Praw Seksualnych* – znajdziesz na nim 7 wybranych praw seksualnych w przypadkowej kolejności. To prawa,które losowała młodzież do pracy). Wyświetlony slajd ułatwimłodzieży odgadnięcie, które prawo prezentują koledzy i koleżanki z pozostałych grup. Po odgadnięciu poproś

osoby uczestniczące w zajęciach. Można rozmawiać o treści zajęć albo mówić o tym, co mówiła osoba prowadząca zajęcia, ale nie ujawniamy tego, co mówili inni uczniowie i uczennice. Dbamy o anonimowość. Granicą jest zagrożenie zdrowia lub życia.

- **Nie ma głupich pytań** – można zadawać pytania w trakcie.
- **Nie uogólniamy, mówimy za siebie** (Komunikat Ja – „Ja myślę/czuję, że…", zamiast „Wszyscy wiedzą, że jest tak…").
- **Szacunek** – szanujemy prawo do odmiennych opinii i**nie oceniamy** za to. Zamiast oceny „Jesteś głupi, skoro tak myślisz", lepiej powiedzieć o swoim odmiennym zdaniu „Nie zgadzam się z Tobą", „Mam inne zdanie na ten temat". Upewnij się, że młodzież wie o tym, że wszystko o czym będziemy rozmawiać podczas zajęć nie podlega ocenie (to nie jest lekcja na ocenę).
- **Słuchamy się i nie przerywamy sobie wypowiedzi** – naraz mówijedna osoba. Jeśli jest taka potrzeba, żeby zabrać głos, a ktoś już mówi, możemy się zgłosić. Zadaniem osoby prowadzącej jest zauważenie podniesionych rąk, zapamiętanie kolejności zgłoszeń i oddanie głosu kolejnym osobom zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
- **Prawo do zmiany zdania** – masz prawo czegoś nie wiedzieć, nie mieć opinii lub zmieniać zdanie w trakcie zajęć. Zachęcamy do dyskusji i rozważań.
- **Wyłączamy lub wyciszamy telefony i tablety na czas zajęć.**

*** Można też odpowiednio przygotować sale – ustawić stoły tak, aby przy każdym siedziała odpowiednia (w zależności od ilości grup) liczba uczniów. W ten sposób unikniemy konieczności podziału i odliczania.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

grupę, która prezentowała prawo, żeby przeczytała to prawo,wyjaśniła jego znaczeniei podała przykłady okoliczności, w których to prawo może być łamane.Dla ułatwienia wyświetlasz prawo z opisem na tablicy.

Omawiając prawa, upewnij się czy są one zrozumiałe. Odpowiedz na pytania i wątpliwości, jeśli się pojawią.

Omawiając punkt 5 dotyczący praw reprodukcyjnych, przypomnij, że prawo mówi o możliwości wyboru, że każdy ma prawo postąpić w zgodzie z własnymi wartościami. Nie ma tutaj lepszych i gorszych wyborów. To kwestia indywidualnych wartości.

7. Podsumowanie.

Podkreśl, że Deklaracja Praw Seksualnych opisuje prawa i obowiązki, które wiążą się z poszanowaniem seksualności, zarówno własnej, jak i w relacjach z innymi. Rozdaj każdej osobie uczestniczącej jedną kopię materiału pomocniczego nr 1.

Poinformuj, że Deklaracja jest dostępna w Internecie, dostaną też najważniejsze jej treści w broszurze, którą otrzymają na zakończenie cyklu zajęć.

8. Zakończ zajęcia korzystając z pytań znajdujących się na ostatnim slajdzie.

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 1

DEKLARACJA PRAW SEKSUALNYCH CZŁOWIEKA (2014)[3]

Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Seksualnego (WASH), uznając prawa seksualne za niezbędne do osiągnięcia najlepszego możliwego stanu zdrowia seksualnego, niniejszym:

OŚWIADCZA, że podstawę dla praw seksualnych stanowią uniwersalne prawa człowieka oraz że prawa seksualne uznawane są obecnie w międzynarodowych i lokalnych dokumentach dotyczących praw człowieka, respektowane przez konstytucje oraz prawa, normy i zasady praw człowieka, jak też w świetle wiedzy naukowej o seksualności i zdrowiu seksualnym człowieka.

POTWIERDZA, że seksualność jest kluczowym aspektem życia człowieka przez całą długość jego trwania, a w jej skład wchodzi płeć, role i tożsamości płciowe, płeć społeczno-kulturową, orientacja seksualna, erotyzm, przyjemność, intymność oraz reprodukcja.

Seksualność jest odczuwana i wyrażana w postaci myśli, fantazji, pragnień, przekonań, postaw, wartości, zachowań, praktyk, ról oraz relacji i związków. Seksualność może obejmować wszystkie z powyższych, jednak nie wszystkie jej wymiary muszą być odczuwane lub wyrażane. Seksualność człowieka pozostaje pod wpływem złożonego działania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, prawnych, historycznych religijnych oraz duchowych.

3 Deklaracja pochodzi ze stronyhttp://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Polish.pdf. Tłumaczenie: Michalina Skibicka. Korekta i weryfikacja: dr Agata Loewe. *Niniejszy dokument jest oficjalnym tłumaczeniem Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego. Tekst oryginalny dostępny jest pod adresem: http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights. Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Seksualnego (World Association for SexualHealth, WAS) jest działającą na wielu polach oraz obecną na całym świecie grupą zrzeszającą stowarzyszenia naukowe, organizacje pozarządowe oraz osoby zawodowo zajmujące się seksualnością człowieka. Stowarzyszenie promuje zachowanie zdrowia seksualnego przez całą długość życia człowieka niezależnie od jego miejsca zamieszkania, rozwijając, promując i wspierając powszechny dostęp do seksuologii i praw seksualnych. Działania Stowarzyszenia obejmują akcje rzecznictwa i promocji, sieciowanie i networking, ułatwianie wymiany informacji, idei i doświadczeń oraz wspieranie postępu badań naukowych nad seksualnością, edukacji seksualnej oraz seksuologii klinicznej w ramach podejścia transdyscyplinarnego i interdyscyplinarnego. Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego została proklamowana na XIII Światowym Kongresie Seksuologicznym w Walencji w Hiszpanii w roku 1997. W roku 1999 na posiedzeniu w Hong Kongu Walne Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego przyjęło zmiany do dokumentu, zaś w 2008 roku zatwierdziło Milenijną Deklarację Zdrowia Seksualnego Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego. Niniejszy tekst jest tekstem deklaracji z kolejnymi zmianami, który przyjęty został w marcu 2014 roku przez Radę Doradczą Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego.*

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

UZNAJE, że seksualność stanowi źródło przyjemności i dobrostanu, jak też przyczynia się do osiągnięcia ogólnego spełniania i satysfakcji.

POTWIERDZA, że **zdrowie seksualne to dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością, czyli więcej niż stan braku choroby, dysfunkcji lub ułomności**. Zachowanie zdrowia seksualnego wymaga pozytywnego i pełnego poszanowania stosunku do seksualności i relacji seksualnych, jak również do samej możliwości przeżywania przyjemnych i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy.

POTWIERDZA, że niemożliwe jest zdefiniowanie, zrozumienie i realizacja zdrowia seksualnego bez szeroko zakrojonego pojmowania seksualności.

POTWIERDZA, że do osiągnięcia i utrzymania zdrowia seksualnego niezbędne jest poszanowanie, ochrona i możliwość korzystania z praw seksualnych człowieka.

UZNAJE, że prawa seksualne mają swoje źródło w niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich, jak też wiążą się z zobowiązaniem do zapewnienia im ochrony i nietykalności.

OŚWIADCZA, że idee równości i niedyskryminowania stanowią podstawę wszelkich działań związanych z ochroną i promowaniem praw człowieka, obejmując jednocześnie zakaz różnicowania, wykluczania i ograniczania ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, narodowość i pochodzenie społeczne, stan majątkowy, urodzenie, stan i status człowieka, w tym niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną i tożsamość płciową i płeć społeczno-kulturową (*gender*), stan zdrowia, miejsce zamieszkania, sytuację ekonomiczną oraz społeczną.

UZNAJE, że orientacja seksualna, tożsamość płciowa, płeć społeczno-kulturowa, wszelkie wyrazy tej tożsamości oraz różnorodność fizyczna i cielesna wymagają ochrony w zakresie praw człowieka.

UZNAJE, że wszelkie formy przemocy, napastowania, nękania i molestowania, dyskryminacji, wykluczenia i stygmatyzacji stanowią naruszenie praw człowieka, mając wpływ na dobrostan jednostki, rodziny i społeczności.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

PODKREŚLA, że konieczność poszanowania, ochrony i możliwość korzystania z praw człowieka odnoszą się także do wszelkich praw i wolności seksualnych.

PODKREŚLA, że prawa seksualne obejmują ochroną prawo każdego człowieka do korzystania ze swojej seksualności i jej wyrażania oraz do zachowania zdrowia seksualnego z należytym poszanowaniem praw innych.

Prawa seksualne to prawa człowieka dotyczące seksualności człowieka

1. Prawo do równości i niedyskryminacji.
Każdy człowiek ma prawo do korzystania ze wszystkich praw seksualnych wymienionych w niniejszej *Deklaracji*, bez różnicowania ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, kraj pochodzenia i pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, stan majątkowy, urodzenie, niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną, tożsamość płciową, płeć społeczno-kulturową i jej wyraz, stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, sytuację społeczną oraz stan lub status danej osoby.

2. Prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego.
Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa, które nie mogą być przedmiotem samowolnych gróźb, których nie można arbitralnie ograniczać lub odbierać ze względu na seksualność lub z powodów z nią związanych, w tym ze względu na orientację seksualną, konsensualne (opierające się na zgodzie partnera) zachowania i praktyki seksualne, tożsamość płciową, płeć społeczno-kulturową) i jej wyraz, jak też ze względu na świadczenie usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz ze względu na dostęp do nich.

3. Prawo do niezależności, autonomii i nietykalności cielesnej.
Każdy człowiek ma prawo do kontroli oraz do podejmowania decyzji związanych ze swoją seksualnością oraz ze swoim ciałem w sposób wolny, w tym do dokonywania wyboru zachowań, praktyk, partnerów, relacji i stosunków seksualnych przy jednoczesnym poszanowaniu praw drugiego człowieka. Wolne i świadome (dokonywane po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji) podejmowanie decyzji wymaga wyrażenia wolnej i świadomej (jw.) zgody przed rozpoczęciem wszelkich działań w zakresie seksualności lub działań z nią związanych, takich jak testy, interwencje, terapia i leczenie, operacje i zabiegi chirurgiczne oraz przeprowadzanie badań naukowych i innych.

4. Prawo do wolności od tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Każdy człowiek ma prawo do wolności od tortur, okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania oraz karania ze względu na swoją seksualność oraz z powodów z nią związanych, w tym do wolności od szkodliwych praktyk wynikających z tradycji, stosowania wymuszonej sterylizacji, antykoncepcji i aborcji oraz do wolności od innych przejawów torturowania, okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania, które mają miejsce ze względu na płeć biologiczną lub społeczno-kulturową człowieka, orientację seksualną, tożsamość płciową i jej wyraz, jak też ze względu na różnorodność fizyczną i cielesną człowieka.

5. Prawo do wolności od wszelkich form przemocy i przymusu.

Każdy człowiek ma prawo do wolności od wszelkich form przemocy oraz przymusu w zakresie seksualności, w tym do wolności od gwałtu, niegodziwego traktowania w celach seksualnych, molestowania, nękania i napastowania seksualnego, zastraszania, wykorzystywania i niewolnictwa seksualnego, handlu ludźmi prowadzonego w celu wykorzystywania seksualnego, sprawdzania dziewictwa, jak też do wolności od przemocy popełnionej ze względu na realne lub wyobrażone praktyki seksualne, orientację seksualną, tożsamość płciową, płeć społeczno-kulturową i jej wyraz, jak też ze względu na różnorodność cielesną człowieka.

6. Prawo do prywatności.

Każdy człowiek ma prawo do prywatności w zakresie seksualności, życia seksualnego, wyborów dotyczących własnego ciała oraz do konsensualnych (opartych na zgodzie partnerów) relacji i praktyk seksualnych bez arbitralnych zakłóceń i naruszeń prywatności, w tym prawo do kontroli nad ujawnianiem informacji osobistych z zakresu seksualności osobom trzecim.

7. Prawo do najlepszego możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia, w tym zdrowia seksualnego, wraz z możliwością przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych.

Każdy człowiek ma prawo do najlepszego możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia i dobrostanu w zakresie seksualności, w tym do możliwości przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych. W tym celu niezbędna jest dostępność, łatwość dostępu, dopuszczalność (akceptowalność) i właściwa jakość świadczeń i usług zdrowotnych oraz dostęp do odpowiednich warunków determinujących zdrowie, w tym zdrowie seksualne, oraz do odpowiednich warunków mających na nie wpływ.

8. Prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań.

Każdy człowiek ma prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań w zakresie seksualności i zdrowia seksualnego.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

9. Prawo do informacji.

Każdy człowiek ma prawo do dostępu do pochodzących z różnych źródeł, zgodnych z naukowym stanem wiedzy i zrozumiałych informacji w zakresie seksualności, zdrowia seksualnego oraz praw seksualnych. Niniejsze informacje nie mogą podlegać arbitralnej cenzurze, nie mogą być wstrzymywane lub ukrywane ani też być przedmiotem celowej niepoprawnej interpretacji.

10. Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności.

Każdy człowiek ma prawo do nauki oraz do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności. Kompletna i wyczerpująca edukacja w zakresie seksualności musi być dostosowana do wieku uczącego się, zgodna z naukowym stanem wiedzy, zgodna z kompetencją kulturową uczącego się oraz opracowana w oparciu o prawa człowieka, równość płciową (także w zakresie płci społeczno-kulturowej), jak też pozytywne nastawienie do seksualności i przyjemności.

11. Prawo do zawierania, życia w i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich oraz zbliżonych rodzajów relacji i związków opierających się na poszanowaniu równości oraz na pełnej i niewymuszonej zgodzie partnera.

Każdy człowiek ma prawo wyboru w zakresie zawarcia lub niezawarcia związku takiego jak: małżeński, partnerski lub inny zbliżony rodzaj związków i relacji, wejścia w taki związek zgodnie ze swoją wolną wolą, przy jednoczesnym pełnym i niewymuszonym wyrażeniu zgody na zawarcie takiego związku. Każdy człowiek ma prawo równe prawu innych osób do zawarcia wskazanego powyżej związku, życia w takim związku oraz do jego rozwiązania, bez bycia poddanym jakiemukolwiek rodzajowi dyskryminacji lub wykluczenia. Niniejsze prawo obejmuje także równe prawa do świadczeń społecznych oraz innych świadczeń, bez względu na formę i rodzaj związku lub relacji.

12. Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między dziećmi oraz prawo do informacji i środków niezbędnych do podejmowania tych decyzji.

Każdy człowiek ma prawo do podejmowania decyzji o nieposiadaniu lub posiadaniu dzieci, ich liczbie oraz odstępach czasowych między kolejnymi dziećmi. Korzystanie z niniejszego prawa wymaga dostępu do odpowiednich warunków determinujących zdrowie i dobrostan oraz do odpowiednich warunków mających na nie wpływ, w tym do świadczeń i usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w zakresie ciąży, antykoncepcji, płodności, przerwania i zakończenia ciąży oraz adopcji.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

13. Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich.

Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli i opinii w zakresie seksualności oraz do ich wyrażania, jak też do wyrażania własnej seksualności za pomocą środków takich jak: wygląd, komunikacja i zachowanie, przy jednoczesnym poszanowaniu praw innych osób.

14. Prawo do wolnego stowarzyszania się i pokojowych zgromadzeń.

Każdy człowiek ma prawo do pokojowego tworzenia organizacji, stowarzyszania się, zgromadzeń, demonstrowania, rzecznictwa oraz promowania w sposób pokojowy kwestii z zakresu seksualności, zdrowia seksualnego oraz praw seksualnych.

15. Prawo do udziału w życiu publicznym i politycznym.

Każdy człowiek ma prawo do życia w środowisku, które pozwala na aktywny, wolny oraz znaczący udział w życiu publicznym oraz na działanie w zakresie obywatelskich, ekonomicznych, społecznych, kulturowych i kulturalnych, politycznych oraz wszelkich innych aspektów życia człowieka na poziomie lokalnym, narodowym, regionalnym oraz międzynarodowym, ze szczególnym uwzględnieniem prawa do udziału w rozwijaniu i wdrażaniu polityk społecznych, mających kluczowy wpływ na życie człowieka, w tym w zakresie seksualności oraz zdrowia seksualnego.

16. Prawo dostępu do wymiaru sprawiedliwości, środków naprawczych i odszkodowawczych.

Każdy człowiek ma prawo dostępu do wymiaru sprawiedliwości, środków naprawczych i odszkodowawczych w zakresie naruszenia lub pogwałcenia praw seksualnych. Niniejsze prawo wymaga stosowania skutecznych, właściwych, dostępnych oraz stosownych środków edukacyjnych, legislacyjnych, sądowych oraz wszelkich innych środków. Środki naprawcze obejmują środki odszkodowawcze oraz zadośćuczynienia, w tym przywrócenie stanu poprzedniego, odszkodowanie (rekompensatę), rehabilitację, zadośćuczynienie oraz gwarancję, że dane działania nie będą miały miejsca ponownie.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2

Prawa do losowania (należy je wyciąć przed zajęciami) w ćwiczeniu *Deklaracja Praw Seksualnych*, oprac. K. Dułak na podstawie Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka WASH (2014):

1. **Prawo do wolności od wszelkich form przemocy i przymusu.**

Każdy człowiek ma prawo do wolności od wszelkich form przemocy oraz przymusu w zakresie seksualności, w tym do wolności od: gwałtu, niegodziwego traktowania w celach seksualnych, molestowania, nękania i napastowania seksualnego, zastraszania, wykorzystywania i niewolnictwa seksualnego, sprawdzania dziewictwa itp. Prawo mówi też o wolności od przemocy ze względu na płeć, orientację seksualną, tożsamość płciową i sposób jej wyrażania.

2. **Prawo do prywatności.**

Każdy człowiek ma prawo do prywatności w zakresie seksualności, życia seksualnego, wyborów dotyczących własnego ciała oraz do relacji i praktyk seksualnych opartych na zgodzie każdej ze stron. Obejmuje też prawo do kontroli nad ujawnianiem informacji osobistych z zakresu seksualności osobom trzecim.

3. **Prawo do równości i wolności od dyskryminacji.**

Każdy człowiek ma prawo do korzystania ze wszystkich praw seksualnych wymienionych w *Deklaracji*, bez różnicowania ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, kraj pochodzenia, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, stan majątkowy, urodzenie, niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną, tożsamość płciową, płeć społeczno-kulturową i jej wyraz, stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, sytuację społeczną oraz stan lub status danej osoby.

4. **Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji seksualnej.**

Każdy człowiek ma prawo do nauki oraz do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności. Kompletna i wyczerpująca edukacja seksualna musi być dostosowana do wieku, zgodna z naukowym stanem wiedzy oraz opracowana w oparciu o prawa człowieka, równość płciową, jak też pozytywne nastawienie do seksualności i przyjemności.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

5. **Prawo do zawierania i życia w związku oraz rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich i innych relacji.**

Każdy człowiek ma prawo do zawarcia związku, życia w związku oraz do jego rozwiązania, bez bycia poddanym jakiemukolwiek rodzajowi dyskryminacji czy wykluczenia. Niniejsze prawo obejmuje także równe prawa do świadczeń społecznych oraz innych świadczeń bez względu na formę i rodzaj związku lub relacji.

6. **Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci.**

Każdy człowiek ma prawo do podejmowania decyzji o nieposiadaniu lub posiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między kolejnymi dziećmi. Korzystanie z niniejszego prawa wymaga dostępu do świadczeń i usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w zakresie ciąży, antykoncepcji, płodności, przerwania i zakończenia ciąży oraz adopcji.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
II. Dojrzewanie i rozwój psychoseksualny

Materiały i przygotowanie

- Kontrakt z pierwszych zajęć.
- Tablica i kreda/flamastry lub 2 arkusze papieru flipchart i marker.
- Materiał pomocniczy nr 1 (materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania się z nim przed zajęciami).
- Materiał pomocniczy nr 2 (materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania się z nim przed zajęciami).
- Materiał pomocniczy nr 3 (wizualizacja dla młodzieży).
- Prezentacja nr 2 dla osoby prowadzącej zajęcia.
- Projektor, głośniki, laptop, Internet (do odtworzenia filmu *In a heartbeat*[1] Beth David i Esteban Bravo – zapoznaj się z filmem przed zajęciami).

Scenariusz zajęć:

1. Pamiętaj o tym, aby przed zajęciami wywiesić kontrakt z poprzednich zajęć.

2. Przywitanie i przedstawienie tematu dzisiejszych zajęć; możesz skorzystać z prezentacji.

3. Wprowadź temat,stosując metodę „burzy mózgów" (5 minut)– zadaj poniższe pytania i zbieraj wiedzę młodzieży. Jeśli pojawią się błędne informacje,weryfikuj je i uzupełniaj. Swoją wiedzę zweryfikuj przed zajęciami, zapoznając się z Materiałem pomocniczym nr 1 i 2 oraz Prezentacją nr 2.

- ? Co wiecie o dojrzewaniu?
- ? Kiedy się zaczyna?
- ? Jakie zmiany się pojawiają?
- ? Jak się nazywają te zmiany? Odpowiedź –drugorzędowe cechy płciowe.

4. Zdefiniuj pojęcie płci (możesz skorzystać z materiałów pomocniczych znajdujących się w Scenariuszu nr 6 i Prezentacji nr 6, w których ta tematyka jest szerzej omawiana).

5. Zdefiniuj z młodzieżą poniższe pojęcia. Zapytaj młodzież, a w razie potrzeby posłuż się prezentacją i omów poniższe pojęcia:

1 Film dostępny na www.youtube.com/watch?v=2REkk9SCRn0 w dniu 26.11.2017. Za zgodą autorów filmu –Beth David i Esteban Bravo z dnia 14.11.2017 r. na korzystanie z filmu w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

- Pierwszorzędowe cechy płciowe to narządy płciowe oraz wszystkie struktury płciowe i reprodukcyjne, wewnętrzne i zewnętrzne, z którymi przychodzimy na świat (np. łechtaczka, macica, jajniki, jajowody, penis, prostata, jądra, nasieniowody).

- Drugorzędowe cechy płciowe to cechy płciowe, które pojawiają się w okresie dojrzewania pod wpływem działania hormonów płciowych.

- Hormony płciowe i pokwitanie.

6. Przy okazji omawiania cech płciowych powiedz krótko o transseksualności i interpłciowości. Zapytaj, czy młodzież wie, co oznaczają te pojęcia. Wyjaśnij pojęcia, korzystając z wiedzy młodzieży i powiedz, że na późniejszych zajęciach[2] to rozwiniemy.

Transseksualność[3]– osoba, która przyszła na świat z żeńskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako żeńska, czuje się mężczyzną lub osoba, która przyszła na świat z męskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako męska, czuje się kobietą. Osoba ta dąży do bycia postrzeganą zgodnie z płcią odczuwaną i funkcjonowania w świecie społecznym w upragnionej roli. Rolą osób z otoczenia jest uszanować tożsamość płciową tej osoby.

Interpłciowość – dotyczy ciała. To posiadanie przez jedną osobę takich płciowych cech fizycznych: genetycznych, biologicznych, anatomicznych lub fizjologicznych, które nie pozwalają określić jej płci biologicznej jako jednoznacznie męskiej lub żeńskiej.

7. Ćwiczenie *Wycieczka do innego świata*– wizualizacja [4] (25minut).

2 Scenariusz nr 6 i Prezentacja nr 6 – *Role płciowe i społeczne.*

3 Def. dr K. Bojarska.

4Alternatywnie lub uzupełniająco możesz skorzystać z filmu *In a heartbeat* dostępnego na https://www.youtube.com/watch?v=2REkk9SCRn0 w dniu 26.11.2017. Pokaż go, a następnie zapytaj o wrażenia, poprowadź dyskusję i podaj definicje opisane w omówieniu wizualizacji. Za zgodą autorów filmu –Beth David i Esteban Bravo z dnia 14.11.2017 r. na korzystanie z filmu w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Informacja dla osoby prowadzącej

Mówiąc o dojrzewaniu, nie można pominąć kwestii tożsamości płciowej i tożsamości seksualnej. Często to właśnie w tym okresie młode osoby orientują się, że są homoseksualne lub biseksualne, odchodzą od domyślnie przyjmowanej przez siebie, traktowanej tak przez otoczenie, tożsamości heteroseksualnej. *Dla wielu młodych osób uświadamianie sobie własnej homoseksualności i biseksualnościmoże się wiązać z trudnościami związanymi z akceptacją siebie, obawą przed dyskryminacją czy wykluczeniem z grupy rówieśniczej, co w konsekwencji może powodować trudności emocjonalne (zaburzenia lękowe, nerwicowe, depresję, autoagresję itd.) opisywane w literaturze fachowej jako efekty „stresu mniejszościowego".*

Geje, lesbijki i osoby biseksualne często uwewnętrzniają stereotypy i uprzedzenia na swój temat, zanim odkryją swoją homoseksualność czy biseksualność. Dlatego często pierwszym etapem w procesie odkrywania swojej homoseksualności jest samonienawiść. Podejmowano próby oszacowania ilości osób homoseksualnych, szacuje się, że jest to średnio 5-10% osób w populacji. Przyjmując, że klasa liczy od 20-30 osób, można założyć, że w każdej klasie będzie 1-3 osoby homoseksualne. Statystyki nie obejmują osób biseksualnych i tych, które z różnych powodów nie określają swojej orientacji seksualnej lub nie ujawniły jej w badaniach.

Miej na uwadze to, że w grupie, z którą pracujesz najprawdopodobniej znajdują się osoby LGBTQI (skrót od lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, queer i interpłciowe). Bardzo ważne jest, aby dzieci i młodzież LGBTQI[5] miała dostęp do aktualnej wiedzy medycznej (w tym seksuologicznej) i psychologicznej (więcej informacji w Materiałach pomocniczych nr 1 i 2).

Proces tzw. coming out, potocznie nazywany „wyjściem z szafy"– ujawnienie swojej tożsamości płciowej i/lub tożsamości seksualnej – ujawnienie się osób LGBTQ. Najpierw dochodzi do uświadomienia sobie bycia osobą LGBTQ przed samym/samą sobą. Kolejnym krokiem, jest ujawnianie tego innym. Nie każda osoba zdecyduje się na to, z różnych powodów (lęku, braku wsparcia, próby wyparcia swoich uczuć, świadomej decyzji w obliczu wrogiego lub mało życzliwego otoczenia i innych).

***Polskie Towarzystwo Seksuologiczne** w swoim oficjalnym stanowisku z 2006 roku (i w kolejnych latach) podkreśla zaniepokojenie krzywdzącym wpływem społecznych uprzedzeń na funkcjonowanie*

5 Na dzisiejszych zajęciach skup się wokół seksualności. Kwestia transpłciowości zostanie szerzej omówiona na 6 zajęciach, przy omawianiu ról płciowych; Skrót LGBTQI – skrót od lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, queer i interpłciowe.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

psychiczne i społeczne osób homoseksualnych i biseksualnych. Równocześnie wzywa „zdrowotne organizacje naukowe oraz wszystkich indywidualnych psychologów, psychiatrów i innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego" do podjęcia „działań polegających na ***dementowaniu stereotypów i uprzedzeń*** *wobec homoseksualności". Taki jest cel tego ćwiczenia.*

Powiedz, że w tym ćwiczeniu zadanie będzie polegało na tym, żeby wyobrazić sobie sytuację, którą Wam opowiem. Poproś o zamknijcie oczu, żeby skoncentrować się na swoich odczuciach i wyobrażeniach. Przeczytaj powoli tekst znajdujący się w Materiale pomocniczym nr 3.Po przeczytaniu tekstu, powoli wyprowadź osoby z wizualizacji, np.:

„Odwiedziliście ten świat tylko na chwilę, już zaraz go opuścicie.
Zobaczcie jak się w nim czujecie, co myślicie, co chcecie zrobić?".

Daj kilka sekund na zastanowienie. Powiedz, że można pożegnać się z tamtym światem i powoli otworzyć oczy. Wróciliście.

Zapytaj teraz o odczucia, jakie się pojawiły po przeczytaniu tekstu. Zadawaj naraz jedno pytanie i poczekaj na odpowiedź. Część osób może potrzebować chwili na zastanowienie się.

- Jak czuliście w tym świecie?
- Co o sobie myśleliście?
- Co myśleliście o innych?
- Co chcieliście zrobić?
- Podobał Wam się ten świat?
- Co by Wam pomogło w tym świecie?
- O czym był ten tekst? Jak on się ma do naszego świata?
- Czy zjawiska opisane w tamtym świecie mogą mieć miejsce w naszym świecie? (stereotypy, uprzedzenia, heteronormatywność)

Wyjaśnij definicje, najpierw pytając młodzież,co wie o tych zjawiskach, uzupełnij wiedzę, jeśli definicje są niepełne.

Stereotyp– funkcjonujący w świadomości społecznej uproszczony, skrótowy i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości, odnoszący się do: grup społecznych, osób, sytuacji,instytucji. Stereotyp sprawia, że identyczne cechy zostają przypisane wszystkim członkom grupy, niezależnie od rzeczywistych różnic między nimi.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Zapytaj o przykłady stereotypów na temat gejów, lesbijek i osób biseksualnych. Zweryfikujcie je wspólnie na forum.

Skąd się biorą stereotypy?
Uczymy się ich, słuchając stereotypowych treści, zarówno w bliższym, jak i dalszym otoczeniu, często są podtrzymywanie w mediach.

Uprzedzenie– to wrogie bądź negatywne **nastawienie** dotyczące wyróżniającej się grupy ludzi, oparte wyłącznie na ich przynależności do tej grupy. Uprzedzenia karmią się negatywnymi stereotypami dotyczącymi poszczególnych grup i osób do nich należących. W toku wzrastania w społeczeństwie wszyscy uwewnętrzniamy stereotypy i uprzedzenia. Odchodzenie od nich wymaga wysiłku. Jeśli mamy świadomość, że stereotyp zniekształca rzeczywistość, możemy zdecydować, żeby sprawdzić, jak jest, zamiast kierować się nim na ślepo.

Stereotypy i uprzedzenia godzą w szczególności w słabsze grupy, których społeczny wizerunek malowany jest w głównej mierze nie przez nie same, lecz przez głosy płynące z grup dominujących, w tym również w osoby homoseksualne, biseksualne, transpłciowe, interpłciowe, aseksualne itp. Świadomość ciągłego narażenia na agresję i nieprzychylność osób z grup dominujących przekłada się na tzw. stres mniejszościowy, czyli dodatkowe, chroniczne obciążenie stresem, które nakłada się na pozostałe stresy dnia codziennego i które może przyczynić się do szybszego przeciążenia zasobów psychicznych potrzebnych do radzenia sobie[6].

Heteronormatywność– automatyczne przekonanie o tym, że ludzie i my sami jesteśmy heteroseksualni. Wynika ze społecznych oczekiwań, utrwalany w procesie wychowania. Np. małym dziewczynkom mówi się, że jak dorosną to znajdą księcia na białym koniu. Nie ma pomysłu, że dziecko może okazać się lesbijką. Osoby LGBTIQ uwewnętrzniają też ten pogląd, stąd proces coming outu.

Proces tzw. **coming out** to ujawnienie swojej tożsamości płciowej oraz orientacji seksualnej – ujawnienie się osób LGBTQI. Najpierw dochodzi do uświadomienia sobie bycia osobą LGBTQI przed samym/samą sobą. Kolejnym krokiem, jest powiedzenie o tym innym. Nie wszyscy się na to decydują,

6 Grupy mniejszościowe to grupy społeczne (osoby dzielące jakąś cechę tożsamości, np. płeć, religię, wiek itd.), które funkcjonują w społeczeństwie na niższej pozycji, tzn. są postrzegane jako w jakiś sposób gorsze, mniej sprawne, mają mniejszy wpływ i władzę. Często są to grupy które są mniej liczebne, ale nie jest to regułą. Np. kobiety stanowią liczebną większość w porównaniu do mężczyzn, jednak opisuje się je w socjologii jako grupę mniejszościową ze względu na mniejszą władzę w społeczeństwie, co wiąże się m.in. z mniejszą reprezentacją kobiet niż mężczyzn na wysokich stanowiskach, czy w polityce, statystycznie niższe zarobki kobiet niż mężczyzn itd. Osoby homoseksualne i biseksualne stanowią mniejszość w porównaniu do osób heteroseksualnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

z różnych powodów (lęku, braku wsparcia, próby wyparcia swoich uczuć, świadomego wyboru wynikającego z raku wsparcia czy życzliwości w otoczeniu innych).

8. Na koniec wyjaśnij, co to jest tożsamość płciowa i jakie jest oficjalne stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Skorzystaj przy tym z wiedzy zawartej w Materiale pomocniczych nr 2 oraz z Prezentacji nr 2.

9. Zakończ zajęcia, korzystając z pytań znajdujących się na ostatnim slajdzie:

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 1

Rozwój seksualny w toku całego życia – podstawowe informacje[7]

Wiele osób nie wie, że wszyscy ludzie, w tym niemowlęta, dzieci, osoby nastoletnie, dorosłe i starsze są istotami seksualnymi. Niektóre osoby uważają, że aktywność seksualna jest zarezerwowana dla młodych osób dorosłych. Tymczasem warto zwrócić uwagę na dwa fakty:

- seksualność jest czymś więcej niż jedynie stosunek seksualny,
- ludzie są istotami seksualnymi przez całe życie.

Seksualność stanowi centralny aspekt bycia człowiekiem przez całe życie, obejmujący: seks, identyfikację i role płciowe, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję. Seksualność jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Seksualność powstaje w interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, etycznych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych.

1. Seksualność niemowląt.

Jesteśmy istotami seksualnymi jeszcze przed narodzeniem. Już u płodów męskich zaobserwowano erekcję penisa, a niektórzy chłopcy rodzą się z erekcją. Niemowlaki dotykają lub pocierają swoje narządy seksualne, ponieważ towarzyszy temu odczucie przyjemności. Zarówno u dziewczynek, jak i chłopców może wystąpić orgazm, ale sama ejakulacja nie pojawia się u chłopców aż do okresu dojrzewania. Tożsamość płciowa zwykle rozwija się we wczesnym dzieciństwie (około 2-3 roku życia), lecz nie zawsze tak jest. Czasem też dziecko może zacząć kwestionować swoją dotychczasową tożsamość, zwłaszcza gdy osoby z otoczenia starają się je zaszufladkować zgodnie ze stereotypowym postrzeganiem, np. na tyle systematycznie strofując chłopca, że bawi się „jak dziewczynka", że ten zaczyna się nad sobą zastanawiać lub systematycznie pytając dziewczynkę, która preferuje towarzystwo kolegów, o to, „czy jest chłopcem, czy dziewczynką". Wiele dzieci w tym wieku odkrywa również różnice w budowie narządów seksualnych dziewcząt i chłopców oraz różnice w sposobie oddawania moczu.

2. Seksualność dzieci w wieku przedszkolnym (3-7 r.ż.).

7 Oprac. na podstawieK. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009, s. 74-76.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Dzieci w wieku przedszkolnym zainteresowane są wszystkim, co je otacza, w tym seksualnością. Stają się istotami społecznymi, mogą naśladować seksualne zachowania dorosłych, w tym całowanie i trzymanie się za ręce. Wzajemne pokazywanie sobie narządów płciowych przez dzieci w tym wieku jest wyrazem ciekawości i mieści się w normie rozwojowej, stanowi też okazję do przekazania dzieciom przez dorosłych informacji o normach społecznych związanych z nagością; różne dzieci potrzebują przy tym różnej ilości czasu na uwewnętrznienie tych reguł. Uwewnętrznienie tych norm społecznych zwykle prowadzi z czasem do rozwinięcia się poczucia skrępowania nagością w obecności innych[8]. Około 5, 6 roku życia dzieci zaczynają się wstydzić podczas takich czynności jak ubieranie się i kąpanie.

Dzieci w tym wieku zaczynają orientować się o istnieniu związków intymnych, dowiadują się o małżeństwach. W zabawie mogą odgrywać różne role i bawić się w dom. Dzieci często rozmawiają o poślubieniu jakiejś osoby lub związaniu się z nią, kiedy będą dorosłe. W wieku przedszkolnym lub szkolnym zdarzają się seksualne zabawy z rówieśnikami dowolnej płci, w tym również wspólne podejmowanie aktywności masturbacyjnej. Oznacza to zwykle, że dziecko nie uwewnętrzniło jeszcze reguł społecznych, zgodnie z którymi nagość i seksualność postrzegane są jako sfera ściśle intymna i prywatna[9].

3. Seksualność dzieci w wieku wczesnoszkolnym (8-12 r.ż.).

Dojrzewanie płciowe może się rozpocząć w wieku 9-12 lat, czasem wcześniej. Pod wpływem hormonów produkowanych przez jajniki zaczynają rosnąć piersi i pojawiać się owłosienie łonowe. Z kolei rozwój penisa i jąder rozpoczyna się zwykle pomiędzy 10 a 11 rokiem życia. Dzieci stają się bardziej świadome swoich ciał i często skrępowane nagością czy przebieraniem w obecności innych, nawet bliskich. W tym wieku lub w ciągu kilku lat może pojawić się potrzeba seksualna i, o ile nie doszło do tego wcześniej, dziecko zwykle odkryje masturbację.

Dzieci często mają mnóstwo pytań. Mogły zetknąć się z pojęciami stosunku seksualnego, pettingu, seksu oralnego i analnego, homoseksualności, gwałtu, prostytucji czy kazirodztwa i poszukiwać wyjaśnienia tych pojęć. Do regularnego stykania się z tymi pojęciami dochodzi często w kontekście szyderczych, pogardliwych lub wulgarnych żartów, drwin lub wyzwisk, zasłyszanych od dorosłych i przejętych przez rówieśników. Taka atmosfera przekazywania treści seksualnych sprzyja temu, że wizja samej lub samego siebie podejmującego aktywności seksualną może wywoływać u dzieci nieprzyjemne odczucia. Z drugiej strony wśród dzieci zdarza się podejmowanie kontaktów seksualnych, takich jak wspólna masturbacja, oglądanie lub wzajemne dotykanie genitaliów, często w

8 Przyp. dr Katarzyna Bojarska.

9 Przyp. dr Katarzyna Bojarska.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

gronie jednopłciowym. Z wiekiem dzieci różnej płci zaczynają wspólnie się socjalizować, tańczyć ze sobą i grać w różne gry, w tym również o podtekście seksualnym. Około 12-13 r.ż. wiele młodych osób zaczyna ze sobą „chodzić". Niektóre dzieci już w tym wieku podejmują pierwsze kontakty seksualne, takie jak pocałunki czy wzajemne pieszczoty zakończone orgazmem, czasem również seks oralny czy też stosunki genitalne.

4. Seksualność nastolatków (13-18 r.ż.).

Okres dojrzewania to czas dynamicznych zmian całego organizmu pod wpływem ustalania się nowej równowagi hormonalnej, a także rozwoju w sferach: uczuciowej, psychicznej, społecznej. Okres ten liczy się od momentu wystąpienia zmian biologicznych typowych dla danej płci (np. u dziewczynek: znaczne powiększenie się macicy i jajowodów, pojawienie się tkanki tłuszczowej w wargach sromowych; u chłopców: wzrost objętości jąder). Trwa około 8 lat (od około 10 do około 18 roku życia), przy czym u dziewczynek rozpoczyna się zwykle 2 lata wcześniej niż u chłopców.

Zarówno dziewczynki, jak i chłopcy obserwują zachodzące w swoim ciele zmiany: pojawienie się owłosienia łonowego i pachowego, zmiana wyglądu narządów płciowych, zmiana budowy ciała. U chłopców około 14 roku życia występują pierwsze wytryski nasienia (jednak nie u wszystkich). U dziewcząt pojawienie się pierwszej miesiączki występuje najczęściej około 12-13 roku życia. W tym czasie wzrasta zainteresowanie kontaktami seksualnymi.

Należy też pamiętać, że często (lecz nie zawsze) właśnie w tym wieku ustala się orientacja seksualna. Niektóre osoby określają też swoją seksualność poza kategoriami: heteroseksualność-biseksualność-homoseksualność. Ze względu na społeczne uprzedzenia, dla młodych osób homo- lub biseksualnych odkrywanie swojej orientacji seksualnej może się wiązać z trudnościami związanymi z akceptacją siebie (tzw. uwewnętrzniona homofobia), obawą przed dyskryminacją czy wykluczeniem z grupy rówieśniczej (tzw. stres mniejszościowy), co w konsekwencji może powodować trudności emocjonalne (lęk, nerwice, depresję, autoagresję itp.).

5. Seksualność osób dorosłych.

Zachowania seksualne osób dorosłych są niezwykle różnorodne. Wiele osób, zwłaszcza kobiety, deklaruje zwiększenie satysfakcji w kontaktach seksualnych po 30 roku życia. Można to tłumaczyć większą świadomością swojego ciała i potrzeb seksualnych. W większości przypadków zachowania seksualne (zarówno masturbacja, jak i kontakty seksualne w relacjach z innymi ludźmi) pozostają ważną częścią życia aż do śmierci.

Wraz z wiekiem zmienia się ciało i od około 28 roku systematycznie zmniejsza się płodność. Około 50 r.ż. kobiety przechodzą okres menopauzy, która ma duży wpływ na ich seksualność. Ich jajniki nie uwalniają już komórek jajowych, wstrzymana jest produkcja estrogenu. Kobiety mogą wtedy doświadczać następujących zmian: ścianki pochwy stają się cieńsze, pochwa w czasie stosunku nie

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

jest już odpowiednio nawilżona, wejście do pochwy może stać się mniejsze, a stosunek może stać się bolesny. Wiele kobiet stosuje estrogenową terapię zastępczą, aby te i inne związane z menopauzą problemy nie były tak dokuczliwe. Aby stosunek seksualny odbywał się bez bólu, wiele par stosuje lubrykanty (żele nawilżające).

Dorośli mężczyźni również doświadczają zmian w swojej seksualności, ale nie w określonym czasie, jak ma to miejsce u kobiet. Produkcja testosteronu zmniejsza się po 20-25 r.ż. Uzyskanie erekcji zajmuje więcej czasu niż w okresie dojrzewania. Mężczyźni mają też mniejszą zdolność do osiągania erekcji po uprzednim doświadczeniu orgazmu. Zmniejsza się również objętość wydzielanego podczas ejakulacji nasienia.

Pomimo że mężczyźni i kobiety w miarę upływu lat doświadczają wielu zmian, najczęściej nie tracą oni popędu seksualnego ani zdolności jego ekspresji. Wśród wielu osób starszych (osiemdziesięcioletnich i starszych) obecna jest zwykle potrzeba tworzenia z kimś intymnej, seksualnej więzi, nawet jeśli odbywanie stosunku jest znacznie utrudnione bądź niemożliwe.

***

Tożsamość seksualna (nazywana też **orientacją seksualną**) – określa emocjonalny i fizyczny pociąg do osób określonej płci, kierunek potrzeb uczuciowych, seksualnych, psychicznych, romantycznych i/lub duchowych. To sposób, w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o tożsamościach: heteroseksualnej, biseksualnej i homoseksualnej. Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób), jak i nienazwane. Podane kategorie są umowne, każda osoba może określić swoją orientację seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób, zupełnie wyjątkowym określeniem. Współcześnie, w ramach teorii *queer*, odchodzi się od określenia orientacja seksualna na rzecz tożsamości seksualnej, które ma służyć podkreśleniu samoopisu i subiektywności w definiowaniu własnej płci i seksualności. Tożsamość seksualną odróżnia się od zachowania seksualnego, ponieważ może ona, ale nie musi, wyrażać się w zachowaniach seksualnych. Osoby które nie określają swojej płci i/lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem *queer*.

W naszym społeczeństwie jesteśmy codziennie narażeni i narażone na negatywne przekazy dotyczące orientacji homoseksualnej. Te przekazy są najbardziej bolesne dla młodych osób, które odkrywają, że są seksualnie i emocjonalnie zainteresowane osobą tej samej płci. Dlatego młode osoby homoseksualne i biseksualne, tak jak wszystkie inne, potrzebują pozytywnych komunikatów dotyczących ich seksualności.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Osoba interpłciowa (inaczej **interseksualna**[10]**,** z ang. *intersex*, gdzie: *inter* – między, *sex* – płeć biologiczna) – osoba, która posiada cechy fizyczne, hormonalne i genetyczne, które nie są ani w całości męskie, ani w całości żeńskie; są kombinacją cech męskich i żeńskich.

Tożsamość płciowa (ang. *genderidentity*) odnosi się do głęboko odczuwanego, wewnętrznego i osobistego doświadczenia płci, które może (nie)zgadzać się z płcią przypisaną po urodzeniu. Tożsamość płciowa niektórych osób wykracza poza binarne normy płciowe. Nie można jej wykazać czy udowodnić żadnymi badaniami, to poczucie które się ma. Tożsamość płciowa zazwyczaj zgadza się płcią biologiczną (metrykalną) danej osoby (osoby cispłciowe), ale zdarza się inaczej (osoby transpłciowe). Tożsamość płciowa osoby może być określona tylko i wyłącznie przez daną osobę.

10 Tłumaczenie interseksualności przynosi błędne skojarzenia z seksualnością, a pojęcie odnosi się do płci biologicznej.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2
Stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego na temat zdrowia osób o orientacji homoseksualnej[11]

Wobec szerzącej się w polskiej debacie publicznej dezinformacji na temat zdrowia psychicznego i fizycznego osób homoseksualnych oraz oceny moralnej ich postępowania, jak również w obliczu faktu, iż 11 października 2016 r. w Sejmie RP wystąpił znany ze swoich potępiających homoseksualność poglądów Paul Cameron, w oparciu o aktualną wiedzę naukową przedstawiamy stanowisko na temat zdrowia osób o orientacji homoseksualnej i konsekwencji szerzenia uprzedzeń z tym związanych.

Zdajemy sobie sprawę, że kwestia orientacji seksualnej jest tematem budzącym kontrowersje i znaczne zainteresowanie społeczne. Z tego powodu uważamy za istotne, by uczestnicy debaty publicznej i politycznej korzystali z wniosków wynikających z prowadzonych współcześnie (zarówno w polskich, jak i zagranicznych ośrodkach naukowych) badań na temat funkcjonowania osób homoseksualnych oraz z aktualnie obowiązujących ustaleń środowisk naukowych w tym zakresie.

Orientacja seksualna jest współcześnie definiowana jako pociąg erotyczny i uczuciowy wobec mężczyzn, kobiet lub obu płci. Orientacja heteroseksualna, homoseksualna i biseksualna są traktowane jako prawidłowe warianty rozwojowe seksualności człowieka. Osoby homoseksualne stanowią około 5% populacji. W oparciu o wyniki badań poświęconych orientacji homoseksualnej, prowadzonych na świecie od lat 40. XX wieku, eksperci zasiadający w międzynarodowych gremiach skupiających psychologów, psychiatrów i lekarzy innych specjalności doprowadzili do depatologizacji homoseksualności – homoseksualizm został wykreślony z list chorób i zaburzeń psychicznych: w 1973 roku z klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders, w skrócie DSM), w 1991 roku – z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and RelatedHealthProblems, w skrócie ICD) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Chcemy podkreślić, że druga z wymienionych tu klasyfikacji stanowi prawną podstawę do stawiania rozpoznań medycznych w Polsce.

Kształtowanie się orientacji seksualnej jest procesem złożonym, pozostającym pod wpływem wielu czynników, wśród których znaczącą rolę odgrywają uwarunkowania biologiczne. Orientacja seksualna nie podlega możliwości dowolnego kształtowania zgodnie z kulturowo-społecznymi oczekiwaniami, nie jest kwestią wyboru lub mody. Podobnie jak osoby heteroseksualne, osoby homoseksualne mają prawo do korzystania z usług medycznych i psychologicznych, jednak wskazaniem do leczenia w

11 Tekst dostępny online na http://pts-seksuologia.pl/sites/strona/59/stanowiskopts-na-temat-zdrowia-osob-o-orientacji-homoseksualnej w dniu 28.10.2017.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

żadnym razie nie powinna być orientacja seksualna tych osób. Propagowanie terapii polegających na korekcie, konwersji czy reparacji orientacji homo- czy biseksualnej w kierunku wyłącznie heteroseksualnej jest niezgodne ze współczesną wiedzą na temat seksualności człowieka i może zaowocować poważnymi niekorzystnymi skutkami psychologicznymi dla osób poddawanych tego typu oddziaływaniom.

Orientacja homoseksualna, jako cecha osobista, podlega takim samym formom ekspresji, jak orientacja heteroseksualna. Orientacja seksualna *per se* nie determinuje, poziomu rozwoju emocjonalnego, intelektualnego, społecznego czy moralnego. Za nieuprawnione i wyjątkowo krzywdzące uznajemy szerzenie poglądu nawołującego do patologizacji lub penalizacji homoseksualności, co miało miejsce w wypowiedziach np. Paula Camerona.

Zdecydowanie sprzeciwiamy się powielaniu przez polityków i publicystów opinii na temat osób homoseksualnych, nie znajdujących poparcia we współczesnych badaniach, a także wyrażamy głęboki niepokój o społeczne konsekwencje tego rodzaju działań. Zwracamy uwagę, że reprodukowanie uprzedzeń wobec tych osób może skutkować pogorszeniem jakości psychicznego i fizycznego funkcjonowania znaczącej części społeczeństwa (przykładem mogą być próby samobójcze osób prześladowanych na tle homofobicznym). Reprodukowanie uprzedzeń przyczynia się także do pogłębiania szkodliwych podziałów społecznych oraz do wzrostu postaw nienawiści wobec osób będących członkami naszego społeczeństwa, co grozi głęboką dezintegracją tego społeczeństwa.

Wzywamy wszelkie zdrowotne organizacje naukowe działające w Polsce oraz wszystkich seksuologów, psychologów, psychiatrów i innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego do podjęcia działań polegających na dementowaniu stereotypów i uprzedzeń na temat osób homoseksualnych oraz skojarzeń pomiędzy homoseksualnością a zaburzeniami zdrowia fizycznego i psychicznego oraz przestępczością seksualną. Ponadto wzywamy wszelkie polskie organizacje naukowe działające w dziedzinie edukacji, jak również pedagogów i wychowawców dzielących z rodzicami odpowiedzialność za rozwój postaw społecznych u dzieci i młodzieży do rzetelnej edukacji na temat homoseksualności i uwrażliwiania swoich podopiecznych na problem dyskryminacji ze względu na orientację seksualną.

Jednocześnie zachęcamy uczestników debaty publicznej, by przy świadomości znaczenia wypowiadanych opinii oraz poczucia odpowiedzialności za ich możliwe społeczne konsekwencje,korzystali z wiedzy i doświadczeń pracujących na polskich uczelniach ekspertów w dziedzinie psychologii, seksuologii i psychiatrii, zrzeszonych w stowarzyszeniach i zespołach badawczych, których działalność pozwala na pozyskanie aktualnej wiedzy na temat orientacji seksualnej.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 3

WIZUALIZACJA

Usiądź wygodnie. Zamknij oczy, rozluźnij się… Zabiorę Cię do świata zupełnie innego, od tego, w którym teraz jesteśmy – do świata, w którym jesteście osobami o orientacji heteroseksualnej, a pozostali nie… W tym świecie, prawie wszystkie nauczycielki, nauczyciele czy pracodawcy są homoseksualni… Podobnie wszyscy w Waszych rodzinach to geje i lesbijki. Większość specjalistów i specjalistek od prawa, nauczania, leczenia, sprawowania władzy w kraju i świecie jest gejami lub lesbijkami. Wszystkie gwiazdy świata show biznesu osoby homoseksualne, tak jak księża, rabini, imamowie… W tym świecie, wszystkie książki i programy telewizyjne skupiają się na przedstawianiu losów, przeżyć, radości i kłopotów gejów i lesbijek… Małżeństwo jest legalne **tylko** dla par homoseksualnych.

Oczywiście są również osoby heteroseksualne w tym świecie, ale nie cieszą się poważaniem. Są wyśmiewane i ignorowane. Najwidoczniej jest coś złego w byciu heteroseksualnym.

Nieraz słyszeliście takie stwierdzenia, jak: „osoby hetero są chore" albo że „mają obsesję na punkcie seksu".

Programy w telewizji z zaciekawieniem śledzą „heterycki styl życia", opisując rzekomo nagminne zachodzenie w ciążę i zakażanie się wirusem HIV przez osoby heteroseksualne. Heteroseksualność przedstawiana jest nieodmiennie w atmosferze skandalu i sensacji. Z kolei od znajomych i przyjaciół słyszeliście już wielokrotnie, że „heterycy molestują dzieci", że mają zaburzenia emocjonalne i w ogóle są pozbawieni moralności.

W ubiegłym roku w waszym mieście pojawił się poważny problem, gdy okazało się, że jeden z nauczycieli jest heterykiem – rodzice nie życzyli sobie, żeby ich dzieci uczyła taka osoba. Mimo zapewnień o własnej homoseksualności, nauczyciel został natychmiast zwolniony z pracy. Prawo w niewielkim stopniu chroni heteryków. Nie mogą oni pracować z młodzieżą oraz mogą być bezkarnie wyrzuceni z pracy czy wojska, gdy okaże się, że nie są homoseksualni. W zeszłym tygodniu głośna była sprawa, gdy jakiś chłopak został wyrzucony z domu, bo przyznał się, że jest heteroseksualny.

To wszystko brzmi dla Was przerażająco, bo zaczynacie czuć, że też być może jesteście heteroseksualni. Bardziej niż czegokolwiek na świecie chcecie, żeby Wasi rodzice Was kochali i akceptowali takimi, jakimi jesteście. Natomiast co powiedzą, gdy się dowiedzą, że możecie być heteroseksualni?! Na myśl o powiedzeniu im lub komukolwiek, robi się Wam niedobrze? Ale do kogo możecie się zwrócić? Przecież Wasi bracia nieustannie mówią, jaki przystojny jest bramkarz z lokalnej drużyny piłkarskiej. Wasza siostra jest zakochana w jakiejś top modelce. Bardzo chcielibyście się podkochiwać w kimś Waszej płci, ale niestety nie potraficie. To właśnie osoby odmiennej płci Was pociągają. Nikt w Waszych rodzinach nie ma takich uczuć, a właściwie nie znacie nikogo, kto by je

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

podzielał, więc ukrywacie w lęku swój sekret. Gdzieś głęboko, wiecie, że gdybyście komukolwiek powiedzieli zostalibyście gorzko obśmiani. Co gorzej, Wasi bliscy mogliby przestać Was kochać! Czasami macie potrzebę powiedzenia komuś. Godzinami myślicie komu. Pamiętacie z dzieciństwa niewybredne żarty Waszych ojców i wujków o osobach heteroseksualnych i gromkie wybuchy śmiechu wszystkich osób dookoła. Więc raczej nie powiecie nikomu z rodziny. Pamiętacie też jak ksiądz kiedyś mówił, że bycie heteroseksualistą jest wbrew naturze i niemoralne. Więc z nim też nie możecie porozmawiać. Na biologii uczyliście się, że normalnym zachowaniem jest poczuwanie pociągu fizycznego wobec osób tej samej płci. Nikt nigdy nie mówił o pociągu do osób odmiennej płci! Jesteście przekonani, że to, co czujecie nie może być normalne i że nikt nie może Wam pomóc. W zeszłym tygodniu tych dwóch osiłków przezywało jednego chłopaka heterykiem, ale nawet nauczycielka to zignorowała. Nawet się śmiała, gdy kilka dni wcześniej któryś z uczniów z obrzydzeniem opowiadał o heteryckim wierszu, jaki czytali na angielskim.

Wszystko to sprawia, że czujecie się wyalienowani i przestraszeni. Nie wiecie, co robić. Do kogo się zwrócić? Z kim można bezpiecznie porozmawiać? Nie możecie rozmawiać o swoich uczuciach w domu, w szkole też nie czujecie się bezpiecznie, nie ufacie na tyle przyjaciołom. Dławienie takiego sekretu w sobie jest jak gangrena – powoli zjada Wasze poczucie wartości. Do tego stopnia, że z czasem zaczynacie nienawidzić tego, co czujecie i tego, kim jesteście.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
III. Anatomia – zdrowie i higiena

Materiały i przygotowanie

- Kontrakt z poprzednich zajęć.
- Materiał pomocniczy nr 1 (przygotuj tyle kopii, ile osób uczestniczących w zajęciach).
- Materiał pomocniczy nr 2 (materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania przed zajęciami).
- Materiał pomocniczy nr 3 (materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania przed zajęciami).
- Prezentacja nr 3 dla osoby prowadzącej zajęcia.
- Projektor, głośniki, laptop, Internet (do odtworzenia filmu Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton *Pierwsza wizyta u ginekologa*[1] – zapoznaj się z filmem przed zajęciami).

Scenariusz zajęć

1. Pamiętaj o tym, aby przed zajęciami wywiesić kontrakt z poprzednich zajęć.
2. Przywitanie i przedstawienie tematu dzisiejszych zajęć.
3. Budowa i funkcje narządów płciowych (20 minut).

Powiedz, że w pierwszym ćwiczeniu usystematyzujemy budowę i funkcje narządów płciowych. Rozdaj osobom uczestniczącym w zajęciach Materiały pomocnicze nr 1, a następnie daj 5 minut na wypełnienie zadania.

Przy omawianiu zwróć szczególną uwagę na to, żeby podkreślać, że każdy rozwija się trochę inaczej i w innym wieku, a nasze ciała różnią się od siebie. Tak jak różnią się na dłonie, uszy czy nosy, tak samo różnią się nasze narządy płciowe i inne cechy płciowe.

Zapoznaj się z Materiałem pomocniczym nr 2 i Materiałem pomocniczym nr 3, żeby uzupełnić wiedzę. Skorzystaj z prezentacji i wyświetl obrazki omawiając kolejno narządy seksualne i ich funkcje.

Odpowiedzi kolejno:

1 Film dostępny na www.ponton.org.pl/pl/strona/pierwsza-wizyta-u-ginekologa w dniu 26.11.2017. Za zgodą Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, reprezentowanej przez Aleksandrę Józefowska. Zgoda z dnia 9.11.2017 na korzystanie z filmu w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Męskie narządy płciowe zewnętrze i wewnętrzne:

1. Jądra.
2. Najądrza i nasieniowody.
3. Worek mosznowy (moszna).
4. Prostata.
5. Pęcherzyki nasienne.
6. Cewka moczowa.
7. Penis.

Przy okazji omawiania męskich narządów płciowych omów **polucje**, skorzystaj przy tym z prezentacji.

Żeńskie narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne:

1. Wargi sromowe większe.
2. Łechtaczka.
3. Ujście cewki moczowej.
4. Wargi sromowe mniejsze.
5. Wejście do pochwy i pochwa.
6. Jajowód.
7. Jajnik.
8. Macica.
9. Szyjka macicy.
10. Cewka moczowa.

Przy okazji omawiania żeńskich narządów płciowych powiedz o **nawilżeniu**, które pojawia się u kobiet w trakcie podniecenia.

4. Omów **cykl menstruacyjny** oraz proces **zapłodnienia** i **ciąży** –skorzystaj przy tym z prezentacji.
5. Higiena.

Kontynuując temat miesiączki, zbierz z grupy wiedzę o środkach higienicznych w trakcie menstruacji. Odpowiedź pokrótce o każdej z podanych na prezentacji metod i odpowiedz na pytania, jeśli się

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

pojawią. Następnie przejdź do części wprowadzającej do infekcji przenoszonych drogą płciową. Powiedz o tym, że najłatwiejszym sposobem rozpoznania choroby, jest wyjście od zdrowia.

Zapytaj: Co może wydzielać się z pochwy zdrowej kobiety?
Zbierz wiedzę od młodzieży, jeśli będzie potrzeba – uzupełnij. Często pojawia się odpowiedź „mocz", wyjaśnij, że mocz wydziela się z cewki moczowej. Można wrócić do obrazków z poprzednich slajdów. Kontynuuj zgodnie ze slajdami na prezentacji, w sposób interaktywny. Pozwól młodzieży się wypowiedzieć zanim uzupełnisz wiedzę o treści na prezentacji.

Następnie zapytaj: Co może wydzielać się z penisa zdrowego mężczyzny?
Ponownie zbierz wiedzę od młodzieży, jeśli będzie potrzeba – uzupełnij.

6. Badania profilaktyczne – omów zgodnie z treściami znajdującymi się na prezentacji (do końca). Opcjonalnie, jeśli to możliwe, pokaż film Grupy Ponton *Pierwsza wizyta u ginekologa*[2].

7. Zakończ zajęcia, korzystając z pytań znajdujących się na ostatnim slajdzie:

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

2 Film *Pierwsza wizyta u ginekologa* dostępny na www.ponton.org.pl/pl/strona/pierwsza-wizyta-u-ginekologa w dniu 26.11.2017. Możesz też powiedzieć o nim, tak aby osoby zainteresowane mogły zobaczyć go w domu. Za zgodą autorów Grupy Edukacyjnej Ponton, reprezentowanej przez Aleksandrę Józefowska. Zgoda z dnia 9.11.2017 na korzystanie z filmu w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 1

Narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne

Męskie narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……..
6. ……..
7. ……..

Żeńskie narządy płciowe perspektywa zewnętrzna

1. ……
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……..
6. ……..

Żeńskie narządy płciowe perspektywa wewnętrzna

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……..
6. ……..
7. ……
8. ……

Obrazki za: K. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009,s. 96. Za zgodą autorek do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne*.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2[3]

Męskie narządy płciowe – przegląd dla osoby prowadzącej

1.Penis(prącie).
2.Ciało jamiste (jedno z pary).
3.Ciało gąbczaste.
4.Napletek.
5.Żołądź.
6.Ujście cewki moczowej.
7. Moszna.
8. Jądro (jedno z pary).
9.Najądrze (jedno z pary).
10. Nasieniowód (jeden z pary).
11. Pęcherzyk nasienny (jeden z pary).
12. Pęcherz moczowy.
13. Gruczoł prostaty.
14. Cewka moczowa.
15. Gruczoł Cowpera (jeden z pary).

Penis to cylindryczny organ, który zbudowany z tzw. tkanki erekcyjnej. Tkanka erekcyjna to rodzaj tkanki, który pod wpływem stymulacji seksualnej napełnia się krwią i zwiększa objętość narządu płciowego. Składają się na nią dwa ciała jamiste, które nadają penisowi sztywność oraz ciało gąbczaste, które otacza cewkę moczową (kanał, przez który mocz i nasienie uchodzą na zewnątrz) i które chroni ją przed zaciśnięciem przez ciała jamiste.

Erekcja członka: W sytuacji podniecenia tętnice penisa napełniają się krwią, powodując wzwód, wskutek czego penis staje się sztywny. Odwrotnie, kiedy krew odpływa z ciał jamistych, wzwód ustępuje. Wzwód penisa zwykle jest spowodowany podnieceniem seksualnym, może tez nastąpić w pozaseksualnych okolicznościach. Podczas wzwodu penis zwiększa swoja wielkość. Jest to możliwe, ponieważ skóra pokrywająca penis jest luźna i elastyczna.
Napletek to fałd skórny otaczający i osłaniający żołądź członka. W stanie spoczynku napletek przykrywa czubek, wierzchołek penisa, tzw. żołądź. W czasie erekcji penis wydłuża się, a żołądź może częściowo lub całkowicie wysunąć się spod napletka.

3Oprac. Katarzyna Dułak na podstawie materiałów Haeberle, Basic Human Sexual Anatomy & Physiology, Magnus Hirschfeld Archive for Sexology. Uniwersytet Humboldta w Berlinie, aktualizacja dr Katarzyna Bojarska.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Żołądź jest zwykle nieznacznie szersza niż trzon penisa. Jest to rozszerzenie ciała gąbczastego i otacza zewnętrzne ujście cewki moczowej. Jej gładka powierzchnia jest pełna niezliczonych zakończeń nerwowych, więc żołądź jest niezmiernie wrażliwa na dotyk. Choćby z tego powodu jest to też waży organ seksualnej przyjemności. Napletek jest połączony z żołędzią przez cienki fałd skóry zwany wędzidełkiem – *frenulum*. W rowku zażołędnym znajdują się gruczoły, które wydzielają substancję zwaną **mastką** lub **smegmą**. W rowku zażołędnym mogą akumulować się resztki naskórka, nasienia, moczu i rozwijać drobnoustroje. To może powodować podrażnienie lub – u osób współżyjących seksualnie – sprzyjać zakażaniu infekcjami partnerki lub partnera. Dlatego ważna jest codzienna higiena – odprowadzanie napletka i mycie żołędzi również pod nim. Konieczność odprowadzania napletka nie dotyczy oczywiście osób obrzezanych, u których napletek został chirurgicznie usunięty ze względów kulturowych (USA), religijnych (islam, judaizm) lub wskazań zdrowotnych (stulejka, czyli zwężenie napletka, uniemożliwiające lub utrudniające jego odprowadzenie z żołędzi).

Wielkość i kształt penisa– średnia długość penisa dorosłego człowieka to około 7-11 cm w stanie spoczynku i około 12-17 cm w wzwodzie. Penis i jądra powiększają się w okresie dojrzewania. W przeciwieństwie do niektórych mitów, rozmiaru penisa nie da się przewidzieć na podstawie budowy ciała, wielkości innych części ciała ani koloru skóry. Również przyjemność seksualna nie zależy od wielkości penisa.

Czy wielkość penisa ma znaczenie w seksualnych kontaktach?

Nawet penis, który pozostaje stosunkowo mały podczas erekcji, posiada te same funkcje co większy penis. Pochwa kobiety dostosowuje się do penisa, bez względu na jego wielkość, a ściany pochwy zawierają zakończenia nerwowe, więc różnica w odczuciach kobiety zależy od siły mięśni pochwy oraz od psychologicznych czynników.

Moszna to zewnętrzny woreczek na jądra, który wisi między udami u podstawy penisa. Skóra moszny u osób dojrzałych płciowo zwykle bywa ciemniejsza niż reszta ciała i zawiera wiele gruczołów potowych. Wewnątrz moszny są dwie oddzielne komory, a w każdej z nich znajduje się jedno jądro, na którym znajduje się najądrze.

Najądrza to w głównej mierze ciasno splątane, kilkumetrowe przewody, którymi wyprodukowane w jądrach plemniki transportowane są do wnętrza organizmu, gdzie zostaną zmieszane z wydzielinami różnych gruczołów, w efekcie czego powstanie nasienie gotowe do ejakulacji. Najądrze łączy się z **nasieniowodem**, którego dolna część znajduje się jeszcze w mosznie. Przecięcie nasieniowodów w

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

tym miejscu nosi nazwę wazektomii i stanowi zabieg sterylizacji (trwałego ubezpłodnienia, jeżeli nie chce się w przyszłości mieć dzieci). Jądra zawieszone są w mosznie na powrózku nasiennym. Na powrózek nasienny składa się nasieniowód, naczynia krwionośne, nerwy oraz mięsień dźwigacz jądra. W przypadku wychłodzenia, jak również podniecenia seksualnego, powrózki nasienne podciągają jądra bliżej krocza. Równocześnie mięśnie moszny kurczą się, przez co skóra moszny staje się gruba i pomarszczona. Zazwyczaj jednak, moszna wisi luźno, a jej skóra jest cienka i luźna. Moszna pełni funkcję termostatu regulującego temperaturę tak, aby produkcja plemników w jądrach przebiegała w sposób niezakłócony. Ta temperatura musi być nieznacznie niższa niż temperatura wewnątrz ciała.

Wewnętrzne męskie organy płciowe

Składają się z: jąder, które produkują hormony i plemniki, systemu przewodów, które transportują i gromadzą plemniki oraz gruczołów, których wydzieliny wchodzą w skład nasienia.

Jądra powstają w jamie brzusznej w okresie embrionalnym. Jednakże zazwyczaj w ostatnim trymestrze rozwoju płodowego zstępują do moszny. U dojrzałego mężczyzny jądra są dwoma narządami o owalnym kształcie i długości około 4 cm. Jądra są zawieszone w dwóch oddzielnych przegrodach, kieszeniach wewnątrz moszny, na zewnątrz jamy brzusznej. Choć oba jądra są zwykle tej samej wielkości, lewe jest często zawieszone] nieco niżej, więc może wydawać się większe.

Jądra pełnią dwie funkcje:
1. Produkują plemniki, które uchodzą na zewnątrz organizmu zwykle w trakcie ejakulacji (wytrysku), wyprowadzone] przez system przewodów reprodukcyjnych.
2. Produkują hormony, które są uwalniane bezpośrednio do krwiobiegu.

Produkcja plemników: jądro jest złożone z tysięcy ciasno zwiniętych kanalików cieńszych niż włos. Wewnątrz nich, zwanych kanalikami nasiennymi, odbywa się proces produkcji spermy (zwany spermatogenezą). Ten proces zaczyna się w okresie pokwitania i trwa zwykle bez przerwy do końca życia.

Produkcja hormonów: żeńskie i męskie gruczoły płciowe, czyli jądra i jajniki, produkują hormony płciowe. Bywają one zwyczajowo nazywane męskimi (androgeny) i żeńskimi (estrogeny). Ten podział nieco wprowadza w błąd, ponieważ wszystkie te hormony zwykle wytwarzane są przez organizm, niezależnie od płci. Różnice są tylko w ilości i w proporcjach tych hormonów.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Produkcja hormonów na różnych etapach rozwoju:

- Przed pokwitaniem

Poziomy androgenów i poziomy estrogenów u dzieci w wieku przedpokwitaniowym niezależnie od płci są prawie równe.

- Pokwitanie

W wieku dojrzewania, bilans hormonów zaczyna zmieniać się. W męskim ciele poziomandrogenu podnosi się do wyższego poziomu niż estrogeny i w żeńskim ciele odwrotnie. Androgeny wywołują rozwój męskich drugorzędowych cech płciowych. Hormony płciowe potrzebne są do rozwoju drugorzędowych cech płciowych, jak również do uruchomienia i podtrzymania reprodukcyjnej zdolności organizmu.

- Dorosłość

Drugorzędowe cechy płciowe, które rozwiną się pod wpływem hormonów płciowych, zwykle są trwałe. Obniżenie się lub zahamowanie produkcji hormonów płciowych powoduje następujące zmiany:

- Spadek ilości testosteronu – obniżenie lub zanik libido niezależnie od płci, do tego u mężczyzn – zakłócenie produkcji plemników oraz wzrost ryzyka osteoporozy, objawy kastracji farmakologicznej.
- Spadek ilości estrogenów – objawy menopauzy u kobiet, zahamowanie płodności, pocienienie ścianek pochwy, zanik lubrykacji pochwy, wzrost ryzyka osteoporozy.

Plemniki wyprodukowane w jądrach transportowane są do ujścia cewki moczowej przez system kanałów rodnych. Składają się one z zestawionych par (w kolejności: najądrze, nasieniowód, kanały erekcyjne), prowadzonych od jąder do jamy brzusznej, gdzie łączą się z cewką moczową, pojedynczym przewodem], którym nasienie i mocz wydostają na zewnątrz organizmu.

Najądrze– plemniki, które stale są produkowane w kanałach rodnych, są transportowane do kanalików zbiorczych leżących na powierzchni każdego jądra, zwanych najądrzami. Kanaliki te mają długość6 m. Są tak poskręcane, że wydają się nie większe niż jądra. Plemniki podróżują przez najądrza przez kilka tygodni.

Nasieniowód– plemniki z najądrza przedostają się do krótszych przewodów, zwanych nasieniowodami, prowadzącymi z moszny do wnętrza jamy brzusznej. Nasieniowody kończą się w obrębie jamy brzusznej poszerzeniem zwanym bańką nasieniowodu. Dotarłszy tam, plemniki oczekują na ejakulację. Bańki nasieniowodu wraz z sąsiadującymi pęcherzykami nasiennymi przechodzą w krótkie, proste przewody przecinające stercz (prostatę), zwane przewodami wytryskowymi, tam łączą

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

się z cewką moczową. Zanim dostaną się do przewodów wytryskowych, plemniki mają ograniczoną zdolność ruchu, są transportowane biernie głównie przez ruchy przewodów reprodukcyjnych. Jednak w momencie ejakulacji plemniki zaczynają bardzo żywo się ruszać. Ta nagła zmiana następuje w wyniku zmieszania się plemników z wydzielinami różnych gruczołów okołocewkowych, w wyniku czego powstaje nasienie w pełnym składzie.

Cewka moczowa to pojedynczy przewód, który zwykle przebiega od pęcherza przez całą długość penisa ku swojemu ujściu. Cewka moczowa służy dwóm ważnym funkcjom: stanowi ujście z organizmu dla moczu i nasienia; specjalny mechanizm mięśniowy stoi na straży, aby mocz nie wypływał z cewki moczowej podczas ejakulacji.

Nasienie składa się, poza plemnikami, z wydzielin kilku gruczołów okołocewkowych, mających ujście do cewki moczowej głównie w okolicach gruczołu prostaty.

Gruczoł prostaty– jest okrągłym organem wielkości kasztana i leży bezpośrednio pod pęcherzem moczowym. Przecina go cewka moczowa oraz przewody wytryskowe. Część wydzieliny prostaty miesza się z moczem. Część stanowi składową nasienia. U starszych osób często dochodzi do przerostu gruczołu prostaty, powodującego ucisk cewki moczowej utrudniającego oddawanie moczu. Jest to też bolesne. W tych przypadkach może być konieczna pomoc chirurgiczna.

Gruczoł Cowpera– pod gruczołem prostaty znajdują się dwa małe gruczoły wielkości ziarnka grochu, które podczas podniecenia seksualnego wydzielają przejrzysty płyn zwany preejakulatem, który uchodzi z cewki moczowej poprzedzając wytrysk.

Podczas wytrysku (ejakulacji) przez ujście cewki moczowej wyrzucane jest nasienie zwykle w objętości nieco mniejszej niż łyżeczka do herbaty, nie zawiera szkodliwych substancji. Połykanie nasienia nie stanowi samo w sobie jakiegokolwiek zagrożenia dla zdrowia (oprócz sytuacji, gdy nasienie zawiera bakterie albo wirusy chorobotwórcze). Nasienie jest zwykle gęste i ma szaro-biały kolor. Przy dużej ilości wytrysków następujących po sobie jego skład ulega zmianie i może stać się bardziej wodniste. Dokładna ilość, konsystencja i kompozycja nasienia zależą od częstości wytrysków. Wytrysk zwykle zawiera od 150 do 500 milionów plemników, przeciętnie ok. 200 milionów.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2[4]

Żeńskie narządy płciowe – przegląd dla osoby prowadzącej

1. Wzgórek łonowy.
2. Warga sromowa większa jedna z pary.
3. Warga sromowa mniejsza jedna z pary.
4. Żołądź łechtaczki.
5. Ujście cewki moczowej.
6. Pęcherz moczowy.
7. Wejście do pochwy.
8. Pochwa.
9. Szyjka macicy.
10. Macica.
11. Jajowód jeden z pary.
12. Jajnik jeden z pary.

Wzgórek łonowy – składa się z tkanki tłuszczowej ułożonej nad spojeniem łonowym. Z zewnątrz pokryty jest owłosieniem łonowym, które pojawia się w okresie pokwitania.

Wargi sromowe większe – fałdy skórne zbudowane z tkanki tłuszczowej, które stanowią pokrywę dla sromu, z reguły są pokryte owłosieniem łonowym.

Wargi sromowe mniejsze– cienkie fałdy skórne mocno ukrwione i unerwione, dzięki czemu są bardzo wrażliwe na dotyk. Zbiegają się pod wzgórkiem łonowym, tworząc tzw. kapturek łechtaczki. Nazwa wargi sromowe mniejsze może być myląca, gdyż wargi sromowe różnych kobiet wyglądają różnie, mogą być mniejsze, większe, nierówne, pofałdowane i wystające, niewielkie i przykryte wargami sromowymi większymi. Każda z tych opcji jest prawidłowa.

Łechtaczka– żołądź łechtaczki, zlokalizowana jest poniżej wzgórka łonowego, w punkcie, gdzie spotykają się wargi sromowe mniejsze, formując kapturek łechtaczki. Żołądź łechtaczki zlokalizowana jest pod kapturkiem. Trzon łechtaczki to krótki cylindryczny narząd zbudowany głównie z tkanki

4 Oprac. Katarzyna Dułak na podstawie materiałów Haeberle, Basic Human Sexual Anatomy & Physiology, Magnus Hirschfeld Archive for Sexology. Uniwersytet Humboldta w Berlinie; aktualizacja dr Katarzyna Bojarska.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

erekcyjnej, z dwóch ciał jamistych, które szybko mogą zostać wypełnione krwią i przez to spowodować, że cały narząd nabrzmiewa i zwiększa swoją objętość dwukrotnie. Erekcja łechtaczki nie następuje do sztywności. Łechtaczka w stanie pełnej erekcji jest powiększona i rozpulchniona.

Poniżej trzonu łechtaczki ciała jamiste rozdzielają się na dwie odnogi, z których każda przebiega po jednej stronie szpary sromowej. Wszystkie struktury łechtaczki pęcznieją pod wpływem stymulacji seksualnej, odnosi się to również do ciała gąbczastego otaczającej otaczającego cewkę moczową.

Pod kapturkiem łechtaczki może gromadzić się mastka, martwy naskórek i różne zanieczyszczenia. Mogą się tam również rozwijać drobnoustroje, co może powodować podrażnienia i sprzyjać zakażeniom. Żołądź łechtaczki jest niezwykle wrażliwa na dotyk. Żołądź łechtaczki w stanie erekcji cofa się pod kapturek. Łechtaczka jest organem seksualnej przyjemności, nie spełnia żadnej innej znanej funkcji.

Wejście do pochwy – leży poniżej ujścia cewki moczowej, które u kobiet jest niezależne od organów płciowych i używane jest tylko do wydalania moczu. Ujście cewki moczowej jest bardzo malutkie i leży mniej więcej w połowie drogi między łechtaczką a wejściem pochwy. Dla kontrastu wejście pochwy jest raczej duże, jednakże może być częściowo zamknięte przez fałd skórny, zwany błoną dziewiczą.

Błona dziewicza:

- Nie ma żadnej biologicznej funkcji, jednak nadawano jej kulturowe znaczenie.
- Wierzono, że nienaruszona błona dowodzi dziewictwa kobiety, czyli braku jej doświadczenia seksualnego, jednakże jest to tylko przesąd. Błona może zostać zerwana bardzo łatwo nie tylko podczas stosunku koitalnego (dopochwowego) ale podczas uprawiania sportu, masturbacji, wkładania tamponu po raz pierwszy, a czasem może pozostać nienaruszona podczas wprowadzania palców lub penisa, czasem wcale jej nie ma.
- Różni się u każdej kobiety.
- Jej naderwanie może spowodować lekki dyskomfort i krwawienia, jednak nie ma powodów do obaw przed odczuwaniem wielkiego bólu. Ważne, aby pierwszej penetracji waginalnej towarzyszyło silne podniecenie seksualne kobiety, aby zbliżenie było chciane, bo prawdopodobnie to nie defloracja sama

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

w sobie, lecz lęk przed przerwaniem błony dziewiczej powoduje zwiększone napięcie mięśni otaczających wejście do pochwy i bolesność przy penetracji, która następnie przypisywana bywa rozdarciu błony dziewiczej. Jeżeli do tego pierwsza penetracja odbywa się z powodów pozaseksualnych, bez podniecenia, np. pod wpływem presji ze strony partnera, bolesność pierwszego razu spowodowana będzie brakiem gotowości genitalnej, a nie defloracją.
- Wokół wejścia do pochwy położone są gruczoły Batholina, które wydzielają substancję nawilżającą srom. Jednak lubrykacja potrzebna do seksualnej penetracji pochwy nie jest dostarczana przez te gruczoły, lecz przez ścianki pochwy.

Jajniki– żeńskie gruczoły płciowe, gonady wielkości orzecha włoskiego. Produkują hormony wydzielane bezpośrednio do krwi.

Proces dojrzewania komórek jajowych, a zatem okres reprodukcyjny rozpoczyna się w okresie dojrzewania płciowego. Każdego miesiąca jedna lub kilka dojrzałych komórek jajowych uwalniana jest przez któryś z jajników aż oba przerwą działalność w wyniku menopauzy.

Produkcja hormonów: jajniki, tak jak i jądra, produkują hormony; w przypadku jajników są to głównie estrogeny. Dojrzałe płciowo jajniki produkują również hormon zwany progesteronem. Produkcję jego odbywa ciałko żółte (*corpus luteum*), które formowane jest z pękniętego pęcherzyka Graafa po owulacji. Zarówno estrogeny, jak i progesteron pełnią ważna rolę w jej cyklu reprodukcyjnym.

Jajowody mają kształt tuby i stanowią pomost pomiędzy macicą a jajnikami. Umożliwiają przemieszczanie się komórki jajowej w kierunku macicy, a w wypadku zapłodnienia – przemieszczenie się zarodka do macicy, gdzie ma szansę ulec zagnieżdżeniu. Umożliwiają również podróż plemników, które przez macicę poruszają się w kierunku komórki jajowej i ewentualne spotkanie komórek rozrodczych w jajowodzie. Szeroki koniec jajowodu ma palcowate wypustki (*fimbria*). Drugi koniec uchodzi bezpośrednio do macicy. Wnętrze jajowodu wyściełane jest włosowatymi wypustkami (tzw. *ciliami*), których ruchy – wraz z ruchami mięśniowymi jajowodu– transportują komórki jajowe lub zarodek do macicy.

Macica jest umięśnionym organem, który jest umiejscowiony poniżej jajników, w centrum podbrzusza. Kształt macicy, która ma około 7 cm długości, przypomina gruszkę odwróconą do góry dnem. Jajowody łączą się z trzonem macicy w jego górnej części. Szersza, górna część macicy zwana trzonem macicy jest zazwyczaj przodozgięta nad pęcherzem moczowym; dolna, przewężona część macicy zwana jest szyjką macicy i kończy się w górnej części pochwy. Szyjka macicy posiada małe ujście do pochwy, którym plemniki mogą wniknąć z pochwy do macicy. Jednakże szyjka macicy jest

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

przez większość część cyklu miesięcznego – poza owulacją i menstruacją – zatkana przez nieprzepuszczalny śluz.

Warstwy ścianki macicy:
1. Zewnętrzne pokrycie (*perimetrium*).
2. Środkowe, umięśnione (*myometrium*).
3. Wewnętrzne (*endometrium*).

Endometrium składa się ze specjalnej tkanki, która pogrubia się każdego miesiąca, gdy macica przygotowuje się do możliwej implantacji zarodka. Gdy nie następuje implantacja endometrium, złuszcza się i jest usuwane poprzez szyjkę macicy i pochwę podczas menstruacji. W przypadku ciąży macica powiększa się z rosnącym łożyskiem. Silna tkanka mięśniowa macicy nie tylko pozwala na pokaźne rozciągnięcie, ale również jest na tyle silna, aby podczas porodu wypchnąć z macicy dziecko i łożysko. Mięśnie macicy również kurczą się podczas orgazmu.

Pochwa jest umięśnioną tubą o przeciętnej długości 7-10 cm w stanie spoczynku, a w stanie gotowości genitalnej wydłuża się prawie o połowę do ok. 15 cm wskutek odgięcia się szyjki macicy.
Pochwa pełni kilka funkcji:
- odprowadza krew menstruacyjną z macicy na zewnątrz
- umożliwia penetrację seksualną
- stanowi pasaż dla plemników; gdy dojdzie do wytrysku wewnątrz pochwy, umożliwia przedostanie się do nasienia do szyjki macicy
- jest to naturalna droga dziecka podczas narodzin, z macicy na zewnątrz.

Zdrowa pochwa zawiera specjalną florę bakteryjną, która zapewnia jej homeostazę i odpowiednią kwasowość, które chronią pochwę przed infekcjami. Równowaga środowiska pochwy może zostać zaburzona w przypadku ingerencji chemicznych. Z tego powodu powinno się unikać substancji, które zabijają naturalną florę bakteryjną. Pochwa oczyszcza się sama własnymi wydzielinami. Podczas seksualnego podniecenia ścianki pochwy wydzielają wodnistą substancję, która służy jako lubrykant, substancja poślizgowa podczas penetracji seksualnej. Bez lubrykacji penetracja pochwy może być bolesna.

Pochwa podczas stosunku seksualnego dostosowuje się do wielkości penisa, dużego czy małego; Niekiedy jednak mięśnie otaczające wejście do pochwy mogą ulec rozluźnieniu, np. po urodzeniu dziecka. Z drugiej strony lęk może wywołać na tyle silne obronne napięcie mięśni otaczających wejście do pochwy, że penetracja stanie się bardzo bolesna. Zjawisko takie nazywa się pochwicą. Obydwa problemy mogą być rozwiązane przez terapię.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Punkt G – podczas, gdy relatywnie mało kobiet „ejakuluje” (ma wytrysk pochwowy), więcej posiada specyficznie wrażliwy punkt, skupisko tkanki otaczającej ujście cewki moczowej, które może być stymulowane poprzez wewnętrzne ścianki pochwy. Ta tkanka podlega erekcji i przyczynia się do wyzwolenia orgazmu]. Anatomicznie ta wrażliwa struktura została określona jako punkt Grafenberga (po ginekologu niemiecko-amerykańskim, który opisał ją w 1950 r.).

CYKL MIESIĘCZNY

- Kobieta osiąga zdolność reprodukcyjną w okresie dojrzewania płciowego i traci ją zwykle w okolicach 50 roku życia.
- Nawet w wieku reprodukcyjnym, do zapłodnienia może dojść tylko w specyficznym czasie w miesiącu, gdy jeden z jej jajników uwalnia komórkę jajową.
- Miesięczne powtarzanie się tego wydarzenia, wraz ze zmianami w ciele kobiety, konstytuują żeński cykl reprodukcyjny.
- Głównym jego objawem jest menstruacja (miesięczne krwawienie) – z tego powodu cykl reprodukcyjny nazywa się również cyklem miesięcznym.
- Pierwsza menstruacja następuje zazwyczaj między 11 a 13 rokiem życia dziewczynki.
- Podczas adolescencji cykle miesięczne bywają nieregularne.
- U dojrzałej kobiety powtarzają się zwykle co 28 do 35 dni, jednakże nadal możliwa jest jakaś nieregularność.
- Nieregularność zwiększa się wraz z wiekiem kobiety aż do ostatniej miesiączki (następuje menopauza), po której organizm traci funkcję reprodukcyjną.

Funkcją cyklu menstruacyjnego jest przygotowanie błony śluzowej macicy na możliwą implantację zapłodnionego jajeczka (komórki jajowej). Jeśli implantacja nie nastąpi, endometrium ulega dezintegracji i wydaleniu przez pochwę. To oczyszczanie się macicy zwane jest krwawieniem miesięcznym lub zwyczajnie menstruacją. Gdy krwawienie ustanie, następuje kolejne przygotowanie endometrium – a co za tym idzie – cały cykl startuje od nowa. Teoretycznie określenie cyklu menstruacyjnego mogłoby się zacząć od każdej z jego faz. Na potrzeby medycznych, ze względu na widoczność, za początek cyklu miesięcznego przyjmuje się pierwszy dzień krwawienia.

Opis cyklu:

1. **Przygotowanie do owulacji.**

   Gdy krwawienie miesięczne ustąpi, błona śluzowa jest bardzo cienka. Jednakże pogrubia się poprzez wpływ estrogenu. Zwiększający się poziom estrogenu powoduje również rozrost

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

pęcherzyka Graafa otaczającego niedojrzałą komórkę jajową. Zwykle tylko jeden z pęcherzyków dokończy wzrost, pozostałe procesy ulegną wstrzymaniu, gdy pęcherzyk pęknie i uwolni komórkę jajową. To uwolnienie zwane jest owulacją.

Owulacja następuje równo 14 dni przed pierwszym dniem kolejnej miesiączki. Jeśli nie nastąpi implantacja zarodka, endometrium złuszczy się i zostanie wydalone 2 tygodnie później. Licząc w tył, w cyklu menstruacyjnym o długości 28 dni – owulacja następuje 14 dnia, zaś w cyklu 35-dniowym 21 dnia. Innymi słowy, podczas gdy okres między owulacją a następna menstruacją jest stały, ten między menstruacją a kolejną owulacją może się różnić. Pary heteroseksualne, które starają się ustalić dzień owulacji na podstawie samej tylko długości cykli miesięcznych, powinny mieć to na uwadze.

2. **Przygotowanie do implantacji.**

Krótko po owulacji pęknięty pęcherzyk, który otaczał wcześniej komórkę jajową zaczyna produkować hormon zwany progesteronem, który pełni ważną rolę w zakończeniu przygotowania błony śluzowej macicy.. Produkcja tego hormonu wzrasta bardzo mocno po owulacji, gdy pęknięty pęcherzyk zamienia się w ciałko żółte (*corpus luteum*). Ciałko żółte kontynuuje również produkcję estrogenu. Pod wpływem tej hormonalnej stymulacji błona śluzowa osiąga w końcu odpowiednie zagęszczenie i jest gotowa do implantacji. Po uwolnieniu z jajnika, komórka jajowa zwykle dostaje się do najbliższy jajowód i zaczyna podróż do macicy. W ciągu kilku godzin, przechodzi swoją dojrzałość do końca i jest gotowe do zapłodnienia. Po zapłodnieniu, zarodek kontynuuje swoją podróż przez jajowód do macicy, gdzie trafia ok. 3 dni później. Następnie po kolejnych 3-4 dniach, zaczyna się zagnieżdżać w odżywczą błonę śluzową macicy, tym samym zapoczątkowując ciąże. Ciąża pomaga utrzymać ciałko żółte i jego produkcję estrogenu i progesteronu. W rezultacie nie następuje nowa owulacja i nie dochodzi do dezintegracji endometrium. Innymi słowy, w przypadku ciąży cykl menstruacyjny zostaje zawieszony i nie wchodzi w trzecią fazę.

3. **Menstruacja.**

Zapłodnienie jest możliwe tylko do 24 godzin po owulacji. Jeśli komórka jajowa nie połączy się z plemnikiem, zwyczajnie obumiera i się rozpada. Oczywiście nie następuje wtedy implantacja. W rezultacie gruba błona śluzowa nie jest już potrzebna i zaczyna się dezintegrować. Materiał zawierający śluz, tkankę błony śluzowej i krew jest wydalany przez pochwę. To wydalenie jest zwane krwawieniem miesięcznym lub menstruacją (z łac. *menses* – miesiąc). Zwykle trwa od 3 do 5 dni. Popularnie ten czas jest zwany okresem.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Cykl menstruacyjny – kwestie praktyczne

1. **Dyskomfort podczas i przed menstruacją (PMS**).

Kobieta w trakcie okresu może odczuwać fizyczny dyskomfort, taki jak bóle pleców, głowy lub skurcze w okolicach miednicy. Niektóre kobiety nabywają te symptomy kilka dni wcześniej. Mowa o tzw. zespole napięcia przedmiesiączkowego (PMS). Takie bóle w wielu przypadkach mogą załagodzić lekarstwa. Rzadko istnieje potrzeba przerwania codziennych czynności. Dla przykładu w czasie miesiączki można uczestniczyć w sportach bez uszczerbku na zdrowiu.

2. **Tampony, podpaski, kubeczek menstruacyjny.**

Większość dzisiejszych nowoczesnych kobiet podczas okresu nosi tampony. Zrobione są z bawełny lub innego chłonącego materiału, wkłada się je do pochwy, gdzie przyjmują wydzielinę menstruacyjną. Jeśli są wymieniane dosyć często, nie ma żadnych medycznych przeciwwskazań do ich użycia. Tampony, wchłaniając krew, wchłaniają też śluz czy nawilżenie ścianek pochwy, co może powodować dyskomfort i uczucie suchości. Alternatywą są podpaski lub coraz popularniejsze kubeczki menstruacyjne, które nie wysuszają pochwy.

3. **Stosunek seksualny.**

Z medycznego punktu widzenia nie ma żadnych przeciwwskazań do współżycia w trakcie miesiączki. Niektóre kobiety są wręcz bardziej wrażliwe przed lub podczas okresu. Jednak nadal niektóre pary mają obiekcję natury estetycznej w związku z krwawieniem. W tych przypadkach można rozważyć użycie wkładki domacicznej. Nie tylko zatrzyma krwawienie, ale również stanowi metodę antykoncepcji. Plemniki mogą pozostawać żywe w ciele kobiety przez kilka dni (do 72 godzin), a cykl menstruacyjny może być nieregularny. Wcześniejsza owulacja nigdy nie powinna być wykluczona z całą pewnością, co oznacza, że heteroseksualne kontakty seksualne z penetracją podczas miesiączki, bez zastosowania antykoncepcji, nie wyklucza zajścia w ciążę.

Cykl menstruacyjny – menopauza

Przeważnie między 45 a 50 rokiem życia kobieta może zaobserwować, że jej cykl menstruacyjny zaczyna być coraz bardziej nieregularny, w końcu zaniknie całkowicie. Ostatnia miesiączka zwany jest menopauzą. Szerszy termin – klimakterium, odnosi się do ogólnych zmian fizycznych i psychologicznych, które zachodzą w okresie ustawania funkcji reprodukcyjnej w ciele kobiety. Pomimo

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

że menstruacje stają się coraz rzadsze, owulacje (a co za tym idzie – poczęcie) są nadal możliwe. Kobietom, które nie chcą zajść w ciążę podczas klimakterium, radzi się używanie antykoncepcji. Po upływie roku od ostatniej miesiączki można uznać, że menopauza już nastąpiła i skończył się wiek reprodukcyjny. Wiele kobiet odnawia i zwiększa swoje zainteresowanie związane ze współżyciem, gdy nie muszą się już obawiać o nieplanowaną ciążę.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
IV. Antykoncepcja i metody panowania rodziny

Materiały i przygotowanie

- Kontakt z pierwszych zajęć.
- Tablica i kreda do pisania lub papier flipchartowy i markery.
- Materiał pomocniczy nr 1 (przygotuj materiały do pracy dla poszczególnych grup, zapoznaj się z materiałem przed zajęciami).
- Prezentacja nr 4 dla osoby prowadzącej zajęcia.

- Modele i/lub rysunki anatomiczne narządów płciowych mogą okazać się pomocne przy tłumaczeniu, gdzie umieszcza się niektóre z środków antykoncepcyjnych, np. wkładkę wewnątrzmaciczną.

- Na arkuszu papieru napisz pytania, które przydadzą się podczas zajęć:
    - Jak działają te metody?
    - Jak się stosuje te metody?
    - Jakie są zalety tej metody?
    - Jakie są wady tej metody?
    - Czy chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową?
    - Czy partner/ka może uczestniczyć w stosowaniu tej metody?

- Przynieś dostępne Ci metody antykoncepcyjne, aby pokazać młodzieży,

- Przygotuj się, sprawdzając aktualne koszty poszczególnych metod antykoncepcji i planowania rodziny. Przydadzą się przy omawianiu aspektów ekonomicznych w końcowej części zajęć.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

- UWAGA – scenariusz zajęć wraz z materiałami na prezentacji stanowi materiały pomocnicze. Obejmuje dużo wiedzy, której nie zdołasz w całości przekazać młodzieży. Jeśli masz możliwość, możesz przeznaczyć na niniejsze zajęcia 2 lekcje (1,5 godziny); w innym przypadku zapoznaj się ze scenariuszem i materiałami pomocniczymi, aby wybrać treści, które zaprezentujesz młodzieży.

Scenariusz zajęć[1]

1. Pamiętaj o tym, aby przed zajęciami wywiesić kontrakt z poprzednich zajęć.

2. Przywitanie i przedstawienie tematu dzisiejszych zajęć.

3. Zapytaj z czym grupie kojarzy się antykoncepcja? Co to jest? Podaj definicję.

Antykoncepcja to świadome działanie mające na celu zapobieganie nieplanowanej ciąży,

4. Zapytaj, jakie znają metody antykoncepcyjne. Zaproś do ćwiczenia, w którym podzielisz klasę na 4 grupy – poproś, żeby osoby uczestniczące ustawiły się w linii zgodnie z datą urodzenia (dzień i miesiąc). Następnie poproś, żeby odliczyły od 1 do 4 i dobrały się w grupy zgodnie z numerem. Jedynki z jedynkami, dwójki z dwójkami itd.

Powiedz, że będziecie mówić o antykoncepcji. Indywidualne poglądy, wartości i wybory odnośnie podejmowania kontaktów seksualnych różnią się u różnych osób i jest to w porządku. Na tych zajęciach nie będziecie oceniać (zgodnie z kontraktem), co jest dobre a co złe. Będziecie poszerzać wiedzę o dostępne metody antykoncepcyjne. A ocena i ewentualny wybór metody lub decyzja o jej niestosowaniu jest indywidualnym wyborem i prawem każdej z osób. Warto mieć świadomość, że z podejmowanie kontaktów seksualnych wiąże się możliwością nabycia infekcji przenoszonych drogą płciową, a u par heteroseksualnych dochodzi możliwość zajścia w ciążę. Ważne, żeby każdy podejmował decyzję w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i w oparciu o osobiste wartości i potrzeby.

6. Przeprowadź losowanie. Każda z grup losuje grupę **metod stosowanych do zapobiegania ciąży** wraz z opisem (Materiał pomocniczy nr 1, pocięty na paski do losowania). Zadaniem grupy będzie zapoznać się z opisem metody i **odpowiedzieć na pytania wywieszone na tablicy** (przygotowane wcześniej przez osobę prowadzącą). Jeśli coś jest niejasne, podejdź i wyjaśnij. Wyznacz około 5-10 minut na to zadanie. Pamiętaj, aby przygotować odpowiednią ilość kopii Materiału pomocniczego nr 1, aby ułatwić pracę grupom.

1 Opracowanie na podstawie materiałów opracowanych w ramach działalności Grupy Edukacyjnej BezTabu (2007-2016).

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

7. Po upływie wyznaczonego czasu poproś grupy o zaprezentowanie wyników swojej pracy. W razie potrzeby uzupełnij przedstawiane informacje. Do pomocy masz Prezentację nr 4. Nie prezentuj wszystkich treści. Możesz do nich sięgnąć, jeśli młodzież będzie zainteresowana i będzie pytać o szczegóły.

Poproś kolejne grupy o prezentowanie swoich odpowiedzi na pytania:

- Jak działają te metody?
- Jak się stosuje te metody?
- Jakie są zalety tej metody?
- Jakie są wady tej metody?
- Czy chroni przed zakażeniem infekcjami przenoszonymi drogą płciową? Pamiętaj, że jedynym środkiem antykoncepcyjnym, jednocześnie chroniącym przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową jest prezerwatywa.
- Czy partner/partnerka może uczestniczyć w stosowaniu tej metody?

8. Po zaprezentowaniu wszystkich grup zapytaj podsumowująco o kwestie wypisane niżej. Odpowiedzi znajdują się na Prezentacji nr 4:

? Które z prezentowanych metod chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową?

? Co jeśli w trakcie stosunku pęknie prezerwatywa?

? Czy współżycie podczas miesiączki jest metodą antykoncepcyjną?

? Czy słyszeli o „stosunku przerywanym”? Zapytaj, czy wiedzą co to jest, wyjaśnij, jeśli będzie taka potrzeba.

? Dlaczego niektóre osoby nie korzystają z metod antykoncepcyjnych podczas kontaktów seksualnych?

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

- Co można zrobić, jeśli partner lub partnerka nie zgadza się na stosowanie antykoncepcji? Pamiętaj, że możesz odmówić kontaktu seksualnego, masz prawo do bezpieczniejszych i komfortowych kontaktów seksualnych. Poszanowanie tego jest podstawową zasadą w relacjach intymnych.

9. Zapytaj o aspekty ekonomiczne poszczególnych metod antykoncepcji i planowania rodziny. Zapytaj młodzieży: ile kosztuje stosowanie poszczególnych środków? Zbierz odpowiedzi z grupy, następnie zweryfikuj korzystając z przygotowanej wiedzy. Spróbujcie oszacować, które środki są najbardziej i które najmniej kosztowne przy regularnym stosowaniu?

10. Bezpłodność i niepłodność – zapytaj, co zdaniem uczniów i uczennic ma wpływ na płodność? Zbierz pomysły i przedstaw wiedzę z prezentacji.

11. Po zaprezentowaniu czynników wpływających na płodność przejdź do aspektów społecznych i ekonomicznych związanych z rodzicielstwem. Zapytaj:

- Czy wszyscy ludzie chcą mieć dzieci?
- Z jakich powodów ludzie mogą chcieć dzieci?
- Z jakich powodów mogą nie chcieć dzieci?
- Ile kosztuje dziecko (pielęgnacja, wyprawka itp.)? Dopytaj: „Co gdy dziecko choruje?".
- Jak można obniżyć koszty opieki nad dzieckiem?
- Czego potrzebuje dziecko? Pamiętaj, że podstawowym warunkiem zdrowego rozwoju psychicznego dziecka jest bliska, bezpieczna więź z życzliwym, obecnym, adekwatnie odpowiadającym na potrzeby dziecka dorosłym. Niemowlę jest całkowicie zależne od innych, wymaga opieki, obsługi (karmienie, wydalanie, pielęgnacja itd.) i przede wszystkim miłości. Liczne eksperymenty i obserwacje psychologów udowodniły, że jedną z kluczowych potrzeb małego dziecka jest dotyk. Niemowlę potrzebuje obecności, przyjęcia i czułego dotyku życzliwych „osób matkujących[2]".

2 Pojęcie stworzone przez Donalda Winnicotta, brytyjskiego psychoanalityka i pediatrę. W swoich teoriach powoływał się na to, że dla dziecka ważna jest obecność życzliwej dorosłej osoby (najczęściej to matki biologiczne pełnią tę funkcję po urodzeniu niemowlaka), która jest obecna i adekwatnie odpowiada na potrzeby dziecka niezależnie od płci osoby opiekującej się. Tą rolę opisał jako „osoba matkująca".

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Zapisz odpowiedzi młodzieży, w razie potrzeby zweryfikuj lub uzupełnij, pamiętając o aspektach ekonomicznych. Przedyskutujcie powody, dla których ludzie mogą chcieć decydować się na podsiadanie dzieci. Podkreśl, że każdy ma prawo decydować o tym, czy i kiedy chce mieć dzieci. To indywidualna decyzja każdej osoby. Nikt nie ma prawa do tego zmuszać czy narzucać. Żaden z wyborów nie jest ani lepszy, ani gorszy. Są różne i każdy ma prawo zadecydować za siebie. Możesz nawiązać do *Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka*.

12. Dla niektórych płodność będzie powodem do radości, dla innych będzie to kłopot. Jakie znacie alternatywne sposoby zajścia w ciążę? Kiedy jest to utrudnione lub niemożliwe w sposób tradycyjny? Podpowiedz i wyjaśnij, jeśli młodzież nie wie, np. *in vitro*, inseminacja.

Zapytaj młodzież, co można poradzić osobie, która nie wie jeszcze czy chce mieć dzieci? A co z osobą, która chciałaby zadbać o swoją płodność?

Co można zrobić już dziś, żeby zadbać o swoją płodność?

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 1

Metody zapobiegania ciąży[3]

Materiały należy pociąć na 4 części, oddzielne materiały

Metody naturalnego planowania rodziny

Wymagają powstrzymywania się od stosunków pochwowych lub stosowania innej metody zabezpieczającej przed ciążą przez około 9-12 dni w miesiącu. Wyznacza się je na podstawie obserwacji okresu płodnego w cyklu miesięcznym kobiety. Istnieją następujące metody planowania rodziny:

1) Kalendarzyk małżeński – na podstawie obserwacji długości cyklu miesięcznego wyznacza się dni płodne.

Należy pamiętać, że:
- Jajeczkowanie następuje na 14 (+/-2) dni przed spodziewaną miesiączką.
- Plemniki w sprzyjającym środowisku, jakim jest pochwa, są zdolne do przeżycia około 48-72 godzin.
- Komórka jajowa żyje około 24-48 godzin po owulacji.

2) Metoda termiczna – polega na sprawdzaniu temperatury, zaraz po obudzeniu się rano, najlepiej przed wstaniem z łóżka, przed posiłkiem. Temperaturę mierzy się przez 5 minut w jamie ustnej, pochwie lub odbytnicy. Przed owulacją temperatura ciała nieznacznie spada, zaś w okresie owulacji podwyższa się i pozostaje na podwyższonym poziomie aż do krwawienia.

3) Metoda objawowa – polega na obserwacji śluzu. W okresie płodnym jest on śliski, przezroczysty, szklisty i ciągnący się. W okresie niepłodnym ma kolor białawo-żółty, jest mętny. Niestety można mieć problemy z interpretacją objawów. Uwaga – infekcje i grzybice narządów płciowych zwiększają ryzyko błędu.

4) Metoda objawowo-termiczna – jest to połączenie wszystkich wyżej wymienionych metod (kalendarzyk, śluz, temperatura). Dodatkowo warto zwrócić uwagę na objawy sugerujące możliwość jajeczkowania, jak np. ból jajników – silny, krótkotrwały ból w dole brzucha, poprzedzający na ok. 1-2 godziny uwolnienie komórki jajowej z jajnika.

3 Opracowanie K. Dułak na podstawie materiałów wypracowanych w ramach działalności Grupy Edukacyjnej BezTabu (2007-2017) za zgodą autorek K. Dułak i M. Kosińskiej do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka wiedzieć powinni*.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

Skuteczność metod naturalnych – nie jest wysoka, najwyższą z nich ma metoda objawowo-termiczna (75%).

Zalety metod naturalnych:

- Są całkowicie obojętne dla zdrowia.
- Są akceptowane przez Kościół katolicki.

Wady metod naturalnych:

- Niska skuteczność.
- Metody te są bardzo podatne na zniekształcenia, ponieważ cykl miesięczny może ulegać zmianom pod wpływem chorób, wysiłku fizycznego, zmian w diecie, stresu, podróży, picia alkoholu i innych czynników.

- Nie poleca się kobietom, które mają nieregularne cykle, zwłaszcza nastolatkom i kobietom w okresie okołomenopauzalnym.

Nowoczesne technologie – współcześnie wspomagają stosowanie naturalnych metod i zwiększają ich skuteczność, np. Pearly to małe urządzenie połączone z termometrem. Zwiększa skuteczność zapobiegania ciąży u tych osób, które nie chcą lub nie mogą stosować innych metod i środków antykoncepcyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Metody mechaniczne

Polegają na mechanicznym blokowaniu (stworzeniu fizycznej bariery) możliwości wniknięcia nasienia do macicy i dalej do jajowodów, co ma uniemożliwić zapłodnienie.

1. Prezerwatywa męska

- „Woreczek" wykonany z lateksu, dostępny w różnych rodzajach.
- Skuteczność – 85- 98% (przy właściwym zastosowaniu).
- Najpopularniejsza metoda antykoncepcyjna na całym świecie – stosuje ją aż 41% osób aktywnych seksualnie.
- Do celów antykoncepcyjnych nie nadają się prezerwatywy smakowe lub z dodatkowymi elementami– taki rodzaj prezerwatyw może powodować podrażnienia śluzówki pochwy. Najlepsza jest zwykła prezerwatywa. Prezerwatywy smakowe były wymyślone do zabezpieczenia kontaktów oralnych. Jeśli jesteś uczulony na lateks, kup prezerwatywę poliuretanową.

Zalety:

- Jedyny środek, który w dużej mierze chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową (np. przed transmisją wirusa HIV).

Wady:

- Może pęknąć– najczęściej podczas niewłaściwego użycia lub poprzez przechowywanie w nieodpowiednich warunkach.
- Może się ześlizgnąć, szczególnie w trakcie wyjmowania penisa z pochwy.
- Czasami może powodować uczulenia (lateks) – dotyczy to niewielkiej grupy osób (ok. 2-3%), ale dostępne są też prezerwatywy bez lateksu– poliuretanowe.

2. Prezerwatywa żeńska

- Skuteczność – 79%.
- Lekki i cienki lateksowy lub poliuretanowy woreczek; przypomina trochę męską prezerwatywę, jednak jest szersza.
- Zabezpiecza przed niektórymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

3. Diafragma i kapturek naszyjkowy

- Niska skuteczność, do 68%.
- Gumowy krążek, wykończony giętkim pierścieniem; ma stworzyć barierę dla plemników, przykrywając szyjkę macicy.
- Dobiera go lekarz.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

- Najlepiej stosować go ze środkami plemnikobójczymi (pianki, żele itp.).
- W niewielkim stopniu chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.
- Umieszcza się go w pochwie najwcześniej na 6 godzin przed stosunkiem, a usuwa po 6-8 godzinach po stosunku (najpóźniej po 24 godzinach).

4. **Wkładka wewnątrzmaciczna,** tzw. spirala

- Niewielkie plastikowo-miedziane urządzenie, na ogół w kształcie litery T.
- Skuteczność– **99,2%.**
- Obecnie dostępne są wkładki dla kobiet, które nie rodziły. Wkładkę zakłada lekarza w trakcie miesiączki – po założeniu obowiązuje stała okresowa kontrola.

Zalety wkładki:

- Wysoka skuteczność.
- Nie odczuwa się jej.
- Nie wpływa na cykl hormonalny.
- Płodność powróci bezpośrednio po usunięciu wkładki.
- Musi być zmieniana jedynie co 2-5 lat.
- Może być umieszczona wkrótce po urodzeniu dziecka i stosowana w trakcie karmienia piersią.
- Można kupić bez recepty (ale zakłada lekarka/lekarz).

Wady wkładki:

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.
- Zwiększa ryzyko STI w pierwszych 3 tygodniach stosowania.
- Wkładka tradycyjna może spowodować nasilenie bólów w podbrzuszu i dłuższe krwawienia miesiączkowe.

Na czym polega działanie wkładki wewnątrzmacicznej tradycyjnej?

- Powoduje wzrost gęstości śluzu szyjkowego wywołany drażniącym działaniem samej wkładki, a także wpływem jonów miedzi i hormonów na gruczoły szyjki macicy produkujące śluz.
- Jako reakcja na ciało obce pojawiają się w śluzie krwinki białe (leukocyty), których zadaniem jest niszczenie bakterii i wirusów, a w tym przypadku plemników.
- Zmniejsza ruchliwość plemników w wyniku działania plemnikobójczego jonów miedzi oraz uniemożliwia plemnikom wejście do jajowodów hamując ruchy rzęsek w jajowodach.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Metody hormonalne

Polegają na stosowaniu środków hormonalnych, które blokują wydzielanie hormonów odpowiedzialnych za dojrzewanie komórek jajowych i owulację, a także powodują zmiany w śluzie szyjkowym i błonie śluzowej macicy i jajowodów. Polegają na „oszukaniu" organizmu kobiety, żeby „myślał", że jest w ciąży. Dzięki temu dochodzi do zahamowania owulacji i zagęszczenia śluzu w macicy oraz zmiany jego składu tak, aby stanowił środowisko mało przyjazne dla plemników.

Wśród hormonalnych metod wyróżniamy:

1. **Tabletki antykoncepcyjne**– skuteczność 98%.

Najważniejsze zasady dotyczące stosowania:

- Brać jedna tabletkę każdego dnia, o tej samej porze przez **21 dni**, następnie **7 dni przerwy** (w tym czasie powinno pojawić się krwawienie).
- Zaczynać każde opakowanie na czas.
- Jeżeli zapomni się przyjąć tabletkę, należy ją jak najszybciej przyjąć, aby zachować działanie antykoncepcyjne. Następną pigułkę należy przyjąć o zwykłej porze. Szczegółowe informacje dotyczące pominięcia pigułki znajdują się na ulotkach dołączonych do tabletek.
- Jeśli do 3 godzin po spożyciu pigułki wystąpią wymioty lub biegunka, możliwe, że tabletka nie zdążyła się wchłonąć. Dlatego, jak tylko ustąpią nudności, należy zażyć kolejną pigułkę. Jeżeli jednak biegunka i wymioty trwałyby dłuższy czas, w celu ustalenia dalszego postępowania warto zwrócić się do lekarza.

2. **Plastry hormonalne**– skuteczność 99%.

Zawierają podobne jak w tabletkach hormony. Hormony trafiają bezpośrednio do krwioobiegu, dzięki temu podawane **dawki hormonów** mogą być znacznie **mniejsze** niż w tradycyjnych pigułkach. Ponadto **niedyspozycje pokarmowe** (nudności, wymioty, biegunki) **nie wpływają na wchłanianie** hormonów i nie wywołują obniżenia skuteczności antykoncepcji.

Plaster przykleja się na <u>pośladku, podbrzuszu, zewnętrznych powierzchniach ramion i na barkach</u>.
W celu zachowania działania antykoncepcyjnego konieczna jest cotygodniowa zmiana plastra. Konieczne jest utrzymanie plastrów przez okres **3 tygodni** (w jednym 28-dniowym cyklu), potem następuje **1 tydzień przerwy**, w którym kobieta nie ma przyklejonego plastra. Metoda ta nie jest wskazana dla kobiet ważących więcej niż 90 kg.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

W trakcie pierwszych tygodni przyjmowania tabletek/plastrów hormonalnych może pojawić się krwawienie lub krwawienia (plamienie lub plamienia), jednak są one całkowicie niegroźne. Jeśli dalej się utrzymują, należy skonsultować się z lekarzem ginekologiem.

3. **Wkładka hormonalna**– skuteczność 99,8%.

- Dostępna jest tylko na receptę.
- Podobna do tradycyjnej wkładki wewnątrzmacicznej.
- Zawiera jeden hormon.
- Uwalnia miejscowo niską dawkę hormonu, który działa podobnie jak tabletki antykoncepcyjne.
- Może łagodzić ciężkie, bolesne miesiączki

4. Krążki antykoncepcyjne– skuteczność 95%.

- Przepisywane przez lekarza/lekarkę i dostępne tylko na receptę.
- Elastyczny, mały, przezroczysty pierścień aplikuje się do pochwy. Kobieta samodzielnie umieszcza pierścień w pochwie.
- Po założeniu pierścienia pozostaje on w pochwie przez 3 tygodnie – w tym czasie uwalnia hormony.
- Umiejscowienie pierścienia w pochwie nie ma zasadniczego znaczenia dla jego działania antykoncepcyjnego.
- Należy regularnie sprawdzać obecność pierścienia w pochwie.
- Pierścień należy usunąć po 3 tygodniach stosowania, w tym samym dniu tygodnia, w którym był założony.
- Po przerwie w stosowaniu pierścienia trwającej jeden tydzień, zakłada się nowy pierścień.

5.**Implanty antykoncepcyjne** – **skuteczności 98%.**

Zawierają, podobnie jak wkładka, jeden hormon. Umieszczane są pod skórą ramienia po jego wewnętrznej stornie. Czas działania to 3 lata. Regulacja cyklu – dobra, ale niektóre pacjentki mają stałe plamienia, czują się napuchnięte i mają wahania nastroju.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Metody chemiczne

Polegają na wprowadzeniu do pochwy środków plemnikobójczych (spermicydów), które sprawiają, że plemniki tracą aktywność, osłabiają je. Występują w postaci globulek, kremów i pianek. Metody te polecane są jako środek wspomagający, np. łącznie z prezerwatywą.

Pianki i kremy wprowadza się do pochwy bezpośrednio przed stosunkiem, a globulki na 15-30 minut wcześniej (czas może się różnić).

Skuteczność metody – 71% przy typowym użyciu, do 82% przy idealnym użyciu. Skuteczność dość niska, dlatego zaleca się dodatkowo używać prezerwatywy (lub innych metod mechanicznych: prezerwatywy żeńskiej czy kapturka dopochwowego). Ponieważ skuteczność prezerwatyw jest wysoka, nie ma konieczności stosowania globulek w tym samym czasie.

Zalety:

- Dostępne bez recepty.
- Są tanie i proste w zastosowaniu.
- Nie stanowią ryzyka dla zdrowia.
- Częściowo chronią przed niektórymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Wady:

- Nadają się raczej jako metoda wspomagająca.
- Dopiero po 8 godzinach od stosunku można wziąć kąpiel.
- Mogą powodować uczulenia i podrażnienie śluzówki.
- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
V. Ryzykowne zachowania seksualne i STI

Materiały i przygotowanie

- Kontrakt z pierwszych zajęć.
- Materiał pomocniczy nr 1 (do wydrukowania na osobnych kartkach).
- Materiał pomocniczy nr 2 (stwierdzenia do czytania).
- Materiał pomocniczy nr 3 (dla osoby prowadzącej, do zapoznania się przed zajęciami).
- Materiał pomocniczy nr 4 (dla osoby prowadzącej, do zapoznania się przed zajęciami).
- Różne rodzaje prezerwatyw (przynajmniej po 2 dla każdej osoby uczestniczącej w zajęciach).
- Drewniane fantomy członków najlepiej różnej wielkości, do prezentacji prawidłowego użycia prezerwatywy. Jeśli nie masz większej ilości, wystarczy jeden.
- Prezentacja nr 5 dla osoby prowadzącej zajęcia.
- Przed zajęciami skontaktuj się z Krajowym Centrum ds. AIDS z prośbą o przesłanie ulotek edukacyjnych dotyczących HIV/AIDS i STI. Otrzymane broszury rozdaj młodzieży pod koniec zajęć.
- Zapoznaj się z broszurą Krajowego Centrum ds. AIDS dostępną na www.aids.gov.pl/publikacje/203/ pt. *To warto wiedzieć o HIV i AIDS – broszura informacyjna.*
- Taśma malarska (do przyklejenia na ścianiekartek – Materiał pomocniczy nr 1).

Scenariusz zajęć

1. Pamiętaj o tym, aby przed zajęciami wywiesić kontrakt z poprzednich zajęć.

2. Przywitanie i przedstawienie tematu dzisiejszych zajęć.

3. Zapytaj, co to są ryzykowne zachowania seksualne[1]. Podaj uproszczoną definicję, nawiązując do odpowiedzi młodzieży:

1 Przyp. K. Nowosielski: *Ryzykowne zachowania seksualne*(ang. RiskySexualBehaviors – RSB). **Z**achowania seksualne związane z negatywnymi konsekwencjami w zakresie zdrowia, rodziny czy relacji z partnerem, psychologicznymi, ekonomicznymi czy prawnymi. To złożone zjawisko o nie do końca poznanych czynnikach ryzyka (interpersonalne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe), trudne do jednoznacznego zdefiniowania i obiektywnej oceny. Ryzykowne zachowania seksualne to zachowania związane z seksualnością, które zwiększają podatność danej osoby na problemy związane z seksualnością i zdrowiem reprodukcyjnym, takie jak: infekcje przenoszone drogą płciową, niechciane i nieplanowane ciąże, aborcja, zaburzenia emocjonalne, adaptacyjne, psychiczne, zaburzenia w tworzeniu i rozwijaniu interakcji z partnerem. Źródło:K. Nowosielski, A. Sipiński, I. Kuczerawy, D. Kozłowska-Rup and V. Skrzypulec-Plinta. Tattoos, piercing, and sexual behaviors in young adults. J Sex Med 2012;9:2307-2314.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Ryzykowne zachowania seksualne – zachowania seksualne, w których istnieje ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę i/lub ryzyko zakażenia infekcją przenoszoną drogą płciową.

4. Zapytaj, jaka jest alternatywa dla ryzykownych zachowań seksualnych – czy wszystkie zachowania seksualne są ryzykowne? Czy są sposoby na to, żeby zwiększyć bezpieczeństwo podczas kontaktów seksualnych?

Bezpieczniejsze zachowania seksualne– kontakty seksualne, gdzie osoby zaangażowane w kontakt wyrażają świadomą[2] zgodę na poszczególne zachowania seksualne i dbają przy tym o zdrowie seksualne, zabezpieczają się przed STI (od ang. ***S****exually* ***T****ransmitted* ***I****nfection,* infekcje przenoszone drogą płciową).

Ryzykowne zachowania seksualne – pytania i odpowiedzi.

Podziel klasę na mniejsze grupy (4-5-osobowe). Na jednym krańcu sali powieś dużą kartkę z napisem TAK, po przeciwnej stronie sali kartkę z napisem NIE, a pomiędzy nimi kartkę z napisem TRUDNO POWIEDZIEĆ(wydrukowany Materiał pomocniczy nr 1). Powiedz, że za chwilę przeczytasz stwierdzenia (Materiał pomocniczy nr 2), a zadaniem każdej z grup będzie zadecydować czy przeczytane stwierdzenie jest prawdziwe, czy fałszywe. Stwierdzenia znajdują się na skaldach. Czytaj i wyświetlaj na slajdach, kolejno stwierdzenia znajdujące się w Materiale pomocniczym nr 2. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia daj około pół minuty na dyskusję w grupie i poproś, aby każda z grup podjęła decyzję, zajmując odpowiednie miejsce na sali (TAK, NIE, TRUDNO POWIEDZIEĆ). Poproś osoby chętne, aby uzasadniły swoją odpowiedź. Po usłyszeniu odpowiedzi zweryfikuj, podając swoją odpowiedź (Materiał pomocniczy nr 3).

5. Nauka prawidłowego korzystania z prezerwatywy.

Od początku podkreśl, że decyzja o korzystaniu z prezerwatywy to indywidualny wybór każdej osoby. Na tych zajęciach uczymy się, jak prawidłowo korzystać z prezerwatywy. Nawiąż do wiedzy z poprzedni zajęć – nawet jeśli stosuje się inne środki antykoncepcji, tylko prezerwatywa oraz inne zabezpieczenia (rękawiczki, chusteczki lateksowe) chroni osoby podejmujących kontakty seksualne przed większością infekcji przenoszonych drogą płciową. Bardzo ważne jest, żeby wiedzieć, jak prawidłowo korzystać z prezerwatywy, ponieważ większość przypadków pękania prezerwatywy wynika ze złego korzystania z niej. Powiedz, że po tych zajęciach młodzież będzie wiedziała, jak prawidłowo

2 Nie są pod wpływem używek zmieniających stan świadomości. Dodatkowo korzystanie z obniżonego stanu świadomości osoby znajdującej się pod wpływem środków psychoaktywnych to nadużycie seksualne.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

stosować prezerwatywę, dowie się też o innych zabezpieczeniach (chusteczki i rękawiczki) a decyzję o tym, czy będzie się z tego korzystać każdy i każda z nich podejmie samodzielnie.

- Pokaż fantom penisa (dildo). Powiedz, że penisy – tak jak inne części ciała – u różnych osób wyglądają różnie. Mogą być mniejsze, większe, grubsze, chudsze, mogą być wygięte w którąś stronę, stać pod różnym kątem w czasie wzwodu. Wszystko to jest całkowicie zdrowe, o ile nie przeszkadza mężczyźnie w funkcjonowaniu codziennym i seksualnym.
- Zapytaj: „Gdzie nie należy kupować prezerwatywy?”. Poczekaj aż otrzymasz odpowiedzi (np. w kiosku).
- Zapytaj: „Gdzie najlepiej kupić prezerwatywę?”. Poczekaj na odpowiedzi, w razie potrzeby uzupełnij (np. w aptece, dobrej drogerii, tzn. w takim miejscu, gdzie prezerwatywa nie jest nastawiona na działanie szkodliwych czynników, np. ciepła czy światła słonecznego, które może zmienić strukturę lateksu, a przez to prezerwatywa łatwiej pęka).
- Zapytaj: „Czy można używać prezerwatywy, jeśli jedna z osób jest uczulona na lateks?” Wyjaśnij, że można wtedy kupić prezerwatywę poliuretanową.
- Pamiętaj, że do celów antykoncepcyjnych nie nadają się prezerwatywy smakowe lub z dodatkowymi elementami – taki rodzaj prezerwatyw może powodować podrażnienia śluzówki pochwy. Najlepsza jest zwykła prezerwatywa. Prezerwatywy smakowe były wymyślone do zabezpieczenia kontaktów oralnych.
- Pokaż przygotowaną wcześniej prezerwatywę (w opakowaniu). Powiedz o tym, że opakowania mogą być różne. Podkreśl, że kupując czy stosując prezerwatywę należy zwrócić uwagę na:

- datę przydatności znajdującą się na opakowaniu

- czy prezerwatywa posiada certyfikat jakości wydany przez Ministerstwo Zdrowia (powinno to być zaznaczone na opakowaniu)

- czy w opakowaniu znajduje się powietrze – jeśli nie, opakowanie i prezerwatywa mogą być uszkodzone (w razie uszkodzenia oryginalnego opakowania należy wyrzucić prezerwatywę).

- **Zademonstruj prawidłowe nakładanie i zdejmowanie prezerwatywy, mówiąc na każdym kroku co robisz:**

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

1. Sprawdź datę przydatności do użycia podaną na opakowaniu.

2. Sprawdź, czy opakowanie nie jest uszkodzone. Jeśli w opakowaniu nie ma powietrza, może to oznaczać, że opakowanie jest uszkodzone.

3. Używaj prezerwatyw z certyfikatem jakości wydanym przez Ministerstwo Zdrowia (odpowiednio oznaczenie na opakowaniu).

4. Na brzegach opakowania, w którym znajduje się prezerwatywa, znajdują się ząbki, które mają ułatwić rozerwanie opakowania. Należy najpierw delikatnie przesunąć prezerwatywę wewnątrz opakowania do jednego brzegu, żeby mieć wolne miejsce i przy otwieraniu nie uszkodzić prezerwatywy.

5. Otwórz opakowanie przerywając je wzdłuż ząbków w miejscu przeciwnym do tego, gdzie znajduje się prezerwatywa, a następnie delikatnie wysunąć prezerwatywę z opakowania i chwycić dłońmi.

6. Prezerwatywę należy założyć na członka w stanie wzwodu (przed próbą wprowadzenia go do pochwy). Należy pamiętać, że istnieje możliwość wycieku pewnej ilości nasienia jeszcze przed wytryskiem (preejakulat, w którym mogą znajdować się niewielkie ilości plemników)

7. Czubek prezerwatywy należy ostrożnie ścisnąć palcami, aby usunąć powietrze. Prezerwatywę przyłożyć do główki penisa.

8. Rozwijając prezerwatywę, należy naciągać ją w całości aż do samej podstawy członka. Należy uważać, aby nie uszkodzić prezerwatywy paznokciami/zębami. Najlepiej używać kciuka i palca wskazującego, aby rozwinąć prezerwatywę.

9. Nie należy używać **środków nawilżających** produkowanych na tłustej bazie, bo mogą uszkodzić strukturę lateksu, z którego wykonana jest prezerwatywa. Nie należy stosować wazeliny, oliwki dla dzieci czy tłustych kremów. Jako substancje nawilżające można natomiast stosować niektóre kremy, żele plemnikobójcze, glicerynę oraz żele nawilżające, nazywane lubrykantami.

Po wytrysku należy:

1. Wycofać członek, przytrzymując brzeg prezerwatywy, zanim jeszcze zaniknie wzwód.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

2. Zsunąć prezerwatywę z członka.

3. Można ją związać i/lub zawinąć w papier, a następnie wyrzuć do kosza.

4. Jeżeli okazało się, że prezerwatywa była uszkodzona lub ześlizgnęła się w czasie stosunku, można zastosować tzw. antykoncepcję „po”.

5. Pamiętaj, że każdą prezerwatywę można używać tylko jeden raz. Przy każdym następnym stosunku należy użyć nową.

6. Powtórz zasady, wykonując po kolei czynności, o których mówiłaś/mówiłeś wcześniej. Najlepiej zaprezentować to minimum dwa razy.

7. Wyjaśnij, że to jest ćwiczenie i chociaż może być ono stresujące, dużo trudniej jest poprawnie skorzystać z prezerwatywy, kiedy realnie znajdujemy się w sytuacji intymnej, dochodzi podniecenie i poziom stresu jest wyższy. Jeszcze trudniej to zrobić, gdy nigdy wcześniej się nie próbowało. Podkreśl, że ta umiejętność prawidłowego korzystania z prezerwatywy może okazać się niepotrzebna, jednak warto poćwiczyć dlatego, że może okazać się kiedyś przydatna.

8. Zapytaj, czy jest ktoś, kto chciałby teraz spróbować powtórzyć demonstrację tak, jak zrobiła to osoba prowadząca? Osoby chętne mogą powtórzyć demonstrację prawidłowego korzystania z prezerwatywy na forum. W tym czasie pozostałe osoby utrwalają sobie, ucząc się poprzez obserwację. Zwróć uwagę na błędy, które mogą się pojawić podczas wykonywania tego zadania. Jeśli uczeń lub uczennica popełni błąd, daj możliwość ponownego nałożenia prezerwatywy, żeby zakończyła poprawnie. Poinstruuj, jeśli to konieczne. Zapytaj, czy są pytania i odpowiedz na nie, jeśli jakieś się pojawią.

9. Powiedz, że osoby, które jeszcze nie ćwiczyły, będą miały możliwość zrobić to w mniejszych grupach. Każdej grupie wręcz fantom członka i prezerwatywy. Podkreśl, że jeśli ktoś nie chce, nie musi wykonywać zadania. Przeznacz na to zadanie około 10 minut, w tym czasie podchodź do grup i udzielaj pomocy, jeśli jest taka potrzeba. Po zakończeniu zadania zbierz fantomy i prezerwatywy.

10. Powiedz młodzieży o funkcji **chusteczek** i **rękawiczek lateksowych** w profilaktyce STI:
Ludzie podejmują różne kontakty seksualne, zarówno z osobami tej samej, jak i odmiennej płci. W przypadku heteroseksualnych kontaktów genitalnych, kontaktu penisa z pochwą oraz w kontach analnych najlepiej sprawdzają się prezerwatywy. W przypadku kontaktów oralnych można skorzystać z chusteczek lateksowych, które można kupić lub samodzielnie wykonać z prezerwatywy – odcinając

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

szczyt i nasadę, oraz przecinając wzdłuż prezerwatywę, aby powstał prostokątny kawałek z lateksu. Z kolei w przypadku stymulacji narządów płciowych dłońmi, zaleca się aby stosować rękawiczki lateksowe.

11. Infekcje przenoszone drogą płciową.

Zapytaj, jakie grupa zna wirusy i bakterie, którymi można zakazić się podczas kontaktu seksualnego. Przy każdej odpowiedzi zapytaj o objawy, sposoby zakażenia i sposoby leczenia. Uzupełnij pojawiające się odpowiedzi, korzystając z wiedzy zawartej w Prezentacji nr 4 i Materiale pomocniczym nr 4.

12. Wirus HIV i choroba AIDS.

Aby uatrakcyjnić formę przekazu, skorzystaj z filmu, jeśli masz dostęp do Internetu.Przykładowy film prezentujący drogi zakażenia wirusem HIV to *HIV i człowiek*dostępny na https://www.youtube.com/watch?v=NzmZ-SAj6Wc w dniu 30.11.2017. Zanim pokażesz film zauważ, że w tłumaczeniu wkradł się błąd! HIV to wirus, a nie choroba. Wirus HIV może wywołać chorobę AIDS.

Jeśli nie możesz lub nie chcesz skorzystać z filmu, skorzystaj z ulotki Krajowego Centrum ds. AIDS https://aids.gov.pl/publikacje/203/ pt.*To warto wiedzieć o HIV i AIDS – broszura informacyjna*i omów drogi transmisji, objawy zakażenia wirusem HIV, różnicę pomiędzy HIV i AIDS. Sprawdź, czy młodzież zna odpowiedzi dotyczące wymienionych kwestii. Jeśli nie, uzupełnij.

13. Na zakończenie poinformuj, że w broszurze, którą dostaną, będą opisane najważniejsze STI.

14. Zakończ zajęcia, korzystając z pytań znajdujących się na ostatnim slajdzie:

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

Materiał pomocniczy nr 1

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

TAK

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

NIE

8

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

TRUDNO POWIEDZIEĆ

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2

Ryzykowne zachowania seksualne – stwierdzenia do czytania

1. Kontakty analne są bezpieczne – pozwalają uniknąć ciąży (w kontaktach heteroseksualnych) i infekcji przenoszonych drogą płciową.

2. Stosunek seksualny z partnerem czy partnerką, która nie ma żadnych objawów infekcji przenoszonych drogą płciową oznacza, że nie ma ryzyka STI czy transmisji wirusa HIV.

3. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową dla osób aktywnych seksualnie jest lateksowa prezerwatywa.

4. Przy stosowaniu naturalnych metod planowania rodziny można z całą pewnością określić dni niepłodne, podczas których kobieta na pewno nie zajdzie w ciążę.

5. Kobiety są bardziej niż mężczyźni narażone na zakażenie wirusem HIV podczas stosunku.

6. Współżyjąc seksualnie z jednym partnerem czy partnerką można mieć pewność, że nie dojdzie do STI.

7. Kiedy mężczyzna jest podniecony i doszło do erekcji, musi dojść do wytrysku, aby uniknąć szkodliwych efektów.

8. Lateksowe prezerwatywy mają mikropory, które przepuszczają niektóre wirusy, np. wirusa HIV.

9. Osoby żyjące z STI są bardziej narażone na transmisję wirusa HIV.

10. Jedynie narkotyki, które zwiększają ryzyko transmisji HIV to te, które wstrzykuje się za pomocą igły i strzykawki dzielonej z innymi ludźmi.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 3

Ryzykowne zachowania seksualne – odpowiedzi

1. **Kontakty analne są bezpieczne – pozwalają uniknąć ciąży (w kontaktach heteroseksualnych) i infekcji przenoszonych drogą płciową.**

Fałsz. Podejmowanie kontaktów analnych (stymulacja i/lub penetracją odbytu) jest jedną z najłatwiejszych dróg dla infekcji przenoszonych drogą płciową (STI – Sexually Transmitted Diseases) czy wirusa HIV. Odbyt nie jest tak elastyczny jak pochwa i nie ma w nim nawilżenia, dlatego dużo łatwiej o uszkodzenia i otarcia, które umożliwiają wirusom i bakteriom przenoszenie się bezpośrednio do krwi partnera lub partnerki. Wiele osób ma trudność w rozluźnieniu przy kontakcie analnym, a brak rozluźnienia mięśni przy odbycie może spowodować ból i otarcia przy penetracji. Istnieje też ryzyko zajścia w ciążę przy kontakcie analnym, jeśli nasienie wycieknie z odbytu i dostanie się do pochwy kobiety. Bardzo ważne, aby przy kontaktach analnych zadbać o dodatkowe nawilżenie (lubrykanty, nawilżone prezerwatywy), aby zminimalizować ryzyko zakażenia. Tak jak w przypadku innych form kontaktów seksualnych, bardzo ważna jest zgoda i chęć każdej ze stron na kontakt.

2. **Stosunek seksualny z partnerem czy partnerką, która nie ma żadnych objawów infekcji przenoszonych drogą płciową oznacza, że nie ma ryzyka zakażenia STI, czy transmisji wirusa HIV.**

Fałsz. Większość infekcji daje objawy po kilku dniach czy tygodniach od zakażenia (np. opryszczka narządów płciowych), a inne mogą przebiegać bez żadnych jego oznak nawet przez 10 lat (np. zakażenie wirusem HIV). Są też infekcje, na przykład chlamydioza lub rzeżączka, które często przebiegają bezobjawowo u kobiet, a czasem również i u mężczyzn. Nieleczone mogą powodować m.in. bezpłodność. Dlatego nigdy nie wiadomo czy osoba, z którą się współżyje jest zdrowa, do momentu aż nie wykona badań. Bardzo ważne jest, aby osoba, która ma jakąś infekcję lub chorobę przenoszoną drogą płciową, zadbała również o leczenie partnera czy partnerki.

3. **Najskuteczniejszą metodą zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową dla osób aktywnych seksualnie jest lateksowa prezerwatywa.**

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Prawda. Chociaż prezerwatywa nie daje stuprocentowej skuteczności, to zaraz po abstynencji seksualnej jest najskuteczniejszą metodą zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową. Lateks nie przepuszcza ani plemników, ani wirusów. Jeśli prezerwatywa jest stosowana prawidłowo to w 93%-97% chroni przed ciążą i infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Bardzo ważne, aby prawidłowo korzystać z prezerwatywy, ponieważ przy niewłaściwym użytkowaniu może pęknąć lub się ześlizgnąć.

4. **Przy stosowaniu naturalnych metod planowania rodziny można z całą pewnością określić dni niepłodne, podczas których kobieta na pewno nie zajdzie w ciążę.**

Fałsz. Nie można z całą pewnością określić dni, kiedy nie ma szansy zajść w ciążę, ponieważ cykl miesiączkowy ulega wahaniom pod wpływem wielu czynników m.in. choroby, wysiłku fizycznego, zmian w diecie, stresu, podróży, picia alkoholu i innych. Dodatkowo część kobiet ma nieregularne cykle, szczególnie nastolatki.

5. **Kobiety są bardziej niż mężczyźni narażone na zakażenie wirusem HIV podczas stosunku.**

Prawda. To wynika z anatomii – błona śluzowa pochwy ma większą powierzchnię niż błona śluzowa żołędzi penisa. W czasie stosunku seksualnego z penetracją większa część błony śluzowej pochwy jest narażona na kontakt i wirus o wiele łatwiej przedostaje się przez śluzówkę pochwy niż śluzówkę członka.

6. **Współżyjąc seksualnie z jednym partnerem czy partnerką można mieć pewność, że nie dojdzie do STI.**

Fałsz. Współżycie z jednym partnerem nie gwarantuje, że nie dojdzie do infekcji STI. Częścią STI można zakazić się poprzez inne drogi niż kontakt seksualny (np. opryszczka drogą dotykową). Zdecydowanie zwiększa się jednak bezpieczeństwo kontaktów seksualnych, jeśli spełnione są następujące warunki: partnerzy współżyją seksualnie tylko ze sobą oraz każda ze stron przebadała się przed podjęciem kontaktów seksualnych.

7. **Kiedy mężczyzna jest podniecony i doszło do erekcji, musi dojść do wytrysku, aby uniknąć szkodliwych efektów.**

Fałsz. To niebezpieczny mit, który czasami utrudnia wycofanie się z kontaktu seksualnego osobom zaangażowanym. Bardzo ważne, żeby pamiętać, że każda osoba (bez względu na płeć) ma prawo przerwać kontakt seksualny w dowolnej chwili, zarówno przed, jak i w trakcie kontaktu, na każdym

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

jego etapie. Nic szkodliwego się nie dzieje, jeśli mężczyzna, którego penis jest w stanie erekcji, nie będzie miał wytrysku. Podobnie z kobietą, która jest podniecona i jej łechtaczka jest w stanie erekcji. Organizmowi nie dzieje się żadna krzywda, jeśli nie dojdzie do rozładowania napięcia seksualnego poprzez orgazm. Można się spotkać z potocznym przekonaniem, że niewydzielona sperma jest szkodliwa dla mężczyzny. To nieprawda. Mężczyzna może odczuwać pewien dyskomfort i uczucie ciężkości w jądrach, jeśli przez długi czas jest podniecony i nie następuje ejakulacja. Jednak uczucie to ustępuje, gdy przerwie się aktywność seksualną. Angażowanie się w kontakt seksualny bez chęci lub pod naciskiem drugiej strony to przemoc seksualna.

8. **Lateksowe prezerwatywy mają mikropory, które przepuszczają niektóre wirusy, np. wirusa HIV.**

Fałsz. Prawidłowo używana prezerwatywa chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Rzetelne i wystandaryzowane badania pokazały, że molekuły wody, które są pięć razy mniejsze od wirusa HIV, nie przechodzą przez lateksowe ściany prezerwatywy. Można to sprawdzić, napełniając wodą lateksową prezerwatywę czy rękawiczkę.

9. **Osoby żyjące z STI są bardziej narażone na transmisjęwirusa HIV.**

Prawda. Do transmisji wirusa HIV może dojść z powodu owrzodzeń i uszkodzeń skóry lub błony śluzowej, co często się zdarza u osób żyjących z STI. Wirus HIV może łatwiej trafić do krwiobiegu wraz z krwią czy innym płynem ciała.

10. **Jedynie narkotyki, które zwiększają ryzyko transmisji HIV to te, które wstrzykuje się za pomocą igły i strzykawki dzielonej z innymi ludźmi.**

Fałsz. Rzeczywiście korzystanie z niesterylnych igieł zwiększa ryzyko transmisji wirusa HIV, jednak stosowanie innych narkotyków i substancji zmieniających stan świadomości (np. alkoholu), zmniejsza zahamowania, a przez to zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, np. stosunek bez prezerwatywy. Tym samym stosowanie innych narkotyków i środków odurzających zwiększa ryzyko transmisji HIV i STI.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 4

Informacje na temat chorób i infekcji (STI) przenoszonych drogą płciową[3]

Chlamydioza

wywołana przez bakterię Chlamydiatrachomatis.

Objawy – u mężczyzn może pojawić się śluzowo-ropna wydzielina z cewki moczowej i niewielki ból przy oddawaniu moczu. 25% mężczyzna nie ma żadnych objawów. U kobiet może objawiać się upławami, pieczeniem przy oddawaniu moczu, bólami podbrzusza. 75% kobiet nie ma żadnych objawów!

Diagnoza – wykonuje się badania DNA Chlamydii z pobranego wymazu z cewki moczowej lub pochwy.

Leczenie – antybiotyk przez 7-14 dni.

Nieleczona może prowadzić do zapalenia najądrzy i prostaty u mężczyzn, u kobiet do zapalenia szyjki macicy, jajników i jajowodów. W przypadku komplikacji może prowadzić do niepłodności.

Ochrona – w kontaktach seksualnych przed zakażeniem chronią: prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki. Wzajemna monogamiczność zdrowych osób.

Rzeżączka

może pojawić się 2-10 dni po kontakcie seksualnym z zakażoną osobą. Wywołują ją bakterie, które dostają się do śluzówki pochwy, cewki moczowej lub odbytu.

Objawy – główne objawy to ból i pieczenie w okolicach narządów płciowych, może pojawić się też wyciek ropnej wydzieliny oraz świąd. Po pewnym czasie objawy te mogą ustąpić, lecz nie oznacza to ustąpienia infekcji. Rzeżączka szybko się rozwija i powoduje stany zapalne kolejnych narządów, co może powodować bezpłodność. Uwaga choroba i zakażenie często przebiega bez objawów

3 Za: *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich* 2009, s. 282-283. Zgoda na korzystanie w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

(zwłaszcza u kobiet). Aby wykryć chorobę powinno się wykonywać regularne badania na obecność dwoinek rzeżączki.

Leczenie – polega na podaniu antybiotyku.

Ochrona – stosowanie prezerwatywy i innych zabezpieczeń (np. lateksowe chusteczki, rękawiczki) podczas każdego rodzaju kontaktu seksualnego, ponieważ zmiany zapalne mogą rozwijać się także w odbycie, gardle i oczach (w wyniku samozakażenia). Przed zakażeniami chronią też kontakty seksualne ze stałymi, przebadanymi pod kątem STI partnerami i partnerkami którzy nie podejmowane kontaktów seksualnych z innymi, nieprzebadanymi osobami.

Wirus HPV

Powstają, gdy do organizmu, poprzez kontakty seksualne (oralne, analne, oralno-analne bez zabezpieczenia) oraz dotykanie okolic intymnych, wniknie wirus brodawczaka ludzkiego (Human papillomavirus - HPV). Przyczynia się do rozwoju zmian skórnych (kłykciny kończyste) i zwiększa ryzyko raka szyjki macicy.

Objawy – mogą pojawić się do 6 miesięcy po stosunku z osobą zakażoną. drobne wykwity w okolicy narządów płciowych z czasem przeistaczają się w płaskie lub wypukłe brodawki, które umiejscawiają się nie tylko na zewnątrz narządów płciowych, ale też w środku (np. u kobiet – w pochwie i na szyjce macicy, a u mężczyzn wewnątrz cewki moczowej) oraz w kroczu i wokół odbytu. Kłykciny są małe (wielkość ziarna ryżu), ale mogą się ze sobą zlewać, tworząc większe, nawet kilkucentymetrowe narośla wyglądające jak kalafior.

Diagnoza – lekarka/rz stawia diagnozę zwykle podczas badania ogólnego lub ginekologicznego. Obecność tych wirusów można wykryć w badaniu cytologicznym, które należy wykonywać co roku od 21 roku życia lub po nie dłużej niż 3 latach od rozpoczęcia kontraktów genitalnych (penis w pochwie).

Leczenie – Kłykciny zazwyczaj usuwa się zamrażając ciekłym azotem lub wycinając laserem. Jednak usunięcie ich nie gwarantuje, że nie powrócą.

Ochrona – prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki chronią tylko częściowo. HPV bardzo łatwo się przenosi się przez wszystkie formy kontaktów seksualnych, a także na drodze dotykowej. Ponieważ HPV wiąże się z dużym ryzykiem raka szyjki macicy i osoby ze stwierdzoną infekcją HPV powinny być poddane okresowej, ścisłej kontroli cytologicznej.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Kiła (syfilis)

Wywołuje ją bakteria krętek blady (Treponemapallidum), który rozprzestrzenia się po całym organizmie, może więc być obecny np. w wydzielinie błony śluzowej jamy ustnej, sromu, a także na skórze okolic narządów płciowych i odbytu. Kiłą można się zarazić nie tylko w czasie niezabezpieczonych stosunków seksualnych, ale nawet przez głęboki pocałunek, jeśli zmiany znajdują się w jamie ustnej i dojdzie do uszkodzenia śluzówki. Kobieta ciężarna chora na kiłę może zakazić nią rozwijający się płód. Grozi to poronieniem, urodzeniem dziecka martwego albo chorego na kiłę wrodzoną (jej skutki to m.in. niepełnosprawność intelektualna, głuchota, ślepota). Ważne jest podjęcie leczenia przed ciążą lub w jej pierwszej połowie.

Objawy – jeżeli w porę nie podejmie się leczenia, kiła przejdzie przez kilka etapów:

- Pierwsze objawy po 2-3 tygodniach od zakażenia. W miejscu wtargnięcia bakterii do organizmu (najczęściej na skórze lub błonie śluzowej narządów płciowych) najpierw tworzy się **jedno lub kilka zupełnie niewielkich, bezbolesnych owrzodzeń**. Powiększają się najbliższe węzły chłonne, zwykle w pachwinach. W tym okresie kiła jest najbardziej zakaźna. Objawy te najczęściej same ustępują. Nie oznacza to ustąpienia choroby.

- Po ok 8-10 tyg. od zakażenia, najczęściej na całym ciele, pojawia się **wysypka** (tzw. **kiła wtórna**). Mogą jej towarzyszyć ból głowy, gardła, gorączka, ogólne osłabienie. Wtórna postać kiły może również sama ustąpić. Nie leczona kiła przechodzi w okres utajenia.

- Krętki blade krążące we krwi mogą się umiejscawiać w narządach wewnętrznych i ośrodkowym układzie nerwowym. Zdarza się, że co jakiś czas na skórze pojawia się tzw. **wysypka nawrotowa**. Jeśli kiła nadal nie będzie leczona, przejdzie w okres późnego utajenia.

- Nawet po kilku czy kilkunastu latach od zakażenia na skórze, w narządach wewnętrznych, na kościach mogą się tworzyć tzw. **kilaki**. Są to guzy o konsystencji gumy, które mogą pękać i pozostawiać trwałe blizny. Na tym etapie kiła powoduje **nieodwracalne zmiany w układzie nerwowym** (m.in. porażenia prowadzące do niepełnosprawności) **i w układzie sercowo-naczyniowym** (zagrażające życiu).

Diagnoza – wystarczy wykonać proste badanie serologiczne krwi.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Leczenie – kiła jest chorobą uleczalną, jednak pod warunkiem, że kurację rozpocznie się wcześnie (zanim krętek zajmie układ nerwowy i sercowo-naczyniowy) i przeprowadzi się ją bardzo sumiennie, do końca. Podaje się antybiotyk – zwykle Penicylinę. U kobiet ciężarnych ważne jest podjęcie leczenia przed ciążą lub w jej pierwszej połowie, aby uniknąć zaburzeń rozwoju płodu.

Opryszczka narządów płciowych

Wywołuje ją wirus Herpessimplex typ II (typ I odpowiada za opryszczkę wargową). Przenosi się on poprzez stosunki seksualne a także kontakt z zakażoną skórą np. przez pocałunek.

Objawy – wygląda podobnie jak ta pojawiająca się wokół ust. Po 5-7 dniach od zakażenia kobieta odczuwa swędzenie od wewnątrz warg sromowych, a mężczyzna na powierzchni penisa. Może pojawiać się także ból głowy. Później pojawiają się pęcherzyki (wypełnione przezroczystym płynem), które pękają. Tworzą się strupy i powoli się goją.

Leczenie – leczy się jej objawy podając leki przeciwwirusowe. Nie jest groźna u osób dorosłych, ale jedno zakażenie powoduje, że można spodziewać się nawrotów przez całe życie. Lekarz może zapisać maść łagodzącą objawy opryszczki i zmniejszającą jej zakaźność.

Ochrona – przenosi się nawet wtedy, gdy nosiciel/ka wirusa nie widzi jej objawów. Trzeba pamiętać o tym, by nie dotknąć oka dłonią, która miała kontakt z owrzodzonym miejscem, bo można uszkodzić oko. Stosowanie prezerwatywy, chusteczek lateksowych i rękawiczek nie daje pełnego zabezpieczenia.

Uwaga – opryszczka może przenosić się z matki na dziecko w czasie porodu (gdy matka ma widoczną jej postać) i jest dla niego bardzo niebezpieczna, często podejmuje się wtedy decyzję o cesarskim cięciu.

Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B (HBV) i WZW typu C (HCV)

Wirusy HBV i HCV są obecne we krwi, wydzielinie pochwowej oraz w nasieniu. Podobnie jak wirus HIV, przenoszą się przez krew i inne płyny ustrojowe. Zakazić się można poprzez kontakty seksualne i kontakt z krwią zakażonej osoby. Wirus HBV przenosi się kilkadziesiąt razy łatwiej niż wirus HIV. Droga seksualna (zarówno kontakty homoseksualne, jak i heteroseksualne) jest jedną z częstszych form rozprzestrzeniania się tej choroby (ok. 50% wg WHO).

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Objawy HBV i HCV wywołują wirusowe ostre i przewlekłe zapalenia wątroby – w języku potocznym nieprawidłowo określane jako żółtaczka. Przez lata można nie odczuwać żadnych istotnych dolegliwości, ale wątroba przez cały ten czas jest niszczona. Efekt wtargnięcia wirusów do organizmu to – najczęściej po latach - marskość wątroby oraz jeden z najbardziej złośliwych raków – rak wątrobowokomórkowy.

Leczenie dostępny jest szereg metod leczenia tych zakażeń, m.in. środki przeciwwirusowe. Pacjenci są leczeni w ramach programów terapeutycznych NFZ. Im wcześniej wykryte zostanie zakażenie wirusami zapalenia wątroby HCV i HBV, tym większa jest szansa wyzdrowienia. Leczenie jest długotrwałe: od kilkunastu do kilkudziesięciu tygodni.

Profilaktyka można zapobiec zakażeniu przez skuteczne szczepienia profilaktyczne. Trzy dawki szczepionki dają odporność na całe życie. W Polsce od 1996 r. szczepienie dzieci przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest obowiązkowe i bezpłatne. W kontaktach seksualnych przed zakażeniem chronią: prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki oraz wzajemna monogamiczność zdrowych osób.

HIV (ang. human immunodeficiency virus)

Ludzki wirus niedoboru odporności uszkadzający komórki układu odpornościowego, który bez leczenia – po średnio 6–12 latach – prowadzi do wystąpienia choroby AIDS.

Zakaźne są: krew, sperma, preejakulat (wydzielina z cewki moczowej pojawiająca się w chwili podniecenia) i śluz pochwowy. Do zakażenia może dojść w kontakcie tych płynów ze świeżą raną lub błoną śluzową (oczy, usta, nos, pochwa, odbyt, cewka moczowa). Nieuszkodzona skóra zabezpiecza przed zakażeniem. Wirus HIV może być również przeniesiony z zakażonej matki na dziecko, jeśli nie ma stosownego leczenia. Karmienie piersią przez zakażoną kobietę jest zabronione.

Objawy w początkowej fazie (pierwsze 2–8 tyg.) mogą wystąpić objawy przypominające grypę. Mogą one również w ogóle nie wystąpić, nawet przez wiele następnych lat.

Leczenie jedynym sposobem potwierdzenia zakażenia jest wykonanie testu (badanie krwi). Badanie można wykonać bezpłatnie w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (www.aids.gov.pl – zakładka Testy na HIV). Zakażenie można wykluczyć dopiero po 3 miesiącach od ryzykownej sytuacji, a potwierdzić zwykle już po 5–6 tygodniach. Zakażenie wykryte odpowiednio wcześnie można kontrolować dzięki lekom antyretrowirusowym i w ten sposób zapobiegać rozwojowi choroby. Leczenie antyretrowirusowe jest bezpłatne w Polsce. Leczenie umożliwia zablokowanie namnażania wirusa

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

oraz zdecydowanie wydłuża i poprawia jakość życia. Im wcześniej zakażenie zostanie wykryte, tym prostsze będzie jego leczenie (mniej powikłań).

Profilaktyka w kontaktach seksualnych przed zakażeniem chronią: prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki, dodatkowo wzajemna monogamiczność zdrowych osób.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
VI. Role płciowe i społeczne

Materiały i przygotowanie:

- Kontrakt z pierwszych zajęć.
- Tablica i kreda/flamastry lub 5 arkuszy papieru flipchart i markery do pisania.
- Materiał pomocniczy nr 1(materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania się przed zajęciami).
- Prezentacja nr 6 dla osoby prowadzącej zajęcia.
- Przed zajęciami skontaktuj się z lokalnymi lub ogólnopolskim organizacjami działającymi na rzecz osób LGBTQ[1], żeby zapoznać się z ich ofertą i możliwościami wsparcia dla młodzieży. Porozmawiaj też ze szkolnym pedagogiem, psychologiem, żeby upewnić się, jaki rodzaj wsparcia może zaoferować młodzieży LGBTQ.

Scenariusz:

1. Przed zajęciami wywieś kontrakt z poprzednich zajęć.
2. Po przywitaniu zaproś uczniów i uczennice do rundy, w której każda z osób odpowie na poniższe pytania. Wyświetl slajd z pytaniami, daj chwilę na zastanowienie się i poproś o to, żeby po kolei odpowiadać na poniższe pytania. Możesz rozpocząć, aby zademostrować, chyba że ktoś z grupy chce zacząć. Pytania:
   - Co „typowego” dla swojej płci[2] lubisz robić?
   - Czego „typowego” dla swojej płci nie lubisz robić?
   - Co „nietypowego” dla swojej płci lubisz robić?

   Np. prowadząca mówi: „Lubię gotować, nie lubię malować paznokci, lubię naprawiać silniki samochodowe”.
3. Po rundce zapytaj:
   - Jak odpowiadało się na pytania?
   - Czy trudno było znaleźć cechy, czynności przypisywane płci? Dlaczego?
   - Co to są cechy przypisywane płci?

1 W Gdańsku działaStowarzyszenie na rzecz Osób LGBTTolerado (www.tolerado.org), największe ogólnopolskie organizacje działające na rzecz osób nieheteroseksualnych i transpłciowych to Kampania Przeciw Homofobii (www.kph.org.pl) i Trans-Fuzja (www.transfuzja.org).

2 Pytając o cechy i czynności „typowe dla Twojej płci”, zwróć uwagę, że chodzi ocechy i czynności stereotypowo przypisywane kobietom i mężczyznom. Wyjaśnij to w ten sposób.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Nawiązując do odpowiedzi młodzieży,powiedz, że cechy przypisywane płci to **role płciowe**[3], podaj definicję znajdującą się poniżej. Następnie stwórz wraz z grupą definicję **płci społeczno-kulturowej** lub wprowadź definicję znajdującą się poniżej i w prezentacji, jeśli grupa ma kłopot z zdefiniowaniem tego pojęcia.

Rola płciowa (z ang. *genderroles*) – sposób zachowania, który w danej kulturze postrzegany jest jako typowy bądź akceptowalny dla danej płci**.** Definiuje je płeć społeczno-kulturowa (z ang. *gender*). Zmieniają się w czasie. Role płciowe są różne w różnych kulturach.

Płeć społeczno-kulturowa (ang. *gender*) – to sposób pojmowania, postrzegania i przypisywania pewnych cech i zachowań kobiecie i mężczyźnie przez społeczeństwo i kulturę[4]. Uczymy się tego w procesie wychowania. Odbieganie od tych oczekiwań wiąże się często z negatywnymi konsekwencjami, np. wyśmiewanie osób, które odbiegają od tych oczekiwań. Z tego powodu ludziom może być trudno przełamywać stereotypy płciowe, gdy mają na to ochotę.

- Poproś, aby grupa podała przykładowe cechy, które stereotypowo przypisuje się chłopcom i dziewczętom. Zapytaj o kwestie związane z seksualnością i podziałem ról w rodzinie, co przypisuje się kobietom, a co mężczyznom?Zapisz je na tablicy.
  Przykłady stereotypów płciowych dotyczących seksualności: chłopcy i mężczyźni myślą tylko o seksie i mają większą ochotę na seks niż kobiety[5]. Kobiety zakochują się w mężczyznach[6]. Mężczyźni inicjują kontakt seksualny i są dominującą stroną[7]. Wszystkie kobiety chcą mieć dzieci.[8] Mężczyźni nie potrafią opiekować się dziećmi.

3Rola płciowa to społecznie i kulturowo kształtowana stereotypowa rola przypisywana danej płci. Niektóre aspekty naszego funkcjonowania są zdeterminowane budową czy fizjologią danej płci, np. tylko kobiety miesiączkują, tylko organizm męski produkuje spermę. Wszystkie inne aspekty, które nie wynikają bezpośrednio z anatomii bądź fizjologii, są uwarunkowane kulturowo. Przykładowo, w naszej kulturze tylko kobiety noszą spódnice i suknie, ale istnieją takie kultury, w których robią to również mężczyźni(np. szkockie spódnice noszone tradycyjnie przez mężczyzn czy galabija – tradycyjna szeroka szata noszona przez arabskich mężczyzn, przypomina nieco europejską długą koszulę nocną). Istnieje wiele niepisanych „zasad" mówiących o tym, co mogą i powinni robić mężczyźni, a co mogą i powinny robić kobiety. Te zasady zwykle nie mają nic wspólnego z budową i predyspozycjami męskiego czy kobiecego ciała.

4 Za: *Gender – kulturowa tożsamość płci*. *Podręcznik dla trenerów*. Amnesty International, 2005, s. 21.

5 Kobieta może mieć wyższe libido i częstszą ochotę na seks niż mężczyzna. Różne kobiety różnią się między sobą w sile uczuć seksualnych, podobnie mężczyźni. Nie jest prawdą, że mężczyźni myślą tylko o seksie, to krzywdzący stereotyp. Gdyby tak było, mężczyźni nie mogliby sprawnie funkcjonować w pracy, wychowywać dzieci czy wykonywać innych ważnych zadań życiowych. Równocześnie prawdą jest, że niektóre osoby (bez względu na płeć) są bardziej zainteresowane seksualnością niż inne.

6 Nie jest to prawdą, że np. niektóre kobiety zakochują się czy nawiązują relacje seksualne i romantyczne z kobietami (lesbijki, czy kobiety biseksualne).

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Zapytaj:

? Jak Wam się podobają cechy, które przypisuje się waszej płci?

Można różnie się z tym czuć. Niektórzy czują się bezpieczniej, gdy widzą „jacy mają być", a dla innych jest to frustrujące i ograniczające. Mogą być też inne odczucia. Większość ludzi jest inna niż wskazuje na to stereotyp, są też osoby, które bardziej i mniej się wpisują w niego, każda z tych wersji jest prawidłowa. Bardzo ważne jest, żeby każda osoba wiedziała, że może być taka jaka jest, bez względu na to, czy to jest zgodne ze stereotypem, czy też nie. Żadna z tych możliwości nie jest ani lepsza, ani gorsza. Jesteśmy różni i do jest dobre.

Następnie zapytaj jak to się ma do rzeczywistości? Zweryfikuj stereotypy, pytając:

? Czy wszystkie dziewczyny, kobiety i wszyscy chłopcy, mężczyźni są tacy jak opisuje to stereotyp?

Możesz nawiązać do dzisiejszego ćwiczenia wprowadzającego, w którym było widać, że najczęściej jest tak, że ludzie mają różne cechy, zarówno te, które stereotypowo są przypisywane ich płci, a także te, które stereotypowo nie są przypisywane ich płci. Ludzie są dużo bardziej różnorodni niż opisuje to stereotyp. Podobnie w obszarze seksualności. Są kobiety, które mają większą ochotę na seks niż wielu mężczyzn i odwrotnie. Każda z płci może inicjować kontakt seksualny, bez względu na płeć, o ile zachowane są zasady świadomej zgody – o tym więcej na kolejnych zajęciach.

Podobnie z rodzicielstwem. Zapytaj młodzież:

? Jakie znają różne modele rodziny? Czy zawsze jest to model tradycyjny, tzn. mama, tata i dziecko jedno lub więcej dzieci?

? Co to jest rodzina? Stwórzcie definicję.

Współcześnie ludzie funkcjonują w różnorodnych rodzinach, nie zawsze są w nich dzieci. Jest szeroka gama najróżniejszych modeli rodziny – od tradycyjnych modeli (mama, tata + dziecko/dzieci), przez rodziców samodzielnie wychowujących dziecko lub dzieci (tata + dzieci, samodzielne mamy z dziećmi), rodziny zastępcze, rodziny, w których dzieci wychowują dziadkowie lub inni krewni, pary jednopłciowe z dziećmi, pary bez dzieci, niektórzy traktują też

7 Każda z płci ma takie samo prawo do tego, żeby decydować o tym czy kontakt się odbędzie, czy nie. Mają też takie samo prawo, żeby te kontakty inicjować. Ludzie różnią się między sobą w zachowaniach i preferencjach seksualnych.

8 Jak wcześniej wspomniano, różne osoby bez względu na płeć mają różne preferencje odnośnie rodzicielstwa. Każda osoba ma prawo decydować za siebie.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

zwierzęta jak członków rodziny, rodziny z wyboru, w których nie ma więzów krwi, dzieci, których rodzice się rozwiedli i tworzą nowe związki itd. Żaden z model nie jest ani lepszy, ani gorszy. Każdy człowiek w obliczu różnych doświadczeń życiowych i osobistych wartości może tworzyć związki i rodziny zgodnie z własnymi możliwościami i potrzebami, o ile nie przekracza tym granic innych ludzi. Jeśli w rodzinie pojawią się dzieci, ze względu na swoją zależność podlegają szczególnej ochronie i należy im się opieka oraz szczególna ochrona ze strony rodziny oraz państwa. Dobro dziecka zabezpieczają też liczne przepisy prawne i kodeksy, m. in. Kodeks Praw Dziecka.

4. Wróć do tematyki płci. Poproś grupę o zdefiniowanie czym jest płeć biologiczna. Podobnie jak wcześniej wypracuj definicję:

Płeć biologiczna – (ang. *sex*) odnosi się do cielesności. To szereg różnorodnych cech fizycznych/anatomicznych, które różnicują ludzi między sobą.

Zapytaj:

? Ile mamy płci z perspektywy biologicznej?

Najprawdopodobniej pojawi się odpowiedź, że dwie (żeńska i męska). Nie potwierdzaj, zapytaj:

? Po czym można to rozpoznać?

Pojawią się różne odpowiedzi, które będą wskazywać na różne cechy płciowe (np. pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe, kariotyp). Wypisz odpowiedzi, które się pojawią, możesz to zrobić na tablicy lub papierze flipchart. Powiedz o tym, że z perspektywy biologicznej trudno jednoznacznie określić, ile mamy płci, najczęściej cielesność ludzi objawia się w dwóch możliwościach – jako żeńska lub męska. Zdarza się jednak, że ciało ludzi trudno jednoznacznie zaklasyfikować jako męskie lub żeńskie (narządy płciowe mają formę pośrednią między narządami opisywanymi jako żeńskie i męskie lub u jednej osoby pojawiają się cechy przypisywane do różnych płci, np. pochwa i jądra).

- Osoby których cielesności nie można jednoznacznie oznaczyć jako męską lub żeńską nazywa się **interpłciowymi**[9](od ang. *intersex*, gdzie *inter* – między i *sex* – płeć biologiczna)**.** Organizacje zrzeszające osoby interpłciowe oraz Światowa Organizacja Zdrowia (2015)

9 Od ang. *intersexual*– słowo tłumaczy się jako interseksualność, dawniej jako interpłciowość. Dawniej osoby interpłciowe nazywano hermafrodytami, jednak nie używa się już tego słowa ze względu na pejoratywny wydźwięk. Obecnie postuluje się używanie tłumaczenia interpłciowość, zgodnie z angielskim znaczeniem (ang. *inter* – między i *sex* – płeć biologiczna). W języku polskim tłumaczenie interseksualność przynosi błędne skojarzenia z seksualnością, a pojęcie odnosi się do płci biologicznej.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

postulują, aby nie przeprowadzać na małych dzieciach interpłciowych operacji mających na celu dostosowanie cielesności do odgórnie wybranej przez lekarzy czy rodziców płci. Postulują, aby decyzję tę pozostawić osobom interpłciowym gdy podrosną, aby same zdecydowały o tym czy i w jaką stronę wprowadzać chirurgiczne bądź hormonalne zmiany w ciele[10].

- Ciekawostka– zwykle ludzie rodzą się chromosomami płciowymi XX – kobieta, XY – mężczyzna, jednak czasami zdarza się inny układ chromosomów płciowych, np. XXY, XXX i inne. Z perspektywy czysto biologicznej można każdą z tych możliwości teoretycznie potraktować jako odrębną płeć.

5.Tożsamość płciowa. Zapytaj:

? Po czym rozpoznajesz jakiej jesteś płci?

Najczęściej ludzie odpowiadają „po prostu wiem" lub nie wiedzą, jak odpowiedzieć. Jeśli pojawią się odpowiedzi wskazujące na stereotypowe cechy, np. „jestem dziewczyną, bo lubię się malować", zapytaj:

? Czy to, że ktoś nie jest stereotypową „kobiecą kobietą" oznacza, że nie czuje się kobietą?
? Czy to, że mężczyzna lubi gotować czy opiekować się dziećmi oznacza, że nie czuje się mężczyzną?

Cechy stereotypowo przypisywane płci to płeć społeczno-kulturowa, opisana wyżej. Nie definiują tego czy ktoś czuje się kobietą, czy mężczyzną. Można być mężczyzną, który ma dużo cech „kobiecych", a mimo to czuje się mężczyzną czy dziewczyną, która mimo tego, że lubi grać w piłkę nożną i nosi krótkie włosy czuje się dziewczyną. Poczucie własnej płci to coś innego.

Często pojawiają się odpowiedzi wskazujące na ciało (np. piersi, narządy płciowe), zapytaj:

? Jeśli w efekcie choroby lub wypadku straciłabyś tę część ciała (np. pierś), czy to zmieniłoby Twoją płeć?

Możesz powołać się na przykłady kobiet po mastektomii, usunięciu jajników czy mężczyzn, którzy w wypadku choroby lub wypadku tracą jądra. To nie sprawia, że przestają być kobietami czy mężczyznami. Nie można też siłą woli zmienić swoich uczuć, np. pomyśleć „Ok, od jutra mam inną płeć". Uczucia dotyczące płci mogą się zmieniać w ciągu życia, jednak nie możemy sami czy

10 Za: www.oiiinternational.com; Raport WHO*Sexualhealth, humanrights and the law*, 2015.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

same na to wpływać. Można próbować zagłuszyć swoje uczucia dotyczące płci, jednak nie oznacza to, że one znikają. Dodatkowo próba zagłuszenia uczuć ma negatywny wpływ na dobrostan psychofizyczny (wywołuje nieprzyjemne odczucia i napięcia).

- Wprowadź pojęcie tożsamość płciowej.

Tożsamość płciowa – odnosi się do głęboko odczuwanego, wewnętrznego i osobistego doświadczenia płci, które może (nie)zgadzać się z płcią przypisaną po urodzeniu. Tożsamość płciowa niektórych osób wykracza poza binarne normy płciowe oraz inne pokrewne normy. Nie można tego udowodnić żadnymi badaniami, to poczucie które się ma.

- Najczęściej ludzie utożsamiają się z płcią żeńską lub męską i to jest zgodne z tym, jaką mają płeć biologiczną[11].
- Zdarza się, że niektóre osoby czują, że ich płeć biologiczna (męska lub żeńska) nie jest zgodna z tym, jaką płcią się czują. Takie osoby określa się jako **transseksualne.** Wyjaśnij szerzej pojęcia, jeśli nie jest to jasne:

Transseksualność– kategoria medyczna stworzona do tego, aby nazwać niezgodność tożsamości płciowej danej osoby z jej płcią biologiczną. Np. ktoś kto czuje się mężczyzną, a ma ciało kobiety lub odwrotnie. Zwykle wiąże się to z pragnieniem dostosowania ciała, aby było jak najbardziej zgodne z odczuwaną płcią, np. za pomocą terapii hormonalnej czy zabiegów chirurgicznych. Potocznie nazywa się to „zmianą płci".

Transpłciowość to szersze pojęcie niż transseksualność. To wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (*gender*). Transpłciowość jest parasolowym terminem, w którym **zawiera** się cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. Przeciwieństwem transpłciowości jest cispłciowość.

11 Czasami płeć biologiczna nie jest jednoznacznie męska lub żeńska, takie osoby opisuje się jako interseksualne (od ang. *sex* – po ang. płeć biologiczna; ang. *intersex* – pomiędzy płciami).

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Osoba interpłciowa[12] może być równocześnie transpłciowa. Transpłciowość odnosi się do poczucia własnej płci, a interpłciowość odnosi się wyłącznie do niejednoznacznie męskiej czy żeńskiej cielesności.

Cispłciowość– określenie opisujące osoby tradycyjnie upłciowione, których płeć jest zgodna z potocznym myśleniem o płci. To pojęcie, które powstało w opozycji do transpłciowości. To próba odwrócenia mówienia o transpłciowości jako o zjawisku będącym w opozycji do normalności. Zamiast mówić o normalności i nienormalności, współcześnie wprowadza się te dwa pojęcia, aby nazwać różnorodne przejawy płci, nie stygmatyzując żadnego z nich.

- Warto przy okazji omawiania pojęć związanych z płcią powiedzieć o tożsamości seksualnej (postrzeganiem siebie jako istoty seksualnej), które jest związane z poczuciem przynależności do płci, jednak dotyczy innego aspektu osobowości. Tożsamość płciowa dotyczy płci, a tożsamość seksualna dotyczy uczuć seksualnych, tego do kogo czujemy lub nie czujemy pociąg itp.

Tożsamość seksualna (nazywana też **orientacją seksualną**) – sposób w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o tożsamościach: heteroseksualnej, biseksualnej i homoseksualnej, jednak każda osoba może określić swoją tożsamość seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób. Osoby, które nie określają swojej płci i/lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem ***queer.***

6. Płeć prawna. Zapytaj co to jest płeć prawna (płeć rozpoznawana w dokumentach krajowych), następnie zapytaj:

? Ile obecnie jest płci rozpoznawanych prawnie w Polsce?

Obecnie obowiązują dwie kategorie – kobieta i mężczyzna.

? Czy tak jest wszędzie?

Są kraje, w których prawnie rozpoznawane jest więcej płci, np. w Indiach od 2005 roku poza kategorią „kobieta" i „mężczyzna", jest jeszcze jedna możliwość „hijra". To opcja, która jest dozwolona w wniosku paszportowym. Inne kraje, które dopuszczają prawną kategorię dla

12 Definicja interpłciowości pojawiła się wyżej, przy okazji definiowania płci biologicznej.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

osób, które nie identyfikują się jako kobieta lub mężczyzna („płeć niespecyficzna”, nieoznaczona „X” lub „neutralna”) to m. in. Australia, Malta, Nowa Zelandia i Pakistan.

8. Zapytaj czy wszystkie pojęcia są jasne, daj czas na pytania. Odpowiedz na nie,korzystając z wiedzy zawartej w Materiale pomocniczym nr 1 i Prezentacji nr 6.

9. Zakończ zajęcia, korzystając z pytań znajdujących się na ostatnim slajdzie:
   - Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
   - Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 1

Słownik pojęć LGBTQ[13]

Cispłciowość (ang. *cisgender*) to kategoria wprowadzona przez osoby działające na rzecz osób transpłciowych, aby nazwać zgodność pomiędzy posiadaną płcią biologiczną, odczuwaną płcią (tożsamością płciową), płcią społeczno-kulturową i pozostałymi wymiarami płci. Taka zgodność jest oceniana jako „normalna" w kulturze zakładającej dychotomię i wewnętrzną spójność wszystkich wymiarów płci. Osoba cispłciowa np. ciskobieta spełnia oczekiwania społeczne związane ze spójnością pomiędzy jej płcią metrykalną (jest określana jako biologiczna kobieta), tożsamością płciową (czuje się kobietą) i ekspresją płciową (zachowuje się i ubiera w sposób uważany za społeczeństwo jako kobiecy).

Ekspresja płci (ang. *genderexpression*) – zewnętrzna manifestacja tożsamości płciowej jednostki, która ukazuje się poprzez ubiór, fryzurę, gesty i tym podobne charakterystyki.

Gender – inaczej płeć kulturowa czy społeczno-kulturowa tożsamość płci. Różni się od płci biologicznej (ang. *sex*). Gender oznacza sposób pojmowania, postrzegania i przypisywania pewnych cech i zachowań kobiecie i mężczyźnie przez społeczeństwo i kulturę (*Gender – kulturowa tożsamość płci*. *Podręcznik dla trenerów*,Amnesty International, 2005, s. 21). Konstrukty te tworzą się w poszczególnych kulturach i określają to, co powszechnie jest uznawane za właściwe dla tożsamości płciowej i ekspresji płci (np. podział rodzajów garderoby i kolorów na „męskie" i „kobiece").

Interpłciowość (od ang. intesexual, tłumaczone również jako interseksualność)– definiuje się jako posiadanie przez jedną osobę takich płciowych cech fizycznych: genetycznych, biologicznych, anatomicznych lub fizjologicznych, które nie pozwalają określić jej płci jako jednoznacznie męskiej lub żeńskiej. Dawniej osoby interpłciowe nazywano hermafrodytami, jednak nie używa się już tego słowa ze względu na pejoratywny wydźwięk. W języku polskim tłumaczenie interseksualność przynosi błędne skojarzenia z seksualnością, a pojęcie odnosi się do płci biologicznej, dlatego obecnie postuluje się używanie tłumaczenia interpłciowość, zgodnie z angielskim znaczeniem (ang. *inter* – między i *sex* – płeć biologiczna).

13 Opracowanie K. Dułak na podstawie: K. Dułak, J. Świerszcz *Przemoc i uwłasnowolnienie. Wsparcie psychologiczne osób LGBTQ*, Wydawnictwo Kampanii Przeciw Homofobii, Warszawa 2013, materiałów ze *Szkolenia Health4LGBTI. Ograniczenie nierówności w zdrowiu doświadczanych przez osoby LGBTI– zagadnienia/problemy/działania istotne w praktyce klinicznej* oraz podręcznika *Zdrowie osób LGBT.*

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

LGBTQ (akronim od ang. *lesbian, gay, bisexual, transgender, queer)*–skrót włączający do swojego zbioru różne rodzaje mniejszościowych tożsamości seksualnych i płciowych (lesbijki, gejów, osoby biseksualne, transpłciowe, queer).

Orientacja seksualna – zob. tożsamość seksualna.

Osoba cispłciowa– pojęcia odnoszące się do osób „tradycyjnie upłciowionych", których tożsamość płciowa i ekspresja płciowa zgadzają się z płcią, która została im przypisana przy urodzeniu. Zob. cispłciowość.

Osoba interpłciowa (ang. *intersex*) – osoba, której płeć biologiczna nie może zostać jednoznacznie zaklasyfikowana jako „męska" lub „żeńska". W ciele pojawiają się charakterystyki zarówno kobiece, jak i męskie lub trudno je jednoznacznie zaklasyfikować jako kobiece lub męskie. Dawniej nazywana hermafrodytą, chociaż termin ten jest wciąż używany przez niektórych członków społeczności osób interseksualnych, odchodzi się od niego ze względu na jego negatywne nacechowanie.

Osoby poszukujące/kwestionujące swoją seksualność, rzadziej płeć (ang. *questioning*) – termin ten odnosi się do osób, które nie są pewne czy emocjonalnie, seksualnie, psychicznie i/lub mentalnie czują pociąg do kobiet, do mężczyzn, do obu płci jednocześnie czy do ludzi w ogóle bez względu na ich płeć.

Osoba transpłciowa –osoba, u której nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (*gender*). Zob. transpłciowość.

Osoba transseksualna – zob. transmężczyzna, transkobieta.

Płeć biologiczna (ang. *sex*) – odnosi się do cielesności. Jest to kombinacja cech ciała fizycznych/anatomicznych (w tym chromosomów, hormonów, zewnętrznych i wewnętrznych narządów rozrodczych oraz wtórnych cech płciowych), które różnicują ludzi między sobą. Płeć jest przypisywana przy narodzeniu i odnotowywana w akcie urodzenia, zwykle na podstawie wizualnego oglądu zewnętrznej anatomii i na podstawie binarnej wizji płci (dwie kategorie – żeńska lub męska).

Queer – ogólnie odnosi się do osób, które identyfikują się poza tradycyjnym, dychotomicznym podziałem płci i seksualności. Słowo to (z ang. *queer*– dziwny) pierwotnie miało negatywny wydźwięk, używane było jako obelga dla osób LGBTI. Słowo *queer* zostało odzyskane przez osoby, które

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

identyfikują się poza tradycyjnymi kategoriami płci i heteronormatywnymi normami społecznymi. W zależności od kontekstu, niektóre osoby mogą nadal uznać ten termin za obraźliwy. Współcześnie w naukach społecznych (socjologia i psychologia seksualności) korzysta się tego słowa jako neutralnego pojęcia, bez pejoratywnych znaczeń. Pojęcie odnosi się również do teorii *queer*, dziedziny akademickiej, która kwestionuje heteronormatywne normy społeczne dotyczące płci/tożsamości płciowej i seksualności.

Stereotyp – rozpowszechniona opinia czy przekonanie na temat pewnej grupy społecznej i cech osób do tej grupy przynależących. Stereotypy zastępują wiedzę, upraszczają rzeczywistość. Nabywane i utrwalane w procesie socjalizacji. Cechami stereotypów są trwałość i odporność na próbę zmiany oraz to, że mają wartościujący charakter. Przekonanie, że geje posiadają cechy przypisywane przez kulturę kobietom (delikatność, dbałość o wygląd), a lesbijki są bardziej „męskie" to przykłady stereotypów.

Tożsamość płciowa (ang. *gender identity*) – odnosi się do głęboko odczuwanego, wewnętrznego i osobistego doświadczenia płci, które może (nie)zgadzać się z płcią przypisaną po urodzeniu. Tożsamość płciowa niektórych osób wykracza poza binarne normy płciowe. Nie można jejwykazać czy udowodnić żadnymi badaniami, to poczucie które się ma.Tożsamość płciowa zazwyczaj zgadza się płcią biologiczną (metrykalną) danej osoby (osoby cispłciowe), ale zdarza się inaczej (osoby transpłciowe). Tożsamość płciowa osoby może być określona tylko i wyłącznie przez daną osobę.

Tożsamość seksualna (nazywana też **orientacją seksualną**) – określa emocjonalny i fizyczny pociąg do osób określonej płci, kierunek potrzeb uczuciowych, seksualnych, psychicznych, romantycznych i/lub duchowych. To sposób, w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o tożsamościach: heteroseksualnej, biseksualnej i homoseksualnej. Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób), jak i nienazwane. Podane kategorie są umowne, każda osoba może określić swoją orientację seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób, zupełnie wyjątkowym określeniem. Współcześnie, w ramach teorii *queer*, odchodzi się od określenia *orientacja seksualna* na rzecz tożsamości seksualnej, które ma służyć podkreśleniu samoopisu i subiektywności w definiowaniu własnej płci i seksualności. Tożsamość seksualną odróżnia się od zachowania seksualnego, ponieważ może ona, ale nie musi, wyrażać się w zachowaniach seksualnych. Osoby które nie określają swojej płci i/lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem ***queer.***

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Transmężczyzna– termin opisujący osoby z przypisaną płcią żeńską po urodzeniu (lub z żeńskim ciałem), która identyfikują się jako mężczyzna, żyje w roli męskiej lub identyfikuje się jako męska osoba.

Transkobieta– termin opisujący osoby z przypisaną płcią męską po urodzeniu (lub z męskim ciałem), która identyfikuje się jako kobieta, żyje w roli kobiecej lub identyfikuje się jako kobieta.

Transpłciowość – wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (*gender*). Transpłciowość jest parasolowym terminem, w którym zawiera się cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. Może odnosić się do osób transseksualnych, transpłciowych, crossdresserów, osób androgynicznych, poligenderowych, genderqueer, agenderowych, osób płciowo różnorodnych, osób o nienormatywnej tożsamości płciowej lub z inną tożsamością płciową i/lub ekspresją, która nie wpisuje się w społeczne i kulturowe oczekiwania wobec tożsamości płciowej. Przeciwieństwem transpłciowości jest cispłciowość.

Transseksualność[14]– osoba, która przyszła na świat z żeńskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako żeńska, czuje się mężczyzną lub osoba, która przyszła na świat z męskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako męska, czuje się kobietą. Osoba ta dąży do bycia postrzeganą zgodnie z płcią odczuwaną i funkcjonowania w świecie społecznym w upragnionej roli. Rolą osób z otoczenia jest uszanować tożsamość płciową tej osoby.

Uprzedzenie – negatywna postawa wobec pewnej grupy społecznej i każdej osoby, która do tej grupy przynależy albo jest z nią kojarzona. Uprzedzenie może przejawiać się niechęcią, np. wobec osób różnej narodowości, wieku, religii oraz orientacji seksualnej. Uprzedzenie w przeciwieństwie do stereotypu, który ma głównie komponent poznawczy, wiąże się z odczuwaniem negatywnych emocji.

14 Definicja: K. Bojarska.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Załącznik Nr 19 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne
VII. Bezpieczne relacje cz. I (godzina lekcyjna)
VIII. Bezpieczne relacje cz. II (godzina lekcyjna)

Materiały i przygotowanie

- Kontrakt z pierwszych zajęć.
- Materiał pomocniczy nr 1(materiał dla osoby prowadzącej, do zapoznania się przed zajęciami oraz opcjonalnie do rozdania młodzieży po zajęciach).
- Materiał pomocniczy nr 2 (materiał dla osób uczestniczących, po jednej kopii dla każdej osoby).
- Materiał pomocniczy nr 3 (wycięte sytuacje do scenek).
- Cztery arkusze papieru flipchart lub tablica i kreda.
- Post-it – po jednym bloczku w kolorze czerwonym i zielonym.
- Projektor, głośniki, laptop, Internet (do odtworzenia filmów *Dzielne Dziewczyny – rymy w sercu*[1] i *3 perspektywy – Głosy Przeciw Przemocy*[2]).
- Broszury do rozdania – po 1 egzemplarzu dla każdej osoby uczestniczącej.
- Porozmawiaj z psychologiem szkolnym lub inną osobą w palcówce, w której prowadzisz zajęcia, aby ustalić, gdzie w razie pytań młodzież może się zgłosić po wsparcie.
- Ankiety ewaluacyjne.

Scenariusz:

1. Przed zajęciami wywieś kontrakt z poprzednich zajęć.
2. Miłość i budowanie relacji. Za pomocą metody burzy mózgów, zadając pytania wysłuchaj młodzież i w razie potrzeby – uzupełnij.
   - ? Co to jest miłość?
   - ? Jakie znacie rodzaje relacji miłosnych? (miłość rodzicielska, siostrzana, braterska, przyjacielska, miłość romantyczna)
   - ? Co jest ważne w relacjach miłosnych?
   - ? Co jest ważne w relacjach romantycznych?

1 Za zgodą Grupy Edukatorów Antyprzemocowych, udzielonej przez członka organizacji Davida Sypniewskiego. Zgoda z dnia 29.10.2017, do korzystania w celach edukacyjnych.

2 Ibid.

1

Omawiając relacje romantyczne, zwróć uwagę, że związek przechodzi przez różne etapy [3]oraz przechodzi przez kryzysy. Zakochanie to pierwszy etap, który najczęściej szybko mija. Jest wiele teorii, które próbują uchwycić dynamikę związków i miłości. Teorie stanowią próbę opisu rzeczywistości. W niektórych przypadkach są trafne, a dla innych osób mogą okazać się zupełnie inne. Na rodzaj relacji, które tworzymy wpływa wiele czynników, m. in. osobiste wczesne i późniejsze doświadczenia z historii relacji[4], osobiste preferencje i wartości, kultura, w której uczymy się wzorców miłości. Możesz skorzystać z prezentacji i opracowania, które znajduje się w Materiale pomocniczym nr 1.

3. Podsumuj, że zdrowe relacje można rozpoznać po wzajemnym szacunku i poszanowaniu godności. Na poprzednich zajęciach uczyliśmy się o szacunku dla siebie samych, swojej cielesności, seksualności. Aby budować zdrowe relacje, konieczne jest respektowanie siebie, ze swoimi indywidualnymi potrzebami i preferencjami oraz uznanie tego u partnerów czy partnerek. Możesz nawiązać do pierwszych zajęć i Deklaracji Praw Seksualnych jako wytycznych, na których można się oprzeć. Kolejną wskazówką są uczucia i doznania w ciele, które wskazują na to, czy nasze granice w relacji są przekroczone.

4. Zaproś do„burzy mózgów”.Poproś, żeby każda osoba przypomniała sobie sytuację, kiedy ktoś jej się podobał lub jeśli nie ma takiego doświadczenia, niech przypomni sobie sytuacje, w których widziała inne osoby, którym się ktoś podoba (w mediach, w otoczeniu). Następnie poproś o wymienienie (z własnego doświadczenia lub z obserwacji):

Jakie są różne sposoby okazywania zainteresowania i pożądania?

Wypisz jena tablicy lub arkuszu papieru (zachowaj je, przydadzą się później).

5. Teraz zapytaj: „Co to jest flirt?” Pozwól młodzieży zdefiniować, w razie potrzeby uzupełnij definicją poniżej:

3 Według Bogdana Wojciszke (zob. *Psychologia miłości*) rozwój związku przebiega w 5 fazach: (1) Zakochanie – opisywane przez psychologów jako stan psychotyczny, kiedy zalew hormonów wpływa na zniekształcone spostrzeganie partnera czy partnerki; (2) Romantyczne początki; (3) Związek kompletny; (4) Związek przyjacielski; (5) Związek pusty.

4 Istnieje wiele teorii w psychologii i różnych nurtach terapeutycznych, które próbują opisać czynniki wpływające na to jak ludzie nawiązują relacje w dorosłym życiu. Np. wiele teorii psychoanalitycznych i psychodynamicznych bazuje na teorii relacji z obiektem, sugerując, że wczesnodziecięce doświadczenia wpływają na trudności i zasoby umożliwiające i utrudniające nawiązywanie, budowanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących relacji w życiu osobistym. W innych teoriach psychologicznych duży nacisk kładzie się na umiejętność rozpoznawania własnych potrzeb i granic oraz komunikowania ich partnerom i partnerkom w relacjach. Nie ma zgody co do tego, które trafniej opisują rzeczywistość. Z innej perspektywy można oprzeć się na Deklaracji Praw Seksualnych (przedstawionej na pierwszych zajęciach niniejszego cyklu zajęć), które opisują prawa i obowiązki, które przysługują ludziom i sprzyjają zdrowemu rozwojowi seksualnemu. Obecnie w psychologii i seksuologii podkreśla się znaczenie interdyscyplinarnego podejścia, które integruje osiągnięcia różnych dziedzin nauki.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Flirt– wszystkie czynności i zachowania mające na celu okazanie zainteresowania czy pożądania osobie, która nam się podoba. Odbywa się za zgodą i chęcią stron zaangażowanych.

6. Zapytaj co to jest molestowanie seksualne? Pozwól młodzieży zdefiniować, uzupełnij w razie potrzeby.

   Molestowanie seksualne– każde nieakceptowane przez drugą osobę zachowanie o charakterze **seksualnym** lub odnoszące się do **płci** danej osoby, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności, upokorzenie lub poniżenie tej osoby.

   Molestowanie może przybierać formę:

   - nadużycia fizycznego (naruszenie granic cielesności)
   - werbalnego (np. uprzedmiotawiające komentarze)
   - nadużywanie swojej pozycji wynikającej w relacji władzy (np. propozycje seksualne czy komentarze o charakterze seksualnym w pracy ze strony osoby nadrzędnej funkcją, w szkole nauczyciel(ka) wobec ucznia czy uczennicy)
   - niewerbalnego (np. wulgarne gesty).

7. Narysuj tabelkę na wzór poniższej, zadaj pytania znajdujące się poniżej tabelki i zapisz wszystkie odpowiedzi młodzieży w tabelce:

	FLIRT	MOLESTOWANIE
Myśli i uczucia	……. . ……. . ……. .	……. . ……. . …….

   - Jak się czuję, kiedy ktoś kto mi się podoba, flirtuje ze mną?
   - Jakie myśli mi się pojawiają, kiedy ktoś kto mi się podoba, flirtuje ze mną?
   - Jak się czuję, kiedy doświadczam molestowania seksualnego?
   - Jakie myśli się pojawiają, kiedy doświadczam molestowania seksualnego?

8. Zapytaj teraz, jaką widzą **różnicę** w uczuciach i myślach, **kiedy odbywa się flirt i kiedy** dochodzi do przemocy seksualnej – **molestowania seksualnego**.

   Uczucia i myśli, które nam się pojawiają są bardzo ważne, są wewnętrznym systemem alarmowym, który informuje o naszych granicach, o tym, na co mamy ochotę i o tym, czego

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

nie chcemy. Jeśli pojawiają się nieprzyjemne uczucia, np. złość, smutek, lęk, o informacja o tym, że nie podoba nam się sytuacja i nie mamy ochoty na dane zachowanie. Możemy z nich korzystać i stawiać granice, kiedy nie mamy ochoty na dane zachowanie. Powiedz, że będziemy to ćwiczyć w dalszej części zajęć.

9. **Kiedy okazywanie zainteresowania, pożądania staje się molestowaniem seksualnym?** Skorzystaj z wcześniejszej listy (sposoby okazywania zainteresowania) i zapytaj młodzieży, co o tym myśli.

   Samo okazywanie zainteresowania jest w porządku, o ile nie przekraczamy przy tym granic cielesności, godności i intymności osoby, która nam się podoba. Przykłady przekraczających, przemocowych form okazywania zainteresowania to wulgarne zaczepki na forum grupy, dotykanie osoby, która nam się podoba bez uzyskania zgody, przy jej dezaprobacie, tzw. końskie zaloty – wszystkie te sposoby zawierają w sobie element przemocy lub upokorzenia.

   Jeżeli usłyszymy, że osoba, która nam się podoba, nie chce czegoś i kontynuujemy to, jest to molestowanie seksualne. Powszechnie funkcjonuje krzywdzący stereotyp, że „kiedy kobieta mówi NIE, NIE znaczy TAK". Stereotyp ten przyczynia się do podtrzymania przemocy seksualnej. Niektóre osoby, które dopuszczają się molestowania seksualnego, próbują unieważnić swoje przemocowe działanie, powołując się na ten stereotyp. Takie sformułowanie odbiera kobietom możliwość wyrażenia niezgody. Podkreśl, że każdy ma prawo do angażowania lub powstrzymywania się od zachowań seksualnych zgodnie z własną wolą, w granicach prawa i bardzo ważne, żeby każdy mógł wybrać i wyrazić na, co się zgadza, a na, co nie. Konieczne jest uszanowanie tych granic. **TAK znaczy TAK, a NIE znaczy NIE!**

10. **Jak można okazać zainteresowanie w sposób nieprzekraczający granic?** Zapytaj, zbierz odpowiedzi od młodzieży, w razie potrzeby uzupełnij i zweryfikuj. Możesz odwołać się do listy sposobów okazywania zainteresowania z początku zajęć.

    Jedynym sposobem jest zapytać i sprawdzić czy osoba, która nam się podoba, ma na coś ochotę oraz jak się czuje z tym, co robimy.

    Pytanie o zgodę (z ang. *consent*), a także wyrażanie swoich granic (mówienie na co mam, na co nie mam ochoty) i szanowanie tego przez każdą ze stron jest podstawą budowania bezpiecznych i satysfakcjonujących relacji.

11. **Jaka powinna być zgoda?** Podziel grupę na podgrupy. Celem każdej z grup jest zastanowienie się po czym rozpoznać, że jest zgoda obu stron na kontakt seksualny. Czy sytuacja w której ktoś mówi tak z lęku, lub presji oznacza, że osoba ta ma ochotę na kontakt? Zadanie polega na uzupełnieniu zdania: „Zgoda powinna być…"

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Zgoda (consent) - jest niezbędnym warunkiem bezpiecznych relacji. Seks bez wyrażonej zgody to gwałt lub napaść seksualna. Każda z zainteresowanych stron wyraża ją, a druga strona przestrzega wyznaczonych granic.

Zgoda musi być:

- Wyrażona **dobrowolnie i świadomie**: nie zmuszasz nikogo do wyrażenia zgody, druga strona angażuje się, bo tego na prawdę chce. Jeśli jedna ze stron śpi, jest zamroczona alkoholem, narkotykami itp. nie jest w stanie dobrowolnie i świadomie zaangażować się w seks - nie ma więc zgody
- **Entuzjastyczna**: w seksie robicie tylko to, czego na prawdę chcecie - nie to, co czujecie, że powinniście zrobić
- **Konkretna**: wyrażenie zgody na jedną rzecz, nie oznacza zgody na inną. Możecie wyrazić zgodę na przytulanie się i całowanie, to nie oznacza, że wyrażacie zgodę na stosunek

Przestrzeganiem ustaleń: np. jeśli zgadzacie się na stosunek z prezerwatywą, a jedna ze stron jej jednak nie założy - to nie jest pełna zgoda, granice zostały naruszone

- **Odwracalna**: w każdym momencie macie prawo wycofać wyrażoną zgodę. Nawet jeśli się na coś zgodziłaś/eś, ale zmieniłaś/eś zdanie - powiedz nie! Nawet jeśli robiliście już jakieś rzeczy wcześniej - możecie nie chcieć ich w tej sytuacji

12. Podziel młodzież na mniejsze grupy (3-5-osobowe) i powiedz, że kolejnym zadaniem będzie wypracować **sposoby wyrażania zgody i niezgody**. Szczególnie słownie, ponieważ jest to najbardziej konkretna i jasna forma komunikacji.

    Przygotuj zielone i czerwone karteczki (post-ity) i wróć do tabelki FLIRT I MOLESTOWANIE. Rozdaj każdej grupie karteczki – po kilkanaście kartek zielonych i kilkanaście czerwonych. Przyklej zieloną kartkę w kolumnie z napisem FLIRT i narysuj na niej uśmiechniętą buzię. Wyjaśnij, że na zielonych kartkach mają zapisać wszystkie sposoby, które przyjdą im do głowy (każdy sposób oddzielnie, po jednym na kartkę) na to:

    ? Jak mogę powiedzieć, że zgadzam się na coś w relacjach seksualnych? (zielone światło).

    Na kolumnie z napisem MOLESTOWANIE przyklej czerwoną kartkę i narysuj na niej niezadowoloną buzię. Wyjaśnij, że na czerwonych kartkach mają zapisać wszystkie sposoby, które przyjdą im do głowy(każdy sposób oddzielnie, po jednym na kartkę) na to.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

? Jak mogę powiedzieć lub pokazać, że nie zgadzam na się na coś w relacjach seksualnych?

Możesz podać przykłady, jeśli młodzież ma kłopot, np.:

- „Podobasz mi się i chcę spędzić z Tobą więcej czasu. Czy pójdziesz ze mną na spacer?”.
- „Czy mogę cię pocałować?”.
- „Przestań, nie podoba mi się, kiedy tak robisz”.

Przeznacz na to zadanie kilka minut, po czym poproś grupy o zaprezentowanie wyników, przyklejając odpowiedzi na właściwe miejsca. Poproś, żeby pierwsza grupa przeczytała i przykleiła kolejno po 2 odpowiedzi zielone (wyrażające zgodę) i 2 czerwone (wyrażające niezgodę) w odpowiednich kolumnach, po czym kolejna grupa kolejne 2 komunikaty czerwone i 2 komunikaty zielone. Kiedy dojdziesz do ostatniej grupy, kontynuuj z grupą pierwszą, drugą itd. aż do wyczerpania odpowiedzi. Odpowiedzi mogą się powtarzać, to nie ma znaczenia. Sam proces wyrażania na głos komunikatów jest formą ćwiczenia wyrażenia granic i pytania o zgodę (*consent*).

Grupy nie przyklejają wszystkich kartek na raz, po to, aby dać możliwość kolejnym grupom powiedzenie czegoś jako pierwsze, zamiast powtarzania tego, co powiedziała grupa pierwsza.

W efekcie cała kolumna flirtu będzie oklejona zielonymi karteczkami z przykładami odpowiedzi wyrażających zgodę, a kolumna molestowania będzie wyklejona czerwonymi karteczkami z przykładami reakcji wyrażających niezgodę. Podaj swoje przykłady, jeśli młodzież czegoś nie powie.

Jeśli w odpowiedziach nie pojawią się bezpośrednie werbalne komunikaty, zapytaj na forum o przykłady takich komunikatów, uzupełnij nimi tabelkę.

13. Zapytaj o to,**jakie uczucia, które pojawiły się podczas wykonywania tego zadania?**

Często okazuje się, że bezpośrednie, werbalne pytanie o zgodę i werbalne wyrażanie granic jest trudne. Pojawia się skrępowanie, zawstydzenie, bo nie jesteśmy tego nauczeni. Jeśli tak jest,

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

dopytaj,co sprawia, że jest to trudne, a co pomaga? Zapytaj, jakie są korzyści bezpośredniego wyrażania granic i pytania o zgodę?

Podsumuj, że umiejętność wyrażania granic i pytania o zgodę służy tworzeniu relacji opartych na obopólnej zgodzie i szacunku. To metody, które pozwalają minimalizować ryzyko przemocy seksualnej i umożliwiają reagowanie. Skorzystaj z odpowiedzi młodzieży, uzupełnij i zweryfikuj, jeśli jest taka potrzeba.

14. **Co można zrobić, kiedy doświadcza się lub jest się świadkiem nadużycia seksualnego?**

Zbierz odpowiedzi.

15. **Czasami nadużycia seksualne zdarzają się w szkole, domu czy pracy ze strony osób, od których jesteśmy zależni, np. nauczyciel lub nauczycielka wobec ucznia czy uczennicy, szef/szefowa w pracy. Co można wtedy zrobić?**

Przykładowe odpowiedzi (zbierz i uzupełnij,jeśli się nie pojawią):

- Możesz nazwać i powiedzieć to sprawcy lub sprawczyni przemocy[5]: „To, co teraz robisz, jest molestowaniem, nie zgadzam się na to"; „To, co mówisz, jest molestowaniem, nie mów tak do mnie". Powiedzenie tego jest ważne, ponieważ często osoba molestująca nie poczuwa się do winy. Pokaż jej, że zdajesz sobie sprawę z jego/jej złego zachowania. Czasami zatrzymuje to zachowanie. Pamiętaj jednak, że nie musisz tego robić. Nawet jeśli nie reagujesz, winę za przemoc ponosi osoba, która się jej dopuszcza, a nie Ty. Przedstawiona reakcja może być szczególnie trudna, jeśli jest się zależnym od tej sprawcy czy sprawczyni przemocy, np. jest to nauczycielka czy pracodawca.
- Jeśli jesteś świadkiem molestowania, poinformuj osobę molestowaną i/lub molestującą, że Twoim zdaniem jest to molestowanie. Potwierdzenie z zewnątrz może być niezwykle ważne dla osoby, która doświadcza przemocy, może ułatwić jej rozpoznanie się w sytuacji. Osoby,które doświadczają przemocy, mogą mieć wątpliwości czy to rzeczywiście przemoc, mogą myśleć, że „nie przesadzają" albo „może mi się tylko wydaje".
- Można poinformować o sprawie dorosłe osoby w Twojej szkole, np. psycholog, pedagog szkolny albo wychowawcę – mają obowiązek Ci pomóc.

5 Można przy tym skorzystać z modelu asertywnego reagowania przedstawionego wcześniej – model UFO.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

- Można powiedzieć o tym komuś, komu ufasz (rodzina, życzliwy dorosły, kolega czy koleżanka).
- Można zgłosić sprawę na policję.
- Można szukać pomocy w lokalnych lub ogólnopolskich organizacjach działających przeciwko przemocy np. Centrum Interwencji Kryzysowej w Gdańsku, tel. 058 511 01 21 (czynne całą dobę), Niebieska Linia, tel. 022 668 70 00 czy Młodzieżowy Telefon Zaufania Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, tel. 022 635 93 92.

16. Ćwiczenie stawiania granic w asertywny sposób. Zapytaj: **Co to jest asertywność?**

Zbierz odpowiedzi z grupy i wprowadź pojęcie asertywności (jeśli się nie pojawi) oraz przykładowy model asertywnego wyrażania sprzeciwu, znajdujący się w Materiale pomocniczym nr 2.

Podkreśl, że w sytuacji, kiedy czujemy, że ktoś przekracza nasze granice, mamy pełne prawo do stanowczego reagowania, jeśli łagodniejsze formy reakcji nie działają (asertywny komunikat), możemy sięgać po inne rozwiązania, które pozwolą się obronić czy wsparcie na zewnątrz (życzliwi dorośli, kadra psychologiczno-pedagogiczna w szkole, wsparcie kolegów i koleżanek czy wsparcie wymienionych wyżej instytucji).

17. Podziel młodzież na trzyosobowe grupy. Powiedz, że za chwilę każda z grup wylosuje po jednej sytuacji, w której dochodzi do przekroczenia granic (do losowania sytuacje w Materiale pomocniczym nr 3). Zadaniem grupy będzie wymyślić asertywną reakcję i przećwiczyć ją w małej grupie. Następnie grupy będą kolejno prezentować swoją reakcję na forum grupy[6]. Omów scenki zgodnie z metodologią pracy ze scenkami.

18. Podsumuj zajęcia pokazując dwa filmy odnoszące się do przemocy seksualnej:
    - *3 perspektywy – Głosy Przeciw Przemocy* film Grupy Edukatorów Antyprzemocowych[7], dostępny na www.youtube.com/watch?time_continue=126&v=17fDZH6cdOU.
    - *Dzielne Dziewczyny – rymy w sercu*– utwór rapowy grupy nastolatek, stworzony w ramach projektu „Dzielne Dziewczyny" Stowarzyszenie Praktyków Kultury[8], dostępnyna www.youtube.com/watch?v=lO0WFnUBgu0.

6 Jeśli dysponujesz czasem, możesz zrobić więcej scenek, aby każda osoba mogła przetestować asertywne zachowanie.

7 Za zgodą Grupy Edukatorów Antyprzemocowych, udzielonej przez członka organizacji Davida Sypniewskiego. Zgoda z dnia 29.10.2017, do korzystania w celach edukacyjnych.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Zapytaj młodzieży o wrażenia, jak się słuchało i oglądało?Jakie przesłania niosą filmy? Co o nich myślą?

Podsumuj zajęcia,przypominając młodzieży o tym, że nikt nie ma prawa naruszać cudzej godności czy intymności. Seksualność i płciowość to kwestie szczególnie intymne i wymagają szczególnej troski, szacunku i ochrony przed przemocą, po to, aby móc z nich korzystać, w zgodzie ze sobą dla własnej radości i przyjemności.

19. Przekaż młodzieży ustalenia dotyczące miejsc osób, do których młodzież może się zwrócić, jeśli będzie miała pytania dotyczące tematów związanych z seksualności (m. in. Młodzieżowy Telefon Zaufania Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton, tel. 022 635 93 92).

20. Poproś każdą z osób uczestniczących o krótką informację zwrotną, jak kończą cykl zajęć:

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć
- Które treści prezentowane na cyklu zajęć były dla Ciebie najbardziej przydatne?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

21. Rozdaj ankiety ewaluacyjne oraz przygotowane broszury.

22. Podziękuj za wspólny czas,zbierz ankiety ewaluacyjne i pożegnaj się z grupą.

8 Za zgodą Stowarzyszenia Praktyków Kultury, udzielonej przez reprezentanta organizacji Davida Sypniewskiego w dniu 29.10.2017, do korzystania w celach edukacyjnych.

9

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

Materiał pomocniczy nr 1

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga [9]

oprac. na podstawie B. Wojciszke *Psychologia miłości* (2014)

Miłość jako stan, składa się z trzech składników, które występują w zależności od przeżywanej fazy rozwoju związku.

1) **Intymność**–budowanie relacji dwojga osób poprzez wspólne dbanie o siebie, wzajemny szacunek, zrozumienie, wsparcie itp. Intymność buduje się powoli i utrzymuje się dość długo. Mamy na nią duży wpływ poprzez sposób bycia w relacji. Np. wzajemna troska, dbanie o wspólny czas i dostarczanie sobie nawzajem przyjemnych emocji mogą uchronić związek przed szybkim wygaśnięciem intymności.

2) **Namiętność** – pobudzenie fizjologiczne wynikające z pobudzenia seksualnego i emocji w relacji. Obejmuje zarówno przyjemne (zachwyt, pożądanie, radość, wzruszenie), jak i nieprzyjemne emocje (niepokój, złość, zazdrość, rozpacz). Namiętność można poznać po pragnieniu i poszukiwaniu fizycznej bliskości, przypływie energii, uczuciu podniecenia, obsesji na punkcie partnera czy partnerki, marzeniach na jawie itp. Stan zwiększonej namiętności często opisuje się potocznie jako stan zakochania czy też zauroczenia.

   Namiętność, w przeciwieństwie do intymności, bardzo szybko osiąga wysoki poziom i szybko maleje. To nieuniknione. Namiętność nie może wciąż wzrastać, to fizjologicznie niemożliwe. Namiętność może się załamać poprzez powrócenie z fantazji i wyobrażeń do realności. Po pewnym czasie odzyskujemy większą świadomość, dostrzegamy problemy i wady danej osoby czy relacji. To naturalny etap w rozwoju relacji. W tym momencie może pojawić się kryzys i wątpliwości co do chęci utrzymywania związku. Ponieważ namiętność wiąże się z wysokim pobudzeniem, funkcjonowanie ludzi w tym momencie porównuje się czasami do stanu pod wpływem środków odurzających. Podobnie jak w przypadku środków odurzających, gdy nastąpi odstawienie środka pobudzającego, może dojść do obniżenia nastroju, może się pojawić rozdrażnienie i tęsknota.

9 Jedna z teorii próbująca opisać etapy przez, które przechodzi większość związków to podana tu teorii Bogdana Wojciszke opisana w *Psychologii miłości* (2014). Należy pamiętać, że teoria to próba opisania rzeczywistości. Każdy związek ma swoją indywidualną charakterystykę, zależną od osobowości i potrzeb osób zaangażowanych w niego. Niniejszy materiał prezentuje jedną z perspektyw. W długoletnich związkach można funkcjonować, utrzymując namiętność i intymność, jednak zwykle wymaga to zaangażowania stron. Dbałość o siebie, komfort i wzajemny szacunek sprzyjają utrzymywaniu satysfakcjonujących relacji.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

3) **Zaangażowanie** –świadoma decyzja o tym, aby trwać w związku ze świadomością zarówno zalet, jak i wad partnera/partnerki, trudności i pozytywów wynikających z pozostawania w związku. Zaangażowanie obejmuje nie tylko myśli i decyzje, ale też uczucia im towarzyszące (miłość, troska, przywiązanie). To świadoma, racjonalna kontrola i świadomy wysiłek włożony w podtrzymywanie związku dwojga kochających się osób.

   Zaangażowanie wzrasta stopniowo, a gdy już dotrze do optymalnego poziomu, często pozostaje stabilne aż do samego końca. Zaangażowanie odpowiada za trwałość związku, pozwala przetrwać kryzysy, pojawiające się co jakiś czas problemy i przeszkody. Według tej koncepcji, w dojrzałym związku to właśnie zaangażowanie jest najbardziej stałym składnikiem podtrzymującym związek. Duże zaangażowanie sprzyja stabilności i utrzymaniu związku.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg B. Wojciszke:

1) **Zakochanie** – zwykle pierwsza faza rozwoju związku miłosnego. Wielu ludzi myli ją błędnie z miłością. Zakochanie trwa dość krótko, daje intensywne uczucie szczęścia, euforię. Związana z szybkim rozwojem namiętności, rozwija się też intymność.

2) **Romantyczne początki** – pojawiają się, gdy zakochanie zostanie odwzajemnione. Jest to dość krótka faza, która skupia się na namiętnych uniesieniach. Jeśli związek się rozwija, zwiększa się intymność i pojawia się zaangażowanie jako utrwalenie związku miłosnego.

3) **Związek kompletny** – najbardziej nasycona emocjami faza związku. To etap, na którym wszystkie elementy związku są na stosunkowo wysokim poziomie: namiętność, intymność oraz zaangażowanie. Namiętność zaczyna się zmniejszać w porównaniu do poprzednich etapów, jednak wciąż jest zauważalnie obecna. To najbardziej dojrzała faza związku.

4) **Związek przyjacielski** – kolejny etap, w którym namiętność zauważalnie się zmniejsza, z czasem może nawet wygasać. Autor koncepcji uważa, że ten etap związku może dostarczyć dużo satysfakcji obojgu partnerom, równocześnie zaleca, aby świadomie podejmować wysiłek w podtrzymywanie intymności. Przy dłuższych momentach zaniedbania może wygasnąć, a to może doprowadzić do rozpadu związku.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

5) **Związek pusty i jego rozpad** – do tego etapu dochodzi, kiedy osoby będące w związku nie zadbają o podtrzymanie intymności i namiętności. Warto dbać o wspólne zaangażowanie, które może być siłą napędową związku i przeciwdziałać jego rozpadowi.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 2

Asertywność

Asertywność–oznacza bezpośrednie, uczciwe, stanowcze wyrażanie wobec innej osoby swoich uczuć, postaw, opinii w sposób respektujący uczucia, opinie, prawa i pragnienia drugiej osoby.

Asertywność obejmuje wyrażanie zarówno zgody („Mam ochotę na…"), jak i sprzeciwu („Nie zgadzam się na…"), co służy tworzeniu bezpiecznych i satysfakcjonujących relacji.

Przykładowy model reakcji asertywnej – model **UFO** od pierwszych liter poszczególnych kroków:

- **U**czucia – wyraź, jak się czujesz.
- **F**akt – nazwij, co się dzieje (czasami samo nazwanie pozwala zatrzymać osobę, która może nie mieć świadomości, że właśnie przekroczyła naszą granicę; ludzie mają postawione granice w różnych miejscach).
- **O**czekiwania – wyraź, jakie są Twoje oczekiwania, co ma się wydarzyć.

Zawstydzam się (Uczucie), *kiedy mówisz o moim wyglądzie* (Fakt), *przestań* (Oczekiwania).
Cieszę się (Uczucie), *kiedy spędzamy razem czas* (Fakt), *chcę to powtórzyć* (Oczekiwania).

Pamiętaj, że…

- ✓ Kiedy chcesz odmówić, wystarczy stanowcze NIE; nie masz obowiązku się tłumaczyć.
- ✓ Masz prawo wyrażać swoje uczucia i potrzeby, oczekiwania bez wstydu czy lęku
- ✓ Pamiętaj, że masz prawo powiedzieć NIE.
- ✓ Masz prawo powiedzieć TAK.
- ✓ Mówisz NIE w odpowiedzi na konkretną prośbę. Nie odrzucaj osoby, która się z nią zwróciła, tylko tę konkretną prośbę.
- ✓ Masz prawo nie wiedzieć, czego chcesz, możesz dać sobie czas do namysł, np. „Chcę się nad tym zastanowić", „Dam Ci znać później".
- ✓ W zachowaniach asertywnych ważne jest nie tylko to, co mówimy, ale jak to robimy. Ton głosu powinien być spokojny, stanowczy, a spojrzenie skierowane na osobę, z którą rozmawiamy.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Materiał pomocniczy nr 3

Przykładowe sytuacje do scenek

Spotykasz się z Moniką od 6 miesięcy, dobrze się ze sobą czujecie. Monika od jakiegoś czasu mówi, że ma ochotę na rozpoczęcie życia seksualnego, a Ty chcesz jeszcze z tym poczekać. Powiedz o tym Monice w sposób asertywny.
Nauczyciel historii na lekcji komentuje wygląd uczennic. Mówi do Zosi: „O widać, że już robi się z Ciebie kobietka”. Zosię to krępuje i zawstydza, nie podoba jej się to zachowanie nauczyciela. Co może zrobić Zosia? Zareaguj asertywnie.
Wojtek ma 16 lat. Od 3 lat wie, że podobają mu się chłopcy. W tym roku zaczął mówić otwarcie, że jest gejem. Kilka osób w klasie zaczęło się z niego wyśmiewać. Jak powinien zareagować w asertywny sposób?
Jesteś w towarzystwie znajomych, którzy wyśmiewają się z Ciebie, ponieważ jako jedyny/jedyna z tej grupy mówisz otwarcie, że nie miałaś jeszcze kontaktów seksualnych. Żarty Cię denerwują. Zareaguj asertywnie.
Znajoma Twoich rodziców chce Cię podwieźć do domu po szkole. Czujesz się źle w jej towarzystwie i krępuje Cię ta propozycja. Zareaguj asertywnie.
Masz chłopaka, z którym jest Ci dobrze, jednak czasami, kiedy jesteście w większej grupie z jego znajomymi, chłopak żartuje sobie z Ciebie w bolesny dla Ciebie sposób. Złościsz się, kiedy to robi. Powiedz mu o tym w asertywny sposób.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Podoba Ci się chłopak, który nie zwraca na Ciebie uwagi. Chcesz go lepiej poznać. Zareaguj asertywnie.
Jesteś w związku z chłopakiem. Chcesz rozpocząć życie seksualne i nie masz pewności czy Twój chłopak jest na to gotowy. Chcesz o tym porozmawiać, zachowując się asertywnie.
Twój wujek na uroczystościach rodzinnych opowiada przy Tobie wulgarne żarty. Nie podoba Ci się to. Zareaguj asertywnie.
Jesteś osobą transpłciową i od kilku lat wiesz, że mimo że masz ciało dziewczyny, czujesz się chłopakiem. Twoi bliscy znajomi już o tym wiedzą i wspierają Cię. Pragniesz, żeby nauczyciele zwracali się do Ciebie w formie męskiej. Zareaguj asertywnie.
Chcesz rozpocząć życie seksualne i ważne jest dla Ciebie Twoje zdrowie, dlatego chcesz, żebyście oboje przebadali się zanim rozpoczniecie współżycie. Powiedz o tym swojej dziewczynie w sposób asertywny.
Od 2 lat jesteś w związku z dziewczyną. Twoje uczucia do niej zmieniały się w ciągu dwóch lat. Bardzo ją lubisz, a równocześnie wiesz, że nie chcesz już z nią być. Chcesz jej o tym powiedzieć. Zrób to asertywnie.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Jesteś w związku od 3 lat. Jesteś wierzącą katoliczką i chcesz poczekać z rozpoczęciem współżycia do ślubu. Powiedz asertywnie o tym swojemu chłopakowi.
Zdecydowałeś się na współżycie z dziewczyną. Chcesz zadbać o antykoncepcję, porozmawiaj o tym ze swoją dziewczyną w sposób asertywny.
Zdecydowałaś się na rozpoczęcie współżycia ze swoim chłopakiem, zgodziliście się, że skorzystacie z prezerwatywy. W trakcie współżycia chłopak zmienia zdanie i nalega, żebyście kochali się bez zabezpieczenia. Nie chcesz ryzykować. Zareaguj asertywnie.

Projekt w całości sfinansowany ze środków Miasta Gdańska

Załącznik Nr 20 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności (dzisiejsze spotkanie)
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

Cel zajęć

dowiemy się, co to jest **zdrowie seksualne**, jak o nie dbać i jak je chronić, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, psychologicznej i seksuologicznej.

Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych

- Seksualność jest szczególnie intymną i wrażliwą sferą w życiu człowieka, dlatego powinna podlegać szczególnej ochronie.

- Deklaracja opisuje prawa i obowiązki, które wiążą się z poszanowaniem seksualności, zarówno własnej, jak i w relacjach z innymi.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych

- Seksualność jest ważną częścią osobowości każdego człowieka.
- Seksualność wiąże się z ważnymi potrzebami, takimi jak pragnienie obcowania, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości.
- Pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu.
- Prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych

- Zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, tak samo podstawowym prawem musi być jego **zdrowie seksualne**.

- W celu zapewnienia zdrowego rozwoju seksualności jednostek ludzkich i społeczeństw wszystkie społeczeństwa muszą uznawać, promować, szanować zdefiniowane prawa seksualne i bronić ich wszystkimi środkami.

- Zdrowie seksualne rozwija się w środowisku, które uznaje, respektuje i stosuje te prawa seksualne.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych

- Światowa Organizacja Zdrowia Seksualnego (*World Association for Sexual Health, WASH*), stworzyła dokument w którym opisała prawa seksualne (16 praw, WASH 2014) należne każdej osobie.

- Uznała, że prawa te są niezbędne do osiągnięcia najlepszego możliwego stanu zdrowia seksualnego.

- Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka opisuje sytuację optymalną, do której należy dążyć, żeby wspierać zdrowy rozwój seksualny. Niestety w wielu krajach prawa te są łamane.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych (WASH, 2014)

- **Zdrowie seksualne** to dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością, czyli więcej niż stan braku choroby, dysfunkcji lub ułomności

- Zachowanie zdrowia seksualnego wymaga pozytywnego i pełnego poszanowania stosunku do seksualności i relacji seksualnych, jak również do samej możliwości przeżywania przyjemnych i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych (WASH, 2014)

Prawa seksualne mają swoje źródło w **niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich***, jak też wiążą się z zobowiązaniem do zapewnienia im **ochrony i nietykalności**.

*bez względu na pochodzenie, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy, narodowość, stan majątkowy, (niepełno)sprawność, wiek, narodowość, stan cywilny, sytuację rodzinną, orientację seksualną, tożsamość płciową, stan zdrowia, miejsce zamieszkania, sytuację ekonomiczną itd.

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych (WASH, 2014)

- Wszelkie formy przemocy, napastowania, nękania i molestowania, dyskryminacji, wykluczenia i stygmatyzacji stanowią naruszenie praw człowieka, mając wpływ na dobrostan jednostki, rodziny i społeczności.

- Prawa seksualne obejmują ochroną prawo każdego człowieka do korzystania ze swojej seksualności i jej wyrażania oraz do **zachowania zdrowia seksualnego z należytym poszanowaniem praw innych**.

Ćwiczenia
Deklaracja Praw Seksualnych

ZdrovveLove

Deklaracja Praw Seksualnych:

(oprac. na podstawie Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka WAS, 2014)

1. Prawo do prywatności
2. Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji seksualnej
3. Prawo do równości i wolności od dyskryminacji
4. Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci
5. Prawo do wolności od wszelkich form przemocy przymusu.
6. Prawo do zawierania, życia w i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich i innych relacji
7. Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich

Prawo do wolności od wszelkich form przemocy i przymusu

Każdy człowiek ma prawo do wolności od wszelkich form przemocy oraz przymusu w zakresie seksualności, w tym do wolności od: gwałtu, niegodziwego traktowania w celach seksualnych, molestowania, nękania i napastowania seksualnego, zastraszania, wykorzystywania i niewolnictwa seksualnego, sprawdzania dziewictwa itp..

Prawo mówi też o wolności od przemocy ze względu na płeć, orientację seksualną, tożsamość płciową i sposób jej wyrażania.

Prawo do prywatności

Każdy człowiek ma prawo do prywatności w zakresie seksualności, życia seksualnego, wyborów dotyczących własnego ciała oraz do relacji i praktyk seksualnych opartych na zgodzie każdej ze stron. Obejmuje też prawo do kontroli nad ujawnianiem informacji osobistych z zakresu seksualności osobom trzecim.

Prawo do równości i wolności od dyskryminacji

Każdy człowiek ma prawo do korzystania ze wszystkich praw seksualnych wymienionych w Deklaracji, bez różnicowania ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, kraj pochodzenia, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, stan majątkowy, urodzenie, niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną, tożsamość płciową, płeć społeczno-kulturową i jej wyraz, stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, sytuację społeczną oraz stan lub status danej osoby.

Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji seksualnej

Każdy człowiek ma prawo do nauki oraz do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności. Kompletna i wyczerpująca edukacja seksualna musi być dostosowana do wieku, zgodna z naukowym stanem wiedzy oraz opracowana w oparciu o prawa człowieka, równość płciową, jak też pozytywne nastawienie do seksualności i przyjemności.

Prawo do zawierania, życia w i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich i innych relacji

Każdy człowiek ma prawo do zawarcia związku, życia w związku oraz do jego rozwiązania, bez bycia poddanym jakiemukolwiek rodzajowi dyskryminacji czy wykluczenia. Niniejsze prawo obejmuje także równe prawa do świadczeń społecznych oraz innych świadczeń bez względu na formę i rodzaj związku lub relacji.

ZdrovveLove

Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci

Każdy człowiek ma prawo do podejmowania decyzji o nieposiadaniu lub posiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między kolejnymi dziećmi.

Korzystanie z niniejszego prawa wymaga dostępu do świadczeń i usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w zakresie ciąży, antykoncepcji, płodności, przerwania i zakończenia ciąży oraz adopcji.

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Załącznik Nr 21 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

ZdrovveLove

Dojrzewanie
– rozwój psychoseksualny

za: Haeberle, Archives od Sexology (2007)

Co to jest płeć?

Co wiecie o dojrzewaniu?

Kiedy się zaczyna?

Jakie zmiany się pojawiają?

Płeć

- Pojęcie które jest różnie definiowane. Uproszczona definicja mówi o podziale na kobiety i mężczyzn, co można rozpoznać po cechach biologicznych oznaczanych jako kobiece i męskie.
- „Zespół cech odróżniających mężczyzn od kobiety”.
- Rzeczywistość okazuje się być dużo bardziej złożona.

Płeć (Za:. K. Nowosielski)

Przykładowe kryteria (wyznaczniki) płci:
1. płeć genetyczna
2. płeć gonadalna – pierwszorzędowe cechy płciowe
3. płeć genitalna – drugorzędowe cechy płciowe
4. płeć hormonalna
5. płeć gonadoforyczna
6. płeć germinatywna
7. płeć fenotypowa – trzeciorzędowe cechy płciowe
8. płeć somatyczna
9. płeć psychiczna
10. płeć społeczna

Nie zawsze jest zgodność pomiędzy różnymi wymiarami płci (u jednej osoby mogą występować cechy wskazujące zarówno na płeć żeńską, jak i męską)

Cechy płciowe

- **Pierwszorzędowe cechy płciowe** – to narządy płciowe oraz wszystkie struktury płciowe i reprodukcyjne, wewnętrzne i zewnętrzne, z którymi przychodzimy na świat (np. łechtaczka, macica, jajniki, jajowody, penis, prostata, jądra, nasieniowody).

- Drugorzędowe cechy płciowe – to cechy płciowe, które pojawiają się w okresie dojrzewania pod wpływem działania hormonów płciowych.

ZdrovveLove

Cechy płciowe u ludzi

Żeńskie:

Pierwszorzędowe:
- Jajniki
- wargi sromowe większe i mniejsze
- łechtaczka
- pochwa
- macica
- jajowody

Drugorzędowe:
- biust
- specyficzne owłosienie ciała
- specyficzne rozłożenie tłuszczu na ciele (szerokie biodra itp.)
- proporcje budowy ciała

Męskie:

Pierwszorzędowe:
- Jądra
- moszna
- nasieniowody
- penis

Drugorzędowe:
- specyficzne owłosienie ciała
- męskie umięśnienie ciała i specyficzna budowa (węższe biodra, szersze ramiona itd.)
- męski głos
- jabłko Adama

Co to są hormony płciowe?

- Substancje chemiczne, które rozprzestrzeniają się po organizmie wraz z krwią.
- Wpływają na funkcje i organy reprodukcyjne w organizmie człowieka.
- Hormony płciowe, tzw. „męskie” (testosteron) i „żeńskie” (estrogeny i progesteron) występują u każdej płci, w różnych proporcjach.
- Przed pokwitaniem - średni poziom hormonów płciowych męskich (androgenów) i żeńskich (estrogenów) u dzieci jest zbliżony.

Hormony płciowe

- **Testosteron** odpowiada za rozwój pierwszorzędowych cech męskich w okresie prenatalnym, drugorzędowych cech płciowych męskich i niektórych żeńskich w okresie pokwitania, siłę popędu seksualnego (pożądania) u obu płci i poziom agresywności.
- Główne źródła: jądra (u mężczyzn) i nadnercza (u kobiet)
- **Estrogeny** odpowiadają za rozwój drugorzędowych cech płciowych żeńskich i biorą udział w regulacji cyklu menstruacyjnego.
- **Progesteron** – bierze udział w regulacji cyklu miesięcznego i powstrzymuje owulację w czasie ciąży.
- Główne źródła – jajniki i tkana tłuszczowa (kobiety) i jądra oraz nadnercza (mężczyźni).

Hormony płciowe

- Przed pokwitaniem - średni poziom hormonów płciowych męskich (androgenów) i żeńskich (estrogenów) u dzieci jest zbliżony.
- W okresie pokwitania - u chłopców poziom androgenów wzrasta do wyższego poziomu. U dziewczynek wzrasta poziom androgenów, ale przede wszystkim estrogenów.
- Hormony te i ich wzajemny balans odpowiedzialne są za sposób, w jaki rozwiną się drugorzędowe cechy płciowe.
- Hormony płciowe są istotne w okresie adolescencji dla osiągnięcia dojrzałości płciowej, a następnie dla podtrzymania płodności.

Pokwitanie u dziewcząt (11-13 lat)

- produkcja estrogenów i progesteronu w jajnikach i pojawienie się miesiączkowania
- powiększenie i zmiana koloru zewnętrznych narządów płciowych
- wzrost gruczołów sutkowych (telarche)
- wzrost owłosienia łonowego (pubarche, przeciętnie 2 lata po telarche)
- owłosienie pachowe
- „skok pokwitaniowy” – duży przyrost wzrostu
- pojawienie się potrzeby seksualnej
- pierwsza miesiączka (menarche)

Skala Tannera – rozwój cech płciowych u dziewcząt

Za: Michał Komorniczak, Poland - Creative Commons i https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Tannera#/media/File:Tanner_scale-female.svg

Pokwitanie u chłopców (12-16 lat)

- powiększenie i zmiana koloru zewnętrznych narządów płciowych
- rozpoczęcie spermatogenezy i produkcji testosteronu w jądrach
- wzrost masy mięśniowej i siły fizycznej
- zdolność do wytrysku (ejakulacji)
- mutacja głosu
- wzrost owłosienia łonowego (pubarche)
- owłosienie pachowe i całego ciała
- zarost na twarzy
- „skok pokwitaniowy” – duży przyrost wzrostu
- pojawienie się potrzeby seksualnej

Skala Tannera – rozwój u chłopców

Za: Michał Komorniczak, Poland - Creative Commons i https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Tannera#/media/File:Tanner_scale-male.svg

Potrzeba seksualna, popęd seksualny

Biologiczna potrzeba związana min. z wpływem hormonów płciowych, przejawiająca się w pojawianiu się stanu **napięcia seksualnego**, domagającego się rozładowania.

Szczególnemu nasileniu podlega w okresie pokwitania (11-16 r.ż.) i utrzymuje się przez dorosłe życie.

ZdrovveLove

Masturbacja

Opracowanie: dr Katarzyna Bojarska

- Masturbacja jest to samodzielna stymulacja narządów płciowych, podejmowana w celu uzyskania przyjemności seksualnej. Akt masturbacji najczęściej (ale niekoniecznie) kończy się orgazmem, czyli odczuciem bardzo silnej cielesnej przyjemności, po którym następuje rozładowanie napięcia seksualnego.

- Masturbacja to powszechne, naturalne, bezpieczne i domyślne doświadczenie seksualne ludzi i to właśnie ona stanowi pierwsze doświadczenie seksualne w życiu większości ludzi na świecie w całej historii ludzkości.

- Istnieją przeróżne sposoby masturbacji, poszczególne osoby mogą stosować niepowtarzalne techniki lub przedmioty.

ZdrovveLove

Masturbacja

Opracowanie: dr Katarzyna Bojarska

- Dla zdrowia ważne jest, aby masturbacja podejmowana była w higieniczny i bezpieczny sposób (czyste ręce, okoliczności niezagrażające okaleczeniem ciała).

- Z punktu widzenia reguł współżycia społecznego ważne jest, aby masturbacja odbywała się w prywatnym miejscu, aby postronne osoby nie znalazły się w niekomfortowej sytuacji stania się jej świadkiem.

- Celowe wystawianie się z własną masturbacją na widok postronnej osoby stanowi niedopuszczalne nadużycie seksualne.

ZdrovveLove

Zdrowa ilość masturbacji (1/2)

Opracowanie: dr Katarzyna Bojarska

- Każde z nas ma niepowtarzalny temperament seksualny, jedne osoby mają silniejsze i częstsze potrzeby, a inne – rzadsze i słabsze.

- Nie należy się bać „przedawkowania" masturbacji. O „przedawkowaniu" możemy mówić wtedy, gdy dostarczymy organizmowi więcej stymulacji seksualnej, niż organizm sam się tego domaga. W takiej sytuacji organizm sam zmniejszy tymczasowo naszą ochotę na aktywność seksualną i naszą pobudliwość. Ochota wzrośnie po zastosowaniu przerwy (czasem po kilku dniach, a czasem tygodniach), gdy organizm będzie miał szansę odpocząć.

ZdrovveLove

Zdrowa ilość masturbacji (2/3)

Opracowanie: dr Katarzyna Bojarska

- Przy zbyt małej ilości masturbacji w stosunku do potrzeb organizmu, nasza pobudliwość będzie rosnąć i organizm coraz mocniej będzie się domagać zaspokojenia seksualnego.

- Unikanie masturbacji mimo wyraźnych potrzeb organizmu może prowadzić do poczucia utraty kontroli nad własną seksualnością, a przy silnych potrzebach – czasem włącznie z pokusą podejmowania takich zachowań, które stanowią nadużycie seksualne względem innych osób (ocieranie się o inne osoby, dotykanie innych osób bez ich zgody o podtekście seksualnym, nagabywanie seksualne innych osób, masturbacja w obecności osób postronnych).

- Rozwiązaniem jest dostosowanie częstości masturbacji do potrzeb organizmu, aby potrzeba seksualna nie przejęła kontroli nad naszym zachowaniem.

ZdrovveLove

Zdrowa ilość masturbacji (3/3)

Opracowanie: dr Katarzyna Bojarska

Poczucie winy, które odczuwają niektóre osoby w związku z masturbacją, bierze się tylko z opartych na niewiedzy negatywnych postaw wobec masturbacji.

Z seksuologicznego punktu widzenia masturbacja jest zdrowym i naturalnym i bezpiecznym zachowaniem.

Unikanie masturbacji kierowane poczuciem winy, mimo wyraźnych potrzeb organizmu, może powodować wzrost pobudliwości seksualnej i poczucie utraty kontroli nad własną seksualnością. To z kolei zwiększa poczucie winy i tworzy się błędne koło.

Ćwiczenie
“Wycieczka do innego świata”

Stereotyp

- funkcjonujący w świadomości społecznej uproszczony, skrótowy i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości, odnoszący się do: grup społecznych, osób, sytuacji, instytucji.

- Stereotyp sprawia, że identyczne cechy zostają przypisane wszystkim bez wyjątku członkom grupy, niezależnie od rzeczywistych różnic między nimi.

Uprzedzenie

- wrogie bądź negatywne **nastawienie** dotyczące wyróżniającej się grupy ludzi, oparte wyłącznie na ich przynależności do tej grupy.

- Uprzedzenia karmią się negatywnymi stereotypami dotyczącymi poszczególnych grup i osób do nich należących.

- W toku wzrastania w społeczeństwie wszyscy uwewnętrzniamy stereotypy i uprzedzenia. Odchodzenie od nich wymaga wysiłku.

- Jeśli mamy świadomość , że stereotyp zniekształca rzeczywistość, to możemy zdecydować żeby sprawdzić jak jest zamiast kierować się nim na ślepo.

Heteronormatywność

- domyślne przekonanie o tym, że ludzie i my sami jesteśmy heteroseksualni, do momentu aż nie okaże się, że jest inaczej.

- wynika ze społecznych oczekiwań, kształtowanych w procesie wychowania.

Np. małym dziewczynkom mówi się, że jak dorosną to znajdą księcia na białym koniu. Nie zakłada się, że dziecko może okazać się lesbijką.

- Osoby homoseksualne i biseksualne również uwewnętrzniają ten pogląd, stąd proces **coming outu.**

Coming out

Ujawnienie swojej tożsamości płciowej i/lub orientacji seksualnej.

Najpierw dochodzi do uświadomienia sobie bycia osobą homoseksualną, czy biseksualną przed samym/samą sobą.

Kolejnym krokiem, jest ujawnienie swojej przed innymi. Nie wszyscy się na to decydują, z różnych powodów (lęku, braku wsparcia, próby wyparcia swoich uczuć, świadomego wyboru wynikającego z raku wsparcia czy życzliwości w otoczeniu i in.).

ZdrovveLove

Tożsamość seksualna

nazywana też orientacją seksualną

- Sposób w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje i/lub z którymi nawiązuje relacje intymne.

- Najczęściej mówi się o orientacji **heteroseksualnej** (pociąg do osób odmiennej płci), **homoseksualnej** (pociąg do osób tej samej płci) i **biseksualnej** (wobec osób różnej płci).

- Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób) jak i nienazwane.

Zgodnie z współczesnymi standardami w dziedzinie zdrowia psychicznego i seksualnego (APA, APA, WHO, WASH, PTS) **heteroseksualność, homoseksualność i biseksualność stanowią naturalne, uprawnione i zdrowe sposoby wyrażania się seksualności.**

Dodatkowo Polskie Towarzystwo Seksuologiczne *wzywa „zdrowotne organizacje naukowe oraz wszystkich indywidualnych psychologów, psychiatrów i innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego" do podjęcia „działań polegających na* ***dementowaniu stereotypów i uprzedzeń*** *wobec homoseksualności".*

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Źródła:

- Erwin J. Haeberle (2003-2013) Magnus Hirschfeld Archive for Sexology, Humboldt University, dostępne na : http://www.sexarchive.info/Entrance_Page/Free_Online_Courses/free_online_courses.htm (Haeberle)
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
- Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA)
- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA)
- Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Seksualnego (WASH)
- Polskie Towarzystwo Seksuologiczne (PTS)

ZdrovveLove

Załącznik Nr 22 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

Anatomia – budowa i funkcje narządów płciowych

Ćwiczenie - Męskie narządy seksualne

Obrazy za: K. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009,s. 96. Za zgodą autorek do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne*.

? Jak się nazywają męskie komórki rozrodcze?

? Gdzie powstają plemniki?

? Co się znajduje w nasieniu?

? Jak dochodzi do zapłodnienia?

Obrazy za: K. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009,s. 96. Za zgodą autorek do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne*.

ZdrovveLove

Polucje

inaczej zmazy nocne

- To mimowolne wytryski nasienia podczas snu.
- Niektórzy chłopcy nie doświadczają polucji i nie świadczy to o ich złym rozwoju.
- Polucje pojawiają się tylko wtedy, gdy niezbędne jest uwolnienie nadmiaru nasienia. Występują nie tylko w okresie dojrzewania.
- U chłopców i mężczyzn, których sperma jest uwalniana na drodze masturbacji lub kontaktów seksualnych, polucje nie występują.

Ćwiczenie – żeńskie narządy płciowe

zewnętrzne

wewnętrzne

Obrazy za: K. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009,s. 96. Za zgodą autorek do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne*.

Co to jest łechtaczka?

- Łechtaczka jest to narząd, której funkcją jest dostarczanie seksualnej przyjemności, której szczytowym punktem jest orgazm.

- Łechtaczka jest narządem w głównej mierze wewnętrznym. Jedynie jej niewielka część (żołądź) widoczna jest na zewnątrz, pod kapturkiem łechtaczki. Trzon i odnogi łechtaczki, które uczestniczą w generowaniu orgazmu, znajdują się pod skórą.

Co to jest łechtaczka?

- W okresie prenatalnym łechtaczka i penis powstają z tych samych struktur. Penis powstaje pod wpływem oddziaływania na te struktury androgenów (tzw. męskich hormonów płciowych). W wypadku braku oddziaływania androgenów powstaje łechtaczka.

- Łechtaczka pod wpływem bodźców seksualnych ulega erekcji (napełnieniu krwią i rozpulchnieniu) i zaczyna interpretować bodźce dotykowe jako seksualne.

ZdrovveLove

Nawilżenie przy podnieceniu u kobiet

- Gdy kobieta jest podniecenia, ścianki pochwy wydzielają wodnistą substancję nawilżająca.
- Bez tej lubrykacji penetracja pochwy może być bolesna.
- To inny płyn niż śluz, wywarzany przez szyjkę macicy!

Czy wiesz, że…

- Struktury płciowe w okresie embrionalnym są niezróżnicowane i pod wpływem biologicznych instrukcji mogą rozwinąć się dowolnie – w żeńskim, męskim lub pośrednim kierunku. W tym ostatnim wypadku mówimy o **interpłciowości**.

- W wypadku braku wyraźnych instrukcji ku rozwojowi w kierunku męskim, embrion domyślnie rozwinie zwykle żeńskie zewnętrzne narządy płciowe, nawet jeżeli wewnętrzne struktury będą miały charakter męski lub pośredni (interpłciowość).

- Łechtaczka i penis powstają z tych samych struktur. Rodzaj i wygląd narządu płciowego zależy od ilości oddziałujących na niego w okresie embrionalnym androgenów (tzw. męskich hormonów płciowych)

Za: dr Katarzyna Bojarska

Odpowiedniki struktur płciowych

za: Haeberle, 2002

żeńskie	męskie
jajniki	jądra
Wargi sromowe większe	Moszna
Wargi sromowe mniejsze	Skóra pokrywająca penis z zewnątrz
Cewka moczowa	Cewka moczowa

Błona dziewicza

- Tkanka skórna otaczająca wejście do pochwy (zwana błoną dziewiczą) może (ale nie musi) mieć początkowo mniejszą średnicę niż penis lub inny obiekt, który może zostać do niej wprowadzony.

- W wyjątkowo rzadkich wypadkach bywa, że wejście do pochwy jest od zewnątrz całkowicie zarośnięte, a krew miesięczna nie może wówczas odpływać.

- Jeżeli do pochwy wprowadzony zostanie obiekt o większej średnicy niż otaczające tkanki, może dojść do ich rozciągnięcia lub naderwania, czemu może towarzyszyć niewielkie krwawienie.

https://pl.wikipedia.org/wiki/B%C5%82ona_dziewicza#/media/File:Gray1229.png

Błona dziewicza

- Ból towarzyszący pierwszemu wprowadzeniu penisa do pochwy (wprowadzenie = immisja), o którym krążą legendy, prawdopodobnie nie wynika najczęściej z samego w sobie naderwania otaczającej pochwę tkanki skórnej.

- Jeżeli kobieta czuje lęk lub napięcie przed aktem seksualnym, jeżeli nie znajduje się w stanie silnego podniecenia (pożądania do partnera) i jeżeli przy tym słyszała legendy o bólu, który ma ją spotkać, to mięśnie otaczające wejście do jej pochwy zaciskają się obronnie. To właśnie ten zacisk czyni penetrację bolesną.

Błona dziewicza

Aby wyeliminować główne źródło bólu, ważne, aby pierwszy raz:

- odbywał się z motywacji czysto seksualnej, tzn. **w stanie silnego podniecenia seksualnego**,
- był upragniony przez kobietę,
- odbywał się właśnie wtedy, kiedy ona tego pragnie (a nie pod wpływem subtelnej nawet presji partnera albo dlatego, że akurat nadarza się sposobność), a partner natychmiast odpowiadał na potrzeby partnerki (np. natychmiast przerwał w razie dyskomfortu).

Wówczas mięśnie pochwy będą elastyczne i gotowe na przyjęcie członka, a akt seksualny stanie się źródłem przyjemności.

ZdrovveLove

Co to jest miesiączka?

- Cykl miesięczny trwa około miesiąca, stąd nazwa miesiączki, zwykle od 3 do 5 tygodni, zazwyczaj 4.
- Inne nazwy miesiączki to okres lub krwawienie miesięczne.
- Krwawienie miesięczne to efekt oczyszczania się macicy z wyściółki, która miała służyć zagnieżdżeniu się zarodka w wypadku ciąży. Jeżeli do ciąży nie dochodzi, macica oczyszcza się. Następnie ponownie przygotowuje się na ewentualność ciąży i cały cykl powtarza się.
- Miesiączka zwykle trwa 3-5 dni. Jeśli menstruacja trwa powyżej 7 dni, warto pomyśleć o konsultacji z ginekologiem

Fazy cyklu miesięcznego

Faza 1 - Menstruacja (okres)

Organizm pozbywa się niepotrzebnej tkanki wydalając ją podczas krwawienia miesięcznego.

Faza 2 - Faza przedowulacyjna

Ciało przygotowuje jajeczko do ciąży.

Faza 3 - Owulacja

Komórka jajowa zostaje uwolnione z jajnika do jajowodu, a ciało przygotowuje macicę na przyjęcie zarodka(jeśli dojdzie do stosunku i zapłodnienia).

Faza 4 - Faza przedmenstruacyjna

Jeśli kobieta nie zaszła w ciążę, macica przygotowuje się do usunięcia niepotrzebnej tkanki, która została przygotowana na przyjęcie zarodka.

Kobiety rodzą się z kompletem komórek jajowych w jajnikach.

The Female Reproductive System

Obraz: https://en.wikipedia.org/wiki/Female_reproductive_system#/media/File:Blausen_0399_FemaleReproSyst png

Cykl miesięczny

Obraz: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/04/MenstrualCycle3_en.svg

I. Przygotowanie do owulacji: Wyściółka (endoemetrium - 1) macicy (2) rośnie, przygotowuje się tak na ewentualne przyjęcie zarodka w czasie owulacji (uwolnienia komórki jajowej).

II. Owulacja.

III. Krwawienie. Gdy nie dojdzie do zapłodnienia odłączone endometrium zostaje wydalane wraz z krwią.

Czy dziewczyna, która nie zaczęła miesiączkować może zajść w ciążę?

Tak, ponieważ płodność rozpoczyna się na 14 dni przed pierwszą miesiączką.

- Na 14 dni przed krwawieniem pojawia się owulacja.
- Przy krótkim cyklu (a jego długości nigdy nie da się przewidzieć) dni płodne mogą zbiec się z krwawieniem miesięcznym.

Źródło: Haeberle, Archives of Sexology

Gdzie dochodzi do zapłodnienia?

- Do zapłodnienia dochodzi w jajowodzie, kiedy plemnik (po wytrysku) dojdzie do jajowodu i spotka się z komórką jajową w trakcie owulacji.

ZdrovveLove

Obraz:
https://yogaindea.wordpress.com/2013/12/page/2/

Ciąża

- W przypadku ciąży macica rozszerza się. Specjalna mięśniowa struktura myometrium nie tylko pozwala na takie ogromne rozszerzenie, ale również umożliwia urodzenia dziecka dzięki tworzonej tłoczni mięśniowej Mięśnie macicy również odgrywają rolę podczas orgazmu – rytmicznie skurcze odczuwane są jako przyjemne doznanie seksualne.

Higiena

Jakie znacie środki higieniczne, które można stosować w trakcie krwawienia?

- Podpaski (jednorazowe, wielorazowe)
- Tampony
- Kubeczek menstruacyjny

Obrazy:
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vlozka0711.JPG
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tampon_removed_from_applicator.jpg
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:DivaCup.jpg

ZdrovveLove

Higiena narządów płciowych

- Płukanie pochwy może zniszczyć naturalną florę bakteryjną, która jest odpowiedzialna za zachowanie czystości pochwy.
- Płukanie pochwy nie jest czynnością konieczną – zdrowa pochwa potrafi sama dobrze zadbać o utrzymanie wewnątrz dobrych warunków i czystości.
- Penis należy myć też pod napletkiem.
- Należy unikać środków z detergentami. Można korzystać z delikatnego mydła lub płynu do higieny intymnej.

Prawidłowe wydzieliny z pochwy

1. miesiączka
2. śluz
3. lubrykacja pochwy (substancja nawilżająca)

Nieprzyjemny zapach lub kolor wydzieliny z pochwy może wskazywać na infekcję. Wskazana jest konsultacja ginekologiczna

ZdrovveLove

Narządy płciowe kobiety są zdrowe wtedy, gdy:

- nic nie boli, nie swędzi, nie piecze
- nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- śluz nie jest bardziej obfity niż zwykle
- śluz nie brudzi bielizny
- nie ma krwawień między miesiączkami
- w czasie miesiączki brzuch nie boli bardzo mocno
- nie ma problemu z oddawaniem moczu

ZdrovveLove

Kiedy do lekarza?

- Pojawia się swędzenie, pieczenie lub ból
- Występują wypryski lub inne zmiany na skórze narządów płciowych
- Jest dużo więcej śluzu niż zwykle
- Śluz ma inny kolor niż zwykle - zielonkawy, szary, żółty czy o lekko różowej barwie, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu nieprzyjemny zapach
- Wydzielina z pochwy przez kilka dni pod rząd jest bardzo gęsta, i przypomina twaróg
- Występują krwawienia pomiędzy miesiączkami
- W czasie miesiączki bardzo boli brzuch
- Jest problem z oddawaniem moczu

Do jakiego lekarza może pójść dziewczyna?

Do ginekologa

Należy udać się do ginekologa, również wtedy gdy:

- Pierwsza miesiączka opóźnia się
- Kobieta rozpoczęła współżycie

Ginekolog – badanie

Film ze strony Stowarzyszenia Edukatorów Seksualnych Ponton, dostępny na: http://ponton.org.pl/pl/strona/pierwsza-wizyta-u-ginekologa

ZdrovveLove

Regularne badanie ginekologiczne

- Pomagają zachować zdrowie seksualne i reprodukcyjne.

- Badanie dopochwowe jest bezbolesne lub odczuwa się niewielki dyskomfort. Aby stwierdzić, czy narządy płciowe rozwijają się w sposób zdrowy, lekarz/lekarka dokładnie je ogląda. Używa do tego wziernika – specjalnego przyrządu, który po wprowadzeniu do pochwy można delikatnie rozszerzyć, aby obejrzeć wnętrze pochwy i szyjkę macicy.

- W celu profilaktyki nowotworu należy regularnie wykonywać badanie cytologiczne (jest to bezbolesne badanie, które polega na pobieraniu rozmazu z szyjki macicy i jego mikroskopowej ocenie).

Jak wygląda samobadanie piersi?

(profilaktyka raka piersi)

Źródło: www.dotykamwygrywam.pl

Co może wydzielać się z cewki moczowej penisa?

- Mocz
- Nasienie
- Preejakulat (przezroczysta wydzielina z gruczołów Cowpera poprzedzająca zwykle wytrysk)

Nietypowa wydzielina z cewki moczowej, zmiany skórne, nieprzyjemny zapach lub pojawienie się trudności z odprowadzeniem napletka mogą wskazywać na infekcję.

Narządy płciowe mężczyzny są zdrowe wtedy, gdy:

- Nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- Nic nie swędzi, nie piecze, nie boli
- Nie ma problemu z oddawaniem moczu
- Z penisa nie wydziela się krew, ropa
- Na jądrach nie są wyczuwalne stwardnienia

Jeśli jest inaczej, do jakiego lekarza należy się udać?

Do urologa

Urolog ogląda i bada: brzuch, penis i jądra.

ZdrovveLove

Badanie jąder

- Warto samodzielnie wykonywać badanie jąder w poszukiwaniu guzków. Rak jąder najczęściej dotyka chłopców i mężczyzn w wieku 18-25 lat, a szybko wykryte zmiany dają większe szanse wyleczenia.

- Najlepiej wykonywać badanie raz w miesiącu, po kąpieli. Kiedy ciało jest zrelaksowane. Wtedy moszna jest luźna i łatwiej wyczuć zmiany w jądrach.

Badanie jąder – czego szukać?

Jedno z jąder może się powiększyć, puchnąć, może wydawać się cięższe.

Szukaj zgrubień, opuchlizny.

Często zmianom nie towarzyszy ból, dlatego często są późno wykrywane.

Źródło: http://kobiecointymnieizdrowo.blogspot.com/p/samobadanie-jader.html

Badanie jąder - film

Przedstaw film z badania jąder jeśli masz możliwość np.

- https://www.youtube.com/watch?v=TL2Vd2sZyn8 lub
- https://www.youtube.com/watch?v=a1FvtPtxF6M&has_verified=1

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

Źródła

- Haeberle, Basic Human Sexual Anatomy & Physiology, Free online courses. Magnus Hirschfeld Archive for Sexology. Uniwersytet Humboldta w Berlinie, http://www.sexarchive.info/ECE1/index.htm *Family Planning: A Global Handbook for Providers.* WHO.
- Obrazki za: K. Dułak, M. Kosińska, *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*, 2009,s. 96. Za zgodą autorek do korzystania jako materiał pomocniczy dla osób prowadzących zajęcia w projekcie *ZdrovveLove – zdrowie prokreacyjne*. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml> Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksaulności i relacji międzyludzkich (2009), C. H. Geboy, tłum. M. Kosinska, red. K. Dułak
- Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej. Krajowe Centrum ds. AIDS Ryzykowne zachowania seksualne – aspekt medyczny, dr n.med Ewa Baszak-Radomańska na konferencja naukowej „Wychowanie seksualne w szkole – cele, metody, problemy.” (2014)
- Chiaradonna C. *The Chlamydia cascade: enhanced STD prevention strategies for adolescents*. „Journal of pediatric and adolescent gynecology”. 5 (21), s. 233–41, październik 2008.

ZdrovveLove

Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

Cykl zajęć obejmuje 8 godzin lekcyjnych po 45 minut o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności.
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny.
3. Anatomia – zdrowie i higiena.
4. Antykoncepcja i metody planowania rodziny.
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową.
6. Role płciowe i społeczne.
7. Bezpieczne relacje – cz. I.
8. Bezpieczne relacje – cz. II.

Antykoncepcja

Co to jest antykoncepcja?

Świadome działanie mające na celu zapobieganie nieplanowanej ciąży, a jednocześnie umożliwiające człowiekowi podjęcie swobodnej decyzji o posiadaniu potomstwa.

Co to jest zapłodnienie? Co jest potrzebne, żeby doszło do zapłodnienia?

Obraz: https://pixabay.com/pl/spermy-jajko-zap%C5%82odnienie-956482/ CCO Creative Commons

Gdzie dochodzi do zapłodnienia?

Do zapłodnienia dochodzi w **jajowodzie**, kiedy (po wytrysku) plemnik dojdzie do jajowodu i spotka się z komórką jajową **w** trakcie **owulacji** kobiety.

Obraz: https://pl.wikipedia.org/wiki/Pocz%C4%99cie#/media/File:Blausen_0404_Fertilization-pl.png

Ćwiczenie

ZdrovveLove

Metody naturalnego planowania rodziny

- Wymagają powstrzymywania się od stosunków pochwowych lub stosowania innej metody zabezpieczającej przed ciążą przez około 9-12 dni w miesiącu.

- Wyznacza się je na podstawie obserwacji okresu płodnego w cyklu miesięcznym kobiety.

ZdrovveLove

Metody naturalnego planowania rodziny

1) Kalendarzyk małżeński – na podstawie obserwacji długości cyklu miesięcznego wyznacza się dni płodne.

Opiera się to na założeniach, że:

- Jajeczkowanie następuje na 14 (+/-2) dni przed spodziewaną miesiączką.
- Plemniki w sprzyjającym środowisku, jakim jest pochwa, są zdolne do zapłodnienia około 48-72 godzin.
- Komórka jajowa żyje około 24-48 godzin po owulacji.

ZdrovveLove

Jak wyznacza się dni płodne?

1. Należy notować długości 6 do 12 cykli (im więcej tym lepiej).
2. Pierwszy dzień menstruacji jest pierwszym dniem cyklu.
3. Spośród obserwowanych cykli należy wybrać dwa: najdłuższy i najkrótszy.
4. Aby otrzymać pierwszy dzień płodny cyklu, odejmujemy 18 dni od najkrótszego dnia cyklu.
5. Dni poprzedzające pierwszy dzień płodny (od pierwszego dnia miesiączki do pierwszego dnia płodnego) uznajemy za niepłodne.
6. Aby otrzymać ostatni dzień płodny cyklu, należy od ilości dni najdłuższego cyklu odjąć 11 dni.

Metody naturalnego planowania rodziny

2) Metoda termiczna – polega na sprawdzaniu temperatury, zaraz po obudzeniu się rano, najlepiej przed wstaniem z łóżka, przed posiłkiem.

Temperaturę mierzy się przez 5 minut w jamie ustnej, pochwie lub odbytnicy.

Przed owulacją temperatura ciała nieznacznie spada, zaś w okresie owulacji podwyższa się i pozostaje na podwyższonym poziomie aż do krwawienia.

ZdrovveLove

Metody naturalnego planowania rodziny

3) Metoda objawowa – polega na obserwacji śluzu. W okresie płodnym jest on śliski, przezroczysty, szklisty i ciągnący się. W okresie niepłodnym ma kolor białawo-żółty, jest mętny. Niestety można mieć problemy z interpretacją objawów. UWAGA: infekcje i grzybice narządów płciowych zwiększają ryzyko błędu.

4) Metoda objawowo-termiczna – jest to połączenie wszystkich wyżej wymienionych metod (kalendarzyk, śluz, temperatura). Dodatkowo warto zwrócić uwagę na objawy sugerujące możliwość jajeczkowania, jak np. ból jajników – silny, krótkotrwały ból w dole brzucha, poprzedzający na ok. 1-2 godziny uwolnienie komórki jajowej z jajnika.

ZdrovveLove

Metody naturalnego planowania rodziny

Zalety metod naturalnych:

- Są całkowicie obojętne dla zdrowia.
- Są akceptowane przez Kościół katolicki.

Wady metod naturalnych:

- Niska skuteczność (ok. 75%).
- Są bardzo podatne na zniekształcenia, ponieważ cykl miesięczny może ulegać zmianom pod wpływem chorób, wysiłku fizycznego, zmian w diecie, stresu, podróży, picia alkoholu i innych czynników.
- Nie poleca się kobietom, które mają nieregularne cykle, zwłaszcza nastolatkom i kobietom w okresie okołomenopauzalnym.

Nowoczesne technologie wspomagające metody naturalnego planowania rodziny

- np. Ladycomp, Pearly – to małe urządzenia do pomiarów, połączone z termometrem.
- Zwiększa skuteczność zapobiegania ciąży u tych osób, które nie chcą lub nie mogą stosować innych metod i środków antykoncepcyjnych.

Antykoncepcja mechaniczna

Mechaniczna bariera dla plemników, aby nie wniknęły do pochwy lub macicy kobiety:

- prezerwatywa męska
- prezerwatywa żeńska
- kapturki naszyjkowe
- diafragmy.

Prezerwatywa żeńska

- Skuteczność – 79%.
- Lekki i cienki lateksowy lub poliuretanowy woreczek; przypomina trochę męską prezerwatywę, jednak jest szersza.
- Zabezpiecza przed niektórymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

Obraz: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Female_condom.jpg

ZdrovveLove

Prezerwatywa męska

- „Woreczek” wykonany z lateksu, dostępny w różnych rodzajach.
- Skuteczność – 85-98% (przy właściwym zastosowaniu).
- Do celów antykoncepcyjnych nie nadają się prezerwatywy smakowe lub z dodatkowymi elementami – taki rodzaj prezerwatyw może powodować podrażnienia śluzówki pochwy. Najlepsza jest zwykła prezerwatywa.
- Prezerwatywy smakowe wymyślono do zabezpieczenia kontaktów oralnych. Jeśli jesteś uczulony na lateks, kup prezerwatywę poliuretanową.

ZdrovveLove

Diafragma i kapturek naszyjkowy

- Niska skuteczność, do 68%.
- Gumowy krążek, wykończony giętkim pierścieniem; ma stworzyć barierę dla plemników, przykrywając szyjkę macicy.
- Dobiera go lekarz.
- Najlepiej stosować go ze środkami plemnikobójczymi (pianki, żele itp.).
- W niewielkim stopniu chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.
- Umieszcza się go w pochwie najwcześniej na 6 godzin przed stosunkiem, a usuwa po 6-8 godzinach po stosunku (najpóźniej po 24 godzinach).

*Wkładka wewnątrzmaciczna, tzw. spirala

<u>Na czym polega działanie wkładki wewnątrzmacicznej tradycyjnej (z miedzią)?</u>

- Powoduje wzrost gęstości śluzu szyjkowego wywołany drażniącym działaniem samej wkładki, a także wpływem jonów miedzi i hormonów na gruczoły szyjki macicy produkujące śluz.
- Jako reakcja na ciało obce pojawiają się w śluzie krwinki białe (leukocyty), których zadaniem jest niszczenie bakterii i wirusów, a w tym przypadku plemników.
- Zmniejsza ruchliwość plemników w wyniku działania plemnikobójczego jonów miedzi oraz uniemożliwia plemnikom wejście do jajowodów, gdyż ramiona poprzeczne wkładki stanowią w tym wypadku barierę mechaniczną.

*Czasami zalicza się ją do metod mechanicznych, jednak nie tworzy bezpośredniej bariery plemnikom.

Obraz: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:IUD_with_scale.jpg

*Wkładka wewnątrzmaciczna, tzw. spirala

- Niewielkie plastikowo-miedziane urządzenie, na ogół w kształcie litery T.
- Skuteczność – **99,2%.**
- Obecnie dostępne są wkładki dla kobiet, które nie rodziły. Wkładkę zakłada lekarza w trakcie miesiączki – po założeniu obowiązuje stała okresowa kontrola.

ZdrovveLove

*Wkładka wewnątrzmaciczna, tzw. spirala

Zalety wkładki:

- Wysoka skuteczność.
- Nie odczuwa się jej.
- Nie wpływa na cykl hormonalny.
- Płodność powróci bezpośrednio po usunięciu wkładki.
- Musi być zmieniana jedynie co 2-5 lat.
- Może być umieszczona wkrótce po urodzeniu dziecka i stosowana w trakcie karmienia piersią.
- Można kupić bez recepty (ale zakłada lekarka/lekarz).

Wady wkładki:

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.
- Zwiększa ryzyko STI w pierwszych 3 tygodniach stosowania.
- Wkładka tradycyjna może spowodować nasilenie bólów w podbrzuszu i dłuższe krwawienia miesiączkowe.

Antykoncepcja hormonalna

- Polegają na stosowaniu środków hormonalnych, które blokują wydzielanie hormonów odpowiedzialnych za dojrzewanie komórek jajowych i owulację, a także powodują zmiany w śluzie szyjkowym i błonie śluzowej macicy i jajowodów.

- Polegają na „oszukaniu” organizmu kobiety, żeby „myślał”, że jest w ciąży. Dzięki temu dochodzi do zahamowania owulacji i zagęszczenia śluzu w macicy oraz zmiany jego składu tak, aby stanowił środowisko mało przyjazne dla plemników.

Obraz: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:BirthControlPatch.JPG
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Contraceptive_pills_1.jpg

Pigułki antykoncepcyjne

skuteczność do 98%

Najważniejsze zasady dotyczące stosowania:

- Brać jedna tabletkę każdego dnia, o tej samej porze przez **21 dni**, następnie **7 dni przerwy** (w tym czasie powinno pojawić się krwawienie).
- Zaczynać każde opakowanie na czas.
- Jeżeli zapomni się przyjąć tabletkę, należy ją jak najszybciej przyjąć, aby zachować działanie antykoncepcyjne. Następną pigułkę należy przyjąć o zwykłej porze. Szczegółowe informacje dotyczące pominięcia pigułki znajdują się na ulotkach dołączonych do tabletek.
- Jeśli do 3 godzin po spożyciu pigułki wystąpią wymioty lub biegunka, możliwe, że tabletka nie zdążyła się wchłonąć. Dlatego, jak tylko ustąpią nudności, należy zażyć kolejną pigułkę. Jeżeli jednak biegunka i wymioty trwałyby dłuższy czas, w celu ustalenia dalszego postępowania warto zwrócić się do lekarza.

ZdrovveLove

Plastry hormonalne

skuteczność do 99%

- Hormony trafiają bezpośrednio do krwioobiegu, dzięki temu podawane **dawki hormonów** mogą być znacznie **mniejsze** niż w tradycyjnych pigułkach.

- Ponadto **niedyspozycje pokarmowe** (nudności, wymioty, biegunki) **nie wpływają na wchłanianie** hormonów i nie wywołują obniżenia skuteczności antykoncepcji.

- Plaster przykleja się na <u>pośladku, podbrzuszu, zewnętrznych powierzchniach ramion i na barkach</u>.

ZdrovveLove

Plastry hormonalne

skuteczność do 99%

- W celu zachowania działania antykoncepcyjnego konieczna jest cotygodniowa zmiana plastra. Konieczne jest utrzymanie plastrów przez okres **3 tygodni** (w jednym 28-dniowym cyklu), potem następuje **1 tydzień przerwy**, w którym kobieta nie ma przyklejonego plastra. Metoda ta nie jest wskazana dla kobiet ważących więcej niż 90 kg.

- W trakcie przyjmowania tabletek hormonalnych może pojawić się krwawienie lub krwawienia (plamienie lub plamienia), jednak są one całkowicie niegroźne.

ZdrovveLove

Wkładka hormonalna

skuteczność do 99,8%

- Dostępna jest tylko na receptę.
- Podobna do tradycyjnej wkładki wewnątrzmacicznej. Dodatkowo jej pionowe ramię zawiera hormon/hormony.
- Uwalnia miejscowo niską dawkę hormonu, który działa podobnie jak tabletki antykoncepcyjne.
- Może łagodzić ciężkie, bolesne miesiączki.

Wkładka hormonalna

Obraz: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mirena_IntraUterine_System.jpg

Krążek antykoncepcyjny

skuteczność – 95%

- Przepisywany przez lekarza/lekarkę i dostępny tylko na receptę,
- Elastyczny, mały, przezroczysty pierścień, który aplikuje się do pochwy. Kobieta samodzielnie umieszcza pierścień w pochwie.
- Po założeniu pierścienia pozostaje on w pochwie przez 3 tygodnie – w tym czasie uwalnia hormony.
- Umiejscowienie pierścienia w pochwie nie ma zasadniczego znaczenia dla jego działania antykoncepcyjnego.
- Należy regularnie sprawdzać obecność pierścienia w pochwie
- Pierścień należy usunąć po 3 tygodniach stosowania, w tym samym dniu tygodnia, w którym był założony.
- Po trwającej jeden tydzień przerwie w stosowaniu pierścienia, zakłada się nowy pierścień.

ZdrovveLove

Metody chemiczne

skuteczność 71% przy typowym użyciu, do 82% przy idealnym użyciu

Polegają na wprowadzeniu do pochwy środków plemnikobójczych, które sprawiają, że plemniki tracą aktywność, osłabiają je. Występują w postaci globulek, kremów i pianek. Metody te polecane są jako środek wspomagający, np. obok prezerwatywy.

Pianki i kremy wprowadza się do pochwy bezpośrednio przed stosunkiem, a globulki na 15-30 minut wcześniej (czas może się różnić).

Skuteczność dość niska, dlatego zaleca się dodatkowo używać prezerwatywy (lub innych metod mechanicznych: prezerwatywy żeńskiej czy kapturka dopochwowego). Ponieważ skuteczność prezerwatyw jest wysoka, nie ma konieczności stosowania globulek w tym samym czasie.

ZdrovveLove

Metody chemiczne

skuteczność 71% przy typowym użyciu, do 82% przy idealnym użyciu

Zalety:

- Dostępne bez recepty.
- Tanie i proste w zastosowaniu.
- Kremy i żele mają dodatkowo działanie nawilżające i ułatwiające stosunek.
- Nie stanowią ryzyka dla zdrowia.

Wady:

- Nadają się raczej jako metoda wspomagająca.
- Dopiero po 8 godzinach od stosunku można wziąć kąpiel.
- Mogą powodować uczulenia i podrażnienie śluzówki.
- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

ZdrovveLove

Metody chirurgiczne

Nie są zaliczane do metod antykoncepcji ze względu na trwałe ubezpłodnienie. Zakładają interwencję chirurgiczną i powodują nieodwracalną utratę płodności:

- Podwiązanie lub przecięcie jajowodów, skuteczność 99,5% – metoda niedostępna i nielegalna w Polsce (podlega karze pozbawiania wolności).
- Wazektomia – sterylizacja mężczyzn – przecięcie nasieniowodu – metoda warunkowo dopuszczalna w Polsce choć jest to kwestia nie do końca unormowana (różne interpretacje formalno-prawne).

ZdrovveLove

Co jeśli w trakcie stosunku pękła prezerwatywa?

- Na rynku funkcjonują tabletki, tzw. **antykoncepcja awaryjna**, potocznie nazywana tabletką **„dzień po”,** które zastosowane po niezabezpieczonym stosunku, mają na celu zapobiegać ciąży.

- Metody te pomagają zapobiec ciąży, jeśli zostaną zastosowane najpóźniej do 5 dni po stosunku. Im wcześniej (w ciągu 72 godzin po stosunku), tym wyższa skuteczność.

- Nie przerywają istniejącej już ciąży i są bezpieczne dla większości kobiet, nawet dla tych, które nie mogą stosować antykoncepcji hormonalnej.

- Metoda ta budzi kontrowersje, ponieważ część środowisk przypisuje się jej działanie wczesnoporonne. **Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że substancja zawarta w tych lekach nie ma działania poronnego.**

Antykoncepcja awaryjna nie jest środkiem wczesnoporonnym

za WHO, oprac. K. Bojarska

- Antykoncepcja awaryjna ma wśród swych działań **działanie antyimplantacyjne**. Oznacza to, że **utrudnia** lub **uniemożliwia zagnieżdżenie się zarodka w macicy.**
- Z punktu widzenia **medycyny** o początku ciąży mówimy, kiedy doszło do zagnieżdżenia zarodka w macicy; wcześniej nie ma nawet sposobu na rozpoznanie, czy doszło do zapłodnienia.
- Organizm orientuje się o zapłodnieniu dopiero na etapie implantacji. Zatem z punktu widzenia medycznego nie ma mowy o poronieniu.
- Poronienie z punktu widzenia medycznego dotyczy zarodka lub płodu już zagnieżdżonego. Prawdopodobnie nawet większość zarodków nigdy nie ulega implantacji. Krwawienie miesięczne występuje wówczas o czasie i nie ma sposobu stwierdzić, czy w danym cyklu w ogóle doszło do zapłodnienia.

ZdrovveLove

Antykoncepcja awaryjna nie jest środkiem wczesnoporonnym

za WHO, oprac. K. Bojarska

- Jednak z punktu widzenia **katolickiego,** które za początek ciąży uznaje zapłodnienie, a nie zagnieżdżenie, działanie antyimplantacyjne jest traktowane jako działanie poronne.

- Środki wczesnoporonne – z punktu widzenia medycznego są to środki farmakologiczne wywołujące poronienie, stosowane do przerwania już istniejącej i rozpoznanej ciąży w jej wczesnym etapie (zwykle do 9 tygodnia). Po 9 tygodniu ciążę przerywa się już chirurgicznie, a w wypadku aborcji po 20 tygodniu ciąży – ze względu na wielkość płodu, ponownie farmakologicznie, wywołuje się poród.

Antykoncepcja awaryjna (tabletki „dzień po”)

Escapelle – jedna z tabletek dostępnych na polskim rynku, zawiera bardzo dużą dawkę lewonorgestrelu (syntetycznego progestagenu); inny środek to **ElleOne** – zawiera octan uripristalu, działa do 5 dniu od stosunku.

Środki natychmiast po zażyciu:

- Hamują owulację (uwalnianie komórki jajowej z jajnika).
- Zmienią strukturę błony śluzowej macicy w ten sposób, że zapłodniona komórka jajowa nie może się zagnieździć.
- Blokują drogę plemnikom, uniemożliwiając ich przedostanie się do jajowodu.
- Wpływają na czynność ruchową jajowodu. Dzięki temu nie dochodzi do zapłodnienia.
- Jeśli preparat zostanie przyjęty już po zagnieżdżeniu się zarodka w macicy, podtrzyma on ciążę i stanie się jej sprzymierzeńcem.

ZdrovveLove

Efekty uboczne

- nudności i wymioty
- bóle i zawroty głowy
- uczucie rozbicia
- uczucie „opuchnięcia”
- napięcie w sutkach
- obrzęki.

- Escapelle to lek zawierający ogromną dawkę hormonów płciowych, które natychmiast wpływają na organizm kobiety. Może powodować skutki uboczne, nie może być stosowany jako regularna metoda antykoncepcyjna.

- Escapelle, tak jak wszystkie inne pigułki antykoncepcyjne, można nabywać w aptece wyłącznie na podstawie recept lekarskich. Recepty takie mogą być wystawiane nie tylko przez lekarzy ginekologów, można się po nie zgłaszać także do swoich lekarzy rodzinnych.

ZdrovveLove

Antykoncepcja awaryjna

- W większości krajów europejskich antykoncepcja awaryjna jest dostępna w aptekach bez recepty, można swobodnie ją nabyć i przywieźć sobie.

- Antykoncepcja awaryjna jest całkowicie legalna w Polsce.

- Nabycie jej może być utrudnione ze względu na czas oczekiwania na wizytę u lekarza, dlatego heteroseksualne osoby aktywnie seksualnie, nieplanujące dziecka, mogą zaopatrzyć się w opakowanie na zapas, aby w sytuacji awaryjnej nie szukać w popłochu lekarza.

- Leki te mają kilkuletni okres przydatności, więc można spokojnie trzymać na zapas.

ZdrovveLove

Czy współżycie podczas miesiączki jest metodą antykoncepcyjną?

- Nie gwarantuje, że nie dojdzie do zapłodnienia, ponieważ plemnik żyje dłużej w organizmie kobiety, a owulacja może się przesunąć (wystąpić wcześniej niż zwykle). Istnieje więc prawdopodobieństwo zajścia w ciążę podczas miesiączki.

ZdrovveLove

Czy stosunek przerywany jest metodą antykoncepcyjną?

- Światowa Organizacja Zdrowia nie zalicza stosunku przerywanego do metod antykoncepcyjnych, odradza stosowanie tej metody.

- Polega na wycofaniu członka z pochwy tuż przed osiągnięciem orgazmu przez mężczyznę, aby wytrysk mógł mieć miejsce poza pochwą.

- Niska skuteczność – do **73%.** Oznacza, że przynajmniej co czwarta kobieta stosująca tę praktykę w ciągu 12 miesięcy zajdzie w ciążę!!!

Stosunek przerywany

- Może obniżać doznania seksualne.
- Po dłuższym czasie metoda ta może powodować problemy seksualne u mężczyzn – sączenie się nasienia zamiast prawidłowego wytrysku.
- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

ZdrovveLove

Niepłodność i bezpłodność

Za: dr hab. n. med. Krzysztof Nowosielski (2017)
za zgodą autora

ZdrovveLove

NIEMOŻNOŚĆ
ZAJŚCIA W CIĄŻĘ
pomimo regularnego współżycia seksualnego

CHOROBA
SPOŁECZNA
Uznana przez WHO (ICD-N97) ze względu na powszechność występowania

NIEPŁODNOŚĆ

Materiały autorskie dr. hab. n. med. Krzysztofa Nowosielskiego, za zgodą autora

ZdrovveLove

BEZPŁODNOŚĆ:

Niezdolność do poczęcia dziecka spowodowana trwałym uszkodzeniem układu rozrodczego.

nieodwracalna

NIEPŁODNOŚĆ

Definiowana jest współcześnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako:

niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego (3–4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy.

World Health Organization: Report of the Meeting on the Prevention of Infertility at the Primary Health Care Level. WHO, Geneva, 2010.

ZdrovveLove

Skala problemu

Materiały autorskie dr. hab. n. med. Krzysztofa Nowosielskiego, za zgodą autora

Przyczyny niepłodności (1)

Materiały autorskie
dr. hab. n. med. Krzysztofa Nowosielskiego (2017),
za zgodą autora

Przyczyny niepłodności (2)

Materiały autorskie dr. hab. n. med. Krzysztofa Nowosielskiego (2017), za zgodą autora

- nadwaga, otyłość
- niedowaga
- wysokie ciśnienie
- niedobory składników odżywczych:
  - składniki mineralne
  - antyoksydanty
  - witaminy
- insulinooporność
- zmiany hormonalne

Czynniki związane ze stylem życia wpływające na płodność

ZdrovveLove

Podstawowe błędy:

- **Nieregularność posiłków;**
- **Pomijanie jedzenia śniadań;**
- **Monotoność diety -** ograniczone spożycie wartościowych odżywczo posiłków co prowadzi do niedoborów białkowych i witaminowo-mineralnych;
- **Niski udział produktów mlecznych –** kefir, maślanka, jogurt naturalny, ser biały;
- **Niski udział produktów zbożowych** –brak kasz, pieczywo najczęściej białe;
- **Brak roślin strączkowych -** fasola, soczewica, cieciorka, bób, które są źródłem białka, zawierają Mg, K, Ca, Fe, wit z gr B oraz witaminę A, K i C
- **Rzadkie spożycie ryb;**
- **Niski udział warzyw i owoców na rzecz dużego spożycia cukru, słodyczy, tłuszczu, mięsa i posiłków typu „Fast food".**

Materiały autorskie dr. hab. n. med. Krzysztofa Nowosielskiego (2017), za zgodą autora

ZdrovveLove

Co zrobić?

- W przypadku braku ciąży po okresie 12 miesięcy regularnego współżycia – co 2-3 dni – należy zgłosić się wspólnie z partnerem po poradę do lekarza ginekologa.

ZdrovveLove

Co możesz zrobić już dziś, żeby zadbać o swoją płodność?

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Załącznik Nr 24 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

Ryzykowne zachowania seksualne

ZdrovveLove

Ryzykowne zachowania seksualne

zachowania seksualne, w których istnieje ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę i/lub ryzyko zakażenia infekcją przenoszoną drogą płciową.

Ryzykowne zachowania seksualne to zachowania związane z seksualnością, które zwiększają podatność danej osoby na problemy związane z seksualnością i zdrowiem reprodukcyjnym, takie jak: infekcje przenoszone drogą płciową, HIV, niechciane i nieplanowane ciąże, aborcja, zaburzenia emocjonalne, adaptacyjne, psychiczne, zaburzenia w tworzeniu i rozwijaniu interakcji z partnerem.

ZdrovveLove

Ryzykowne zachowania seksualne

- **Ryzykowne zachowania seksualne (ang. Risky Sexual Behaviors - RSB).** Zachowania seksualne związane z negatywnymi konsekwencjami w zakresie zdrowia, rodziny czy relacji z partnerem, psychologicznymi, ekonomicznymi czy prawnymi. To złożone zjawisko o nie do końca poznanych czynnikach ryzyka (interpersonalne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe), trudne do jednoznacznego zdefiniowania i obiektywnej oceny.

Nowosielski K, Sipiński A, Kuczerawy I, Kozłowska-Rup D, and Skrzypulec-Plinta V. Tattoos, piercing, and sexual behaviors in young adults. J Sex Med 2012;9:2307–2314

ZdrovveLove

Ryzykowne zachowania seksualne

- kontakty seksualne z więcej niż jednym partnerem seksualnym równocześnie,
- częsta zmiana partnerów seksualnych
- współżycie z osobą żyjącą z HIV
- wczesna inicjacja seksualna
- niekonsekwentne stosowanie prezerwatywy w kontaktach oralnych, analnych i waginalnych,
- prostytucja i korzystanie z usług agencji towarzyskich,
- kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol)

Nowosielski K, Sipiński A, Kuczerawy I, Kozłowska-Rup D, and Skrzypulec-Plinta V. Tattoos, piercing, and sexual behaviors in young adults. J Sex Med 2012;9:2307–2314

Bezpieczniejszy seks

Bezpieczniejszy seks to taki, w którym osoby zaangażowane biorą udział wyrażając **świadomą zgodę** i dbając przy tym o swoje **zdrowie seksualne**, zabezpieczają się przed STI, zabezpieczają się przed **STI** (od ang. ***S****exually* ***T****ransmitted* ***I****nfection,* infekcje przenoszone drogą płciową*)*.

Ćwiczenie
– prawda czy fałsz?

ZdrovveLove

?

Kontakty analne są bezpieczne - pozwalają uniknąć ciąży

(w kontaktach heteroseksualnych)

i infekcji przenoszonych drogą płciową

?

ZdrovveLove

?

Stosunek seksualny z pa[illegible]em czy partnerką, która nie ma żadnych objaw[illegible]TI oznacza, że nie ma ryzyka zakażenia S[illegible] czy tra[illegible]misji wirusa HIV

?

ZdrovveLove

?

Najskuteczniejszą m[illegible] pobiegania infekcjom przenoszonym drogą p[illegible]wą dla osób aktywnych seksualnie jest lateksowa prezerwatywa

?

ZdrovveLove

?

Przy stosowaniu naturalnych metod planowania rodziny można z dużą pewnością określić dni niepłodne, podczas których kobieta na pewno nie zajdzie w ciążę

?

?

Picie alkoholu sprawia, człowiek szybciej i łatwiej staje się pobudzony

?

?

Kobiety są bardziej narażone na zakażenie wirusem HPV podczas stosunku

?

ZdrovveLove

?

Współżyjąc seksualnie z jednym partnerem czy partnerką można mieć pewność, że nie dojdzie do STI

?

?

Kiedy mężczyzna jest p[illegible]econy i doszło do erekcji, to musi dojść do wytr[illegible]u, [illegible]y uniknąć szkodliwych [illegible]efektów

?

ZdrovveLove

?

Lateksowe prezerwatywy mają mikropory, które przepuszczają niektóre wirusy, np. wirusa HIV

?

?

Osoby żyjące z STI są [illegible] narażone na transmisję wi[illegible]IV

?

ZdrovveLove

?

Jedynie narkotyki które zwiększają ryzyko transmisji HIV to te, które wstrzykuje się za pomocą igły i strzykawki dzielonej z innymi ludźmi

?

ZdrovveLove

Chlamydioza

wywołana przez bakterię Chlamydiatrachomatis

Objawy :

- u mężczyzn może pojawić się śluzowo-ropna wydzielina z cewki moczowej i niewielki ból przy oddawaniu moczu.
- u kobiet może objawiać się upławami, pieczeniem przy oddawaniu moczu, bólami podbrzusza.
- **25% mężczyzn** i aż **75% kobiet nie ma żadnych objawów!**

ZdrovveLove

Chlamydioza

wywołana przez bakterię Chlamydiatrachomatis

- Diagnoza – wykonuje się badania DNA Chlamydii z pobranego wymazu z cewki moczowej lub pochwy.

- Leczenie – antybiotyk przez 7-14 dni.

- Nieleczona może prowadzić do zapalenia najądrzy i prostaty u mężczyzn, u kobiet do zapalenia szyjki macicy, jajników i jajowodów. W przypadku komplikacji może prowadzić do niepłodności.

- Ochrona – najlepszą ochroną jest stosowanie prezerwatyw razem z kremem plemnikobójczym.

ZdrovveLove

Rzeżączka wywołują ją bakterie,

które dostają się do śluzówki pochwy, cewki moczowej lub odbytu

Objawy:

- może pojawić się 2-10 dni po kontakcie seksualnym z zakażoną osobą.
- może pojawić się wyciek ropnej wydzieliny oraz świąd.
- po pewnym czasie objawy te mogą ustąpić, lecz nie oznacza to ustąpienia choroby.
- Rzeżączka szybko się rozwija i powoduje stany zapalne kolejnych narządów, co może powodować bezpłodność.
- Choroba i zakażenie **często** przebiega **bez objawów (zwłaszcza u kobiet).**
- Aby wykryć chorobę powinno się wykonywać regularne badania na obecność dwoinek rzeżączki.

ZdrovveLove

Rzeżączka wywołują ją bakterie, które dostają się do śluzówki pochwy, cewki moczowej lub odbytu

- Leczenie – polega na podaniu antybiotyku.
- Ochrona - stosowanie prezerwatywy i innych zabezpieczeń (np. lateksowe chusteczki) podczas każdego rodzaju kontaktu seksualnego, ponieważ zmiany zapalne mogą rozwijać się także w odbycie, gardle i oczach (w wyniku samozakażenia).
- Przed zakażeniami chronią też kontakty seksualne ze stałymi, przebadanymi pod kątem STI partnerami i partnerkami którzy nie podejmowane kontaktów seksualnych z innymi, nieprzebadanymi osobami.

Kłykciny kończyste

gdy do organizmu wniknie wirus brodawczaka ludzkiego (Human papillomavirus – HPV)

Objawy:

- mogą pojawić się do 6 miesięcy po stosunku z osobą zakażoną

- drobne wykwity w okolicy narządów płciowych z czasem przeistaczają się w płaskie lub wypukłe brodawki, które umiejscawiają się nie tylko na zewnątrz narządów płciowych, ale też w środku (np. u kobiet – w pochwie i na szyjce macicy, a u mężczyzn wewnątrz cewki moczowej) oraz w kroczu i wokół odbytu.

- kłykciny są małe (wielkość ziarna ryżu), ale mogą się ze sobą zlewać, tworząc większe, nawet kilkucentymetrowe narośla wyglądające jak kalafior.

ZdrovveLove

Kłykciny kończyste

wirus brodawczaka ludzkiego (Human papillomavirus – HPV)

- Diagnoza – lekarka/rz stawia diagnozę zwykle podczas badania ogólnego lub ginekologicznego.

  Obecność tych wirusów można wykryć w **badaniu cytologicznym**, które należy wykonywać **co roku od 21 roku życia** lub po nie dłużej niż **3 latach od rozpoczęcia** kontraktów genitalnych (penis w pochwie).

- Leczenie – Kłykciny zazwyczaj usuwa się zamrażając ciekłym azotem lub wycinając laserem. Jednak usunięcie ich nie gwarantuje, że nie powrócą.

- Ochrona - prezerwatywa chroni przed nimi tylko częściowo. HPV przenoszą się przez wszystkie formy kontaktów seksualnych bez zabezpieczeń, a także na drodze dotykowej (dotyk okolic narządów płciowych).

- HPV wiąże się z dużym ryzykiem raka szyjki macicy, dlatego osoby ze stwierdzoną infekcją HPV powinny być poddane okresowej, ścisłej kontroli cytologicznej.

ZdrovveLove

Kiła (syfilis)

wywołuje ją bakteria krętek blady (Treponemapallidum)

- Krętek blady rozprzestrzenia się po całym organizmie, może więc być obecny np. w wydzielinie błony śluzowej jamy ustnej, sromu, a także na skórze okolic narządów płciowych i odbytu

- Kiłą można się zarazić nie tylko w czasie niezabezpieczonych stosunków seksualnych, ale nawet przez głęboki pocałunek, jeśli zmiany znajdują się w jamie ustnej i dojdzie do uszkodzenia śluzówki

- Kobieta ciężarna chora na kiłę może zakazić nią rozwijający się płód. Grozi to poronieniem, urodzeniem dziecka martwego albo chorego na kiłę wrodzoną (jej skutki to m.in. niepełnosprawność intelektualna, głuchota, ślepota). Ważne jest podjęcie leczenia przed ciążą lub w jej pierwszej połowie.

ZdrovveLove

Kiła (syfilis)

wywołuje ją bakteria krętek blady (Treponemapallidum)

Objawy (1/2)

jeżeli w porę nie podejmie się leczenia, kiła przejdzie przez kilka etapów:

- Pierwsze objawy po 2-3 tygodniach od zakażenia. W miejscu wtargnięcia bakterii do organizmu (najczęściej na skórze lub błonie śluzowej narządów płciowych) najpierw tworzy się **jedno lub kilka zupełnie niewielkich, bezbolesnych owrzodzeń**. Powiększają się najbliższe węzły chłonne, zwykle w pachwinach. W tym okresie kiła jest najbardziej zakaźna. Objawy te najczęściej same ustępują. Nie oznacza to ustąpienia choroby.

- Po ok 8-10 tyg. od zakażenia, najczęściej na całym ciele, pojawia się **wysypka** (tzw. **kiła wtórna**). Mogą jej towarzyszyć ból głowy, gardła, gorączka, ogólne osłabienie. Wtórna postać kiły może również sama ustąpić. Nie leczona kiła przechodzi w okres utajenia.

Kiła (syfilis)

wywołuje ją bakteria krętek blady (Treponemapallidum)

Objawy (2/2) cd.:

- Krętki blade krążące we krwi mogą się umiejscawiać w narządach wewnętrznych i ośrodkowym układzie nerwowym. Zdarza się, że co jakiś czas na skórze pojawia się tzw. **wysypka nawrotowa**. Jeśli kiła nadal nie będzie leczona, przejdzie w okres późnego utajenia.

- Nawet po kilku czy kilkunastu latach od zakażenia na skórze, w narządach wewnętrznych, na kościach mogą się tworzyć tzw. **kilaki**. Są to guzy o konsystencji gumy, które mogą pękać i pozostawiać trwałe blizny. Na tym etapie kiła powoduje **nieodwracalne zmiany w układzie nerwowym** (m.in. porażenia prowadzące do niepełnosprawności) **i w układzie sercowo-naczyniowym** (zagrażające życiu).

ZdrovveLove

Kiła (syfilis)

wywołuje ją bakteria krętek blady (Treponemapallidum)

- Diagnoza – wystarczy wykonać proste badanie serologiczne krwi.

- Leczenie – kiła jest chorobą **uleczalną**, jednak pod warunkiem, że kurację rozpocznie się wcześnie (zanim krętek zajmie układ nerwowy i sercowo-naczyniowy) i przeprowadzi się ją bardzo sumiennie, **do końca**. Podaje się **antybiotyk** – zwykle Penicylinę.

- U kobiet ciężarnych ważne jest podjęcie leczenia przed ciążą lub w jej pierwszej połowie, aby uniknąć zaburzeń rozwoju płodu.

Opryszczka narządów płciowych

wywołuje ją wirus Herpessimplex typ II
(typ I odpowiada za opryszczkę wargową)

- Przenosi się on poprzez stosunki seksualne a także kontakt z zakażoną skórą np. przez pocałunek.

- Objawy – wygląda podobnie jak ta pojawiająca się wokół ust. Po 5-7 dniach od zakażenia kobieta odczuwa **swędzenie** od wewnątrz warg sromowych, a mężczyzna na powierzchni penisa. Może pojawiać się także ból głowy. Później pojawiają się **pęcherzyki** (wypełnione przezroczystym płynem), które pękają. Tworzą się strupy i powoli się goją.

Opryszczka narządów płciowych

wywołuje ją wirus Herpessimplex typ II
(typ I odpowiada za opryszczkę wargową)

- Leczenie – leczy się jej objawy podając **leki przeciwwirusowe**. Nie jest groźna u osób dorosłych, ale jedno zakażenie powoduje, że można spodziewać się nawrotów przez całe życie. Lekarz może zapisać maść łagodzącą objawy opryszczki i zmniejszającą jej zakaźność.

- Ochrona – przenosi się nawet wtedy, gdy nosiciel/ka wirusa nie widzi jej objawów. Trzeba pamiętać o tym, by nie dotknąć oka dłonią, która miała kontakt z owrzodzonym miejscem, bo można uszkodzić oko. Stosowanie prezerwatywy nie daje pełnego zabezpieczenia.

- Uwaga – opryszczka może przenosić się z matki na dziecko w czasie porodu (gdy matka ma widoczną jej postać) i jest dla niego bardzo niebezpieczna, często podejmuje się wtedy decyzję o cesarskim cięciu.

ZdrovveLove

Grzybice narządów płciowych (kandydoza)

wywoływane przez drożdżaki z rodzaju Candida

- Występują często.
- Przyczyn może być wiele - brak higieny osobistej, chodzenie w mokrych ubraniach np. kostiumach kąpielowych, zaburzenia hormonalne, anemia, cukrzyca itd.

- Objawy - u kobiet **zaczerwienienie** oraz **obrzękiem** warg sromowych i pochwy, swędzenie, pieczenie, pojawiają się **upławy**. Często stosunek seksualny staje się wtedy bolesny. U mężczyzn żołądź i napletek stają się zaczerwienione, bardziej wilgotne, mogą pojawić się **pęcherzyki i białawy nalot**.

- Leczenie – w razie zaobserwowania objawów u jednej osoby należy zaprzestać kontaktów seksualnych i rozpocząć leczenie u obojga partnerów/partnerek.

- Ochrona - by ustrzec się przed grzybicą, należy stosować prezerwatywę lub współżyć jedynie ze stałym partnerem, który został przebadany pod kątem STI.

ZdrovveLove

Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B i C

(wirusy HBV i HCV są obecne we krwi, wydzielinie pochwowej oraz w nasieniu)

- Podobnie jak wirus HIV, przenoszą się przez krew i inne płyny ustrojowe. Zakazić się można poprzez kontakty seksualne i kontakt z krwią zakażonej osoby. Wirus HBV przenosi się kilkadziesiąt razy łatwiej niż wirus HIV. Droga seksualna (zarówno kontakty homoseksualne, jak i heteroseksualne) jest jedną z częstszych form rozprzestrzeniania się tej choroby (ok. 50% wg WHO).

- Objawy HBV i HCV wywołują wirusowe ostre i przewlekłe zapalenia wątroby – w języku potocznym nieprawidłowo określane jako żółtaczka. Przez lata można nie odczuwać żadnych istotnych dolegliwości, ale wątroba przez cały ten czas jest niszczona. Efekt wtargnięcia wirusów do organizmu to – najczęściej po latach - marskość wątroby oraz jeden z najbardziej złośliwych raków – rak wątrobowokomórkowy.

ZdrovveLove

Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B i C

(wirus HBVi HCV)

- Leczenie dostępny jest szereg metod leczenia tych zakażeń, m.in. środki przeciwwirusowe. Pacjenci są leczeni w ramach programów terapeutycznych NFZ. Im wcześniej wykryte zostanie zakażenie wirusami zapalenia wątroby HCV i HBV, tym większa jest szansa wyzdrowienia. Leczenie jest długotrwałe: od kilkunastu do kilkudziesięciu tygodni.

- Profilaktyka można zapobiec zakażeniu przez skuteczne szczepienia profilaktyczne. Trzy dawki szczepionki dają odporność na całe życie. W Polsce od 1996 r. szczepienie dzieci przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest obowiązkowe i bezpłatne. W kontaktach seksualnych przed zakażeniem chronią: prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki.

Wirus HIV

- film prezentujący **drogi zakażenia, objawy** i życie z **wirusem HIV** https://www.youtube.com/watch?v=NzmZ-SAj6Wc *
- * Wirus HIV, może wywołać chorobę AIDS.
- Więcej informacji o HIV/AIDS w broszurach Krajowego Centrum ds. AIDS, https://aids.gov.pl/publikacje/wersja_elektroniczna

ZdrovveLove

Wirus HIV

(ang. human immunodeficiency virus)

- Ludzki wirus niedoboru odporności uszkadzający komórki układu odpornościowego, który bez leczenia – po średnio 6–12 latach – prowadzi do wystąpienia choroby AIDS.

- Zakaźne są: krew, sperma, preejakulat (wydzielina z cewki moczowej pojawiająca się w chwili podniecenia) i śluz pochwowy. Do zakażenia może dojść w kontakcie tych płynów ze świeżą raną lub błoną śluzową (oczy, usta, nos, pochwa, odbyt, cewka moczowa). Nieuszkodzona skóra zabezpiecza przed zakażeniem. Wirus HIV może być również przeniesiony z zakażonej matki na dziecko, jeśli nie ma stosownego leczenia. Karmienie piersią przez zakażoną kobietę jest zabronione.

- Objawy w początkowej fazie (pierwsze 2–8 tyg.) mogą wystąpić objawy przypominające grypę. Mogą one również w ogóle nie wystąpić, nawet przez wiele następnych lat.

ZdrovveLove

Wirus HIV

(ang. human immunodeficiency virus)

- Leczenie jedynym sposobem potwierdzenia zakażenia jest wykonanie testu (badanie krwi). Badanie można wykonać bezpłatnie w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (www.aids.gov.pl – zakładka Testy na HIV). Zakażenie można wykluczyć dopiero po 3 miesiącach od ryzykownej sytuacji, a potwierdzić zwykle już po 5–6 tygodniach.

- Zakażenie wykryte odpowiednio wcześnie można kontrolować dzięki lekom antyretrowirusowym i w ten sposób zapobiegać rozwojowi choroby. Leczenie antyretrowirusowe jest bezpłatne w Polsce. Leczenie umożliwia zablokowanie namnażania wirusa oraz zdecydowanie wydłuża i poprawia jakość życia. Im wcześniej zakażenie zostanie wykryte, tym prostsze będzie jego leczenie (mniej powikłań).

- Profilaktyka w kontaktach seksualnych przed zakażeniem chronią: prezerwatywa, chusteczki lateksowe i rękawiczki.

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś i dowiedziałaś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Źródła

- *Sexually Transmitted Diseases and Their Prevention*. Free online courses. Magnus Hirschfeld Archive for Sexology. Uniwersytet Humboldta w Berlinie. <www.sexology.cjb.net>
- *Family Planning: A Global Handbook for Providers.* WHO. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml>
- Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksaulności i relacji międzyludzkich (2009), C. H. Geboy, tłum. M. Kosinska, red. K. Dułak
- Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej. Krajowe Centrum ds. AIDS
- Ryzykowne zachowania seksualne – aspekt medyczny, dr n.med Ewa Baszak-Radomańska na konferencja naukowej „Wychowanie seksualne w szkole – cele, metody, problemy.” (2014)
- Chiaradonna C. *The Chlamydia cascade: enhanced STD prevention strategies for adolescents*. „Journal of pediatric and adolescent gynecology”. 5 (21), s. 233–41, październik 2008.

ZdrovveLove

Załącznik Nr 25 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

ZdrovveLove

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

1) Co typowego dla swojej płci lubisz robić?

2) Czego typowego dla swojej płci nie lubisz robić?

3) Co nietypowego dla swojej płci lubisz robić?

Role płciowe i społeczne

ZdrovveLove

Role płciowe

(z ang. gender roles)

- sposób zachowania, który w danej kulturze postrzegany jest jako typowy , akceptowalny i pożądany dla danej płci.
- Role płciowe są różne w różnych kulturach.
- Niepisane „zasady” mówiące o tym, co mogą i powinni robić mężczyźni, a co mogą i powinny robić kobiety.
- Te zasady zwykle nie mają nic wspólnego z budową, predyspozycjami męskiego czy kobiecego ciała. Np. stereotypowo przyjmuje się, że dziewczynki mogą być wrażliwe i płakać, a „chłopaki nie płaczą”. W rzeczywistości każda z płci przeżywa emocje i ma prawo do ich wyrażania.

Role płciowe

- zmieniają się w czasie – to co kilkanaście lat temu było typowe, przestaje nim być;
- ludzie różnią się w postawach wobec ról płciowych;
- dają ścisłe, sztywne wytyczne i ramy zachowań, które mogą dawać poczucie bezpieczeństwa, równocześnie ograniczają autentyczną ekspresję.

Obraz: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kucharka_-_Marta_Norkowska,_Najnowsza_kuchnia.jpg

Role płciowe

- Niektóre aspekty naszego funkcjonowania wynikają z budowy czy fizjologii danej płci, np. tylko kobiety miesiączkują, tylko organizm męski produkuje spermę. Wszystkie inne aspekty, które nie wynikają bezpośrednio z anatomii bądź fizjologii wynikają z tradycji.

- Np. W Polsce przyjmuje się, że tylko kobiety noszą spódnice i suknie, a w innych regionach tradycyjnie robią to również mężczyźni np. szkockie spódnice noszone tradycyjnie przez mężczyzn czy galabija – tradycyjna szeroka szata noszona przez arabskich mężczyzn, przypomina nieco europejską długą koszulę nocną).

Obraz:
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Arab-Market-2.jpg
https://pixabay.com/pl/szkocja-dudy-instrument-szkocki-2080442/ CCO Creative Commons

Płeć społeczno-kulturowa

- (ang. *gender*) oznacza sposób pojmowania, postrzegania i przypisywania pewnych cech i zachowań kobiecie i mężczyźnie przez społeczeństwo i kulturę.

- Definiuje role płciowe (stereotypy płciowe).

- Odbieganie od tych oczekiwań wiąże się często z negatywnymi konsekwencjami, np. wyśmiewanie osób, które odbiegają od tych oczekiwań. Z tego powodu ludziom może być trudno przełamywać stereotypy płciowe, gdy mają na to ochotę.

Kiedy to się zaczyna?

- Badania socjologów płci pokazują, że proces ten zaczyna się już od narodzin, a nawet wcześniej.

- Odpowiedz na pytanie o płeć („Chłopiec czy dziewczynka?”) determinuje często wybór garderoby, zabawek a także wpływa na odmienne reakcje na te same zachowania u chłopca i dziewczynki, co może wzmacniać i osłabiać poszczególne cechy.

„Jaki z Ciebie silny chłopiec”
(koncentracja na sprawności)
vs
„Jaka piękna dziewczynka”
(koncentracja na wyglądzie)

Obraz: https://pixabay.com/pl/niemowl%C4%99ta-kochanie-ch%C5%82opc%C3%B3w-2028267/ CCO Creative Common

Płeć biologiczna

Płeć biologiczna (ang. sex)

- Odnosi się do cielesności. To szereg różnorodnych cech fizycznych i anatomicznych, które różnicują ludzi między sobą (np. narządy płciowe zewnętrzne, narządy płciowe wewnętrzne, kariotyp, cechy płciowe które rozwijają się w okresie dojrzewania itd.).

- Płeć jest przypisywana przy narodzeniu i odnotowywana w akcie urodzenia, zwykle na podstawie wizualnego oglądu zewnętrznej anatomii i na podstawie binarnej wizji płci (dwie kategorie - żeńska lub męska).

Osoba interpłciowa

(ang. intersex, gdzie inter – między, sex – płeć biologiczna)

osoba, której płeć biologiczna nie może zostać jednoznacznie zaklasyfikowana jako „męska” lub „żeńska”. W ciele pojawiają się charakterystyki zarówno kobiece, jak i męskie lub trudno je jednoznacznie zaklasyfikować jako kobiece lub męskie.

Dawniej określano taką osobę *hermafrodytą,* obecnie odchodzi się od tego słowa ze względu na negatywne nacechowanie.

Czy wiesz, że…

- zwykle ludzie rodzą się chromosomami płciowymi XX- kobieta, XY – mężczyzna, jednak czasami zdarza się inny układ chromosomów płciowych, np. XXY, XXX i inne.

- Z perspektywy czysto biologicznej można każdą z tych możliwości teoretycznie potraktować jako odrębną płeć!

Tożamość płciowa

- to głęboko odczuwane, wewnętrzne i osobiste doświadczenie płci, które może (nie)zgadzać się z płcią przypisaną po urodzeniu.
- tożsamość płciowa niektórych osób wykracza poza binarne normy płciowe oraz inne pokrewne normy. Nie można tego udowodnić żadnymi badaniami, to poczucie które się ma.

Transseksualność

- Osoba, która przyszła na świat z żeńskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako żeńska, czuje się mężczyzną lub osoba, która przyszła na świat z męskimi narządami płciowymi i której płeć w metryce urodzenia wpisana jest jako męska, czuje się kobietą.

- Osoba ta dąży do bycia postrzeganą zgodnie z płcią odczuwaną i funkcjonowania w świecie społecznym w upragnionej roli.

- Rolą osób z otoczenia jest uszanować tożsamość płciową tej osoby

Rysunek: Charlie, Gdańsk 2017

Funkcjonowanie w roli płciowej niezgodnej z tożsamością jest bolesne dla wielu osób transseksualnych

Rysunki: Charlie, Gdańsk 2018

Transpłciowość

- to szersze pojęcie niż transseksualność.
- to wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości płciowe w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (gender).
- parasolowy termin, w którym **zawiera** się cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci.

Obraz: https://pl.wikipedia.org/wiki/Sytuacja_prawna_i_spo%C5%82eczna_os%C3%B3b_LGBT_w_S%C5%82owenii#/media/File:LGBT_flag_map_of_Slovenia.svg

Cispłciowość

- Osoby tradycyjnie upłciowione, tzn. jest zgodność pomiędzy tożsamością płciową, płcią biologiczną, metrykalną i innymi przesłankami płci.
- Np. osoba która czuje się kobietą, ma ciało żeńskie, metrykalnie jest kobietą (analogicznie mężczyzna).

Płeć prawna

Płeć, którą mamy wpisaną w dokumentach.

Obraz: https://pixabay.com/pl/paszport-wiza-imigracja-dokument-2510289/ CCO Creative Commons

ZdrovveLove

Po czym rozpoznajesz jaką masz płeć?

Tożsamość płciowa

- głęboko odczuwane, wewnętrzne i osobiste doświadczenie płci, które może (nie)zgadzać się z płcią przypisaną po urodzeniu.
- Tożsamość płciowa niektórych osób wykracza poza binarne normy płciowe (podział na płeć żeńską i męską) oraz inne pokrewne normy.
- Nie można jej udowodnić żadnymi badaniami, to poczucie które się ma.

Płeć prawna

- W Polsce oficjalnie (w dokumentach) funkcjonują dwie płcie – męska i żeńska.

- Są kraje w których prawnie rozpoznawane jest więcej płci, np. w Indiach od 2005 roku poza kategorią „kobieta" i „mężczyzna", jest jeszcze jedna możliwość „hijra". To opcja, która jest dozwolona we wniosku paszportowym.

- Inne kraje, które dopuszczają prawną kategorię dla osób, które nie identyfikują się jako kobieta lub mężczyzna („płeć niespecyficzna", nieoznaczona „X" lub „neutralna") to m.in. Australia, Malta, Nowa Zelandia i Pakistan.

ZdrovveLove

Tożsamość seksualna

potocznie nazywana orientacją seksaulną

Sposób w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne.

Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o tożsamościach: heteroseksualnej, biseksualnej i homoseksualnej, jednak każda osoba może określić swoją tożsamość seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób.

Osoby które nie określają swojej płci i/lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem **queer.**

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Załącznik Nr 26 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

ZdrovveLove

co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni

„ZdrovveLove – co nastolatek i nastolatka o seksualności wiedzieć powinni”

Cykl zajęć obejmuje 8 godz. lekcyjnych po 45 minut, o następującej tematyce:

1. Wprowadzenie do seksualności
2. Dojrzewanie – rozwój psychoseksualny
3. Anatomia – zdrowie i higiena
4. Metody planowania rodziny i antykoncepcja
5. Ryzykowne zachowania seksualne i infekcje przenoszone drogą płciową
6. Role płciowe i społeczne
7. Bezpieczne relacje – cz. I
8. Bezpieczne relacje – cz. II

Miłość

ZdrovveLove

Miłość

- Co to jest miłość?
- Jakie znacie rodzaje relacji miłosnych?
- Co jest ważne w relacjach miłosnych?
- Co jest ważne w relacjach romantycznych?

ZdrovveLove

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga

Oprac. na podstawie B. Wojciszke „Psychologia miłości” (2014)

Miłość jako stan, składa się z trzech składników, które występują w zależności od przeżywanej fazy rozwoju związku:

- **Intymność**
- **Namiętność**
- **Zaangażowanie**

ZdrovveLove

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga

Oprac. na podstawie B. Wojciszke „Psychologia miłości” (2014)

- **Intymność**– to budowanie relacji dwojga osób poprzez wspólne dbanie o siebie, wzajemny szacunek, zrozumienie, wsparcie itp.

- Intymność buduje się powoli i utrzymuje się dość długo.

- Mamy na nią duży wpływ poprzez sposób bycia w relacji, np. *wzajemna troska, dbanie o wspólny czas i dostarczanie sobie nawzajem przyjemnych emocji* mogą uchronić związek przed szybkim wygaśnięciem intymności.

ZdrovveLove

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga

Oprac. na podstawie B. Wojciszke „Psychologia miłości” (2014)

- **Namiętność** – pobudzenie fizjologiczne wynikające z pobudzenia seksualnego i emocji w relacji.

- Obejmuje zarówno przyjemne (zachwyt, pożądanie, radość, wzruszenie), jak i nieprzyjemne emocje (niepokój, złość, zazdrość, rozpacz).

- Pragnienie i poszukiwanie fizycznej bliskości, przypływ energii, uczucie podniecenia, obsesja na punkcie partnera czy partnerki, marzenia na jawie itp.”.

- Namiętność w przeciwieństwie do intymności bardzo szybko osiąga wysoki poziom i szybko maleje . To nieuniknione.

ZdrovveLove

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga

Oprac. na podstawie B. Wojciszke „Psychologia miłości” (2014)

- Namiętność nie może wciąż wzrastać, to fizjologicznie niemożliwe .

- Namiętność może się załamać poprzez powrócenie z fantazji i wyobrażeń do realności.

Po pewnym czasie odzyskujemy większą świadomość , dostrzegamy problemy i wady danej osoby czy relacji.

- Gdy namiętność maleje może pojawić się kryzys i wątpliwości co do chęci utrzymywania związku.

- Ponieważ namiętność wiąże się z wysokim pobudzeniem, to funkcjonowanie ludzi w tym momencie porównuje się czasami do stanu pod wpływem środków odurzających. Podobnie jak w przypadku środków odurzających, gdy nastąpi odstawienie środka pobudzającego, może dojść do obniżenia nastroju, może się pojawić rozdrażnienie i tęsknota.

ZdrovveLove

Koncepcja miłości wg. R. Sternberga

Oprac. na podstawie B. Wojciszke „Psychologia miłości” (2014)

- **Zaangażowanie** – to świadoma decyzja o tym, aby trwać w związku ze świadomością zarówno zalet jak i wad partnera/partnerki, trudności i pozytywów wynikających z pozostawania w związku.

- To świadoma, racjonalna kontrola i świadomy wysiłek włożony w podtrzymywanie związku dwojga kochających się osób.

- Zaangażowanie wzrasta stopniowo, a gdy już dotrze do optymalnego poziomu to często pozostaje stabilne aż do samego końca.

- Zaangażowanie odpowiada za trwałość związku, pozwala przetrwać kryzysy, pojawiające się co jakiś czas problemy i przeszkody.

- Wg. tej koncepcji, w dojrzałym związku to właśnie zaangażowanie jest najbardziej stałym składnikiem podtrzymującym związek.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

1. **Zakochanie**
2. **Romantyczne początki**
3. **Związek kompletny**
4. **Związek przyjacielski**
5. **Związek pusty i jego rozpad**

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

1. **Zakochanie** – zwykle pierwsza faza rozwoju związku miłosnego. Wielu ludzi myli ją błędnie z miłością. Zakochanie trwa dość krótko, daje intensywne uczucie szczęścia, euforię. Związana z szybkim rozwojem namiętności, rozwija się też intymność.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

2. Romantyczne początki – pojawia się, gdy zakochanie zostanie odwzajemnione. Jest to dość krótka faza, która skupia się na namiętnych uniesieniach. Jeśli związek się rozwija to zwiększa się intymność i pojawia się zaangażowanie jako utrwalenie związku miłosnego.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

3. Związek kompletny – to najbardziej nasycona emocjami faza związku. To etap na którym wszystkie elementy związku są na stosunkowo wysokim poziomie: namiętność, intymność oraz zaangażowanie. Namiętność zaczyna się zmniejszać w porównaniu do poprzednich etapów, jednak wciąż jest zauważalnie obecna. To najbardziej dojrzała faza związku.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

4. Związek przyjacielski – to kolejny etap w którym namiętność zauważalnie się zmniejsza, z czasem może nawet wygasać. Autor koncepcji uważa, że ten etap związku może dostarczyć dużo satysfakcji obojgu partnerom, równocześnie zaleca aby świadomie podejmować wysiłek w podtrzymywanie intymności, ponieważ przy dłuższych momentach zaniedbania może wygasnąć. A to może doprowadzić do rozpadu związku.

Pięć faz rozwoju związku miłosnego wg. B. Wojciszke

5. Związek pusty i jego rozpad – do tego etapu dochodzi, kiedy osoby będące w związku nie zadbają o podtrzymanie intymności i namiętności. Warto dbać o wspólne zaangażowanie, które może być siłą napędową związku i przeciwdziałać jego rozpadowi.

ZdrovveLove

Fazy związku

(za: B. Wojciszke, Psychologia miłości, 2013)

Wykres z: http://trickymind.pl/wp-content/uploads/2016/01/wykres-mi%C5%82o%C5%9Bci.jpg

ZdrovveLove

Flirt
czy
molestowanie seksualne?

Flirt

- Wszystkie czynności i zachowania mające na celu okazanie zainteresowania czy pożądania osobie, która nam się podoba. Odbywa się za zgodą i chęcią stron zaangażowanych.

Molestowanie seksualne

- To każde nieakceptowane przez drugą osobę zachowanie o charakterze **seksualnym** lub odnoszące się do **płci** danej osoby, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności, upokorzenie lub poniżenie tej osoby.

ZdrovveLove

Molestowanie może przybierać formę:

- nadużycia fizycznego (naruszenie granic cielesności),
- werbalnego (np. uprzedmiotawiające komentarze),
- nadużywanie swojej pozycji wynikającej w relacji władzy (np. propozycje seksualne czy komentarze o charakterze seksualnym w pracy ze strony osoby nadrzędnej funkcją, w szkole nauczyciel(ka) wobec ucznia czy uczennicy),
- niewerbalnego (np. wulgarne gesty).

Zgoda (ang. consent)

Jest niezbędnym warunkiem bezpiecznych relacji. Seks bez wyrażonej zgody to gwałt lub napaść seksualna. Każda z zainteresowanych stron wyraża ją, a druga strona przestrzega wyznaczonych granic.

ZdrovveLove

Zgoda musi być:

- Wyrażona **dobrowolnie i świadomie**: nie zmuszasz nikogo do wyrażenia zgody, druga strona angażuje się, bo tego na prawdę chce. Jeśli jedna ze stron śpi, jest zamroczona alkoholem, narkotykami itp. nie jest w stanie dobrowolnie i świadomie zaangażować się w seks - nie ma więc zgody

- **Entuzjastyczna**: w seksie robicie tylko to, czego na prawdę chcecie - nie to, co czujecie, że powinniście zrobić

- **Konkretna**: wyrażenie zgody na jedną rzecz, nie oznacza zgody na inną. Możecie wyrazić zgodę na przytulanie się i całowanie, to nie oznacza, że wyrażacie zgodę na stosunek

- Przestrzeganiem ustaleń: np. jeśli zgadzacie się na stosunek z prezerwatywą, a jedna ze stron jej jednak nie założy - to nie jest pełna zgoda, granice zostały naruszone

- **Odwracalna**: w każdym momencie macie prawo wycofać wyrażoną zgodę. Nawet jeśli się na coś zgodziłaś/eś, ale zmieniłaś/eś zdanie - powiedz nie! Nawet jeśli robiliście już jakieś rzeczy wcześniej - możecie nie chcieć ich w tej sytuacji.

Pamiętaj - „Nie znaczy nie!”

JEŚ
T
Konsola

SEKS TO
NIE OBOWIĄZEK
Konsola
Konsola
stowarzyszenie kobiet

SEKS BEZ ZGODY
TO GWAŁT
Konsola
Konsola
stowarzyszenie kobiet

KRÓTKA SPÓDNICZKA I
DEKOLT NIE SĄ
ZAPROSZENIEM DO SEKSU
konsola
konsola
stowarzyszenie kobiet

TAK! TAK!
TAK!
CONSENT TO
ŚWIADOMA, BEZ NACISKÓW
ENTUZJASTYCZNA ZGODA
konsola
konsola
stowarzyszenie kobiet

ZdrovveLove

QUIZ:
1. „ NIE” OZNACZA:
A. NIE
B. NIE
C. NIE
konsola
konsola

Asertywność

Asertywność

- Oznacza bezpośrednie, uczciwe, stanowcze wyrażanie wobec innej osoby swoich uczuć, postaw, opinii w sposób respektujący uczucia, opinie, prawa i pragnienia drugiej osoby.

- Asertywność obejmuje wyrażanie zarówno **zgody** („Mam ochotę na..”), jak i **sprzeciwu** („Nie zgadzam się na...”), co służy tworzeniu bezpiecznych i satysfakcjonujących relacji.

Model reakcji asertywnej – **UFO**

- **U**czucia – wyraź jak się czujesz
- **F**akt – nazwij co się dzieje
- **O**czekiwania – wyraź jakie są twoje oczekiwania, co ma się wydarzyć

Model reakcji asertywnej – **UFO**

„*Zawstydzam się* (Uczucie),
kiedy mówisz o moim wyglądzie (Fakt),
przestań (Oczekiwania)”

„*Cieszę się* (Uczucie),
kiedy spędzamy razem czas (Fakt),
chcę to powtórzyć (Oczekiwania)”

ZdrovveLove

Pamiętaj, że....

- Kiedy chcesz odmówić, wystarczy stanowcze „Nie”, nie masz obowiązku się tłumaczyć
- Masz prawo wyrażać swoje uczucia i potrzeby, oczekiwania bez wstydu, czy lęku
- Pamiętaj, że masz prawo powiedzieć „nie”
- Masz prawo powiedzieć „tak”
- Mówisz „nie” w odpowiedzi na konkretną prośbę, nie odrzucaj osoby, która się z nią zwróciła, tylko tą konkretną prośbę,
- Masz prawo nie wiedzieć czego chcesz, możesz dać sobie czas do namysł, np.: ”Chcę się nad tym zastanowić”, „Dam Ci znać później”,
- W zachowaniach asertywnych ważne jest nie tylko to, co mówimy, ale jak to robimy. Ton głosu powinien być spokojny, stanowczy, a spojrzenie skierowane na osobę, z którą rozmawiamy.

Zobacz

- 3 perspektywy – Głosy Przeciw Przemocy” film Grupy Edukatorów Antyprzemocowych www.youtube.com/watch?time_continue=126&v=17fDZH6cdOU.

- „Dzielne dziewczyny – rymy w sercu” utwór rapowy grupy nastolatek, stworzony w ramach projektu ”Dzielne Dziewczyny” Stowarzyszenie Praktyków Kultury, dostępny na www.youtube.com/watch?v=lOoWFnUBguo.

Podsumowanie

- Czego nowego dowiedziałeś się w trakcie dzisiejszych zajęć?
- Jak zdobyta wiedza będzie przydatna w Twoim codziennym życiu?

ZdrovveLove

Załącznik Nr 27 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Materiał przeznaczony dla uczestników warsztatów realizowanych w ramach
„Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017–2020”

GDAŃSK

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove

Drodzy Młodzi Gdańszczanki i Gdańszczanie,

Jesteście u progu dorosłości. Dokonujecie życiowych wyborów, zakochujecie się po raz pierwszy, nawiązujecie relacje, wchodzicie w związki. Czasem towarzyszą temu pierwsze doświadczenia w sferze intymnej. Pamiętajcie, że szacunek i miłość do drugiej osoby to podstawa zdrowych i uczciwych relacji oraz fundament budowania dobrego związku.

Istotne znaczenie – w tym dla wzajemnej uczciwości i odpowiedzialności za drugą osobę – ma wiedza o sprawach intymnych. Nie zawsze macie odwagę, by o tej sferze życia rozmawiać z rodzicami, czasem wiedzy szukacie sami, nierzadko w internecie. Nie zawsze jest to najlepsze i wiarygodne źródło. Dlatego przez program ZdrovveLove, udział w warsztatach i tę broszurę chcemy przekazać Wam rzetelną i prawdziwą wiedzę z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Powinniście mieć dostęp do wiedzy, by korzystać z niej w zgodzie ze swoim sumieniem, przekonaniami i religią.

Proszę abyście pamiętali, że edukacja seksualna nie zachęca ani do częstych, ani do wczesnych kontaktów seksualnych. Te decyzje podejmijcie po wsłuchaniu się w Wasze emocje, biorąc pod uwagę przekonania moralne i pamiętając o szacunku do siebie nawzajem. Edukacja ma pomóc Wam w podejmowaniu odpowiedzialnych i świadomych wyborów. To także nauka zachowań asertywnych w obszarze praw jakie macie i szacunek dla innych poglądów. Potraktujcie proszę udział w Programie edukacyjnym ZdrovveLove jako szansę na uzyskanie pełnej wiedzy o zdrowiu prokreacyjnym. Budujmy wspólnie społeczeństwo świadome, ale również bezpieczne i przyjazne.

Paweł Adamowicz

Prezydent Miasta Gdańska

Prof. Bogdan Wojciszke w swej książce „Psychologia miłości" przedstawił składającą się z trzech elementów koncepcję miłości R. Sternberga. Jest to jedna z wielu koncepcji miłości oraz związku.

Miłość jako stan, składa się z trzech składników, które występują w zależności od przeżywanej fazy rozwoju związku.

1) **INTYMNOŚĆ** – dbanie o siebie, szacunek, zrozumienie, wsparcie, wzajemna troska,

2) **NAMIĘTNOŚĆ** – pobudzenie fizjologiczne wynikające z pobudzenia seksualnego i emocji w relacji. Obejmuje zarówno przyjemne (zachwyt, pożądanie, radość, wzruszenie) jak i nieprzyjemne emocje (niepokój, złość, zazdrość, rozpacz).

3) **ZAANGAŻOWANIE** – świadoma decyzja o tym, aby trwać w związku ze świadomością zarówno zalet jak i wad partnera/partnerki.

	Składnik		
Rodzaje miłości	**Intymność**	**Namiętność**	**Zaangażowanie**
Brak miłości	-	-	-
Lubienie	+	-	-
Miłość ślepa (zakochanie)	-	+	-
Miłość pusta	-	-	+
Miłość romantyczna	+	+	-
Miłość przyjacielska	+	-	+
Miłość fatalna	-	+	+
Miłość kompletna	+	+	+

Jak ukazuje tabela, miłość niejedno ma imię. Może składać się tylko z jednego komponentu lub z dowolnej kombinacji trzech składników. Mogą one się ze sobą łączyć w dowolny sposób. Można bowiem odczuwać wobec kogoś namiętność czy pociąg fizyczny (być zaślepionym), ale nie znać jej na tyle dobrze, aby przeżywać uczucie intymności lub zaangażowania. Wraz z krzepnięciem uczucia, związek może przerodzić się w miłość romantyczną czy też w miłość doskonałą, która stanowi harmonijny związek wszystkich trzech elementów. Relacje miłosne mogą mieć różne formy, tabelka przedstawia jeden ze sposobów definiowania ich.

- Miłość jednak to coś zdecydowanie więcej, niż tylko plus lub minus postawiony w tabelce – to uczucie, który każdy przeżywa na swój indywidualny sposób, wymagające troski i pielęgnacji. Każdy może ją przeżywać inaczej. Ważne jest, aby z szacunkiem budować uczucie do drugiej osoby.

Miłość to uczucie, które ulega przemianom podczas całego życia. Zmienia się zarówno istota miłości, jak również związek przechodzi przez różne fazy. **B. Wojciszke wyróżnia 5 faz związku:**

1. Zakochanie
2. Romantyczne początki
3. Związek kompletny
4. Związek przyjacielski
5. Związek pusty

Miłość to uczucie, które współwystępuje z innymi przeżyciami. **Nieodłączną częścią miłości jest seksualność człowieka.** Seksualność jest zdrową, naturalną i towarzyszącą przez całe życie częścią bytu człowieka. Stanowi źródło przyjemności i umożliwia osiągnięcie pełnego dobrostanu. Seksualność i miłość, jak każde inne uczucie, mają swoją dynamikę. Młodzi ludzie doświadczają różnych rodzajów miłości i seksualności, a każde z tych doświadczeń przygotowuje ich do przeżywania miłości doskonałej.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

Prawa seksualne są prawami człowieka. Każdy i każda z nas ma prawo do zaspokajania swoich potrzeb, pod warunkiem, że nie narusza to granic innych osób.

DEKLARACJA PRAW SEKSUALNYCH CZŁOWIEKA (WASH, 2014)

(...) podstawę dla praw seksualnych stanowią uniwersalne prawa człowieka (...)

POTWIERDZA, że seksualność jest kluczowym aspektem życia człowieka przez całą długość jego trwania, a w jej skład wchodzi płeć, role i tożsamości płciowe, płeć społeczno-kulturowa, orientacja seksualna, erotyzm, przyjemność, intymność oraz reprodukcja (...)

UZNAJE, że seksualność stanowi źródło przyjemności i dobrostanu (...)

POTWIERDZA, że zdrowie seksualne to dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością, czyli więcej niż stan braku choroby, dysfunkcji lub ułomności.(...)

UZNAJE, że prawa seksualne mają swoje źródło w niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich (...)

UZNAJE, że orientacja seksualna, tożsamość płciowa, płeć społeczno-kulturowa, wszelkie wyrazy tej tożsamości oraz różnorodność fizyczna i cielesna wymagają ochrony w zakresie praw człowieka (...).

„(...) wiedza o seksualności ludzkiej nie ma na celu „seksualizacji dzieci", lecz ich ochronę przed realnymi niebezpieczeństwami. Z tego punktu widzenia, każde dziecko, bez względu na wiek winno zostać wyposażone w odpowiednią wiedzę, z uwzględnieniem swego stopnia rozwoju emocjonalnego i intelektualnego."

Fragment uzasadnienia wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka; decyzja z dn. 19.12.2017 r., skarga nr 22338/15

Zapamiętaj!
Twoje prawa seksualne oznaczają:

Prawo do prywatności: Twoje życie seksualne jest Twoje; nie musisz się z niego tłumaczyć. Zawieraj związki jakie chcesz, oparte na zgodzie każdej ze stron.

Prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań: masz prawo do rzetelnej wiedzy na temat seksualności i antykoncepcji oraz korzystania z tej wiedzy w zgodzie ze swoim sumieniem.

Prawo do równości i wolności od dyskryminacji: masz prawo do korzystania ze wszystkich swoich praw seksualnych niezależnie od Twojej płci, rasy, wieku, orientacji seksualnej itp.

Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między dziećmi oraz prawo do informacji i środków niezbędnych do podejmowania tych decyzji: masz prawo planować, czy i kiedy chcesz założyć rodzinę i jaki ma ona mieć kształt.

Prawo do wolności od wszelkich form przemocy lub przymusu: to Ty wiesz, kiedy i jakiej seksualności pragniesz; nikt nie ma prawa przymuszać Cię do niczego.

Prawo do zawierania, życia w i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich i innych relacji opierających się na pełnej i niewymuszonej zgodzie Twojej i partnera: nikt nie może Ci nakazać ani zakazać z kim się zwiążesz; to Ty decydujesz w jakiej chcesz być relacji.

Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich: dopóki Twoje działania nie naruszają praw i wolności innych ludzi, masz prawo do wyrażenia siebie w sposób, jaki jest spójny z Tobą i z Twoimi pragnieniami.

Większość z nas rodzi się jako przedstawiciel/przedstawicielka płci żeńskiej lub męskiej, wyposażona w żeńskie lub męskie narządy płciowe – są to pierwszo- i drugorzędowe cechy płciowe. Trzeciorzędowe cechy płciowe rozwijają się w okresie pokwitania (ok. 11-16 r.ż.).

Dojrzewanie rozpoczyna się pod wpływem działania hormonów płciowych, które dają sygnał do rozpoczęcia tego procesu. Hormony płciowe, tzw. męskie (testosteron) i żeńskie (estrogeny i progesteron) występują u każdej płci, w różnych proporcjach.

Przed dorastaniem poziom hormonów żeńskich i męskich jest zbliżony u obu płci, dopiero rozpoczęcie pokwitania zaczyna proces zmiany ich poziomu.

Zapamiętaj!

Większość z nas rodzi się jako kobieta lub mężczyzna, ale nie zawsze tak jest.

Niektóre osoby mogą być:

1. **Transseksualne:** mają ciało kobiety, ale czują się mężczyzną lub odwrotnie. W takim wypadku możliwa jest korekta płci biologicznej, żeby była ona zgodną z ich tożsamością płciową.
2. **Transpłciowe:** to szersze pojęcie niż transseksualność, zawiera się w nim cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. To wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (*gender*).
3. **Interpłciowe:** w życiu płodowym ich organy płciowe nie rozwijają się w jednym kierunku, po urodzeniu nie zawsze da się łatwo określić ich płeć biologiczną. W takim wypadku ważne jest, by nie zmuszać ich, by na siłę „stali się" kobietą lub mężczyzną, lecz dać im przestrzeń na to, by wraz z wiekiem sami określili swoją tożsamość.

Gdy zaczynasz dorastać, pojawia się też u Ciebie napięcie seksualne. Jednym ze sposobów jego rozładowania jest masturbacja.

CZY WIESZ, ŻE: Większość ludzi, kobiet i mężczyzn, masturbuje się. Masturbacja to jeden z normalnych i zdrowych przejawów seksualności, zarówno samodzielnie, jak i w relacji. Wszyscy ludzie, na każdym etapie życia są istotami seksualnymi.

- **Bycie istotą seksualną nie jest równoważne z byciem gotowym do relacji seksualnych.**
- Nasza seksualność ewoluuje w toku naszego rozwoju.
- W początkowym okresie rozwoju odkrywamy istnienie płci, różnice między kobietami i mężczyznami, własną budowę ciała itp.
- Całość tych doświadczeń kształtuje naszą wiedzę o cielesności i wpływa na naszą seksualność.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

CZY WIESZ, ŻE: Seks jest nie tylko dla młodych; osoby starsze deklarują dużo większe zadowolenie i częstotliwość aktywności seksualnej niż młode.

Na naszą seksualność, oprócz płci biologicznej, składa się nasza **tożsamość seksualna**:

Tożsamość seksualna – określa emocjonalny i fizyczny pociąg do osób określonej płci, kierunek potrzeb uczuciowych, seksualnych, psychicznych i/lub duchowych. To sposób, w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o orientacji heteroseksualnej (pociąg do osób płci odmiennej), homoseksualnej (pociąg do osób tej samej płci) i biseksualnej (wobec osób różnej płci). Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane, jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób), jak i nienazwane. Podane kategorie są umowne. Każda osoba może określić swoją orientację seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób, zupełnie wyjątkowym określeniem.

W naszej kulturze możemy zaobserwować **heteronormatywność**:

- Automatyczne przekonanie o tym, że ludzie i my sami jesteśmy heteroseksualni.
- Wynika ona ze społecznych oczekiwań, utrwalanych w procesie wychowania, np. małym dziewczynkom mówi się, że jak dorosną to wyjdą za mąż. Tymczasem dziewczynka może okazać się lesbijką.
- Osoby LGBTIQ (Lesbian Gay Bisexual Trans Intersex Queer) uwewnętrzniają też ten pogląd, czyli wzrastają w przekonaniu o powszechności heteroseksualności i o tym, że jest ona albo jedynym, albo najwłaściwszym sposobem przejawiania swojej seksualności.

ZAPAMIĘTAJ

Zgodnie z deklaracją praw seksualnych, masz prawo do równości i wolności od dyskryminacji i prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego. W oparciu o współczesną wiedzę, bycie osobą LGBTIQ nie jest zaburzeniem. Nie dyskryminuj osób LGBTIQ, a jeśli jesteś taką osobą, masz prawo nią być i tworzyć takie relacje intymne, jakie będą dla Ciebie i Twojego partnera/ partnerki / parnterów satysfakcjonujące.

CZY WIESZ, ŻE: Liczba osób o innej niż heteroseksualna orientacji jest trudna do oszacowania. Aktualne dane wskazują, że może to być ok 1,5 do 8%, jednak w niektórych grupach wiekowych może być ich nawet powyżej 14%. Ze względu na doświadczaną dyskryminację, nie wszyscy decydują się na ujawnienie swojej orientacji*. W Polsce ok. 5% osób deklaruje się jako osoby LGBT.

*Dalia Research 2016

Higiena narządów płciowych

- Płukanie pochwy może zniszczyć naturalną florę bakteryjną, która jest odpowiedzialna za zachowanie czystości pochwy.
- Płukanie pochwy nie jest czynnością konieczną – zdrowa pochwa potrafi sama dobrze zadbać o utrzymanie wewnątrz dobrych warunków i czystości.
- Penis należy myć też pod napletkiem.
- Należy unikać środków z detergentami. Można korzystać z delikatnego mydła lub płynu do higieny intymnej.

Narządy płciowe **mężczyzny** są zdrowe wtedy, gdy:

- nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- nic nie swędzi, nie piecze, nie boli
- nie ma problemu z oddawaniem moczu
- z penisa nie wydziela się krew, ropa
- na jądrach nie są wyczuwalne stwardnienia

Narządy płciowe **kobiety** są zdrowe wtedy, gdy:

- nic nie boli, nie swędzi, nie piecze
- nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- śluz nie jest bardziej obfity niż zwykle
- śluz nie brudzi bielizny
- nie ma krwawień między miesiączkami
- w czasie miesiączki brzuch nie boli bardzo mocno
- nie ma problemu z oddawaniem moczu

Płodność

Bezpłodność – niezdolność do poczęcia dziecka spowodowana trwałym uszkodzeniem układu rozrodczego. Jest nieodwracalna.

Niepłodność – definiowana jest współcześnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako: niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia (3-4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy.

- Około 12-15 % osób ma kłopoty z płodnością. Co 6 para heteroseksualna ma problemy z zajściem w ciążę.

Najczęstsze przyczyny niepłodności:
- nieprawidłowy styl odżywiania i jego następstwa (niedowaga, nadwaga albo otyłość)
- zmęczenie fizyczne i psychiczne
- używki m.in. alkohol, papierosy, narkotyki
- stres
- zanieczyszczenie środowiska
- decyzja o posiadaniu pierwszego dziecka po 28 roku życia
- wiek powyżej 35 lat

CZY WIESZ, ŻE: Wzwód penisa zwykle jest spowodowany podnieceniem seksualnym, ale może też się zdarzyć z innych powodów, np. poranne erekcje. W cyklu nocnym dochodzi od 3 do 5 wzwodów, których mężczyzna zazwyczaj nie jest świadomy, gdyż pojawiają się w czasie snu. Czasami jednak mężczyźni zauważają tę ostatnią, poranną erekcję.

CZY WIESZ, ŻE: Penis i jądra powiększają się w okresie dojrzewania. Wielkość penisa nie wpływa na odczuwaną przyjemność ani na możliwości seksualne.

CZY WIESZ, ŻE: Łechtaczka to narząd, którego jedynym celem jest dostarczanie przyjemności seksualnej. Zawiera około 8000 zakończeń nerwowych! To dwa razy więcej niż na penisie. To, co widać na zewnątrz, to jedynie czubek (żołądź) łechtaczki.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

Antykoncepcja to świadome działanie, które ma na celu zapobieganie niepożądanej ciąży.

Jakie są metody zapobiegania ciąży?

GRUPA 1.

Metody naturalnego planowania rodziny (NPR) – konieczna jest znajomość swojego ciała, umiejętność obserwacji i wyciągania wniosków.

1. **Kalendarzyk małżeński.**
2. **Metoda termiczna.**
3. **Metoda objawowa.**
4. **Metoda objawowo-termiczna.**

Zalety metod naturalnych, między innymi:
- Są całkowicie obojętne dla zdrowia.
- Są akceptowane przez Kościół katolicki.

Wady metod naturalnych, między innymi:
- Niska skuteczność.
- Metody te są bardzo podatne na zniekształcenia, ponieważ cykl miesięczny może ulegać zmianom pod wpływem chorób, wysiłku fizycznego, zmian w diecie, stresu, podróży, picia alkoholu i innych czynników.
- Nie poleca się kobietom, które mają nieregularne cykle, zwłaszcza nastolatkom i kobietom w okresie okołomenopauzalny.
- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową

GRUPA 2.

Metody mechaniczne – konieczna jest umiejętność zakładania środków antykoncepcyjnych.

Prezerwatywa męska

- Chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Przy właściwym stosowaniu ma wysoką skuteczność, bardzo dostępna (bez recepty).

\– Może pęknąć, może się ześlizgnąć (przy niewłaściwym stosowaniu), może uczulać każdego z partnerów.

Prezerwatywa damska

- Chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową, ograniczona dostępność (bez recepty, mało popularna, w Polsce niedostępna).

\+ Nie wpływa na gospodarkę hormonalną.

\– Dyskomfort i krępujące odgłosy, które mogą pojawić się podczas stosowania.

Diafragma i kapturek naszyjkowy

- W niewielkim stopniu chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Nie wpływają na gospodarkę hormonalną.

\– Mało skuteczne, należy dopasować rozmiar u lekarza.

Wkładka wewnątrzmaciczna

- Nie chroni przez infekcjami przenoszonymi drogą płciową!

\+ Wysoka skuteczność.

\– Może powodować: ryzyko zakażeń, bóle w podbrzuszu, dłuższe krwawienia.

GRUPA 3.

Metody hormonalne – należy je dobrać indywidualnie do organizmu, ze względu na stan zdrowia nie każda kobieta może je stosować.

Tabletki antykoncepcyjne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Wysoka skuteczność – do 98%.

\– Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Plastry hormonalne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Wkładka hormonalna

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywana na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingeruje w gospodarkę hormonalną kobiety.

Krążki antykoncepcyjne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Implant

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywany na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingeruje w gospodarkę hormonalną kobiety.

GRUPA 4.

Metody chemiczne – polecane jako środek wspomagający.

Pianki i kremy plemnikobójcze

- W niewielkim stopniu chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Bardzo dostępne (bez recepty), tanie, łatwe do zastosowania.

− Mogą wywoływać uczulenie u obojga partnerów.

GRUPA 5.

Metody chirurgiczne – w Polsce niewykonywane; zgodnie z prawem wykonanie takich operacji pozbawiania płodności podlega karze pozbawienia wolności do lat 12.

TABLETKA „DZIEŃ PO" – antykoncepcja awaryjna, nie jest to środek antykoncepcyjny; nie jest wskazana do regularnego używania.

- Z perspektywy medycznej nie jest to tabletka wczesnoporonna, ale blokująca zagnieżdżenie się zapłodnionej komórki jajowej w macicy.
- **Gdy preparat zostanie przyjęty już po zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki w macicy, podtrzyma on ciążę i stanie się jej sprzymierzeńcem.**
- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność, jeżeli jest użyta do 3–5 dni po stosunku.

− Przez dużą dawkę hormonów może wywołać efekty uboczne – obfite krwawienie, nudności, bóle głowy, obrzęki; dostępna wyłącznie na receptę.

STOSUNEK PRZERYWANY – NIE JEST METODĄ ANTYKONCEPCJI

Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Nic nie kosztuje, nie wymaga posiadania fizycznie środka antykoncepcyjnego.

− Wymaga dużej samokontroli i doświadczenia ze strony mężczyzny, może obniżać doznania seksualne, może powodować problemy seksualne u mężczyzn, niska skuteczność.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

KUPUJĄC PREZERWATYWĘ, PAMIĘTAJ O:

1. **Miejscu zakupu** – np. apteka, dobra drogeria; sprawdź, czy prezerwatywa nie leżała wyeksponowana na wystawie, np. na słońcu.
2. **Dacie na opakowaniu** – prezerwatywa ma termin ważności!
3. **Certyfikacie jakości** z logo Ministerstwa Zdrowia.
4. **Sprawdzeniu, czy opakowanie/kartonik nie jest uszkodzone.**

PRZED UŻYCIEM PREZERWATYWY, PAMIĘTAJ:

1. Sprawdź datę przydatności do użycia. Naciśnij i sprawdź, czy opakowanie nie jest uszkodzone.
2. Trzymając prezerwatywę w dwóch palcach, przesuń prezerwatywę wewnątrz opakowania do jednego brzegu, aby móc swobodnie otworzyć opakowanie prezerwatywy, używając tzw. ząbków na brzegu opakowania.
3. Chwyć delikatnie prezerwatywę palcami i wyjmij z opakowania.
4. Ściśnij palcami czubek prezerwatywy, umieść na główce penisa.
5. Prezerwatywę zakładaj przy pełnym wzwodzie, PRZED wprowadzeniem go do pochwy.
6. Rozwiń prezerwatywę do samej podstawy członka. Uważaj na paznokcie/zęby, aby nie uszkodzić prezerwatywy.
7. Po zakończonym współżyciu wycofaj członek, przytrzymując brzeg prezerwatywy, zanim jeszcze zaniknie wzwód.
8. Zsuń prezerwatywę z członka (można ją związać i/lub zawinąć w papier, a następnie wyrzucić do kosza).

PAMIĘTAJ!
Użycie prezerwatywy to jedyny sposób na profilaktykę infekcji przenoszonych drogą płciową!

ZdrovveLove
GDAŃSK
Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

STI (infekcje przenoszone drogą płciową, od ang. ***S**exually **T**ransmitted **I**nfection*).

Kiedy Twoje zachowanie seksualne można nazwać ryzykownym?

Zachowania seksualne, w których istnieje ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę i/lub ryzyko zakażenia infekcją przenoszoną drogą płciową.

Ryzykowne zachowania seksualne

- kontakty seksualne z więcej niż jednym partnerem seksualnym równocześnie,
- częsta zmiana partnerów seksualnych,
- współżycie z osobą żyjącą z HIV,
- wczesna inicjacja seksualna,
- niekonsekwentne stosowanie prezerwatywy w kontaktach oralnych, analnych i waginalnych,
- prostytucja i korzystanie z usług agencji towarzyskich,
- kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol),
- przygodne kontakty seksualne.

Ryzykujesz, gdy:

- Podejmujesz kontakty seksualne z osobami, które nie są przebadane pod kątem STI.
- Twoje narządy płciowe mają kontakt bez prezerwatywy ze śluzówką pochwy, członka, odbytu, ust.
- Stosujesz metody antykoncepcyjne o nieokreślonej skuteczności albo niesystematycznie.

Bezpieczniejsze zachowania seksualne:

- Dbasz o swoje zdrowie, używając środków zabezpieczających przez STI.
- Świadomie zgadzasz się na seks.
- Znasz swojego partnera/partnerkę

Infekcje przenoszone drogą płciową

Chlamydioza

♀ **U kobiet** – upławy, pieczenie przy oddawaniu moczu, bóle podbrzusza.
75% kobiet nie ma żadnych objawów!

♂ **U mężczyzn** – śluzowo-ropna wydzielina z cewki moczowej i niewielki ból przy oddawaniu moczu.
25% mężczyzn nie ma żadnych objawów.

Rzeżączka

♀ **U kobiet** – ból i pieczenie w okolicach narządów płciowych, wyciek ropnej wydzieliny, często też przebiega bez objawów.

♂ **U mężczyzn** – ból i pieczenie w okolicach narządów płciowych, wyciek ropnej wydzieliny.

JEŻELI ZAUWAŻYSZ COŚ NIEPOKOJĄCEGO w swoim ciele – IDŹ DO LEKARZA GINEKOLOGA LUB UROLOGA LUB DERMATOLOGA!

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

HPV (Kłykciny kończyste)

♀ **U kobiet** – drobne brodawki wokół narządów płciowych oraz odbytu – na zewnątrz (wargi sromowe, krocze) i wewnątrz (pochwa, szyjka macicy).

♂ **U mężczyzn** – drobne brodawki na żołędzi, w kroczu i wokół odbytu, a nawet wewnątrz cewki moczowej.

Kiła (syfilis)

♀♂ **U obu płci** – bezbolesne zakażenie w miejscu owrzodzenia, powiększone najbliższe węzły chłonne, wysypka na całym ciele, ból głowy, gardła, gorączka, ogólne osłabienie, wysypka nawrotowa, guzy, po pęknięciu których powstają blizny; atakuje układ nerwowy i sercowo-naczyniowy.

Opryszczka narządów płciowych (wygląda podobnie jak ta pojawiająca się wokół ust)

♀ **U kobiet** – swędzenie od wewnątrz warg sromowych.

♂ **U mężczyzn** – swędzenie i wykwity na skórze penisa.

Grzybice narządów płciowych (kandydoza)

♀ **U kobiet** – zaczerwienienie oraz obrzęk warg sromowych i pochwy, swędzenie, pieczenie, pojawiają się serowate upławy, bolesny stosunek.

♂ **U mężczyzn** – żołądź i napletek stają się zaczerwienione, bardziej wilgotne, mogą pojawić się pęcherzyki i białawy nalot.

HIV / AIDS

HIV to ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności uszkadzający komórki układu odpornościowego, który bez leczenia po średnio 6–12 latach prowadzi do wystąpienia AIDS. Zakażenie wykryte odpowiednio wcześnie można kontrolować dzięki lekom i nie dopuścić do rozwoju choroby.

Zakazić się można przez:
krew, spermę, preejakulat (wydzielina z cewki moczowej pojawiająca się w chwilach podniecenia) a także wydzielinę z pochwy i odbytu. Do zakażenia dochodzi przede wszystkim podczas niezabezpieczonych kontaktów seksualnych, podczas dożylnego używania narkotyków.

Nie stanowią zagrożenia:
codzienne kontakty, wspólne mieszkanie, praca, korzystanie z tych samych przyborów kuchennych, łazienki.

Jakie są objawy?
Nawet przez wiele lat przebieg jest bezobjawowy, nosiciel może przenosić chorobę podczas stosunków seksualnych.

Aby się zbadać anonimowo i bezpłatnie znajdź najbliższy punkt konsultacyjno – diagnostyczny: www.aids.gov.pl – zakładka „Testy na hiv".

JEŻELI ZAUWAŻYSZ COŚ NIEPOKOJĄCEGO w swoim ciele – IDŹ DO LEKARZA GINEKOLOGA LUB UROLOGA LUB DERMATOLOGA!

ZdrovveLove
GDAŃSK
Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

Płeć biologiczna
- cielesność
- różnorodne cechy fizyczne (anatomiczne), które różnicują ludzi od siebie

Płeć społeczno-kulturowa
- cechy i zainteresowania
- role płciowe
- przypisywana przez społeczeństwo i kulturę
- nabywana w procesie wychowania
- są różne w różnych kulturach
- to, co jest uznawane za właściwe i pożądane dla poszczególnych płci (sposób ubioru, zachowania)
- np. wszystkie kobiety chcą mieć dzieci lub wszyscy mężczyźni inicjują kontakt seksualny

Płeć prawna
- płeć rozpoznawana w dokumentach krajowych

CZY WIESZ, ŻE: Są kraje, w których prawnie rozpoznawane jest więcej płci, np. w Indiach od 2005 roku poza kategorią „kobieta" i „mężczyzna" jest jeszcze jedna możliwość – „hijra". To opcja, która jest dozwolona we wniosku paszportowym. Inne kraje, które dopuszczają prawną kategorię dla osób, które nie identyfikują się jako kobieta lub mężczyzna („płeć niespecyficzna", nieoznaczona „X" lub „neutralna") to m.in. Australia, Malta, Nowa Zelandia i Pakistan.

Tożsamość płciowa
- wewnętrzne poczucie własnej płci
- subiektywne
- to jak każdy opisuje samego siebie

Najczęściej ludzie utożsamiają się z płcią żeńską lub męską i to jest zgodne z tym, jaką mają płeć biologiczną.

Jeżeli ludzie mają płeć biologiczną żeńską, ale czują się mężczyzną (tożsamość płciowa) nazywa się to **transseksualnością**.

Transpłciowość
- nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną (metryka), tożsamością płciową a rolą płciową

Płeć biologiczna ≠ tożsamość płciowa ≠ rola płciowa

Cispłciowość
- tradycyjne upłciowienie
- płeć jest zgodna z potocznym myśleniem o płci

Płeć biologiczna = tożsamość płciowa = rola płciowa

Tożsamość seksualna
- sposób określenia swojej seksualności z punku widzenia płci osób, z którymi nawiązuję relacje intymne
  - heteroseksualna
  - homoseksulana
  - biseksulna

Osoby, które nie określają swojej płci lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem QUEER.

Role płciowe
- zmieniają się w czasie – to co kilkanaście lat temu było typowe, przestaje nim być;
- ludzie różnią się w postawach wobec ról płciowych;
- dają ścisłe, sztywne wytyczne i ramy zachowań, które mogą dawać poczucie bezpieczeństwa,
- równocześnie ograniczają autentyczną ekspresję.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

W stanie zakochania nasz mózg jest w stanie oszołomienia, który na poziomie biochemicznym:
- przypomina stan po zażyciu narkotyków. Nie umiemy spojrzeć krytycznie na źródło naszych westchnień,
- wszystko odbieramy przez „różowe okulary",
- składową zakochania jest pożądanie: chęć erotycznej bliskości.

Jeśli związek trwa, to stan zakochania mija po około 2 latach. Jeśli partnerom, pomimo ustania odczuwania zakochania, udało się stworzyć w tym czasie więź, czują miłość.

CZY WIESZ, ŻE: Miłość romantyczna zaczyna się od stanu zakochania, by się zakochać czasem wystarczą tylko 4 sekundy!

Większość relacji zaczyna się od rozmowy, która przeradza się we flirt. Podstawą bezpiecznych relacji jest wzajemne przestrzeganie granic, a te są bardzo płynne. To, czy dane zachowanie jest niewinnym flirtem, czy przemocą wyznacza kontekst.

- Bądź uważny/uważna na swoje potrzeby - czy to, co się dzieje jest dla Ciebie krępujące, niemiłe, sprawia, że czujesz lęk, niesmak, złość itp.? W każdym momencie możesz powiedzieć NIE.

Komuś, kto narusza Twoje granice, masz prawo powiedzieć NIE!

- Bądź uważny/uważna na to, co dzieje się z drugą stroną – czy się zamyka, oddala, okazuje skrępowanie, zawstydzenie, niechęć, lęk, niesmak, złość itp.?

Nie wiesz, czy ta druga strona dobrze się bawi, czy się boi? ZAPYTAJ!

Zgoda (*consent*) – jest niezbędnym warunkiem bezpiecznych relacji. Seks bez wyrażonej zgody to gwałt lub napaść seksualna. Każda z zainteresowanych stron wyraża tę zgodę, a druga strona przestrzega wyznaczonych granic.

Zgoda musi być:

- Wyrażona dobrowolnie i świadomie: nie zmuszaj nikogo do wyrażenia zgody, druga strona angażuje się, bo tego naprawdę chce. Jeśli jedna ze stron śpi, jest zamroczona alkoholem, narkotykami itp., nie jest w stanie dobrowolnie i świadomie zaangażować się w seks – to nie ma jej zgody.
- Entuzjastyczna: w seksie robicie tylko to, czego na prawdę chcecie – nie to, co czujecie, że powinniście zrobić.
- Konkretna: wyrażenie zgody na jedną rzecz, nie oznacza zgody na inną. Możecie wyrazić zgodę na przytulanie się i całowanie, co nie oznacza, że wyrażacie zgodę na stosunek.
- Przestrzeganiem ustaleń: np. jeśli zgadzacie się na stosunek z prezerwatywą, a jedna ze stron jej jednak nie założy, nie jest to pełna zgoda, granice zostały naruszone.
- Odwracalna: w każdym momencie macie prawo wycofać wyrażoną zgodę. Nawet jeśli się na coś zgodziłaś/zgodziłeś, ale zmieniłaś/zmieniłeś zdanie – powiedz NIE! Nawet jeśli robiliście już jakieś rzeczy wcześniej, możecie nie chcieć ich w tej sytuacji.

W Polsce obcowanie płciowe i inne czynności seksualne z osobą poniżej 15. roku życia stanowią przestępstwo z art. 200 Kodeksu karnego. Czynność seksualna może mieć formę obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej.

Współcześnie coraz większe znaczenie ma **przestrzeń internetowa**, która staje się źródłem nawiązywania relacji (portale społecznościowe, portale randkowe) i jest łatwym źródłem wiedzy. Bardzo łatwo można trafić na treści pornograficzne. **Filmy i zdjęcia o treściach pornograficznych przedstawiają nierealny obraz tego czym jest seks i seksualność.** Bardzo ważne, żeby mieć świadomość, że filmy pornograficzne nie są treściami edukacyjnymi. **Prezentują zniekształcone treści, uprzedmiotawiają kontakt seksualny i osoby, które się angażują w ten kontakt.** Zamiast filmu lepiej porozmawiać z dorosłą, życzliwą osobą do której masz zaufanie (rodzic czy opiekun, kadra psychologiczno-pedagogiczna czy osoba prowadząca zajęcia o seksualności w szkole). Można też sięgnąć po książki na temat seksualności i cielesności. **Seksualność to coś więcej niż akt seksualny, i powinna podlegać szczególnej ochronie.**

- Pamiętaj, że z godnie z Deklaracją Praw Seksualnych masz prawo do ochrony własnej seksualności.

Warto uważać na treści, które wysyła się za pośrednictwem telefonów czy internetu. Wraz z rozwojem komunikacji internetowej obserwuje się zjawisko sextingu.

Sexting – robienie sobie półnagich, erotycznych zdjęć, aby przesłać je telefonem komórkowym lub umieścić w sieci. W następstwie łatwo staje się to przyczyną cyberprzemocy (udostępnianie zdjęć w portalach społecznościowych, hejtowanie, ośmieszanie, przerabianie zdjęć, wrzucanie ich na strony pornograficzne, tworzenie memów).

- Pamiętaj też, że wysyłanie treści erotycznych do osób bez ich zgody jest naruszaniem ich granic i podlega ochronie prawnej.

Do kogo możesz się zgłosić, kiedy ktoś narusza Twoje granice seksualne?

- **W Polsce działa darmowy telefon zaufania dla dzieci i młodzieży**

  116 111
  godz. 12.00–2.00

  Możesz też napisać mail:
  https://116111.pl/napisz

- **W Gdańsku działa Centrum Interwencji Kryzysowej**

  Całodobowy numer 58 511 01 21
  mail: cik@fdds.pl

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

Co mówi **WHO** (Światowa Organizacja Zdrowia) o **edukacji seksualnej**?

Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może obejmować wszystkie te aspekty, nie wszystkie one są doświadczane bądź wyrażane. Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi religijnymi i duchowymi.

Jakie są **standardy edukacji seksualnej** według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia)?

WHO mówi, że edukacja seksualna dziecka powinna zacząć się przed 4 rokiem życia. Nie, to nie znaczy, że malucha należy uczyć o współżyciu seksualnym. WHO proponuje zakres tematów, który dopasowany jest do rozwoju dziecka.

Grupa wiekowa	Zakres edukacji (część)
0-4 lat	✓ Rozwijanie świadomości różnorodności w obszarach: ciała, związków, rodziny, stylów życia. ✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych.
4-6 lat	✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych. ✓ Pokazywanie i rozwijanie szacunku w kontekście różnorodności norm związanych z seksualnością, świadomości posiadania wyborów, ale też ryzyka. ✓ Świadomość własnej tożsamości seksualnej. ✓ Informacje o różnych koncepcjach rodziny.
6-9 lat	✓ Wybory dotyczące rodzicielstwa, ciąży, płodności i adopcji. ✓ Różne metody antykoncepcji. ✓ Wprowadzanie pojęć „akceptowalne współżycie za zgodą obu stron". ✓ Seksualne prawa dzieci. ✓ Szacunek wobec różnych stylów życia, wartości i norm.
9-12 lat	✓ Informacje na temat przyjemności, masturbacji, orgazmu, różnych metod antykoncepcyjnych, ich stosowaniu i mitów dotyczących antykoncepcji. ✓ Doradztwo w zakresie antykoncepcji, skutecznego stosowania prezerwatyw i innych środków antykoncepcyjnych oraz nauka ich uzyskiwania. ✓ Tematy menstruacji, ejakulacji, cyklu owulacyjnego. ✓ Emocje moje i emocje innych, rozumienie konieczności postawienia granicy. ✓ Przyjaźń i miłość wobec osób tej samej płci.
12-15 lat	✓ Nauka odmowy niechcianych zachowań seksualnych. ✓ Informacje na temat różnicy pomiędzy tożsamością płciową a płcią biologiczną. ✓ Pomoc w rozwijaniu szacunku wobec różnorodności seksualnej i orientacji seksualnych. ✓ Znajomość ciała, wizerunku i wpływ na zdrowie ludzi, również akceptowanie różnic ciała. ✓ Cykl menstruacyjny, ciąża, partnerstwo. ✓ Prawa seksualne własne i innych osób.
15 lat i więcej	✓ Informacje na temat tożsamości płciowej i orientacji seksualnej. ✓ Zmiany psychologiczne w okresie dojrzewania. ✓ Komunikowanie się, negocjowanie i uczucia w związku. ✓ Krytyczne podejście do norm kulturowych i religijnych w odniesieniu do ciąży, rodzicielstwa itp. ✓ Przemoc seksualna – umiejętność reagowania przy znajomości praw seksualnych.

Opracowanie własne na podstawie *Standardy edukacji seksualnej w Europie*.

Rodzicu! Przeczytaj więcej! https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf

Załącznik Nr 28 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Materiał przeznaczony dla uczestników warsztatów realizowanych w ramach
„Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017–2020”

GDAŃSK

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

ZdrovveLove

Drodzy Młodzi Gdańszczanki i Gdańszczanie,

Jesteście u progu dorosłości. Dokonujecie życiowych wyborów, zakochujecie się po raz pierwszy, nawiązujecie relacje, wchodzicie w związki. Czasem towarzyszą temu pierwsze doświadczenia w sferze intymnej. Pamiętajcie, że szacunek i miłość do drugiej osoby to podstawa zdrowych i uczciwych relacji oraz fundament budowania dobrego związku.

Istotne znaczenie – w tym dla wzajemnej uczciwości i odpowiedzialności za drugą osobę – ma wiedza o sprawach intymnych. Nie zawsze macie odwagę, by o tej sferze życia rozmawiać z rodzicami, czasem wiedzy szukacie sami, nierzadko w internecie. Nie zawsze jest to najlepsze i wiarygodne źródło. Dlatego przez program ZdrovveLove, udział w warsztatach i tę broszurę chcemy przekazać Wam rzetelną i prawdziwą wiedzę z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Powinniście mieć dostęp do wiedzy, by korzystać z niej w zgodzie ze swoim sumieniem, przekonaniami i religią.

Proszę abyście pamiętali, że edukacja seksualna nie zachęca ani do częstych, ani do wczesnych kontaktów seksualnych. Te decyzje podejmijcie po wsłuchaniu się w Wasze emocje, biorąc pod uwagę przekonania moralne i pamiętając o szacunku do siebie nawzajem. Edukacja ma pomóc Wam w podejmowaniu odpowiedzialnych i świadomych wyborów. To także nauka zachowań asertywnych w obszarze praw jakie macie i szacunek dla innych poglądów. Potraktujcie proszę udział w Programie edukacyjnym ZdrovveLove jako szansę na uzyskanie pełnej wiedzy o zdrowiu prokreacyjnym. Budujmy wspólnie społeczeństwo świadome, ale również bezpieczne i przyjazne.

Paweł Adamowicz

Prezydent Miasta Gdańska

Prof. Bogdan Wojciszke w swej książce „Psychologia miłości" przedstawił składającą się z trzech elementów koncepcję miłości R. Sternberga. Jest to jedna z wielu koncepcji miłości oraz związku.

Miłość jako stan, składa się z trzech składników, które występują w zależności od przeżywanej fazy rozwoju związku.

1) **INTYMNOŚĆ** – dbanie o siebie, szacunek, zrozumienie, wsparcie, wzajemna troska,

2) **NAMIĘTNOŚĆ** – pobudzenie fizjologiczne wynikające z pobudzenia seksualnego i emocji w relacji. Obejmuje zarówno przyjemne (zachwyt, pożądanie, radość, wzruszenie) jak i nieprzyjemne emocje (niepokój, złość, zazdrość, rozpacz).

3) **ZAANGAŻOWANIE** – świadoma decyzja o tym, aby trwać w związku ze świadomością zarówno zalet jak i wad partnera/partnerki.

	Składnik		
Rodzaje miłości	**Intymność**	**Namiętność**	**Zaangażowanie**
Brak miłości	-	-	-
Lubienie	+	-	-
Miłość ślepa (zakochanie)	-	+	-
Miłość pusta	-	-	+
Miłość romantyczna	+	+	-
Miłość przyjacielska	+	-	+
Miłość fatalna	-	+	+
Miłość kompletna	+	+	+

Jak ukazuje tabela, miłość niejedno ma imię. Może składać się tylko z jednego komponentu lub z dowolnej kombinacji trzech składników. Mogą one się ze sobą łączyć w dowolny sposób. Można bowiem odczuwać wobec kogoś namiętność czy pociąg fizyczny (być zaślepionym), ale nie znać jej na tyle dobrze, aby przeżywać uczucie intymności lub zaangażowania. Wraz z krzepnięciem uczucia, związek może przerodzić się w miłość romantyczną czy też w miłość doskonałą, która stanowi harmonijny związek wszystkich trzech elementów. Relacje miłosne mogą mieć różne formy, tabelka przedstawia jeden ze sposobów definiowania ich.

- Miłość jednak to coś zdecydowanie więcej, niż tylko plus lub minus postawiony w tabelce – to uczucie, który każdy przeżywa na swój indywidualny sposób, wymagające troski i pielęgnacji. Każdy może ją przeżywać inaczej. Ważne jest, aby z szacunkiem budować uczucie do drugiej osoby.

Miłość to uczucie, które ulega przemianom podczas całego życia. Zmienia się zarówno istota miłości, jak również związek przechodzi przez różne fazy. **B. Wojciszke wyróżnia 5 faz związku:**

1. Zakochanie
2. Romantyczne początki
3. Związek kompletny
4. Związek przyjacielski
5. Związek pusty

Miłość to uczucie, które współwystępuje z innymi przeżyciami. **Nieodłączną częścią miłości jest seksualność człowieka.** Seksualność jest zdrową, naturalną i towarzyszącą przez całe życie częścią bytu człowieka. Stanowi źródło przyjemności i umożliwia osiągnięcie pełnego dobrostanu. Seksualność i miłość, jak każde inne uczucie, mają swoją dynamikę. Młodzi ludzie doświadczają różnych rodzajów miłości i seksualności, a każde z tych doświadczeń przygotowuje ich do przeżywania miłości doskonałej.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

Prawa seksualne są prawami człowieka. Każdy i każda z nas ma prawo do zaspokajania swoich potrzeb, pod warunkiem, że nie narusza to granic innych osób.

DEKLARACJA PRAW SEKSUALNYCH CZŁOWIEKA (WASH, 2014)

(...) podstawę dla praw seksualnych stanowią uniwersalne prawa człowieka (...)

POTWIERDZA, że seksualność jest kluczowym aspektem życia człowieka przez całą długość jego trwania, a w jej skład wchodzi płeć, role i tożsamości płciowe, płeć społeczno-kulturowa, orientacja seksualna, erotyzm, przyjemność, intymność oraz reprodukcja (...)

UZNAJE, że seksualność stanowi źródło przyjemności i dobrostanu (...)

POTWIERDZA, że zdrowie seksualne to dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością, czyli więcej niż stan braku choroby, dysfunkcji lub ułomności.(...)

UZNAJE, że prawa seksualne mają swoje źródło w niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich (...)

UZNAJE, że orientacja seksualna, tożsamość płciowa, płeć społeczno-kulturowa, wszelkie wyrazy tej tożsamości oraz różnorodność fizyczna i cielesna wymagają ochrony w zakresie praw człowieka (...).

„(...) wiedza o seksualności ludzkiej nie ma na celu „seksualizacji dzieci", lecz ich ochronę przed realnymi niebezpieczeństwami. Z tego punktu widzenia, każde dziecko, bez względu na wiek winno zostać wyposażone w odpowiednią wiedzę, z uwzględnieniem swego stopnia rozwoju emocjonalnego i intelektualnego."

Fragment uzasadnienia wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka; decyzja z dn. 19.12.2017 r., skarga nr 22338/15

Zapamiętaj!
Twoje prawa seksualne oznaczają:

Prawo do prywatności: Twoje życie seksualne jest Twoje; nie musisz się z niego tłumaczyć. Zawieraj związki jakie chcesz, oparte na zgodzie każdej ze stron.

Prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań: masz prawo do rzetelnej wiedzy na temat seksualności i antykoncepcji oraz korzystania z tej wiedzy w zgodzie ze swoim sumieniem.

Prawo do równości i wolności od dyskryminacji: masz prawo do korzystania ze wszystkich swoich praw seksualnych niezależnie od Twojej płci, rasy, wieku, orientacji seksualnej itp.

Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między dziećmi oraz prawo do informacji i środków niezbędnych do podejmowania tych decyzji: masz prawo planować, czy i kiedy chcesz założyć rodzinę i jaki ma ona mieć kształt.

Prawo do wolności od wszelkich form przemocy lub przymusu: to Ty wiesz, kiedy i jakiej seksualności pragniesz; nikt nie ma prawa przymuszać Cię do niczego.

Prawo do zawierania, życia w i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich i innych relacji opierających się na pełnej i niewymuszonej zgodzie Twojej i partnera: nikt nie może Ci nakazać ani zakazać z kim się zwiążesz; to Ty decydujesz w jakiej chcesz być relacji.

Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich: dopóki Twoje działania nie naruszają praw i wolności innych ludzi, masz prawo do wyrażenia siebie w sposób, jaki jest spójny z Tobą i z Twoimi pragnieniami.

Większość z nas rodzi się jako przedstawiciel/przedstawicielka płci żeńskiej lub męskiej, wyposażona w żeńskie lub męskie narządy płciowe – są to pierwszo- i drugorzędowe cechy płciowe. Trzeciorzędowe cechy płciowe rozwijają się w okresie pokwitania (ok. 11-16 r.ż.).

Dojrzewanie rozpoczyna się pod wpływem działania hormonów płciowych, które dają sygnał do rozpoczęcia tego procesu. Hormony płciowe, tzw. męskie (testosteron) i żeńskie (estrogeny i progesteron) występują u każdej płci, w różnych proporcjach.

Przed dorastaniem poziom hormonów żeńskich i męskich jest zbliżony u obu płci, dopiero rozpoczęcie pokwitania zaczyna proces zmiany ich poziomu.

Zapamiętaj!

Większość z nas rodzi się jako kobieta lub mężczyzna, ale nie zawsze tak jest.

Niektóre osoby mogą być:

1. **Transseksualne:** mają ciało kobiety, ale czują się mężczyzną lub odwrotnie. W takim wypadku możliwa jest korekta płci biologicznej, żeby była ona zgodną z ich tożsamością płciową.
2. **Transpłciowe:** to szersze pojęcie niż transseksualność, zawiera się w nim cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. To wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową (*gender*).
3. **Interpłciowe:** w życiu płodowym ich organy płciowe nie rozwijają się w jednym kierunku, po urodzeniu nie zawsze da się łatwo określić ich płeć biologiczną. W takim wypadku ważne jest, by nie zmuszać ich, by na siłę „stali się" kobietą lub mężczyzną, lecz dać im przestrzeń na to, by wraz z wiekiem sami określili swoją tożsamość.

Gdy zaczynasz dorastać, pojawia się też u Ciebie napięcie seksualne. Jednym ze sposobów jego rozładowania jest masturbacja.

CZY WIESZ, ŻE: Większość ludzi, kobiet i mężczyzn, masturbuje się. Masturbacja to jeden z normalnych i zdrowych przejawów seksualności, zarówno samodzielnie, jak i w relacji. Wszyscy ludzie, na każdym etapie życia są istotami seksualnymi.

- **Bycie istotą seksualną nie jest równoważne z byciem gotowym do relacji seksualnych.**
- Nasza seksualność ewoluuje w toku naszego rozwoju.
- W początkowym okresie rozwoju odkrywamy istnienie płci, różnice między kobietami i mężczyznami, własną budowę ciała itp.
- Całość tych doświadczeń kształtuje naszą wiedzę o cielesności i wpływa na naszą seksualność.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

CZY WIESZ, ŻE: Seks jest nie tylko dla młodych; osoby starsze deklarują dużo większe zadowolenie i częstotliwość aktywności seksualnej niż młode.

Na naszą seksualność, oprócz płci biologicznej, składa się nasza **tożsamość seksualna**:

Tożsamość seksualna – określa emocjonalny i fizyczny pociąg do osób określonej płci, kierunek potrzeb uczuciowych, seksualnych, psychicznych i/lub duchowych. To sposób, w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o orientacji heteroseksualnej (pociąg do osób płci odmiennej), homoseksualnej (pociąg do osób tej samej płci) i biseksualnej (wobec osób różnej płci). Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane, jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób), jak i nienazwane. Podane kategorie są umowne. Każda osoba może określić swoją orientację seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób, zupełnie wyjątkowym określeniem.

W naszej kulturze możemy zaobserwować **heteronormatywność**:

- Automatyczne przekonanie o tym, że ludzie i my sami jesteśmy heteroseksualni.
- Wynika ona ze społecznych oczekiwań, utrwalanych w procesie wychowania, np. małym dziewczynkom mówi się, że jak dorosną to wyjdą za mąż. Tymczasem dziewczynka może okazać się lesbijką.
- Osoby LGBTIQ (Lesbian Gay Bisexual Trans Intersex Queer) uwewnętrzniają też ten pogląd, czyli wzrastają w przekonaniu o powszechności heteroseksualności i o tym, że jest ona albo jedynym, albo najwłaściwszym sposobem przejawiania swojej seksualności.

ZAPAMIĘTAJ

Zgodnie z deklaracją praw seksualnych, masz prawo do równości i wolności od dyskryminacji i prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego. W oparciu o współczesną wiedzę, bycie osobą LGBTIQ nie jest zaburzeniem. Nie dyskryminuj osób LGBTIQ, a jeśli jesteś taką osobą, masz prawo nią być i tworzyć takie relacje intymne, jakie będą dla Ciebie i Twojego partnera/ partnerki / parnterów satysfakcjonujące.

CZY WIESZ, ŻE: Liczba osób o innej niż heteroseksualna orientacji jest trudna do oszacowania. Aktualne dane wskazują, że może to być ok 1,5 do 8%, jednak w niektórych grupach wiekowych może być ich nawet powyżej 14%. Ze względu na doświadczaną dyskryminację, nie wszyscy decydują się na ujawnienie swojej orientacji*. W Polsce ok. 5% osób deklaruje się jako osoby LGBT.

*Dalia Research 2016

Higiena narządów płciowych

- Płukanie pochwy może zniszczyć naturalną florę bakteryjną, która jest odpowiedzialna za zachowanie czystości pochwy.
- Płukanie pochwy nie jest czynnością konieczną – zdrowa pochwa potrafi sama dobrze zadbać o utrzymanie wewnątrz dobrych warunków i czystości.
- Penis należy myć też pod napletkiem.
- Należy unikać środków z detergentami. Można korzystać z delikatnego mydła lub płynu do higieny intymnej.

Narządy płciowe **mężczyzny** są zdrowe wtedy, gdy:

- nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- nic nie swędzi, nie piecze, nie boli
- nie ma problemu z oddawaniem moczu
- z penisa nie wydziela się krew, ropa
- na jądrach nie są wyczuwalne stwardnienia

Narządy płciowe **kobiety** są zdrowe wtedy, gdy:

- nic nie boli, nie swędzi, nie piecze
- nie ma wyprysków ani innych zmian na skórze
- śluz nie jest bardziej obfity niż zwykle
- śluz nie brudzi bielizny
- nie ma krwawień między miesiączkami
- w czasie miesiączki brzuch nie boli bardzo mocno
- nie ma problemu z oddawaniem moczu

Płodność

Bezpłodność – niezdolność do poczęcia dziecka spowodowana trwałym uszkodzeniem układu rozrodczego. Jest nieodwracalna.

Niepłodność – definiowana jest współcześnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako: niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia (3-4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy.

- Około 12-15 % osób ma kłopoty z płodnością. Co 6 para heteroseksualna ma problemy z zajściem w ciążę.

Najczęstsze przyczyny niepłodności:
- nieprawidłowy styl odżywiania i jego następstwa (niedowaga, nadwaga albo otyłość)
- zmęczenie fizyczne i psychiczne
- używki m.in. alkohol, papierosy, narkotyki
- stres
- zanieczyszczenie środowiska
- decyzja o posiadaniu pierwszego dziecka po 28 roku życia
- wiek powyżej 35 lat

CZY WIESZ, ŻE: Wzwód penisa zwykle jest spowodowany podnieceniem seksualnym, ale może też się zdarzyć z innych powodów, np. poranne erekcje. W cyklu nocnym dochodzi od 3 do 5 wzwodów, których mężczyzna zazwyczaj nie jest świadomy, gdyż pojawiają się w czasie snu. Czasami jednak mężczyźni zauważają tę ostatnią, poranną erekcję.

CZY WIESZ, ŻE: Penis i jądra powiększają się w okresie dojrzewania. Wielkość penisa nie wpływa na odczuwaną przyjemność ani na możliwości seksualne.

CZY WIESZ, ŻE: Łechtaczka to narząd, którego jedynym celem jest dostarczanie przyjemności seksualnej. Zawiera około 8000 zakończeń nerwowych! To dwa razy więcej niż na penisie. To, co widać na zewnątrz, to jedynie czubek (żołądź) łechtaczki.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

Antykoncepcja to świadome działanie, które ma na celu zapobieganie niepożądanej ciąży.

Jakie są metody zapobiegania ciąży?

GRUPA 1.

Metody naturalnego planowania rodziny (NPR) – konieczna jest znajomość swojego ciała, umiejętność obserwacji i wyciągania wniosków.

1. **Kalendarzyk małżeński.**
2. **Metoda termiczna.**
3. **Metoda objawowa.**
4. **Metoda objawowo-termiczna.**

Zalety metod naturalnych, między innymi:
- Są całkowicie obojętne dla zdrowia.
- Są akceptowane przez Kościół katolicki.

Wady metod naturalnych, między innymi:
- Niska skuteczność.
- Metody te są bardzo podatne na zniekształcenia, ponieważ cykl miesięczny może ulegać zmianom pod wpływem chorób, wysiłku fizycznego, zmian w diecie, stresu, podróży, picia alkoholu i innych czynników.
- Nie poleca się kobietom, które mają nieregularne cykle, zwłaszcza nastolatkom i kobietom w okresie okołomenopauzalny.
- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową

GRUPA 2.

Metody mechaniczne – konieczna jest umiejętność zakładania środków antykoncepcyjnych.

Prezerwatywa męska

- Chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Przy właściwym stosowaniu ma wysoką skuteczność, bardzo dostępna (bez recepty).

\– Może pęknąć, może się ześlizgnąć (przy niewłaściwym stosowaniu), może uczulać każdego z partnerów.

Prezerwatywa damska

- Chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową, ograniczona dostępność (bez recepty, mało popularna, w Polsce niedostępna).

\+ Nie wpływa na gospodarkę hormonalną.

\– Dyskomfort i krępujące odgłosy, które mogą pojawić się podczas stosowania.

Diafragma i kapturek naszyjkowy

- W niewielkim stopniu chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Nie wpływają na gospodarkę hormonalną.

\– Mało skuteczne, należy dopasować rozmiar u lekarza.

Wkładka wewnątrzmaciczna

- Nie chroni przez infekcjami przenoszonymi drogą płciową!

\+ Wysoka skuteczność.

\– Może powodować: ryzyko zakażeń, bóle w podbrzuszu, dłuższe krwawienia.

GRUPA 3.

Metody hormonalne – należy je dobrać indywidualnie do organizmu, ze względu na stan zdrowia nie każda kobieta może je stosować.

Tabletki antykoncepcyjne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

\+ Wysoka skuteczność – do 98%.

\– Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Plastry hormonalne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Wkładka hormonalna

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywana na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingeruje w gospodarkę hormonalną kobiety.

Krążki antykoncepcyjne

- Nie chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywane na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingerują w gospodarkę hormonalną kobiety.

Implant

- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność.

− Przepisywany na receptę, po rozmowie diagnostycznej u lekarza ginekologa (ograniczona dostępność); ingeruje w gospodarkę hormonalną kobiety.

GRUPA 4.

Metody chemiczne – polecane jako środek wspomagający.

Pianki i kremy plemnikobójcze

- W niewielkim stopniu chronią przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Bardzo dostępne (bez recepty), tanie, łatwe do zastosowania.

− Mogą wywoływać uczulenie u obojga partnerów.

GRUPA 5.

Metody chirurgiczne – w Polsce niewykonywane; zgodnie z prawem wykonanie takich operacji pozbawiania płodności podlega karze pozbawienia wolności do lat 12.

TABLETKA „DZIEŃ PO" – antykoncepcja awaryjna, nie jest to środek antykoncepcyjny; nie jest wskazana do regularnego używania.

- Z perspektywy medycznej nie jest to tabletka wczesnoporonna, ale blokująca zagnieżdżenie się zapłodnionej komórki jajowej w macicy.
- **Gdy preparat zostanie przyjęty już po zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki w macicy, podtrzyma on ciążę i stanie się jej sprzymierzeńcem.**
- Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Wysoka skuteczność, jeżeli jest użyta do 3–5 dni po stosunku.

− Przez dużą dawkę hormonów może wywołać efekty uboczne – obfite krwawienie, nudności, bóle głowy, obrzęki; dostępna wyłącznie na receptę.

STOSUNEK PRZERYWANY – NIE JEST METODĄ ANTYKONCEPCJI

Nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

+ Nic nie kosztuje, nie wymaga posiadania fizycznie środka antykoncepcyjnego.

− Wymaga dużej samokontroli i doświadczenia ze strony mężczyzny, może obniżać doznania seksualne, może powodować problemy seksualne u mężczyzn, niska skuteczność.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

KUPUJĄC PREZERWATYWĘ, PAMIĘTAJ O:

1. **Miejscu zakupu** – np. apteka, dobra drogeria; sprawdź, czy prezerwatywa nie leżała wyeksponowana na wystawie, np. na słońcu.
2. **Dacie na opakowaniu** – prezerwatywa ma termin ważności!
3. **Certyfikacie jakości** z logo Ministerstwa Zdrowia.
4. **Sprawdzeniu, czy opakowanie/kartonik nie jest uszkodzone.**

PRZED UŻYCIEM PREZERWATYWY, PAMIĘTAJ:

1. Sprawdź datę przydatności do użycia. Naciśnij i sprawdź, czy opakowanie nie jest uszkodzone.
2. Trzymając prezerwatywę w dwóch palcach, przesuń prezerwatywę wewnątrz opakowania do jednego brzegu, aby móc swobodnie otworzyć opakowanie prezerwatywy, używając tzw. ząbków na brzegu opakowania.
3. Chwyć delikatnie prezerwatywę palcami i wyjmij z opakowania.
4. Ściśnij palcami czubek prezerwatywy, umieść na główce penisa.
5. Prezerwatywę zakładaj przy pełnym wzwodzie, PRZED wprowadzeniem go do pochwy.
6. Rozwiń prezerwatywę do samej podstawy członka. Uważaj na paznokcie/zęby, aby nie uszkodzić prezerwatywy.
7. Po zakończonym współżyciu wycofaj członek, przytrzymując brzeg prezerwatywy, zanim jeszcze zaniknie wzwód.
8. Zsuń prezerwatywę z członka (można ją związać i/lub zawinąć w papier, a następnie wyrzucić do kosza).

PAMIĘTAJ!
Użycie prezerwatywy to jedyny sposób na profilaktykę infekcji przenoszonych drogą płciową!

ZdrovveLove
GDAŃSK
Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

STI (infekcje przenoszone drogą płciową, od ang. ***S**exually **T**ransmitted **I**nfection*).

Kiedy Twoje zachowanie seksualne można nazwać ryzykownym?

Zachowania seksualne, w których istnieje ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę i/lub ryzyko zakażenia infekcją przenoszoną drogą płciową.

Ryzykowne zachowania seksualne

- kontakty seksualne z więcej niż jednym partnerem seksualnym równocześnie,
- częsta zmiana partnerów seksualnych,
- współżycie z osobą żyjącą z HIV,
- wczesna inicjacja seksualna,
- niekonsekwentne stosowanie prezerwatywy w kontaktach oralnych, analnych i waginalnych,
- prostytucja i korzystanie z usług agencji towarzyskich,
- kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol),
- przygodne kontakty seksualne.

Ryzykujesz, gdy:

- Podejmujesz kontakty seksualne z osobami, które nie są przebadane pod kątem STI.
- Twoje narządy płciowe mają kontakt bez prezerwatywy ze śluzówką pochwy, członka, odbytu, ust.
- Stosujesz metody antykoncepcyjne o nieokreślonej skuteczności albo niesystematycznie.

Bezpieczniejsze zachowania seksualne:

- Dbasz o swoje zdrowie, używając środków zabezpieczających przez STI.
- Świadomie zgadzasz się na seks.
- Znasz swojego partnera/partnerkę

Infekcje przenoszone drogą płciową

Chlamydioza

♀ **U kobiet** – upławy, pieczenie przy oddawaniu moczu, bóle podbrzusza.
75% kobiet nie ma żadnych objawów!

♂ **U mężczyzn** – śluzowo-ropna wydzielina z cewki moczowej i niewielki ból przy oddawaniu moczu.
25% mężczyzn nie ma żadnych objawów.

Rzeżączka

♀ **U kobiet** – ból i pieczenie w okolicach narządów płciowych, wyciek ropnej wydzieliny, często też przebiega bez objawów.

♂ **U mężczyzn** – ból i pieczenie w okolicach narządów płciowych, wyciek ropnej wydzieliny.

JEŻELI ZAUWAŻYSZ COŚ NIEPOKOJĄCEGO w swoim ciele – IDŹ DO LEKARZA GINEKOLOGA LUB UROLOGA LUB DERMATOLOGA!

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

HPV (Kłykciny kończyste)

♀ **U kobiet** – drobne brodawki wokół narządów płciowych oraz odbytu – na zewnątrz (wargi sromowe, krocze) i wewnątrz (pochwa, szyjka macicy).

♂ **U mężczyzn** – drobne brodawki na żołędzi, w kroczu i wokół odbytu, a nawet wewnątrz cewki moczowej.

Kiła (syfilis)

♀♂ **U obu płci** – bezbolesne zakażenie w miejscu owrzodzenia, powiększone najbliższe węzły chłonne, wysypka na całym ciele, ból głowy, gardła, gorączka, ogólne osłabienie, wysypka nawrotowa, guzy, po pęknięciu których powstają blizny; atakuje układ nerwowy i sercowo-naczyniowy.

Opryszczka narządów płciowych (wygląda podobnie jak ta pojawiająca się wokół ust)

♀ **U kobiet** – swędzenie od wewnątrz warg sromowych.

♂ **U mężczyzn** – swędzenie i wykwity na skórze penisa.

Grzybice narządów płciowych (kandydoza)

♀ **U kobiet** – zaczerwienienie oraz obrzęk warg sromowych i pochwy, swędzenie, pieczenie, pojawiają się serowate upławy, bolesny stosunek.

♂ **U mężczyzn** – żołądź i napletek stają się zaczerwienione, bardziej wilgotne, mogą pojawić się pęcherzyki i białawy nalot.

HIV / AIDS

HIV to ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności uszkadzający komórki układu odpornościowego, który bez leczenia po średnio 6–12 latach prowadzi do wystąpienia AIDS. Zakażenie wykryte odpowiednio wcześnie można kontrolować dzięki lekom i nie dopuścić do rozwoju choroby.

Zakazić się można przez:
krew, spermę, preejakulat (wydzielina z cewki moczowej pojawiająca się w chwilach podniecenia) a także wydzielinę z pochwy i odbytu. Do zakażenia dochodzi przede wszystkim podczas niezabezpieczonych kontaktów seksualnych, podczas dożylnego używania narkotyków.

Nie stanowią zagrożenia:
codzienne kontakty, wspólne mieszkanie, praca, korzystanie z tych samych przyborów kuchennych, łazienki.

Jakie są objawy?
Nawet przez wiele lat przebieg jest bezobjawowy, nosiciel może przenosić chorobę podczas stosunków seksualnych.

Aby się zbadać anonimowo i bezpłatnie znajdź najbliższy punkt konsultacyjno – diagnostyczny: www.aids.gov.pl – zakładka „Testy na hiv".

JEŻELI ZAUWAŻYSZ COŚ NIEPOKOJĄCEGO w swoim ciele – IDŹ DO LEKARZA GINEKOLOGA LUB UROLOGA LUB DERMATOLOGA!

ZdrovveLove
GDAŃSK
Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

Płeć biologiczna
- cielesność
- różnorodne cechy fizyczne (anatomiczne), które różnicują ludzi od siebie

Płeć społeczno-kulturowa
- cechy i zainteresowania
- role płciowe
- przypisywana przez społeczeństwo i kulturę
- nabywana w procesie wychowania
- są różne w różnych kulturach
- to, co jest uznawane za właściwe i pożądane dla poszczególnych płci (sposób ubioru, zachowania)
- np. wszystkie kobiety chcą mieć dzieci lub wszyscy mężczyźni inicjują kontakt seksualny

Płeć prawna
- płeć rozpoznawana w dokumentach krajowych

CZY WIESZ, ŻE: Są kraje, w których prawnie rozpoznawane jest więcej płci, np. w Indiach od 2005 roku poza kategorią „kobieta" i „mężczyzna" jest jeszcze jedna możliwość – „hijra". To opcja, która jest dozwolona we wniosku paszportowym. Inne kraje, które dopuszczają prawną kategorię dla osób, które nie identyfikują się jako kobieta lub mężczyzna („płeć niespecyficzna", nieoznaczona „X" lub „neutralna") to m.in. Australia, Malta, Nowa Zelandia i Pakistan.

Tożsamość płciowa
- wewnętrzne poczucie własnej płci
- subiektywne
- to jak każdy opisuje samego siebie

Najczęściej ludzie utożsamiają się z płcią żeńską lub męską i to jest zgodne z tym, jaką mają płeć biologiczną.

Jeżeli ludzie mają płeć biologiczną żeńską, ale czują się mężczyzną (tożsamość płciowa) nazywa się to **transseksualnością**.

Transpłciowość
- nazwane i nienazwane tożsamości płciowe, w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną (metryka), tożsamością płciową a rolą płciową

Płeć biologiczna ≠ tożsamość płciowa ≠ rola płciowa

Cispłciowość
- tradycyjne upłciowienie
- płeć jest zgodna z potocznym myśleniem o płci

Płeć biologiczna = tożsamość płciowa = rola płciowa

Tożsamość seksualna
- sposób określenia swojej seksualności z punku widzenia płci osób, z którymi nawiązuję relacje intymne
  - heteroseksualna
  - homoseksulana
  - biseksulna

Osoby, które nie określają swojej płci lub seksualności w tradycyjny sposób czasami opisują się lub są opisywane pojęciem QUEER.

Role płciowe
- zmieniają się w czasie – to co kilkanaście lat temu było typowe, przestaje nim być;
- ludzie różnią się w postawach wobec ról płciowych;
- dają ścisłe, sztywne wytyczne i ramy zachowań, które mogą dawać poczucie bezpieczeństwa,
- równocześnie ograniczają autentyczną ekspresję.

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

W stanie zakochania nasz mózg jest w stanie oszołomienia, który na poziomie biochemicznym:
- przypomina stan po zażyciu narkotyków. Nie umiemy spojrzeć krytycznie na źródło naszych westchnień,
- wszystko odbieramy przez „różowe okulary",
- składową zakochania jest pożądanie: chęć erotycznej bliskości.

Jeśli związek trwa, to stan zakochania mija po około 2 latach. Jeśli partnerom, pomimo ustania odczuwania zakochania, udało się stworzyć w tym czasie więź, czują miłość.

CZY WIESZ, ŻE: Miłość romantyczna zaczyna się od stanu zakochania, by się zakochać czasem wystarczą tylko 4 sekundy!

Większość relacji zaczyna się od rozmowy, która przeradza się we flirt. Podstawą bezpiecznych relacji jest wzajemne przestrzeganie granic, a te są bardzo płynne. To, czy dane zachowanie jest niewinnym flirtem, czy przemocą wyznacza kontekst.

- Bądź uważny/uważna na swoje potrzeby - czy to, co się dzieje jest dla Ciebie krępujące, niemiłe, sprawia, że czujesz lęk, niesmak, złość itp.? W każdym momencie możesz powiedzieć NIE.

Komuś, kto narusza Twoje granice, masz prawo powiedzieć NIE!

- Bądź uważny/uważna na to, co dzieje się z drugą stroną – czy się zamyka, oddala, okazuje skrępowanie, zawstydzenie, niechęć, lęk, niesmak, złość itp.?

Nie wiesz, czy ta druga strona dobrze się bawi, czy się boi? ZAPYTAJ!

Zgoda (*consent*) – jest niezbędnym warunkiem bezpiecznych relacji. Seks bez wyrażonej zgody to gwałt lub napaść seksualna. Każda z zainteresowanych stron wyraża tę zgodę, a druga strona przestrzega wyznaczonych granic.

Zgoda musi być:

- Wyrażona dobrowolnie i świadomie: nie zmuszaj nikogo do wyrażenia zgody, druga strona angażuje się, bo tego naprawdę chce. Jeśli jedna ze stron śpi, jest zamroczona alkoholem, narkotykami itp., nie jest w stanie dobrowolnie i świadomie zaangażować się w seks – to nie ma jej zgody.
- Entuzjastyczna: w seksie robicie tylko to, czego na prawdę chcecie – nie to, co czujecie, że powinniście zrobić.
- Konkretna: wyrażenie zgody na jedną rzecz, nie oznacza zgody na inną. Możecie wyrazić zgodę na przytulanie się i całowanie, co nie oznacza, że wyrażacie zgodę na stosunek.
- Przestrzeganiem ustaleń: np. jeśli zgadzacie się na stosunek z prezerwatywą, a jedna ze stron jej jednak nie założy, nie jest to pełna zgoda, granice zostały naruszone.
- Odwracalna: w każdym momencie macie prawo wycofać wyrażoną zgodę. Nawet jeśli się na coś zgodziłaś/zgodziłeś, ale zmieniłaś/zmieniłeś zdanie – powiedz NIE! Nawet jeśli robiliście już jakieś rzeczy wcześniej, możecie nie chcieć ich w tej sytuacji.

W Polsce obcowanie płciowe i inne czynności seksualne z osobą poniżej 15. roku życia stanowią przestępstwo z art. 200 Kodeksu karnego. Czynność seksualna może mieć formę obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej.

Współcześnie coraz większe znaczenie ma **przestrzeń internetowa**, która staje się źródłem nawiązywania relacji (portale społecznościowe, portale randkowe) i jest łatwym źródłem wiedzy. Bardzo łatwo można trafić na treści pornograficzne. **Filmy i zdjęcia o treściach pornograficznych przedstawiają nierealny obraz tego czym jest seks i seksualność.** Bardzo ważne, żeby mieć świadomość, że filmy pornograficzne nie są treściami edukacyjnymi. **Prezentują zniekształcone treści, uprzedmiotawiają kontakt seksualny i osoby, które się angażują w ten kontakt.** Zamiast filmu lepiej porozmawiać z dorosłą, życzliwą osobą do której masz zaufanie (rodzic czy opiekun, kadra psychologiczno-pedagogiczna czy osoba prowadząca zajęcia o seksualności w szkole). Można też sięgnąć po książki na temat seksualności i cielesności. **Seksualność to coś więcej niż akt seksualny, i powinna podlegać szczególnej ochronie.**

- Pamiętaj, że z godnie z Deklaracją Praw Seksualnych masz prawo do ochrony własnej seksualności.

Warto uważać na treści, które wysyła się za pośrednictwem telefonów czy internetu. Wraz z rozwojem komunikacji internetowej obserwuje się zjawisko sextingu.

Sexting – robienie sobie półnagich, erotycznych zdjęć, aby przesłać je telefonem komórkowym lub umieścić w sieci. W następstwie łatwo staje się to przyczyną cyberprzemocy (udostępnianie zdjęć w portalach społecznościowych, hejtowanie, ośmieszanie, przerabianie zdjęć, wrzucanie ich na strony pornograficzne, tworzenie memów).

- Pamiętaj też, że wysyłanie treści erotycznych do osób bez ich zgody jest naruszaniem ich granic i podlega ochronie prawnej.

Do kogo możesz się zgłosić, kiedy ktoś narusza Twoje granice seksualne?

- **W Polsce działa darmowy telefon zaufania dla dzieci i młodzieży**

  116 111
  godz. 12.00–2.00

  Możesz też napisać mail:
  https://116111.pl/napisz

- **W Gdańsku działa Centrum Interwencji Kryzysowej**

  Całodobowy numer 58 511 01 21
  mail: cik@fdds.pl

Projekt finansowany ze środków Miasta Gdańska

GDAŃSK

ZdrovveLove

Co mówi **WHO** (Światowa Organizacja Zdrowia) o **edukacji seksualnej**?

Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach. Podczas gdy seksualność może obejmować wszystkie te aspekty, nie wszystkie one są doświadczane bądź wyrażane. Na seksualność wpływają interakcje pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, ekonomicznymi, politycznymi, etycznymi, prawnymi, historycznymi religijnymi i duchowymi.

Jakie są **standardy edukacji seksualnej** według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia)?

WHO mówi, że edukacja seksualna dziecka powinna zacząć się przed 4 rokiem życia. Nie, to nie znaczy, że malucha należy uczyć o współżyciu seksualnym. WHO proponuje zakres tematów, który dopasowany jest do rozwoju dziecka.

Grupa wiekowa	Zakres edukacji (część)
0-4 lat	✓ Rozwijanie świadomości różnorodności w obszarach: ciała, związków, rodziny, stylów życia. ✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych.
4-6 lat	✓ Doświadczanie radości i przyjemności w poznawaniu własnego ciała, w tym przyzwolenie na dotykanie miejsc intymnych. ✓ Pokazywanie i rozwijanie szacunku w kontekście różnorodności norm związanych z seksualnością, świadomości posiadania wyborów, ale też ryzyka. ✓ Świadomość własnej tożsamości seksualnej. ✓ Informacje o różnych koncepcjach rodziny.
6-9 lat	✓ Wybory dotyczące rodzicielstwa, ciąży, płodności i adopcji. ✓ Różne metody antykoncepcji. ✓ Wprowadzanie pojęć „akceptowalne współżycie za zgodą obu stron". ✓ Seksualne prawa dzieci. ✓ Szacunek wobec różnych stylów życia, wartości i norm.
9-12 lat	✓ Informacje na temat przyjemności, masturbacji, orgazmu, różnych metod antykoncepcyjnych, ich stosowaniu i mitów dotyczących antykoncepcji. ✓ Doradztwo w zakresie antykoncepcji, skutecznego stosowania prezerwatyw i innych środków antykoncepcyjnych oraz nauka ich uzyskiwania. ✓ Tematy menstruacji, ejakulacji, cyklu owulacyjnego. ✓ Emocje moje i emocje innych, rozumienie konieczności postawienia granicy. ✓ Przyjaźń i miłość wobec osób tej samej płci.
12-15 lat	✓ Nauka odmowy niechcianych zachowań seksualnych. ✓ Informacje na temat różnicy pomiędzy tożsamością płciową a płcią biologiczną. ✓ Pomoc w rozwijaniu szacunku wobec różnorodności seksualnej i orientacji seksualnych. ✓ Znajomość ciała, wizerunku i wpływ na zdrowie ludzi, również akceptowanie różnic ciała. ✓ Cykl menstruacyjny, ciąża, partnerstwo. ✓ Prawa seksualne własne i innych osób.
15 lat i więcej	✓ Informacje na temat tożsamości płciowej i orientacji seksualnej. ✓ Zmiany psychologiczne w okresie dojrzewania. ✓ Komunikowanie się, negocjowanie i uczucia w związku. ✓ Krytyczne podejście do norm kulturowych i religijnych w odniesieniu do ciąży, rodzicielstwa itp. ✓ Przemoc seksualna – umiejętność reagowania przy znajomości praw seksualnych.

Opracowanie własne na podstawie *Standardy edukacji seksualnej w Europie*.

Rodzicu! Przeczytaj więcej! https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf

Załącznik Nr 29 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

Zgoda rodziców /opiekunów prawnych ucznia na udział ich dziecka w zajęciach edukacyjnych realizowanych na podstawie umowy nr zawartej z Gminą Miasta Gdańska *(wzór)*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na udział mojego syna/ córki*
……..
(imię, nazwisko ucznia)

ucznia/uczennicy* kl. ..……(oddział klasy, np. a,b,c…) uczęszczającego/uczęszczającej do szkoły
……
(nazwa szkoły)

w zajęciach dot. edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego (*Zdrovve Love*), który finansowany jest w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021 – 2025 oraz Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska na lata 2017 – 2025.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- ✓ cykl warsztatów będzie składał się z 8 lekcji (w miarę możliwości szkoły będą to 4 spotkania po 2 zajęcia lekcyjne po 45 minut),
- ✓ tematyka niniejszych zajęć to (proszę o zaznaczenie **„x”** przy temacie zajęć odpowiednio w tabelce):

Tematy zajęć	**zgadzam się na udział (proszę postawić „x”)**	**nie zgadzam się na udział (proszę postawić „x”)**
Wprowadzenie do seksualności		
Dojrzewanie i rozwój psychoseksualny		
Anatomia – zdrowie i higiena		
Antykoncepcja i metody planowania rodziny		
Ryzykowne zachowania seksualne i STI (choroby przenoszone drogą płciową)		
Role płciowe i społeczne		
Bezpieczne relacje		

- ✓ zajęcia z cyklu warsztatów zawsze będą się odbywać w lokalizacji wskazanej przez Realizatora
- ✓ edukatorzy seksualni są przeszkolonymi specjalistami z zakresu seksuologii oraz edukacji psychoseksualnej,
- ✓ udział ucznia w cyklu warsztatów jest bezpłatny.

Udzielona przez rodziców zgoda, może zostać odwołana w każdej chwili (o ile uczeń jest nadal niepełnoletni). Jeżeli uczeń w trakcie realizacji zajęć uczeń ukończy 18 r.ż., zgoda rodziców wygasa.

Gdańsk, ……..……
……
podpis rodziców/opiekunów prawnych ucznia

* - niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 30 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

UCHWAŁA NR XL/1117/17
RADY MIASTA GDAŃSKA

z dnia 5 czerwca 2017 r.

w sprawie przyjęcia "Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020"

Na podstawie podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i pkt 16, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r. poz. 446, 1579 i 1948, zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 730, 935), art. 4 ust. 1 pkt 2 i 4, art. 92 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814, 1579 i 1948, zm.: Dz.U. z 2017 r. poz. 730, 935) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 5, art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793, zm. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173, 2250, zm.: z 2017 r. poz. 777, 844, 858) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska na lata 2017-2020”, określony w załączniku do niniejszej uchwały, na który składa się”:

1) Założenia do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, określone w Części A załącznika do uchwały,
2) Założenia do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, określone w Części B załącznika do uchwały,
3) Program polityki zdrowotnej pn. „Dofinasowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020”, określony w Części C załącznika do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki finansowe na realizację Programu zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Miasta Gdańska na lata 2017 - 2020, w Dziale 851, Rozdziale 85149, Paragrafie 2780 oraz 4300 w kwocie: 2017 r. – 700 000 zł, w 2018 r. - 1 100 000 zł, w 2019 r. - 1 100 000 zł, w 2020 r. - 1 100 000 zł.

§ 3. 1. Uchwała podlega ogłoszeniu w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska.

2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miasta Gdańska

Bogdan Oleszek

Załącznik do Uchwały Nr XL/1117/
Rady Miasta Gdańska z
dnia 5 czerwca 2017 r.

Program
wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020

strona 2
Część A - Założenia do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska.

strona 4
Część B - Założenia do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska.

strona 10
Część C – Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017 – 2020.

CZĘŚĆ A

Założenia do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska.

Przedmiotem programu jest prowadzenie kompleksowej edukacji młodzieży szkół licealnych w zakresie edukacji zdrowotnej na temat zdrowia prokreacyjnego na terenie Miasta Gdańska w latach 2017-2020.

Cel programu: zwiększenie świadomości, podniesienie poziomu wiedzy oraz promowanie zachowań prozdrowotnych młodzieży gdańskich szkół w zakresie zdrowia prokreacyjnego dotyczących m.in. planowania rodziny i metod antykoncepcji, budowania relacji w związku, ryzykownych zachowań seksualnych oraz chorób przenoszonych drogą płciową, przyczyn oraz metod leczenia niepłodności, a także niezbędnych zachowań zdrowotnych i badań przesiewowych.

Okres realizacji: lata szkolne 2017-2020 (min. 3 lata szkolne)

Metoda: zajęcia edukacyjne skierowane do grup warsztatowych nie większych niż klasa szkolna - prezentacyjne, warsztaty, metody aktywnego przekazywania wiedzy oparte o aktualny poziom wiedzy medycznej (Evidence Based Medicine) zarówno w zakresie treści jak i formy przekazu. Zajęcia mogą być dodatkowo wzbogacone o wykłady/seminaria prowadzone dla większej liczby uczniów oraz ich opiekunów/rodziców. W każdej klasie zostanie przeprowadzony minimum 5 godzin lekcyjnych zajęć. Szczegółowy zakres materiałów do przekazani w trakcie zajęć:

1) edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego obejmująca:
   a. elementy psychologii relacji, psychologii miłości, budowania związku i relacji partnerów,
   b. definicję niepłodności, przyczyny, metody diagnozy, sposoby leczenia,
   c. czynniki ryzyka wpływające na niepłodność (wiek, palenie tytoniu, alkohol, używki, otyłość, zła kondycja psychiczna, choroby lub nieprawidłowości układu rozrodczego),
   d. planowanie rodziny (aspekty medyczne planowania rodziny, w tym obserwacja cyklu miesiączkowego, zdrowie i higiena partnerów, przebieg ciąży, aspekty społeczne i ekonomiczne);

2) edukacja zdrowotna w kontekście ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową obejmująca:
   a. temat chorób, infekcji przenoszonych droga płciową (m.in. HIV, WZW C, chlamydia), sposobów ich przenoszenia, objawów, metod diagnostycznych oraz metod leczenia,
   b. temat profilaktyki (podkreślenie istotności regularnych badań profilaktycznych m.in. w zakresie onkologii),
   c. aspekt społeczny i psychologiczny (dojrzewanie, macierzyństwo, relacje społeczno-kulturowe w rodzinie i społeczeństwie).

Grupa docelowa: Uczniowie pierwszych klas szkół ponadgimnazjalnych (ponadpodstawowych) roczników 2017-2020. Planowane jest objęcie w każdym z roczników szkolnych nie mniej niż **30 procent** uczniów.

Realizatorzy: podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy, w tym organizacje pozarządowe 3 i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (DZ. U z 2016 r. poz. 1817). Realizatorzy muszą wykazać się doświadczeniem oraz posiadaniem odpowiednio przygotowanej kadry (osoba posiadająca wykształcenie pedagogiczne, psychologiczne lub medyczne, mająca udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu edukacji zdrowotnej). Realizatorzy muszą posiadać udokumentowane doświadczenie w pracy szkoleniowej w zakresie edukacji seksualnej w okresie ostatnich **3** lat.

Planowany budżet: Miasto Gdańsk w poszczególnych latach planuje przeznaczyć kwotę nie mniejszą niż: **40 000** złotych. Cena godziny zajęć max. 80 złotych. Zadania administracyjne i koordynacyjne projektu nie mogą stanowić więcej niż 15% budżetu planowanego projektu.

CZĘŚĆ B

Założenia do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska.

Niepowodzeniom prokreacyjnym często towarzyszą problemy psychologiczno-społeczne, w łagodzeniu których pomocne mogą być interwencje psychologiczne.

Pomoc psychologiczna w niepowodzeniach ciążowych

Niepowodzenia ciążowe, w szczególności poronienia - różne rodzaje, poronienia nawykowe, przedwczesny poród, zgony śród- i poporodowe są przeżywane jako wydarzenie traumatyczne, urazowe. Mają swoje niesomatyczne konsekwencje dla obojga partnerów i ich rodzin. Mogą przejawiać się w postaci trudności na poziomie emocjonalnym, behawioralnym i poznawczym, będących ostrą reakcją na stres spowodowany nagłym, nieprzewidywalnym traumatycznym zdarzeniem i najczęściej mają charakter przemijający. Zwraca się jednak uwagę, że przedłużające się reakcje na niepowodzenia ciążowe mogą być wskaźnikiem wystąpienia problemów/zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym o długofalowych skutkach psychospołecznych oraz pośrednio wpływać na możliwości prokreacyjne partnerów.

Do najczęstszych problemów w funkcjonowaniu psychicznym po niepowodzeniach ciążowych zalicza się:

- epizod depresyjny, maniakalny,
- lęk i ataki paniki,
- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,
- PTSD (zespół stresu pourazowego),
- choroby z silną komponentą psychosomatyczną (np. problemy z układem rozrodczym, migreny, bóle i nerwobóle),
- zaburzenia sfery seksualnej.

Pomoc psychologiczna w leczeniu niepłodności

Niepłodność niesie ze sobą długofalowe skutki psychospołeczne. Zgodnie z licznymi badaniami oraz wytycznymi ESHRE podkreśla się znaczenie zapewnienia właściwej uwagi wymiarom psychologicznym i społecznym choroby.

Jest to szczególnie istotne z kilku powodów:

- standardowe leczenie niepłodności nie leczy przyczyny niepłodności, ale tylko pomaga pacjentom w zostaniu rodzicem. Dlatego większość osób leczących się z niepłodności, może odczuwać długofalowo psychospołeczne skutki niepłodności w swoim życiu;
- jak wskazują liczne badania wielu pacjentów nie radzi sobie z długim okresem diagnostyki i długim leczeniem oraz stanem niepewności, co do rokowań (*Klonoff-Cohen i wsp., 2007; Boivin* i *Lancastle, 2010*). Większość pacjentów w trakcie leczenia doświadcza trudności emocjonalnych, w różnym stopniu

  i nasileniu. (*Verhaak i inni, 2007a;. Knoll, i wsp., 2009; Karatas, i in., 2011). Około 23% przedwcześnie przerwa leczenia ze względu na postrzegany ciężar leczenia (Brandes, et al., 2009)*;

- około 1/3 pacjentów kończy leczenie bez osiągnięcia ciąży lub żywych urodzeń (Pinborg, et al., 2009) i doświadcza trudności adaptacyjnych do swoich niespełnionych celów rodzicielstwa *(Verhaak i wsp. 2007c; Johansson i inni, 2010;. Wischmann, i wsp., 2012*). Nawet wtedy, gdy leczenie kończy się sukcesem, to wielu pacjentów doświadcza wysokiego poziomu lęku o ciążę i zdrowie płodu (Hammarbergiem, et al., 2008). (*Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for ferility staff, ESHRE Psychology and Counseling Gouideline Development Group March 2015*);
- długotrwały stres jaki towarzyszy leczącym się z niepłodności parom przekłada się na ich funkcjonowanie interpersonalne, zawodowe, społeczne. Dotyka każdej dziedziny ich życia. Czasami manifestuje się zaburzeniami psychicznymi, m.in. w postaci depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń adaptacyjnych;
- zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oznacza nie tylko tworzenie optymalnych warunków leczenia medycznego, ale też wspieranie pacjentów w radzeniu sobie z psychospołecznymi skutkami niepłodności, niepowodzeń położniczych;
- większość pacjentów przejawia relatywnie podobne trudności emocjonalne, psychospołeczne, ale tylko 20% poszukuje pomocy specjalistycznej. (*Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for ferility staff, ESHRE Psychology and Counseling Gouideline Development Group March 2015).*

Niepłodność, terapia niepłodności oraz zaburzenia psychiczne są ze sobą powiązane w bardzo złożony sposób w zakresie wzajemnych uwarunkowań etiopatogenetycznych. Obecność zaburzeń psychicznych może wpływać na płodność, natomiast diagnoza niepłodności może warunkować rozwój zaburzeń psychicznych związanych ze stresem lub problemami adaptacyjnymi. Podobnych zależności badacze doszukują się w zakresie wpływu objawów zaburzeń psychicznych (głównie depresji i lęku) na rezultaty terapii niepłodności.(*J.Holka-Pokorska, M. Jarema, A. Wichniak, Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności,Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 965–982).*

Pomoc psychologiczna w ciąży i w okresie okołoporodowym

W piśmiennictwie zwraca się coraz większą uwagę na następstwa psychologiczne i psychiatryczne doświadczeń urazowych związanych z okresem ciąży i okołoporodowym. Zwłaszcza w okresie połogu występują liczne czynniki biologiczne i psychologiczne wpływające istotnie na stan emocjonalny kobiety, co powoduje, że okres poporodowy związany jest ze zwiększonym ryzykiem nawrotu istniejących wcześniej zaburzeń psychicznych, a także z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń u osób, które dotychczas nie chorowały psychicznie. (*Maria Załuska 1, Renata Żurko 1, Michał Kuroń 1, Grzegorz Jakiel 2, Aneta Dudel 2 Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału położniczego – studium przypadku Psychiatria Polska 2011, tom XLV, numer 4*).

Do najczęściej występujących trudności zdrowia psychicznego w tym okresie zalicza się:

- <u>w okresie ciąży:</u> depresja (10-25% kobiet) – najczęściej jako powikłanie
  zaburzeń lękowych zaburzenia lękowe
- <u>w okresie połogu:</u>
  „baby blues" - przygnębienie po urodzeniu dziecka – najłagodniejsza postać zaburzeń nastroju, jeśli samoistnie nie ustępuje wymaga interwencji specjalistycznej
  depresja poporodowa – dotyka ok. 10-15% kobiet po porodzie dziecka; psychozy poporodowe występują 1-2 na 1000 rodzących kobiet;
  zaburzenia afektywne o początku przed porodem (w około 10%przypadków);

Opieka psychologiczna w leczeniu niepłodności nie jest finansowana przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, co w znacznym stopniu ogranicza dostęp obywateli do tego typu świadczeń. Należy zauważyć, że metody te bardzo często stanowią jedyną drogę do uzyskania potomstwa.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Szacuje się, że około 15-20% niepłodnych par odczuwa ujemne skutki terapii niepłodności i wymaga opieki psychologicznej (red. J,Radwan, Niepłodnośc i rozród wspomagany, Termida Wyd.Medyczne, Poznań, 2011).

Działaniom medycznym w wielu przypadkach towarzyszy interwencja psychologiczna i pomoc terapeutyczna. Możemy wnioskować o pośrednim wpływie psychoterapii na płodność pary poprzez poprawę kondycji psychicznej pacjentów, poprawę relacji małżeńskich i lepsze radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych (*J. Chanduszko -Salska,Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenia niepłodności partnerskiej, Postępy andrologii online,2016,3(1),22-23).*

CELE PROGRAMU WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO:

- zwiększenie dostępu dla mieszkańców Gdańska do opieki psychologicznej na każdym etapie leczenia niepłodności oraz po zakończeniu leczenia medycznego;
- dostęp do wsparcia psychologicznego dla osób z utrudnioną prokreacją (po niepowodzeniach położniczych);
- dostęp do wsparcia psychologicznego w okresie okołoporodowym.

Cele szczegółowe:

- obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów;
- prewencja zaburzeń psychicznych, mogących wpływać na decyzje o rodzicielstwie (np. problemów mogących pojawić się po niepowodzeniach położniczych);
- prewencja zaburzeń psychicznych mogących wystąpić w trakcie diagnozy i leczenia niepłodności, jak i po zakończonym leczeniu – zarówno zakończonym sukcesem jak i niepowodzeniem;
- profilaktyka problemów/ zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym;

Do spodziewanych efektów należy:

Eliminowanie lub ograniczenie psychicznych i społecznych skutków długoterminowej utrudnionej prokreacji, poprawa jakości życia par długo czekających na dziecko.

W ramach oceny efektywności programu przewiduje się monitorowanie poszczególnych obszarów funkcjonowania psychospołecznego par korzystających z modułu psychologicznego, za pomocą narzędzia psychometrycznego *FERTI QoL -Kwestionariusz do badania jakości życia osób dotkniętych niepłodnością*.

Tryb zapraszania do udziału w programie wsparcia psychologicznego

W ramach akcji informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora/ -rów tej części programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na jego temat do potencjalnych pacjentów. Akcja informacyjna, której celem będzie dotarcie do jak najszerszego grona odbiorców, zostanie przeprowadzona z wykorzystaniem:

- ulotek i folderów dystrybuowanych w poradniach ginekologicznych i klinikach realizujących moduł medyczny programu,
- lokalnej prasy,

- lokalnych stacji radiowych,
- internetu (strona Urzędu Miasta Gdańska),
- w przypadku biorstwa gamet lub zarodków lekarz prowadzący powinien zaproponować pacjentom konsultację psychologiczną i ta inicjatywa powinna być zawsze po stronie lekarza.

Organizacja programu wsparcia psychologicznego

Program obejmuje finansowanie w ramach modułu psychologicznego, rożnych form wsparcia i opieki psychologicznej dla par/kobiet/mężczyzn długo starających się o potomstwo (po poronieniach, urodzeniu martwego dziecka, w trakcie leczenia niepłodności, po zakończonym, zarówno udanym, jak i nieudanym leczeniu niepłodności, w okresie okołoporodowym).

Zakłada się zindywidualizowany dobór form pomocy psychologicznej, zależny przede wszystkim od aktualnego etapu starań o potomstwo, sytuacji psychospołecznej danej pary, indywidualnych doświadczeń, zgłaszanego problemu, potrzeb, aktualnego stanu emocjonalnego, nasilenia przeżywanego stresu i metod radzenia sobie, dynamiki reakcji pacjenta/pary na diagnozę i proponowane formy leczenia. Ustalenie konkretnego i optymalnego planu pomocy psychologicznej odbywa się podczas konsultacji diagnostycznej.

Proponowane formy pomocy i interwencji psychologicznych:

- porada psychologiczna;
- psychoterapia par/ psychoterapia indywidualna;
- psychoterapia traumy i żałoby;
- interwencja kryzysowa;
- psychoedukacja (w zależności od zapotrzebowania, może mieć charakter spotkań indywidualnych lub grupowych): połączona z udzieleniem informacji odnośnie choroby, metod i ścieżek leczenia, co ułatwi dokonanie wyboru, a dodatkowo korzystnie wpłynie na redukcję niepokoju czy też stresu wywołanego niepewnością i lękiem przed leczeniem;
- psychoedukacja połączona z modyfikacją i promocją prozdrowotnego stylu życia, sprzyjającego świadomemu macierzyństwu i profilaktyce zaburzeń psychicznych okresu ciąży i połogu;
- psychoedukacja połączona z udzielaniem informacji odnośnie psychologicznych skutków niepłodności na każdym etapie leczenia niepłodności oraz po zakończeniu leczenia (zarówno zakończonym ciążą, jak i brakiem ciąży);
- trening antystresowy i nabycie umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami;
- psychoedukacja **w postaci broszury informacyjnej** na temat niepłodności jako choroby, przyczyn, psychologicznych aspektów niepowodzeń ciążowych, wymuszonej bezdzietności, możliwych metod leczenia i form pomocy, prozdrowotnego trybu życia (interdyscyplinarna broszura informacyjna).

Kwalifikacja do programu:

- beneficjentami modułu wsparcia psychologicznego mogą być wszyscy mieszkańcy Gdańska, zmagający się z trudnościami w prokreacji. Udział w module psychologicznym nie jest w żadnym stopniu uzależniony od udziału w pozostałych modułach.
- Warunkiem koniecznym kwalifikacji do programu jest w dniu kwalifikacji zamieszkanie na terenie Gdańska przynajmniej od roku i rozliczanie się z podatków z Urzędem Skarbowym w Gdańsku (weryfikacja na podstawie pierwszej strony ostatniej deklaracji PIT).

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatorów programu przez 5 dni w tygodniu, w godz. 8.00 - 18.00. Realizatorzy programu zapewnią równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej oraz elektronicznej przez 7 dni w tygodniu.

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Wyłonieni w trybie konkursu przeprowadzonego przez Urząd Miasta Gdańska realizatorzy programu będą realizowali niniejszy program przy wykorzystaniu personelu medycznego, który nie będzie uczestniczył w tym samym czasie w realizacji świadczeń finansowanych w ramach umowy z NFZ, w związku z czym realizacja programu *dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska* nie ograniczy w żaden sposób dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ.

Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Czas trwania i rodzaj pomocy psychologicznej dostosowany jest do indywidualnych potrzeb korzystającej zeń par/kobiety/mężczyzny.

- Uczestnikom programu - modułu medycznego, przysługuje możliwość korzystania z opieki psychologicznej przez cały okres trwania programu do roku po zakończeniu leczenia (zgodnie z zaleceniami ESHRE).
- Pomoc psychologiczna dla par zmagających się z problemem utrudnionej prokreacji, a nie korzystających z modułu medycznego, powinna być dostępna przez cały okres trwania programu.

Niepłodność jest chorobą długotrwałą, zmienną w swym przebiegu. Na każdym etapie leczenia, pojawiają się inne reakcje i problemy emocjonalne, a pomoc psychologiczna dostosowana do indywidualnych potrzeb i sytuacji zdrowotnej pary - wydaje się nie tylko wskazana, ale często niezbędna. Etap leczenia, stosowane dotychczas metody diagnozy i leczenia, czas trwania niepłodności, doświadczanie straty, wynikającej z niepowodzeń dotychczasowego leczenia oraz postrzegane szanse na poczęcie dziecka mogą znacząco wpływać na zmiany w zakresie reakcji emocjonalnych zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Zapewnienie pomocy w zrozumieniu i radzeniu sobie z emocjami oraz w radzeniu sobie podczas skomplikowanych procedur medycznych i chirurgicznych jest ważnym obszarem promocji i wzmacniania zdrowia psychicznego pacjentów (Chan i wsp., 2006; Csemiczky i wsp., 2000; Hart, 2002) (J. Chanduszko –Salska - Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganiu leczenia niepłodności partnerskiej, Postępy andrologii online,2016,3(1),22-23)

Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Świadczenie usług psychologicznych gwarantowanych w programie może być prowadzone w ośrodkach leczenia niepłodności, innych zakładach opieki zdrowotnej (np. oddziałach ginekologicznopołożniczych) czy gabinetach w ramach indywidualnej praktyki. Osoby/ośrodki do sprawowania opieki psychologicznej dla uczestników programu zostaną wyłonione w konkursie otwartym.

1. Osoba sprawująca psychologiczną opiekę nad pacjentami powinna posiadać ukończone studia magisterskie, optymalnie ze specjalnością psychologii klinicznej lub psychologii zdrowia, oraz w miarę możliwości specjalizację kliniczną.

2. Powinna spełniać warunki określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763) oraz przestrzegać zasad etyki zawodowej psychologa zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym psychologa.

3. Powinna legitymować się udokumentowanym, 3 letnim doświadczeniem praktycznym, w pracy psychologiczno-terapeutycznej w obszarze psychologii zdrowia, w miarę możliwości w obszarze psychologii prokreacji.

4.Osoba sprawująca opiekę psychologiczną nad pacjentami, korzystającymi z modułu medycznego powinna ściśle współpracować z zespołem medycznym (w razie konieczności)

Dowody skuteczności planowanych działań

1. Opinie ekspertów klinicznych

Założenia programu w zakresie klinicznym pozostają w zgodzie ze stanowiskiem Europejskim Towarzystwem Rozrodu Człowieka i Embriologii .

2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Rekomendacje dotyczące opieki psychologicznej w leczeniu niepłodności Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii.

CZĘŚĆ C

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017 – 2020”

Autor programu: Prof. dr n med. Sławomir Wołczyński

Podstawa prawna: art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego 12
I.I. Problem zdrowotny 12
I.II. Epidemiologia 12
I.III. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu 13
I.IV. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 13
I.V. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 14
II. Cele Programu 14
II.I. Cel główny 15
II.II. Cele szczegółowe 15
II.III. Oczekiwane efekty 15
II.IV. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 15
III. Adresaci programu (populacja programu) 16
III.I. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe 16
III.II. Tryb zapraszania do programu 16
IV. Organizacja programu 16
IV.I. Części składowe, etapy i działania organizacyjne 16
IV.II. Planowane interwencje 17
IV.III. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestniczek programu 18
IV.IV. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu 18
IV.V. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi 18
finansowanymi ze środków publicznych 18
IV.VI. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania 19
IV.VII. Bezpieczeństwo planowanych interwencji 19

IV.VIII. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu 19
IV.IX. Dowody skuteczności planowanych działań 20
V. Koszty 21
V.I. Koszty jednostkowe 21
V.II. Planowane koszty całkowite 21
V.III. Źródła finansowania, partnerstwo 21
V.IV. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów 22
jest optymalne 22
VI. Monitorowanie i ewaluacja 22
VII. Okres realizacji programu 23

I. Opis problemu zdrowotnego

I.I. Problem zdrowotny

Zjawisko niepłodności nasila się od kilkudziesięciu lat, będąc prawdopodobnie naturalną konsekwencją zmian współczesnego świata i jako takie stanowi ważny wieloaspektowy problem wymagający pomocy medycznej. Niepłodność jest szczególną chorobą, ponieważ dotyka młodych ludzi w okresie ich największej aktywności, wywiera silnie negatywny wpływ na funkcjonowanie rodziny, stan emocjonalny pary, jej funkcjonowanie społeczne i zawodowe.

Niepłodność definiuje się jako niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania regularnych stosunków płciowych w celach koncepcyjnych. Niepłodne pary powinny uzyskać należytą pomoc w zakresie wszelkich kwestii medycznych, psychologicznych i społecznych. Przekazana parom informacja powinna być zrozumiała i oparta na wynikach badań naukowych, dzięki czemu niepłodne pary będą w stanie podejmować świadome decyzje uwzględniające ich przyszłe możliwości rozrodu. Oczekiwanymi efektami programu są: eliminowanie bądź ograniczenie skutków niepłodności i obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji mieszkańców Gdańska.

I.II. Epidemiologia

Ocenia się, że 60-80 mln par na świecie (wg danych WHO) dotkniętych jest stale lub okresowo problemem niepłodności. W społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych częstość niepłodności jest szacowana na 10 - 12% populacji. W Polsce, pomimo braku dokładnych badań populacyjnych, odsetek ten jest podobny, a wielkość populacji dotkniętej problemem niepłodności sięga około 1,2 - 1,3 mln par. Nie mogąc uzyskać potomstwa w zamierzonym czasie i wymiarze, pary dotknięte problemem niepłodności oczekują pomocy medycznej w tym zakresie.

Ze względu na duży zasięg problemu niepłodność została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę społeczną o kodach ICD-10: N46, N97.

I.III. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Wielkość populacji polskiej, wymagającej leczenia metodami IVF/ICSI wynosi około 20 – 25 tysięcy par rocznie. Została ona obliczona na podstawie danych statystycznych [iloczyn wielkości populacji niepłodnej (1,3mln par) x odsetek par wymagających leczenia IVF/ICSI (5 -10%)] oraz danych porównawczych pochodzących z innych krajów i regionów (Czechy, Skandynawia), gdzie zapotrzebowanie na leczenie IVF/ICSI ocenia się na 800-1000 cykli/mln mieszkańców.

W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych na szeroką skalę, dlatego też w określeniu stopnia niepłodności musimy posługiwać się danymi szacunkowymi. Według różnych źródeł problem niepłodności dotyczy 10 - 15 % populacji. Możemy zatem przyjąć, iż niepłodnością jest dotknięte około miliona par, z czego populacji Gdańska może ten problem dotyczyć w analogicznych proporcjach.

Odnosząc ten schemat do populacji kobiet w wieku 20 – 40 r.ż. zamieszkałych w Gdańsku wynoszącej około 72 tys. osób, wielkość niepłodnej populacji gdańskiej oszacowano na około 7200 par. Natomiast wielkość populacji wymagającej leczenia metodami IVF/ICSI oszacowano na około **720 par** (10% niepłodnych par). Powyższe szacunki oparto na danych Urzędu Statystycznego w Gdańsku.[i]

Możliwość skorzystania z programu będą miały osoby zamieszkałe w Gdańsku przynajmniej od roku i rozliczające się z podatków z Urzędem Skarbowym w Gdańsku (weryfikacja na podstawie ostatniej deklaracji PIT).

I.IV. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Najczęstszymi powodami niepłodności są: niewłaściwa liczba, ruchliwość lub budowa plemników, problemy hormonalne, niedrożność jajowodów, endometrioza, niepłodność immunologiczna wady anatomiczne macicy. W stosunkowo dużej grupie powszechnie uznane metody diagnostyczne nie są w stanie wskazać przyczynę niemożności zajścia w ciąże niepłodność niewyjaśniona. Czas trwania niepłodności jest najlepszym parametrem określającym jak poważny jest czynnik odpowiedzialny za niepłodność .

Na skalę niepłodności duży wpływ mają również trendy populacyjne. Na pierwszym miejscu wymienia się wiek kobiet, które zbyt późno podejmują decyzje o rozrodzie. Część z tych schorzeń bądź nieprawidłowości można wyeliminować poprzez odpowiednie leczenie farmakologiczne, leczenie zabiegowe oraz techniki rozrodu wspomaganego medycznie. Wśród metod leczenia niepłodności o udowodnionej skuteczności w literaturze medycznej wymienia się:

- modyfikację stylu życia;
- metody chirurgiczne;
- farmakologiczną indukcję jajeczkowania
- inseminacje;
- metody rozrodu wspomaganego medycznie ART (m.in. ICSI, IVF, ICSI-PESA, ICSI-TESA zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania terapeutycznego).[ii]

Szczegółowe wytyczne postępowania opublikowane zostały przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (Algorytmy diagnostyczno-lecznicze w zastosowaniu do niepłodności).[iii]

Leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego nie jest finansowane przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, co w znacznym stopniu ogranicza dostęp obywateli do tego typu świadczeń. Należy zauważyć, że metody te bardzo często stanowią jedyną drogę do uzyskania potomstwa.

I.V. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Rodzina i macierzyństwo podlegają szczególnej ochronie Państwa. Wynika to z przepisu art. 71 Konstytucji RP. W związku z tym rolą Państwa jest też podjęcie działań mających na celu zapewnienie możliwie jak najszerszego dostępu do świadczeń medycznych o potwierdzonej skuteczności, przezwyciężających skutki niepłodności. Art. 16 Deklaracji Praw Człowieka stanowi, iż prawo do posiadania potomstwa jest podstawowym prawem człowieka. Z uwagi na zakończenie finansowania procedur rozrodu wspomaganego medycznie w ramach rządowego *Programu – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013 – 2016* i wysokie koszty tych procedur na rynku komercyjnych usług zdrowotnych, uzasadnionym działaniem jest zapewnienie równego dostępu wszystkim mieszkańcom Gdańska do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.
Zgodnie z podanymi do wiadomości publicznej informacjami w nowym *Narodowym Programie Prokreacyjnym* finansowane będą, w miejsce procedur rozrodu wspomaganego medycznie, edukacja, profilaktyka i diagnostyka niepłodności.

Dodatkowym uzasadnieniem są niskie współczynniki reprodukcji populacji gdańskiej. Współczynnik dzietności oznaczający liczbę dzieci, przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym wynosi jedynie 1,337. Współczynnik reprodukcji brutto oznaczający liczbę córek urodzonych przeciętnie przez kobietę w wieku rozrodczym wynosi 0,646. Współczynnik dynamiki demograficznej oznaczający stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów w danym okresie wynosi 1,010.[i]

Współczynniki reprodukcji dla Gdańska (2015)[i]	
Współczynnik dzietności ogólnej	1,337
Współczynnik reprodukcji brutto	0,646
Współczynnik dynamiki demograficznej	1,010

Leczeniem niepłodności z wykorzystaniem metod rozrodu wspomaganego medycznie zajmuje się obecnie w Polsce około 40 podmiotów (28 z nich to byli realizatorzy rządowego programu leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego). Warunkiem funkcjonowania wymienionych podmiotów od 3 listopada 2016 roku jest posiadanie odpowiedniego pozwolenia Ministerstwa Zdrowia co wynika z Ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności. Wysoki koszt przedmiotowych zabiegów na rynku komercyjnym czyni świadczenia te niedostępnymi dla dużej grupy potrzebujących par.

II. Cele Programu

II.I. Cel główny

leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w oparciu o obowiązujące standardy postępowania i procedury medyczne,

poprawa dostępu dla mieszkańców Gdańska do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności.

II.II. Cele szczegółowe

Cele szczegółowe programu sformułowano zgodnie z koncepcją SMART (Specific, Measurable, Achiavable, Relevant, Time-bound), zgodnie z którą powinny one być:

- sprecyzowane,
- mierzalne,
- osiągalne,
- istotne dla chorego,
- zaplanowane w czasie. [iv]

Zgodnie z powyższą koncepcją cele szczegółowe zdefiniowano jako:

- obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji miasta Gdańska,
- zapewnienie najwyższego standardu leczenia pacjentom,
- zwiększenie skuteczności leczenia par, u których stwierdzono niepłodność i wyczerpały się inne dostępne metody jej leczenia,
- obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów,
- zachowanie płodności u kobiet poddawanych leczeniu gonadotoksycznemu,
- osiągnięcie korzystnych trendów demograficznych oraz zachowań społecznych.

II.III. Oczekiwane efekty

Do spodziewanych efektów programu należy eliminowanie bądź ograniczenie somatycznych, psychicznych i społecznych skutków niepłodności.

W zakresie polityki zdrowotnej samorządu gdańskiego oczekiwanym efektem jest obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gdańska.

II.IV. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Do spodziewanych efektów programu należy eliminowanie bądź ograniczenie skutków niepłodności, obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gdańska poprzez ułatwienie im dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Biorąc pod uwagę średnią skuteczność zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego wynoszącą dla tej grupy wiekowej ok. 20-40% na jeden cykl zapłodnienia pozaustrojowego, a także przyjmując szacunki populacyjne dotyczące liczby mieszkańców Gdańska wymagających podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego, którą oszacowano na 720 par, przewidywanym miernikiem efektywności programu powinno być uzyskanie wyniku pozytywnego, to jest ciąży, co najmniej u 30% par zakwalifikowanych do programu.

W ramach oceny efektywności programu przewiduje się monitorowanie następujących wskaźników leczenia niepłodności:

- monitorowanie wskaźnika ciąż klinicznych,

- monitorowanie wskaźnika ciąż wielopłodowych,
- monitorowanie wskaźnika urodzeń żywych,
- monitorowanie wskaźnika zespołów hiperstymulacyjnych,
- monitorowanie liczby pacjentek u krytych zastosowano procedury odroczonej płodności ze względu na aktualną chorobę i niebezpieczeństwo utraty płodności.

Pacjenci zakwalifikowani do programu zobligowani będą do informowania realizatora programu o wyniku leczenia.

III. Adresaci programu (populacja programu)

III.I. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do oszacowań wielkości populacji docelowej kwalifikującej się do programu, wykorzystano szacunki wielkości populacji polskiej, wymagającej leczenia metodami IVF/ICSI (około 25 – 30 tysięcy par rocznie), oszacowanej na podstawie danych epidemiologicznych z innych krajów europejskich (Czechy, kraje skandynawskie). Na podstawie wielkości populacji kobiet w wieku 20 – 40 r.ż. zamieszkałych w Gdańsku (około 72 tys. osób), oszacowano liczbę niepłodnych par w populacji gdańskiej (około 7200 par).[i] Zgodnie z danymi statystycznymi stanowiącymi, iż do leczenia metodami IVF/ICSI kwalifikuje się 5 - 10% niepłodnych par, potencjalną populację docelową oszacowano na około 720 par.

III.II. Tryb zapraszania do programu

Rekrutacja pacjentów będzie prowadzona w lokalizacji realizatorów programu, spełniających wymogi, o których mowa w punkcie IV.VIII.
W ramach akcji informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na temat programu do potencjalnych pacjentów. Akcja informacyjna, której celem będzie dotarcie do jak najszerszego grona odbiorców, zostanie przeprowadzona z wykorzystaniem:

- ulotek i folderów dystrybuowanych w poradniach ginekologicznych,
- lokalnej prasy,
- lokalnych stacji radiowych,
- internetu (strona Urzędu Miasta Gdańska).

IV. Organizacja programu.

IV.I. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program obejmuje dofinansowanie w wysokości do 5000 zł do każdej z trzech dopuszczonych programem prób zapłodnienia pozaustrojowego, ale nie więcej niż 80% kosztów łącznych, obejmujących przeprowadzenie następujących elementów:

- wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych;
- znieczulenie ogólne podczas punkcji;
- zapłodnienie uzyskanych podczas punkcji komórek jajowych dostępnymi obecnie metodami (IVF, ICSI) i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro (optymalnie do stadium blastocysty);
- transfer zarodków do jamy macicy;
- kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nie transferowanych do jamy macicy i przechowywanie (pierwszy rok);
- zamrożenie i przechowywanie przez okres 1 roku komórek jajowych w przypadku przeprowadzania procedury w związku z zagrożeniem utratą płodności;
- dwie wizyty w ciąży wczesnej w I trymestrze.

Różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury - obejmującym: badania laboratoryjne w tym badania kwalifikujące, badania hormonalne, dodatkowe konsultacje specjalistyczne, nadzór nad stymulacją mnogiego jajeczkowania, niezbędne badania infekcyjne i w kierunku innych chorób czy zaburzeń, koszty leków, a także - jeśli wystąpią wskazania - dodatkowych procedur (zabiegowych, embriologicznych, diagnostycznych) oraz transferów kriokonserwowanych zarodków - a dofinansowaniem ponoszą pacjenci. Maksymalna liczba zabiegów, do których przysługuje dofinansowanie to 3 zabiegi, jeśli wskutek pierwszego lub drugiego zabiegu nie doszło do urodzenia dziecka. Warunkiem przystąpienia do kolejnej procedury jest wcześniejsze wykorzystanie wszystkich, utworzonych w ramach poprzedniej procedury zarodków. Możliwość przeprowadzenia kolejnych, następujących po sobie procedur z następczym zamrożeniem zarodków tj. bez wykorzystania zarodków świeżych, dopuszczone jest jedynie w przypadku wykonywania diagnostyki preimplantacyjnej oraz w przypadku procedury przeprowadzanej w celu zachowania płodności z przyczyn onkologicznych. Możliwość przeprowadzenia kolejnych, następujących po sobie procedur z następczym zamrożeniem komórek jajowych bez tworzenia z nich zarodków, dopuszczone jest jedynie w przypadku procedury przeprowadzanej w celu zachowania płodności z przyczyn onkologicznych.

Koszty ewentualnych kolejnych zabiegów (>3) ponoszą pacjenci. Program zakłada możliwość dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury z wykorzystaniem zaawansowanych metod rozrodu wspomaganego medycznie.

Pacjenci składają oświadczenie, że nie uczestniczyli lub uczestniczyli co najwyżej w 2 zabiegach zapłodnienia pozaustrojowego w innych programach leczenia niepłodności finansowanych ze środków publicznych.

IV.II. Planowane interwencje

Procedury zapłodnienia pozaustrojowego obejmują przeprowadzenie następujących elementów:

- wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych;
- znieczulenie ogólne podczas punkcji;
- zapłodnienie uzyskanych podczas punkcji komórek jajowych dostępnymi obecnie metodami (IVF, ICSI) i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro (optymalnie do stadium blastocysty);
- transfer zarodków do jamy macicy;
- kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym i ich przechowywanie (pierwszy rok);
- zamrożenie i przechowywanie przez okres 1 roku komórek jajowych w przypadku przeprowadzania procedury w związku z zagrożeniem utratą płodności;

- opieka nad ciążą wczesną.

Leczenie pary może wymagać zastosowania dodatkowych procedur/ zabiegów/ interwencji/ diagnostyki, ustalanych w kontekście indywidualnych potrzeb przez lekarza prowadzącego, które będą dodatkowo opłacane przez pacjenta.

IV.III. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestniczek programu

Jak wykazują badania, u 84% par współżyjących regularnie, nie stosujących metod antykoncepcyjnych, współżycie doprowadzi do poczęcia dziecka w ciągu jednego roku; u dalszych 8% par do poczęcia dojdzie w ciągu drugiego roku starań.[v] Uwzględniając powyższe w toku kwalifikacji pacjentek do programu przeprowadzona zostanie identyfikacja par, które nie będą wymagały pomocy medycznej przy poczęciu.

Do programu zostaną zakwalifikowane pary, nie mogące zrealizować planów rozrodczych poprzez naturalną koncepcję, które spełniają następujące kryteria:

- wiek kobiety mieści się w przedziale 20-40 lat (warunkowo do 42 lat, w tym kobiety z chorobą nowotworową oraz odpowiednim poziomem hormonu AMH powyżej 0,7 ng/ml oraz co najmniej trzem pęcherzykami w jajniku);
- zostały zakwalifikowane do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez realizatorów pprogramu, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (istnieją pierwotne wskazania do leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia lub inne metody leczenia, rekomendowane przez PTMRiE zakończyły się niepowodzeniem) i zgodnie z Ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku,
- pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim;
- w dniu kwalifikacji do programu zamieszkują na terenie Gdańska przynajmniej od roku i rozliczają się z podatków z Urzędem Skarbowym w Gdańsku (weryfikacja na podstawie pierwszej strony ostatniej deklaracji PIT).

Opieka nad kobietą ciężarną po leczeniu niepłodności po I trymestrze realizowana będzie na zasadach określonych ustawą, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

IV.IV.Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W związku ze specyfiką problemu klinicznego dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatorów programu przynajmniej przez 6 dni w tygodniu, min. w godz. 8.00-18.00 w dni robocze oraz w soboty (w godzinach zależnych od potrzeb). W przypadku takiej konieczności realizator może dodatkowo uruchamiać dyżury w dni wolne od pracy. Realizatorzy programu zapewnią równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej oraz elektronicznej przez cały czas w godzinach otwarcia.

IV.V. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Wyłonieni w trybie konkursu przeprowadzonego przez Urząd Miasta Gdańska realizatorzy programu będą realizowali niniejszy program przy wykorzystaniu personelu medycznego, który nie będzie uczestniczył w tym samym czasie w realizacji świadczeń finansowanych w ramach umowy z NFZ, w związku z czym realizacja programu *dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia*

pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska nie ograniczy w żaden sposób dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ.

IV.VI. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Uczestnikom programu przysługuje możliwość dofinansowania do wysokości 5000 zł (do każdej z trzech dopuszczonych programem prób), pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury z wykorzystaniem zaawansowanych technik rozrodu wspomaganego medycznie i nie więcej niż 80% kosztów łącznych. Maksymalna liczba zabiegów, do których przysługuje dofinansowanie to 3 zabiegi, jeśli wskutek pierwszego lub drugiego zabiegu nie doszło do urodzenia dziecka. Warunkiem przystąpienia do kolejnej procedury jest wcześniejsze wykorzystanie wszystkich, utworzonych w ramach poprzedniej procedury zarodków. Możliwość przeprowadzenia kolejnych, następujących po sobie procedur z następczym zamrożeniem zarodków tj. bez wykorzystania zarodków świeżych, dopuszczone jest jedynie w przypadku wykonywania diagnostyki preimplantacyjnej oraz w przypadku procedury przeprowadzanej w celu zachowania płodności z przyczyn onkologicznych. Możliwość przeprowadzenia kolejnych, następujących po sobie procedur z następczym zamrożeniem komórek jajowych bez tworzenia z nich zarodków, dopuszczone jest jedynie w przypadku procedury przeprowadzanej w celu zachowania płodności. Koszty przechowywania zarodków kriokonserwowanych powyżej 1 roku ponoszą pacjenci. Pozostałe koszty procedury ponoszą pacjenci.
Jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie to dofinansowanie obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy nie więcej niż 80% kosztów łącznych. Koszt ewentualnych kolejnych prób (>3) przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest przez pacjentów.
Opieka nad kobietą ciężarną po leczeniu niepłodności realizowana będzie na zasadach określonych ustawą, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

IV.VII. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Profil bezpieczeństwa finansowanych w ramach programu technologii medycznych został szczegółowo przebadany w licznych próbach klinicznych. Referencje odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa interwencji medycznej objętej programem zostały określone w zał. Nr 1 do niniejszego dokumentu.

IV.VIII. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego może być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach, spełniających wymagania ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. *o leczeniu niepłodności* (Dz.U. 2015 poz. 1087) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. *w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków* (Dz.U. 2015 poz. 1727).[vi]
Podmiot realizujący musi posiadać odpowiednie pozwolenie Ministerstwa Zdrowia na wykonywanie czynności polegających na gromadzeniu, przetwarzaniu, przechowywaniu, dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków przeznaczonych do zastosowania u ludzi w procedurze wspomaganej prokreacji (Ustawa o leczeniu niepłodności z 25 czerwca 2015 r.). Gwarantuje to, że ośrodki te

dysponują odpowiednią kadrą, odpowiednią aparaturą medyczną i doświadczeniem oraz procedura będzie wykonywana zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i obowiązującym prawem. Cennik procedur powinien być podany oficjalnie na stronie internetowej ośrodka.

Kadra

Kierownik jednostki lub komórki organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego powinien:

1) posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa (posiadanie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości będzie dodatkowym atutem) oraz
2) legitymować się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu (optymalnie pow. 10 lat).

Personel zakładu opieki zdrowotnej udzielający świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinien składać się z:

1) co najmniej 2 lekarzy posiadających specjalizację w zakresie ginekologii i położnictwa (optymalnie co najmniej jeden ze specjalizacją w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub w trakcie tej specjalizacji), a także nie mniej niż 3 lata udokumentowanego doświadczenia w leczeniu niepłodności z zastosowaniem procedur wspomaganego rozrodu;
2) co najmniej 2 embriologów: lekarzy, analityków lub biologów legitymujących się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomagania rozrodu, w tym co najmniej jeden posiadający certyfikat ESHRE i/lub PTMRiE (optymalnie zatrudniony w ośrodku realizatora przez przynajmniej 1 rok w wymiarze pełnego etatu);
3) specjalisty anestezjologa;
4) odpowiedniej liczby średniego personelu medycznego (pielęgniarek/położnych, rejestratorek medycznych), zapewniającej właściwą realizację procesu leczenia.

Zapewnienie przez ośrodek leczącym się parom dostępu do konsultacji i wsparcia wykwalifikowanego psychologa z m.in. 3-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami niepłodnymi będzie traktowane jako dodatkowy atut.

Warunki prowadzenia leczenia:

Zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń polegających na leczeniu niepłodności powinny posiadać potwierdzenie spełniania wymogów ustawy o leczeniu niepłodności z 2015r. w zakresie warunków prowadzenia działalności (infrastruktury, sprzętu etc.) w postaci aktualnych pozwoleń na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji oraz na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków.

IV.IX. Dowody skuteczności planowanych działań

1. Opinie ekspertów klinicznych

Założenia programu w zakresie klinicznym pozostają w zgodzie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Towarzystwa Biologii Rozrodu, Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Komisji Medycyny Rozrodu Komitetu Biologii Rozrodu Zwierząt Polskiej Akademii Nauk w sprawie leczenia niepłodności i jej skutków metodami rozrodu wspomaganego medycznie.

2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii.[vii]

3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Referencje odnoszące się do oceny efektywności klinicznej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego określono w zał. Nr 1 do niniejszego dokumentu.

4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne):

- Samorządowy program leczenia niepłodności dla mieszkańców Częstochowy.
- Samorządowy program leczenia niepłodności dla mieszkańców gminy Sosnowiec.
- Samorządowy program leczenia niepłodności dla mieszkańców Łodzi.

V. Koszty

V.I. Koszty jednostkowe

Koszt jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi średnio 7.000 – 15.000 zł; bez kosztów leczenia farmakologicznego, które są w większości refundowane. Uczestnikom programu przysługuje możliwość dofinansowania do wysokości 5000 zł (do każdej z trzech dopuszczonych programem prób) pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury z wykorzystaniem zaawansowanych technik rozrodu wspomaganego medycznie. Maksymalna liczba zabiegów, do których przysługuje dofinansowanie to 3 zabiegi, jeśli wskutek pierwszego lub drugiego zabiegu nie doszło do urodzenia dziecka. Koszt ewentualnych kolejnych prób przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego ponoszony jest przez pacjentów.

Jeżeli procedura zapłodnienia pozaustrojowego z powodów medycznych zakończy się na wcześniejszym etapie to dofinansowanie obejmuje jedynie przeprowadzone do tego etapu elementy. Pacjenci składają oświadczenie, że nie uczestniczyli lub uczestniczyli co najwyżej w 2 zabiegach zapłodnienia pozaustrojowego w innych programach leczenia niepłodności finansowanych ze środków publicznych.

V.II. Planowane koszty całkowite

Planowany okres realizacji programu: lipiec 2017 – grudzień 2020.

Roczny budżet programu wyniesie 1 mln złotych rocznie na realizację programu (około 200 procedur). Na 2017 r. przewiduje się około 500 tyś. zł (planowane rozpoczęcie programu - od lipca 2017 r.). Szczegółowe koszty poszczególnych etapów programu zostaną przedstawione przez jednostki przystępujące do konkursu ofert i oficjalnie podane na stronach internetowych ośrodka.

V.III. Źródła finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany z budżetu miasta Gdańska.

V.IV.Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Z uwagi na zakończenie rządowego *Programu – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 - 2016*, niezbędne stało się systemowe rozwiązanie rosnącego problemu jakim jest sytuacja demograficzna wśród mieszkańców Gdańska. Niskie współczynniki reprodukcji (współczynnik dzietności, współczynnik reprodukcji brutto, współczynnik dynamiki demograficznej = 1,337) oraz koszty leczenia prywatnego uniemożliwiające dostęp do skutecznej terapii niepłodności dla wielu dotkniętych tym problemem pacjentów spowodowały, iż samorząd uznał za uzasadnione podjęcie działań mających na celu wyrównanie dostępu dla wszystkich potrzebujących mieszkańców Gdańska do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Samorząd uznał za wysoce istotną rolę, zarówno korzyści klinicznych stosowania technik rozrodu wspomaganego medycznie, jak również konsekwencji ekonomiczno - społecznych finansowania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w obliczu obserwowanych oraz prognozowanych krytycznych zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz coraz większą liczbą par borykających się z problemem niepłodności.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

Realizatorzy programu zobowiązani są do składania corocznych raportów w ramach programu European IVF Monitoring (EIM).[viii]

Realizatorzy programu zobligowani są do stosowania wytycznych zawartych w Algorytmach Diagnostyczno Leczniczych w Niepłodności, opracowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.[ix]

Pacjenci zakwalifikowani do programu zobowiązują się pisemnie do informowania realizatora programu o wyniku leczenia. Realizatorzy programu zobligowani są do stosowania wytycznych zawartych w pacjenckich standardach w leczeniu niepłodności, opracowanych przez Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji.[x]

Zgodnie z wytycznymi AOTMiT dotyczącymi planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej, w ramach oceny efektywności programu przewiduje się monitorowanie uznanych za obiektywne i przyjętych w medycynie rozrodu wskaźników efektywności leczenia niepłodności:

monitorowanie wskaźnika ciąż klinicznych; monitorowanie wskaźnika ciąż wielopłodowych, monitorowanie wskaźnika urodzeń żywych, monitorowanie wskaźnika zespołów hiperstymulacyjnych.

Liczby osób u których zastosowano procedury odroczonej płodności ze względu na aktualna chorobę i leczenie gonadotoksyczne

Opieka nad kobietą ciężarną po leczeniu niepłodności realizowana będzie na zasadach określonych ustawą, w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

VII. Okres realizacji programu

Program zaplanowano na okres lipiec 2017 – grudzień 2020.

Opracowano na podstawie:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2007 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz.U. Ministra Zdrowia z 30 grudnia 2014 r. poz. 84);
3. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Zal_4_16-02-12_struktura_programu_polityki_zdrowotnej.pdf
4. http://www.aotm.gov.pl/www/index.php?id=212
5. http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2015.147.0001087,ustawa-o-leczeniu-nieplodnosci.html

[i] http://www.gdansk.pl/biznes/Gdansk-w-liczbach,a,33608 [ii] http://www.ptmrie.org.pl/
[iii] http://www.ptmrie.org.pl/pliki/akty-prawne-i-rekomendacje/rekomentacje/algorytmy-w-nieplodnosci-2011-06-06.pdf
[iv] http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Instrukcja_PPZ.pdf
[v] http://www.eshre.eu/
[vi] http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001727 [vii] http://www.ptmrie.org.pl/akty-prawne-i-rekomendacje-art/rekomendacje/ [viii] https://www.eshre.eu/eim [ix] http://www.ptmrie.org.pl/pliki/akty-prawne-i-rekomendacje/rekomentacje/algorytmy-w-nieplodnosci-2011-06-06.pdf
[x] Polskie pacjenckie standardy w leczeniu niepłodności opracowane w oparciu o wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, wytyczne Special Interests Group Psychology and Counselling ESHRE 2001 i 2014, (Grupa Psychologii i Poradnictwa Europejskiego Towarzystwa Ludzkiego Rozrodu i Embriologii), wytyczne Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA).
http://www.nasz-bocian.pl/pacjencki_monitoring_pacjenckie_standard_leczeni_nieplodnosci_w_polsce

Załącznik Nr 31 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

UCHWAŁA NR XXIX/754/20 RADY MIASTA GDAŃSKA

z dnia 29 października 2020 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia "Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020"

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i pkt 16, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713, 1378), art. 4 ust. 1 pkt 2 i 4, art. 92 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 920) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 5, art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. a) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578) uchwala się, co następuje:

§ 1. W uchwale Nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z 5 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia "Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020" wprowadza się następujące zmiany:

1) Tytuł uchwały otrzymuje brzmienie „w sprawie przyjęcia Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2025."

2) § 1 otrzymuje brzmienie „Przyjmuje się „Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska na lata 2017-2025”, określony w załączniku do niniejszej uchwały, na który składa się:

1) Założenia do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, określone w Części A załącznika do uchwały,

2) Założenia do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, określone w Części B załącznika do uchwały,

3) Program polityki zdrowotnej pn. „Dofinasowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2025”, określony w Części C załącznika do niniejszej uchwały.”

3) W treści załącznika do uchwały wyrazy „lata 2017 – 2020” zastępuje się wyrazami „lata 2017 – 2025."

§ 2. Na realizację Programu planuje się przeznaczyć środki finansowe w wysokości 1 720 000, 00 zł rocznie.

§ 3. 1. Uchwała podlega ogłoszeniu w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Gdańska.

2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miasta Gdańska

Agnieszka Owczarczak

Id: 30E3A74F-2C8A-4DAB-BDA3-991ADDFAF38A. podpisany

Załącznik Nr 32 do zarządzenia Nr 1941/21
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 2 grudnia 2021 r.

OBIAS

OŚRODEK BADAŃ
I ANALIZ SPOŁECZNYCH

RAPORT Z BADANIA EWALUACYJNEGO PROGRAMU EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE ZDROWIA PROKREACYJNEGO MŁODZIEŻY

W RAMACH PROGRAMU WSPARCIA PROKREACJI DLA MIESZKAŃCÓW GDAŃSKA W LATACH 2017-2020

Spis treści

WSTĘP. NOTA METODOLOGICZNA I CEL BADANIA 2
Założenia badania 2
Metodologia badania ewaluacyjnego 2
Struktura i zawartość raportu 4
ZAŁOŻENIA PROGRAMU I JEGO ORGANIZACJA 5
Kontekst powstania Programu 5
Struktura i organizacja Programu 6
Napięcia związane z realizacją Programu 9
Sprawozdania z realizacji Programu 11
PRZEBIEG I OCENA PROGRAMU 16
Realizacja Programu w szkołach. Ocena beneficjentów 17
Spojrzenie na konflikty wokół realizacji Programu 19
Kompetencje w obszarze edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży 21
WNIOSKI 24
Podsumowanie najważniejszych wątków 24
Efekty realizacji Programu 26
REKOMENDACJE 28
Obszar koncepcyjno-strukturalny 28
Obszar informacyjno-promocyjny 29
Obszar techniczno-organizacyjny 30

Sfinansowano ze środków Miasta Gdańska

Wstęp. Nota metodologiczna i cel badania

Założenia badania

Niniejsze opracowanie poświęcone jest prezentacji wyników badania ewaluacyjnego Programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020. Badanie zrealizowane zostało w okresie od maja do lipca 2021 roku. Zasadniczym celem przeprowadzonego projektu było określenie jakości stopnia realizacji celu Programu, w tym przede wszystkim wskazanie efektów realizowanych działań, trafności ich doboru, oceny dostępności usług oraz opinii na temat wdrażania i realizacji Programu.

Ewaluacja polegała na dokonaniu oceny strony organizacyjnej analizowanego zadania oraz odbioru działań realizowanych w ramach Programu przez beneficjentów – osoby, które korzystały z oferty zaproponowanej mieszkankom i mieszkańcom przez Miasto Gdańsk. Założeniem ewaluacji nie było natomiast dokonanie oceny warstwy merytorycznej oferty realizowanej w ramach Programu. Rezultatem przeprowadzonego badania ewaluacyjnego są wnioski na temat możliwości realizacji zadania w kolejnych okresach i potencjalnych modyfikacjach związanych z przyjętym kierunkiem działań projektowych.

Metodologia badania ewaluacyjnego

W ramach badania ewaluacyjnego prowadzono analizę *desk research* istniejącej dokumentacji związanej z Programem. W analizie uwzględniono sprawozdania z jego realizacji, dokumentację zbieraną przez Wydział Rozwoju Społeczny Urzędu Miejskiego w Gdańsku, materiały publicystyczne poświęcone „ZdrovveLove", publikacje naukowe oraz inne źródła pozwalające zrozumieć kontekst realizowanych działań. Zasadniczym elementem badania w fazie terenowej była realizacja wywiadów z beneficjentami, czyli osobami, które bezpośrednio lub pośrednio skorzystały z oferty projektowej Miasta. W praktyce oznaczało to kontakt ze szkołami, na terenie których realizowane były działania projektowe.

Pierwotna koncepcja badawcza zakładała realizację od 5 do 7 wywiadów grupowych. Z uwagi na specyfikę realizacji projektu oraz chęć dotarcia do możliwie jak największego grona osób podjęto decyzję, by poszerzyć zakres realizacji projektu, jednocześnie modyfikując zastosowaną

technikę badawczą na bardziej wygodną dla uczestniczek i uczestników badania. Zamiast realizacji wyłącznie wywiadów grupowych przeprowadzano także wywiady indywidualne.

Łącznie zrealizowano 29 wywiadów (26 wywiadów indywidualnych oraz 3 wywiady grupowe). Średni czas trwania wywiadu wynosił około 40 minut. Z uwagi na chęć zapewnienia maksymalnej anonimowości i poufności rozmówczyń i rozmówców wywiady nie były rejestrowane. Z każdego wywiadu sporządzony został raport, który stanowił podstawę analizy na dalszych etapach pracy. Zdecydowana większość wywiadów zrealizowana została telefonicznie. W pojedynczych przypadkach wywiady przeprowadzone zostały osobiście lub za pośrednictwem komunikatora internetowego.

Proces realizacji badań bazował na kontaktowaniu się ze szkołami, w których prowadzone były zajęcia w ramach projektu „ZdrovveLove". W ramach zrealizowanego projektu kontakt został nawiązany z 12 szkołami, które brały udział w projekcie. We wszystkich placówkach, w których możliwe było przeprowadzenie wywiadu z reprezentantką lub reprezentantem szkoły, rozmawiano także o pozyskaniu kontaktów do przedstawicieli grupy rodziców oraz uczennic i uczniów. Dobór próby był celowy – bazował na zdobywaniu kontaktu do osób, które albo uczestniczyły w zajęciach (młodzież), albo wyrażały zgodę na udział dziecka w projekcie (dorośli). Nie zdefiniowano dodatkowych kryteriów udziału w badaniu. Jego realizacja była możliwa dzięki współpracy szkół, choć w części z nich wyraźnie sygnalizowano, że dostępność osób, które mogłyby udzielić wywiadu, jest ograniczona. Wynika to z faktu, że projekt realizowany był w czasie, gdy kończył się rok szkolny, co nie sprzyjało poświęcaniu czasu na udział w badaniu społecznym, a do tego część uczennic i uczniów uzyskała status absolwentek i absolwentów, co w praktyce uniemożliwiało rekrutację tych osób do udziału w projekcie.

W wywiadach grupowych zrealizowanych w 3 szkołach wzięło udział łącznie 16 osób, z czego 8 osób w dniu wywiadu miało 18 lub więcej lat, a 8 było niepełnoletnich. W przypadku uczennic i uczniów niepełnoletnich pozyskano zgody do udziału w wywiadzie grupowym od rodziców. Analogicznie zgody pozyskano w przypadku 2 z 3 osób, które udzieliły wywiadów indywidualnych. Wywiady przeprowadzono łącznie z uczennicami i uczniami z 5 szkół oraz rodzicami z 6 szkół. Nawiązano kontakt i zrealizowano wywiady z przedstawicielkami i przedstawicielami 11 szkół (w jednej placówce wywiady przeprowadzono z dwoma osobami). Wywiadów udzielały osoby w różny sposób związane z daną szkołą – byli to zarówno reprezentantki i reprezentanci dyrekcji, jak i nauczyciele, pedagodzy czy psychologowie. Przeprowadzono również 3 rozmowy z osobami związanymi z przygotowaniem i realizacją działań w ramach Programu. Łącznie we wszystkich wywiadach wzięły udział 42 osoby.

Wywiady prowadzone były przy wsparciu scenariusza. Miał on podobny kształt niezależnie od grupy, do której zaliczała się dana osoba zapraszana do rozmowy. Badanych pytano przede wszystkim o to, jak z ich perspektywy wyglądała realizacja projektu, jak oceniają jego przebieg i efekty oraz jakie trudności wystąpiły w trakcie jego realizacji. Scenariusz był elastycznie dopasowywany do sytuacji, przede wszystkim do poziomu wiedzy i doświadczeń danej uczestniczki czy danego uczestnika badania.

Tabela 1. Wywiady zrealizowane w ramach badania ewaluacyjnego (n=28)

	Uczennice / uczniowie	Rodzice	Szkoła	Organizatorzy	RAZEM
Wywiady indywidualne	2	9	12	3	26
Wywiady grupowe	3	---	---	---	3
RAZEM	5	9	12	3	29

Źródło: opracowanie własne

Decyzja o zastosowaniu w badaniu ewaluacyjnym metodologii jakościowej wynikała z faktu ograniczonej liczby beneficjentów, do których możliwe było dotarcie w ramach zrealizowanego projektu. Wykorzystanie narzędzi o charakterze jakościowym umożliwiło wgląd w opinie badanych, które dotyczyły szeregu kwestii kluczowych z punktu widzenia realizacji projektu – przede wszystkim oceny sposobu realizacji Programu w szkołach, ale też napięć, jakie się z tym wiązały, a także znaczenia społecznego nadawanego tematyce edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży

Struktura i zawartość raportu

Opracowanie składa się z kilku części. Po otwierającym je wprowadzeniu przedstawione zostały w szczegółach założenia Programu oraz sposób jego organizacji. Następnie przedstawiona zostaje część zasadnicza raportu, w której scharakteryzowane zostały przebieg i ocena Programu. Raport zawiera także część z wnioskami oraz rekomendacjami, jakie wynikają z przeprowadzonego badania ewaluacyjnego. Materiał stanowi prezentację syntetycznych ustaleń, jakie są efektem pracy badawczej. W tekście nie zostały przedstawione fragmenty wypowiedzi badanych. Wynika to z charakteru zebranego materiału empirycznego (wywiady nie były rejestrowane) oraz ze starań, by zapewnić wszystkim uczestniczkom i uczestnikom procesu badawczego wysoki poziom anonimowości.

Założenia Programu i jego organizacja

Otwierający opracowanie rozdział ma na celu przedstawienie założeń Programu oraz sposobu jego organizacji. W tej części zamieszczono informacje na temat kontekstu powstania Programu. Rozdział zawiera również szczegółowe informacje pozwalające zrekonstruować strukturę i organizację Programu. Opisano w nim również napięcia, jakie wiązały się z realizacją Programu, a na zakończenie syntetyczne wnioski ze sprawozdań, jakie przygotowano w ramach podsumowania przeprowadzonych działań projektowych.

Kontekst powstania Programu

Gdańsk jest jednym z kilku miast w Polsce, w których lokalny samorząd przeznacza środki na realizację projektów w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Pierwszym polskim miastem, które prowadziło takie działania na terenie szkół, była Łódź[1]. Należy jednak podkreślić, że nie we wszystkich krajach europejskich zajęcia dotyczące tej tematyki są powszechne. O ile tego rodzaju programy funkcjonują w wielu krajach Europy Zachodniej od dekad[2], w Europie Środkowo-Wschodniej zaczęto je realizować po roku 1989. Często ich forma jest też odmienna od tej, która realizowana jest w krajach Europy Zachodniej. Są to zajęcia o profilu „przygotowania do małżeństwa i życia w rodzinie", ukierunkowane na zachowanie abstynencji seksualnej przed zawarciem związku małżeńskiego. W krajach Europy Zachodniej realizowane są natomiast programy „ogólnej edukacji seksualnej", prezentującej abstynencję seksualną jako zachowanie opcjonalne, oraz „holistycznej edukacji seksualnej", która prezentuje wiedzę o rozwoju psychoseksualnym człowieka w szerokim kontekście[3].

W ocenie Komisarza Praw Człowieka Rady Europy Dunji Mijatović prawo dzieci i młodzieży do wszechstronnej, rzetelnej i opartej o źródła naukowe edukacji seksualnej wynika z prawa do życia wolnego od przemocy i dyskryminacji, prawa do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia psychicznego i fizycznego, prawa do wolności wyrażania opinii, otrzymywania

[1] Zadanie publiczne pod nazwą „Profilaktyka ciąż wśród nastolatek, chorób przenoszonych drogą płciową, w tym profilaktyka HIV" realizuje od 2012 roku Spunk Fundacja Nowoczesnej Edukacji.
[2] Pierwsze były: Szwecja (1955), Niemcy (1968) i Austria (1970), następnie Holandia i Szwajcaria (lata 70.). W kolejnych dekadach sukcesywnie dołączały kolejne kraje.
[3] Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA, Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

i przekazywania informacji oraz prawa do wysokiej jakości edukacji wolnej od wykluczenia, w tym edukacji o prawach człowieka[4]. Rzecznik Praw Obywatelskich stwierdza, że prawo do edukacji seksualnej jest konstytucyjnym prawem człowieka, a realizacja zadań z tego zakresu stanowi formę przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu dzieci, zmniejszenia liczby niechcianych ciąż nastolatek, spadku zakażeń wirusem HIV oraz obniżenia poziomu homofobii[5].

Struktura i organizacja Programu

Realizowany w Gdańsku Program edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży jest jednym z trzech elementów Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020[6]. Obok modułu edukacyjnego w Programie zawarto moduł wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz moduł medyczny leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

W założeniach Programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży określono szereg celów. Wskazano na zwiększenie świadomości, podniesienie poziomu wiedzy oraz promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Wskazano, że szczegółowy zakres materiałów do przekazania w trakcie zajęć powinien obejmować tematykę z dwóch obszarów.

1. Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego
    - elementy psychologii relacji i budowania związków
    - definicja i przyczyny niepłodności, metody diagnozy i sposoby leczenia
    - czynniki ryzyka wpływające na niepłodność
    - planowanie rodziny (aspekty medyczne, społeczne i ekonomiczne)
2. Edukacja zdrowotna w kontekście ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową
    - Choroby i infekcje przenoszone drogą płciową, sposoby ich przenoszenia, objawy, metody diagnostyki i leczenia
    - Profilaktyka (między innymi w zakresie onkologii)

[4] D. Mijatović, Kompleksowa edukacja seksualna chroni dzieci, pomagając budować bezpieczniejsze społeczeństwa i przeciwdziałać wykluczeniu, https://www.coe.int/pl/web/commissioner/-/comprehensive-sexuality-education-protects-children-and-helps-build-a-safer-inclusive-society. Dostęp: 11.07.2021.
[5] "Ogranicza prawa i wolności". RPO o obywatelskim projekcie zakazującym edukacji seksualnej, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-o-obywatelskim-projekcie-zakazu-edukacji-seksualnej. Dostęp: 28.07.2021.
[6] Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska w latach 2017-2020, https://app.xyzgcm.pl/gdansk-pl/d/20170285563/1007.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

- Aspekt społeczny i psychologiczny (dojrzewanie, macierzyństwo, relacje społeczno-kulturowe w rodzinie i społeczeństwie)

W Programie zdefiniowano, że zajęcia powinny być kierowane do grup warsztatowych nie większych niż klasa szkolna, realizowane z wykorzystaniem technik prezentacyjnych i w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Jako grupę docelową Programu zdefiniowano uczniów pierwszych klas szkół ponadpodstawowych roczników 2017-2020. Zaplanowano objęcie Programem w każdym z roczników szkolnych min. 30% uczennic i uczniów. Jako potencjalnych realizatorów wskazano podmioty posiadające doświadczenie i odpowiednio przygotowaną kadrę, tj. osoby z wykształceniem pedagogicznym, psychologicznym lub medycznym, posiadające udokumentowane doświadczenie w pracy szkoleniowej w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w okresie ostatnich 3 lat.

Określono minimalny budżet projektu w wysokości 40.000 zł rocznie oraz maksymalną cenę godziny realizowanych zajęć (80 zł). Nie zdefiniowano natomiast oczekiwanych efektów realizacji Programu, co sprawia, że nie ma możliwości ich weryfikacji. W module psychologicznym Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska w latach 2017-2020 zdefiniowano obok celów szczegółowych oczekiwane efekty realizacji Programu. W module medycznym dodatkowo zdefiniowano mierniki efektywności odpowiadające celom Programu.

W maju 2017 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pozytywnie zaopiniował moduł medyczny Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska w latach 2017-2020. W opinii znalazły się również odniesienia do modułu edukacyjnego Programu. Prowadzenie edukacji zdrowotnej młodzieży z zakresu zdrowia prokreacyjnego uznano za „dodatkowy atut Programu". Podkreślono, że „działania te zostały zaplanowane poprawnie i nie budzą większych zastrzeżeń" [7]. Po otrzymaniu opinii 5 czerwca 2017 roku Rada Miasta Gdańska podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska w latach 2017-2020[8]. Jesienią 2020 roku czas trwania Programu został wydłużony do roku 2025[9].

[7] Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 104/2017 z dnia 30 maja 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020", https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0104-2017.pdf. Dostęp: 11.07.2021.
[8] Uchwała nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020", https://baw.bip.gdansk.pl/UrzadMiejskiwGdansku/document/535895/Uchwa%C5%82a-XL_1117_17. Dostęp: 11.07.2021.
[9] Uchwała nr XXIX/754/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 29 października 2020 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020",

25 lipca 2017 roku Miasto Gdańsk ogłosiło konkurs na opracowanie Programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży, uwzględniające wzorcowy schemat prowadzenia zajęć edukacyjnych, opracowanie i wydruk materiałów oraz trzymiesięczny pilotaż[10]. Konkurs został unieważniony z powodu braku zgłoszeń oferentów. 22 września 2017 roku ogłoszono drugi konkurs, pomijając fazę realizacji pilotażu[11]. Do realizacji zadania wyłoniono Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych[12]. Po opracowaniu materiałów szkoleniowych wyłoniono realizatora zajęć w szkołach[13]. Od jesieni 2018 roku do końca 2020 roku był nim podmiot Psyche&Soma&Polis Firma Szkoleniowo-Doradcza Anna Michalska. Jego zadaniem była realizacja warsztatów z zakresu zdrowia prokreacyjnego dla młodzieży w oparciu o przygotowane materiały.

Cykl zajęć oferowany młodzieży szkolnej obejmował osiem godzin lekcyjnych o następującej tematyce:

- wprowadzenie do seksualności,
- dojrzewanie i rozwój psychoseksualny,
- anatomia – zdrowie i higiena,
- antykoncepcja i metody planowania rodziny,
- ryzykowne zachowania seksualne i choroby przenoszone drogą płciową,
- role płciowe i społeczne oraz
- bezpieczne relacje.

https://baw.bip.gdansk.pl/UrzadMiejskiwGdansku/document/544545/Uchwa%C5%82a-XXIX_754_20. Dostęp: 11.07.2021.

[10] Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 1227/17 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 25 lipca 2017 r., https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/20170793053/tresc-ogloszenia-o-konkursie.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

[11] Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 1730/17 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 22 września 2017 r., https://download.cloudgdansk.pl/bip-pl/download//akty_prawne//2017/PMG_2017_7_1730.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

[12] Załącznik nr 1 do Rozstrzygnięcia Prezydenta Miasta Gdańska na podstawie Uchwały nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020", ogłoszony Zarządzeniem Nr 1730/17 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 22 września 2017 r.), https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/20171097477/wyniki-konkursu.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

[13] Ostateczne wyniki konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 oraz Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska na lata 2017-2020, https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/201810116689/ostateczne-wyniki-konkursu-1.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

Napięcia związane z realizacją Programu

Z badań przeprowadzonych w 2019 roku przez CBOS wynika, że 74% badanych uważa, że przekazywanie w szkole dzieciom wiedzy o życiu seksualnym człowieka jest potrzebne[14]. Jednocześnie wdrażanie w polskich miastach programów mających na celu podnoszenie poziomu kompetencji w zakresie zdrowia prokreacyjnego budzi wątpliwości co do formy i treści przekazu na organizowanych w tym celu zajęciach. Jest tak między innymi w Krakowie, gdzie w 2020 roku Wojewódzki Sąd Administracyjny uznał, że uchwała Rady Miasta Krakowa o edukacji seksualnej jest zgodna z prawem[15]. Napięcia zaobserwowano także w związku z realizacją poddanego ewaluacji Programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży na terenie gdańskich szkół.

Marta Dora zauważa, że spór wokół tego, jaki kształt powinna przybierać edukacja o zdrowiu prokreacyjnym, toczy się w Polsce od czasu wprowadzenia do szkół przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie. Zajęcia te odbywają się na różnych szczeblach edukacyjnych od 1999 roku. Dora podkreśla, że w przypadku tematyki seksualności człowieka esencją sporu jest różnica w preferencjach między edukacją, czyli przekazywaniem obiektywnych informacji, a wychowaniem, które osadzone jest w określonej kulturze, światopoglądzie i systemie wartości[16]. Społeczna niezgoda względem wyboru jednego z ogólnie określonych modeli warunkuje trwającą w Polsce od ponad 20 lat dyskusję o tym, czy i jak uczyć młode osoby o zdrowiu prokreacyjnym.

Należy na wstępie tej części podkreślić, że sprzeciw środowisk konserwatywnych względem realizacji na terenie gdańskich szkół projektu „ZdrovveLove" był głównym problemem, który utrudnił znacząco realizację zaplanowanego przez Miasto zadania. Kluczowym aktorem instytucjonalnym i organizatorem sprzeciwu było Stowarzyszenie Odpowiedzialny Gdańsk. Animowany między innymi przez osoby reprezentujące stowarzyszenie sprzeciw przyjmował różne formy, przede wszystkim: organizacji manifestacji, publikowania materiałów krytycznych względem „ZdrovveLove" oraz nawiązywania kontaktu ze szkołami, w których odbywać się miały spotkania informacyjne poświęcone projektowi (nawoływano na nich do niekorzystania z oferty zajęć edukacyjnych). W późniejszym okresie do szkół kierowane mogły być wnioski o udostępnienie informacji publicznej w związku z realizacją zajęć na ich terenie. Pytania

[14] CBOS, Komunikat z badań 66/2019. Opinie o warszawskiej karcie LGBT+ i edukacji seksualnej w szkołach, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_066_19.PDF. Dostęp: 11.07.2021.
[15] Zob.: R. Nowak, Edukacja seksualna jednak legalna w Krakowie, jest wyrok, 14.02.2020, https://lifeinkrakow.pl/w-miescie/752,edukacja-seksualna-jednak-legalna-w-krakowie-jest-wyrok. Dostęp: 11.07.2021.
[16] M. Dora, Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce, „Przegląd Pedagogiczny" 2/2013, s. 101-107.

kierowane do szkół dotyczyły między innymi tego, czy biorą one udział w projekcie, czy przeprowadzono w związku z tym konsultacje z rodzicami i czy wyrażali oni pisemną zgodę na udział dziecka w zajęciach. Równolegle wnioski kierowane były do koordynującego działania w ramach Programu Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

W sytuacji, w której w szkołach dochodziło do konfliktów związanych z realizacją projektu, sprzeciw miał dwojakie pochodzenie. Mógł pochodzić z zewnątrz, na przykład przybierając postać manifestacji osób niezwiązanych ze szkołą, chcących wpłynąć na to, by nie organizować zajęć na danym terenie. Mógł jednak również pochodzić z wewnątrz, czyli być animowany przez pojedyncze osoby z grona pedagogicznego, z grupy rodziców lub spośród uczniów[17]. Ponadto w części szkół wystąpiły trudności związane z podjęciem decyzji o tym, czy projekt ma być realizowany. Wynikały one z niejasności odnośnie tego, kto (jaka osoba czy organ) miałby taką decyzję podjąć. O ile ostateczne decyzje związane z uczestnictwem młodzieży w zajęciach podejmowali rodzice, wcześniej musiano im taką możliwość udostępnić. Proces ten mógł mieć prosty przebieg, na przykład, gdy dyrektorzy prosili wychowawców klas o przekazanie rodzicom informacji na temat możliwości udziału w projekcie. W części placówek decyzje podejmowały jednak rady pedagogiczne czy rady rodziców, co w przypadku różnic zdań w obrębie tych ciał utrudniało i wydłużało proces decyzyjny. Rodziło to też wątpliwości w środowisku szkolnym, czy decyzja o realizacji projektu jest właściwa.

W tych szkołach, w których Program został zrealizowany, jednym z podstawowych czynników, który na to wpływał, było przekonanie, że jego przeprowadzenie odbywa się zgodnie z prawem oświatowym. Potwierdziła to między innymi kontrola Kuratorium Oświaty w Gdańsku, wszczęta z inicjatywy byłej radnej Miasta Gdańska, Joanny Cabaj[18]. Formalnych nieprawidłowości związanych z prowadzeniem zadania nie stwierdzono w wyniku przeprowadzonej przez radnych Miasta Gdańska kontroli. Odbyła się ona w koordynującym realizację Programu Wydziale Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku[19].

[17] W przypadku środowiska uczniowskiego wystąpienie grupy osób przeciwnych organizacji zajęć w gdańskich szkołach w ramach projektu ZdrovveLove (Młodzież przeciwko Zdrovve Love – wystąpienie Daniela Nawrockiego, https://trojmiasto.tv/Mlodziez-przeciwko-Zdrovve-Love-wystapienie-Daniela-Nawrockiego-Gdansk-21-02-2020-video-39722.html. Dostęp: 11.07.2021) nastąpiło dwa dni po wystąpieniu grupy osób zaniepokojonych wystąpieniem trudności z realizacją projektu (zob. KFP. Uczniowie gdańskich szkół o programie Zdrovve Love https://kfp.pl/uczniowie-gdanskich-szkol-o-programie-zdrovve-love. Dostęp: 11.07.2021)
[18] M. Sandecki, Gdańsk. Kuratorium oświaty sprawdziło program edukacji seksualnej. Znamy wyniki, „Gazeta Wyborcza Trójmiasto", 05.03.2020, https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/7,35612,25758844,kuratorium-nie-znalazlo-naruszen-praw-rodzicow-w-programie-zdrovve.html. Dostęp: 11.07.2021.
[19] Protokół nr 18-7/2020 z posiedzenia Komisji Rewizyjnej Rady Miasta Gdańska, które odbyło się 8 grudnia 2020 r., https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/202101163054/kr-protokol-8-grudnia-2020r.pdf. Dostęp: 11.07.2021.

Sprawozdania z realizacji Programu

Analizie poddane zostały sprawozdania z wykonania zadania publicznego w obszarze zdrowia publicznego składane przez realizatorkę. Łącznie dokonano analizy siedmiu sprawozdań. Cztery z nich to relacje podsumowujące realizację zadania „ZdrovveLove", zaś trzy – realizację zadania „ZdrovveLove – uczniowie z niepełnosprawnościami". W przypadku sprawozdań z realizacji zadania „ZdrovveLove" analizowano sprawozdania roczne za lata 2018, 2019 i 2020 oraz sprawozdanie końcowe za lata 2018-2020. W przypadku sprawozdań z realizacji zadania „ZdrovveLove – uczniowie z niepełnosprawnościami" przeprowadzono analizę sprawozdań rocznych za lata 2019 i 2020 oraz sprawozdania końcowego za lata 2019-2020. Sprawozdania z realizacji zadania „ZdrovveLove" obejmują okres od 24.10.2018 roku do 31.12.2020 roku, zaś „ZdrovveLove – uczniowie z niepełnosprawnościami" – od 10.10.2019 roku do 31.07.2020 roku. W przypadku obu projektów sprawozdania końcowe podsumowują ustalenia zawarte w sprawozdaniach rocznych.

W przypadku projektu „ZdrovveLove" zadanie, z którego sporządzono sprawozdanie, wpisuje się w założenie celu operacyjnego 6 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, czyli poprawy zdrowia prokreacyjnego. Konkretnym zadaniem, na które odpowiada zrealizowany projekt, jest prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endo- i egzogennych mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym.

W sprawozdaniu końcowym opisano projekt „ZdrovveLove" jako ofertę edukacyjną przygotowaną w oparciu o standardy Światowej Organizacji Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Wyróżniono trzy cele główne realizacji zadania i wskazano sposób ich osiągnięcia (zob. Tabela 2).

W sprawozdaniu podkreślono też realizację celu długoterminowego w postaci wpływu na przyszłych oraz obecnych partnerów uczennic i uczniów wynikający z podniesienia poziomu wiedzy na temat zachowań ryzykownych oraz wpływu na prokreację poprzez zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową. Jego kluczowym elementem jest zestaw osiągniętych rezultatów (krótkoterminowych). Zostały one zaprezentowane w szczegółach w Tabeli 3.

Tabela 2. Cele realizacji zadania oraz sposoby ich osiągnięcia

Cel realizacji zadania	Sposób osiągnięcia celu
Cel nr 1 Zwiększenie świadomości z zakresu seksualności człowieka, edukacji seksualnej, zdrowia prokreacyjnego, profilaktyki przemocy oraz chorób przenoszonych drogą płciową	• Warsztaty skierowane do młodzieży • Spotkania z rodzicami uczniów klas I • Spotkania z radami pedagogicznymi Dodatkowo w ramach zadania zrealizowano szereg dodatkowych działań. • Stworzenie strony internetowej projektu (zawierającej materiały na temat projektu) • Stworzenie strony projektu na Facebooku (dla osób zainteresowanych tematyką edukacji psychoseksualnej) • Dostępność koordynatorki projektu dla lokalnych mediów (w celu informowania o przebiegu projektu) • Szkolenie dla pracowników Urzędu Miejskiego w Gdańsku (w celu zapoznania z treściami przekazywanymi na zajęciach) • Nawiązanie współpracy z autorką pracy magisterskiej dotyczącej działań w ramach „ZdrovveLove”
Cel nr 2 Podniesienie poziomu wiedzy wśród uczniów i uczennic gdańskich szkół ponadpodstawowych z zakresu edukacji seksualnej, w szczególności: praw seksualnych, rozwoju psychoseksualnego, anatomii, zdrowia i higieny, antykoncepcji i metod planowania rodziny, ryzykownych zachowań seksualnych i chorób przenoszonych drogami płciowymi, ról płciowych i społecznych oraz bezpiecznych relacji	Test wiedzy na początku i na końcu cyklu spotkań z daną grupą warsztatową. Testy były anonimowe, a ich wypełnienie – dobrowolne. Nie wszystkie grupy, które rozpoczęły cykl warsztatów, mogły go ukończyć z uwagi na wybuch pandemii COVID-19. Poziom wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego wśród młodzieży wzrósł z 72,1% poprawnych odpowiedzi (13,7 poprawnych odpowiedzi na 19 pytań) do 87,9% poprawnych odpowiedzi (16,7 poprawnych odpowiedzi na 19 pytań).
Cel nr 3 Promowanie zachowań prozdrowotnych młodzieży gdańskich szkół w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w szczególności: samobadanie piersi i jąder, świadomość i umiejętność oceny sygnałów dawanych przez ciało w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową	UCZENNICE I UCZNIOWIE Każda osoba mogła przeprowadzić badanie na fantomach piersi oraz jąder z guzkami. Edukator dokonywał wprowadzenia do ćwiczenia, wyjaśniał jego przebieg i odpowiadał na pytania. W roku szkolnym 2018/2019 2 osoby odmówiły wzięcia udziału w ćwiczeniu, w kolejnym roku szkolnym odmówiły 3 osoby. Średnia poprawnych odpowiedzi na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz bezpiecznego seksu wyniosła 67% w pomiarze przed startem zajęć i 81% w pomiarze po ich zakończeniu. NAUCZYCIELE I RODZICE Zarówno grono pedagogiczne, jak i rodzice wyrażali zainteresowanie ćwiczeniem z użyciem fantomów i wysoko oceniali jego przydatność.

Źródło: opracowanie własne

Należy zauważyć, że w zestawieniu tym brakuje danych, które umożliwiałyby udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaki odsetek uczennic i uczniów z gdańskich szkół w populacji danego rocznika wziął udział w zajęciach organizowanych w ramach projektu. W założeniach zapisanych w Programie edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży przyjęto, że wskaźnik ten powinien wynosić „nie mniej niż 30 procent uczniów". Takie dane nie zostały zamieszczone w sprawozdaniach rocznych i w sprawozdaniu końcowym.

Wśród rezultatów długoterminowych projektu w sprawozdaniu wskazano:

- zmianę postaw gdańskich uczennic i uczniów na temat odmienności psychoseksualnej,
- dostarczenie praktycznej, wiedzy jak realizować samobadania profilaktyczne piersi i jąder,
- wzrost samoświadomości dotyczącej własnego zdrowia seksualnego,
- umiejętność rozpoznawania sygnałów płynących z ciała, mówiących o chorobach przenoszonych drogą płciową,
- umiejętność radzenia sobie z przemocą seksualną, wyposażenie uczennic i uczniów w ulotki i informacje na temat instytucji pomagających radzić sobie z sytuacją przemocy w najbliższym i dalszym środowisku.

Realizatorka zasygnalizowała w sprawozdaniu końcowym z realizacji zadania, że niepowodzenie w osiągnięciu części wskaźników – które, co należy podkreślić, nie zostały jasno określone na etapie przygotowania projektu Programu – wynikało przede wszystkim z działań środowiska przeciwników „ZdrovveLove". Miały one przekładać się na niechęć szkół do przystępowania do projektu i kreować wokół niego negatywną atmosferę. Działo się tak mimo fakultatywnego charakteru uczestnictwa w przedsięwzięciu.

Łączny budżet projektu na okres 3 lat jego realizacji wyniósł 149516,75 zł, z czego wydano 107368,85 zł. Odsetek wydanych środków przez czas trwania projektu wyniósł 71,8%. Wskaźnik ten sukcesywnie malał pomiędzy poszczególnymi latami, natomiast różnica między rokiem 2018 a 2019 wynosi jedynie 5 p.p. Znacznie niższa była skala wydanych środków w roku 2020, co wynikało przede wszystkim z zamknięcia szkół i realizacji zajęć w trybie zdalnym. Realizatorka nie podjęła decyzji, aby prowadzić spotkania z uczennicami i uczniami bez kontaktu osobistego na terenie szkoły.

Tabela 3. Osiągnięte rezultaty zadania i ich opis

Lp.	Osiągnięty rezultat	Opis
1.	**Przyrost wiedzy u uczennic i uczniów z zakresu edukacji seksualnej**	Dane zostały zaprezentowane powyżej – poziom wiedzy wzrósł o 15,8 p.p. W sprawozdaniu wskazano potrzebę zlecenia analizy danych w ramach projektu podmiotowi zewnętrznemu.
2.	**Dotarcie do 48 szkół. Realizacja zajęć w 13 szkołach**	• Rok szkolny 2018/2019: realizacja warsztatów w 4 szkołach • Rok szkolny 2019/2020: realizacja warsztatów w 9 szkołach • W 5 szkołach odbywały się spotkania prowadzące do realizacji warsztatów • Rok szkolny 2020/2021: brak realizacji z powodu wybuchu pandemii COVID-19
3.	**Dotarcie do 2870 uczennic i uczniów z zaproszeniem do udziału w projekcie**	Szacunki zostały zaprezentowane w oparciu o liczbę uczniów w roczniku w szkołach, w których realizowane były zajęcia.
4.	**Dotarcie do 2779 rodziców. Odbycie 32 spotkań z rodzicami**	• Rok 2018: 20 osób • Rok 2019: 1285 osób • Rok 2020: 1474 osoby Na spotkaniach zdecydowanie przeważały matki. W sprawozdaniu zasygnalizowano, że nie wszystkie osoby uczestniczące w spotkaniach byli rodzicami uczennic i uczniów, którzy mogli wziąć udział w projekcie. W ocenie realizatorki miały one reprezentować środowisko przeciwników projektu.
5.	**Realizacja warsztatów dla 835 uczniów**	• Rok 2019: 451 osób (14 grup warsztatowych w 7 szkołach) • Rok 2020: 384 osoby (31 grup warsztatowych w 11 szkołach) Dodatkowo otrzymano około 200 dodatkowych zgód. Te osoby nie wzięły udziału w zajęciach z uwagi na obostrzenia pandemiczne. W marcu 2020 roku do projektu przystąpić miało 5 nowych szkół. Rodzice mieli możliwość skontaktowania się z realizatorką podczas spotkania w szkole oraz telefonicznie.
6.	**Realizacja 296 godzin zajęciowych**	• Rok 2019: 180 godzin zajęciowych • Rok 2020: 116 godzin zajęciowych
7.	**Przeszkolenie 7 edukatorów seksualnych**	Sześcioro edukatorów zrezygnowało ze współpracy w ramach projektu z powodu krytyki, z jaką spotykał się projekt.
8.	**17 spotkań zespołu edukatorów seksualnych**	Dyskutowano o trudnościach związanych z kontaktem ze szkołami wynikającymi z działań przeciwników projektu, o sposobach efektywnego prowadzenia zajęć oraz o interwizjach koleżeńskich.
9.	**3 raporty roczne**	Raporty w formie sprawozdań zamieszczano w systemie Witkac.pl.
10.	**51 spotkań z dyrektorami szkół**	Spotkania miały charakter indywidualny, odbywały się na zaproszenie. Dodatkowo odbyły się 4 spotkania grupowe.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Realizacja budżetu projektu w podziale na lata

Kwoty zaplanowane (w zł)				Kwoty wydatkowane (w zł)				Odsetek wydanych środków			
2018	2019	2020	Łącznie	2018	2019	2020	Łącznie	2018	2019	2020	Łącznie
49746,75	49885	49885	**149516,75**	45260,4	42885,27	19223,18	**107368,85**	91%	86%	38,5%	**71,8%**

Źródło: opracowanie własne

Zadanie „ZdrovveLove – uczniowie z niepełnosprawnościami" miało być realizowane w szkołach specjalnych. Jego cele były analogiczne do tych, które założono w ramach projektu „ZdrovveLove". Nie zostały one jednak zrealizowane z uwagi na fakt, że zajęcia dla uczniów się nie odbyły. Wynikało to z dwóch powodów: krytyki środowisk sprzeciwiających się realizacji zajęć w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w gdańskich szkołach oraz wybuchu pandemii COVID-19. Zajęcia miały być realizowane na terenie jednej ze szkół zaproszonych do udziału w projekcie. Budżet realizacji zadania wynosił 60000 zł. Faktycznie poniesione wydatki związane z przygotowaniem projektu do realizacji wyniosły 24044,88 zł (40% budżetu).

Należy podkreślić wysoką jakość sporządzonych sprawozdań. Ich mocnymi stronami są szczegółowy opis realizacji zadania, pogłębiona charakterystyka jakościowa realizowanych działań oraz krytyczna autorefleksja związana z przygotowaniem i przeprowadzeniem projektu.

Przebieg i ocena Programu

Z przeprowadzonego w 2020 roku badania, którego celem była ewaluacja między innymi Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020, wynika, że moduł edukacyjny został oceniony wysoko przez beneficjentów, którzy mieli okazję z niego skorzystać[20]. Z 23 usług oferowanych przez Miasto w okresie objętym ewaluacją (2017-2019) edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży znalazła się na 4. m-cu. W badaniu ankietowym ogólna jakość usługi została oceniona na 4,49 w skali 1-5. Składowymi oceny były: dostępność usługi, jakość obsługi, sposób komunikacji z beneficjentem oraz stan techniczny i standard placówki świadczącej usługę.

Trzeba jednak podkreślić, że liczba beneficjentów korzystających z oferty w zakresie edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży była niska (15 osób). Ilościowa weryfikacja opinii beneficjentów wymagałaby znacznego zwiększenia próby badanych osób. Mimo to można potraktować te dane jako interesujący punkt wyjścia do dalszych analiz. Warto dodać, że wśród uwag, jakie sformułowano odnośnie podniesienia jakości świadczonej przez Miasto usługi, wymieniono: rozszerzenie działalności i poprawę dostępności [4 wskazania] oraz lepszą promocję [2 wskazania].

Zaprezentowane w niniejszym rozdziale dane pozwalają pogłębić wiedzę na temat opinii beneficjentów, którzy korzystali z Programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Materiał w tej części podzielony został na trzy części. W pierwszej scharakteryzowany został przebieg realizacji projektu w szkołach oraz jego ocena w grupie beneficjentów. Następnie z perspektywy beneficjentów opisana została scena napięć i konfliktów wokół realizacji zajęć. Rozdział zamyka fragment dotyczący treningu kompetencji w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży.

[20] OBiAS, Badanie ewaluacyjne Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020, Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020 oraz Programu profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021. Raport za lata 2017-2019, Gdańsk 2020.

Realizacja Programu w szkołach. Ocena beneficjentów

Kluczowe znaczenie w procesie ewaluacji miało określenie oceny „ZdrovveLove" przez bezpośrednich beneficjentów, czyli uczennice i uczniów w gdańskich szkołach. Z zebranego materiału wynika, że ocena oferty, z której korzystać mogli badani, jest dobra. Podkreślano, że osoba prowadząca przekazywała wiedzę w sposób atrakcyjny, była przygotowana merytorycznie do zajęć i tworzyła atmosferę sprzyjającą uczeniu się i dyskusji. Doceniano fakt, że osoba prowadząca zajęcia posiadała eksperckie doświadczenie, a forma spotkań różniła się od lekcji szkolnych – były one bardziej interaktywne i w większej mierze angażowały uczestników oraz uczestniczki.

W ocenie młodzieży, która wzięła udział w badaniu, zajęcia prowadzone były w sposób obiektywny, a osoba prowadząca zajęcia starała się neutralnie przedstawiać poszczególne zagadnienia omawiane w trakcie spotkań, odwołując się do istniejącego stanu wiedzy naukowej. Zdecydowana większość badanych osób podkreśliła również, że ich poziom wiedzy i świadomości w obszarze zagadnień, jakie były przedmiotem zajęć, wyraźnie się podniósł w efekcie uczestnictwa w spotkaniach organizowanych w szkole. Pozytywnie oceniano także strukturę zajęć, które rozpoczynało przedstawienie agendy, a kończyło podsumowanie z dyskusją. Przyjazna w oczach młodzieży atmosfera umożliwiała także rozmawianie o tematach z punktu widzenia uczennic i uczniów trudnych, w tym mitach, jakie funkcjonują w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Za zasadniczą słabość młodzież uznała natomiast nieatrakcyjne z jej perspektywy godziny odbywania się zajęć (wczesnym rankiem lub późnym popołudniem). Podkreślano także konieczność zwiększenia wysiłków promocyjnych w związku z realizacją zajęć na terenie szkoły.

Pozytywne spostrzeżenia na temat opinii młodzieży odnotowali rodzice, którzy otrzymywali informacje, że zajęcia były ciekawe i umożliwiały pozyskanie nowej wiedzy. Dla rodziców istotne było, że ich dziecko jest zadowolone z uczestnictwa w zajęciach, a także że odpowiadają one na jego zapotrzebowanie. Podobnymi uwagami dzielili się badani reprezentujący szkoły. Wskazywano, że opinia uczennic i uczniów na temat zajęć była dobra. Podkreślano, że jeśli dana osoba uczestniczyła w spotkaniach, wypowiadała się na ich temat pozytywnie. Wartościowe było między innymi to, że na zajęciach młodzież korzystała z faktu większej anonimowości w porównaniu do zajęć odbywających się w szkole na co dzień.

Zarówno w szkołach, jak i w grupie rodziców oraz uczennic i uczniów podkreślano potrzebę realizacji projektu. Wskazywano przede wszystkim na niski poziom wiedzy i świadomości z zakresu zdrowia prokreacyjnego, trudności wynikające z rozmawiania na trudne dla młodzieży tematy oraz potrzebę konsultacji z osobą dysponującą ekspercką wiedzą. W opinii badanych,

w tym także młodzieży, brakuje możliwości zwrócenia się ze swoimi problemami i wątpliwościami do kogoś, kto posiada stosowne kompetencje i będzie gotów poświęcić czas na rozmowę.

Uczennice i uczniowie często przedstawiali szkołę jako przestrzeń, w której chcieliby czuć się komfortowo – ostoję bezpieczeństwa oferującą możliwość wyrażania siebie, wymiany poglądów i poznania perspektyw innych osób. Tym samym szkołę uznano za świat, w którym można bezpiecznie rozmawiać na wiele tematów, w tym na te z zakresu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Dla osób, które uczestniczyły w zajęciach, skorzystanie z oferty stało się okazją nie tylko do zdobycia nowej wiedzy, ale przede wszystkim inspiracją do dalszej edukacji. Uczestnictwo w zajęciach pozwoliło młodzieży na rozwinięcie refleksji o funkcjonowaniu w związku intymnym, na przykład o tym, w jaki sposób ze sobą rozmawiać, czy jak nie przekraczać granic stawianych przez innych.

Częstym punktem odniesienia w rozmowach na temat „ZdrovveLove" są zajęcia z Wychowania do życia w rodzinie. Przez badaną młodzież są one oceniane przeciętnie. Z jednej strony akcentuje się fakt, że zajęcia te umożliwiają pozyskanie pewnego zasobu wiedzy (przede wszystkim na temat specyfiki chorób przenoszonych drogą płciową), z drugiej jednak – wskazuje szereg argumentów krytycznych. W ocenie młodzieży treść zajęć (na różnych szczeblach edukacji) często jest mało informatywna, a sposób ich prowadzenia uważany jest za mało atrakcyjny. Dodatkowo podkreśla się, że zajęcia mogą być realizowane przez osoby, których kompetencje młodzież ocenia nisko, lub takie, które prowadząc zajęcia nie zachowują neutralności światopoglądowej. Zdaniem badanych zajęcia ze „ZdrovveLove" oceniane są jako bardziej atrakcyjne (zarówno merytorycznie, jak i organizacyjnie) od zajęć z Wychowania do życia w rodzinie, a jednocześnie pozwalające na zdobycie nowej, istotnej z indywidualnego punktu widzenia wiedzy.

Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży realizowana w okresie objętym ewaluacją w kilkunastu gdańskich szkołach postrzegana jest jako profesjonalna oferta, dobrze dopasowana do potrzeb młodzieży. Charakteryzując te zajęcia badani określają je jako rzetelne i neutralne światopoglądowo, oferujące młodzieży nie tylko możliwość zapoznania się z aktualnym stanem wiedzy naukowej, ale też otwierające na dyskusję na tematy ważne dla uczennic i uczniów, związane z ich rozwojem psychoseksualnym.

Kilkoro badanych relacjonowało, że uczestniczyło w zajęciach prowadzonych na terenie szkoły, w której pracują. Podkreślano z jednej strony wysoki poziom merytoryczny realizowanych spotkań, z drugiej zaś – umiejętność nawiązywania kontaktu z młodzieżą. Uczestnictwo w zajęciach szkolnego pedagoga czy psychologa umożliwiało także podzielenie się eksperckimi

spostrzeżeniami z obserwowanych zajęć z rodzicami uczennic i uczniów. Należy przy tym podkreślić, że szkoły uczestniczące w projekcie pozytywnie oceniają współpracę z edukatorką realizującą zajęcia w placówkach. Dotyczy to zarówno oceny przygotowania merytorycznego, jak i kontaktów związanych z przygotowaniem zajęć do realizacji.

W poszczególnych szkołach proces organizacji spotkań z młodzieżą był zróżnicowany. Warunkiem odbywania się zajęć było zainteresowanie ze strony szkoły, a następnie organizacja spotkań: z gronem pedagogicznym oraz z rodzicami. W ich trakcie omawiane były szczegóły związane z realizacją projektu. Zainteresowani rodzice wypełniali formularz zgody, na podstawie którego ich dziecko mogło wziąć udział w zajęciach. Rodzice mieli dodatkowo możliwość określenia, czy dziecko weźmie udział we wszystkich spotkaniach realizowanych w ramach projektu, czy jedynie w części z nich. Z deklaracji badanych reprezentujących szkoły wynika, że większość rodziców udzielała zgody na udział we wszystkich blokach zajęciowych.

W praktyce poziom zainteresowania ofertą ze strony szkoły, rodziców oraz uczennic i uczniów był różny i zależał od wielu czynników: (1) kultury organizacyjnej szkoły i wynikającej z niej skłonności do podejmowania współpracy z podmiotami realizującymi zajęcia dodatkowe, (2) jakości i sposobu przepływu informacji na temat oferty zajęć, (3) momentu, w którym oferta kierowana była do szkół oraz (4) skali sprzeciwu względem organizacji zajęć na terenie szkoły.

Spojrzenie na konflikty wokół realizacji Programu

Kontrapunktem dla pozytywnej oceny jakości oferty w ramach „ZdrovveLove" wyrażanej przez badanych beneficjentów jest kontekst realizacji Programu. Zarówno rodzice, jak i badani reprezentujący szkołę oraz osoby zajmujące się koordynacją projektu zgodnie oceniają, że skala trudności związanych z realizacją zajęć w szkołach była wysoka. Negatywnie wpłynęło to na dostępność oferty, zakres oddziaływania edukacyjnego oraz warunki, w jakich proces przebiegał.

W wielu placówkach napięcia w relacjach z przeciwnikami realizacji zajęć edukacyjnych były dla szkoły doświadczeniem nowym, nie występującym wcześniej przy okazji prowadzenia zajęć pozalekcyjnych o innym charakterze. Działania przeciwników Programu zostały negatywnie odebrane przez badanych, którzy udzielili wywiadu na potrzeby realizacji badania. Aktywność mająca na celu zniechęcanie szkół do podejmowania współpracy z realizatorem Programu była przez część osób, które pracują w szkołach, określana jako „nagonka" oraz „czarny PR". Pomimo pozytywnej oceny oferty pod kątem merytorycznym proces przygotowania do realizacji zajęć wydłużał się, choć należy podkreślić, że szkoły mają różne doświadczenia w radzeniu sobie

z protestami. O ile w części placówek były one znaczne, w innych z kolei proces organizacji projektu przebiegał sprawnie, niekiedy z minimalnymi utrudnieniami lub bez nich[21]. Warto przy tym podkreślić, że mimo wyraźnych niekiedy utrudnień, jakie wiązały się z manifestowanym sprzeciwem względem projektu, był on zazwyczaj udziałem niewielkiej grupy osób.

W ocenie badanych pracujących w szkołach krytyka, jaką kierowano pod adresem projektu, a niekiedy też bezpośrednio pod adresem reprezentantek i reprezentantów szkoły czy edukatorki koordynującej realizację zadania, była niemerytoryczna, a jej celem było zdyskredytowanie założeń programowych projektu. Ponadto zdaniem badanych działania środowiska krytycznego względem „ZdrovveLove" miały utrudniać rzetelną debatę na temat potrzeby realizacji działań z zakresu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży na terenie szkoły, w tym rozwianie wątpliwości osób, które nie były zdecydowane, by wyrazić zgodę na udział dziecka w projekcie. W narracji z wywiadów dorośli badani relacjonują obserwowane często na spotkaniach z rodzicami starcie dobrze przygotowanej, w ich ocenie, merytorycznie realizatorki z osobą lub grupą krytyków, których celem jest zniechęcanie do udziału w zajęciach. Jedno z rodziców podkreśliło natomiast, że pomimo zalet merytorycznych osoba prezentująca założenia projektu na spotkaniu w szkole powinna być bardziej zdecydowana i lepiej panować nad grupą, w której znajdują się osoby o nastawieniu krytycznym względem omawianego pomysłu.

Badani rodzice sygnalizowali trudności w pozyskiwaniu informacji zarówno na temat samego projektu, jak i różnych faz jego przygotowania. Dotyczyło to przede wszystkim możliwości uczestnictwa w spotkaniach przeznaczonych dla rodziców. W niektórych przypadkach albo trafiały one do rodziców późno, albo odnosili oni wrażenie, że w szkołach nie zadbano o odpowiednio dobrze przygotowaną akcję informacyjną. Część rodziców za przyczynę takiej sytuacji uznaje niechęć grona pedagogicznego, przede wszystkim dyrekcji, do szerokiego informowania o projekcie.

Wielu badanych reprezentujących środowisko szkolne traktuje projekt „ZdrovveLove" jako sprawdzian szkolnej autonomii. Panuje bowiem przekonanie, że dynamicznie zmieniające się reguły gry w polskiej edukacji mogą zmierzać do ograniczania decyzyjności szkół, a w konsekwencji także do limitowania dostępności oferty edukacyjnej, której szkoły same nie realizują. Takie głosy wyrażane są w formie obawy przed pozbawianiem placówek edukacyjnych określonego spektrum dowolności w zakresie wyboru dodatkowych zajęć dla uczennic i uczniów. Presja i naciski zewnętrzne odczuwane w trakcie realizacji projektu „ZdrovveLove"

[21] W tym fragmencie raportu nacisk położony jest na scharakteryzowanie trudności związanych ze wdrażaniem projektu w szkołach, bez wskazania, w jak dużej liczbie placówek miały one faktycznie istotne znaczenie w procesie przygotowania zajęć do realizacji.

traktowane są jako poważna przeszkoda w procesie zarządzania szkołą i realizacji na jej terenie oferty skierowanej dla młodzieży.

Konflikty wokół realizacji zajęć z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży na terenie gdańskich szkół są też postrzegane przez wielu badanych jako przykład sporu o wizję edukacji w Polsce. Badani wyrażają niezadowolenie, że dostępność oferty edukacyjnej może być utrudniana, a nawet ograniczana. Krytycznie odnoszą się do konfliktów, jakie narastają wokół możliwości korzystania przez ich dzieci z udziału w projektach edukacyjnych, których rangę uznają za znaczącą. Uważają przy tym, że napięcia związane z realizacją projektu powinny skłonić do refleksji w zakresie wypracowania nowych, lepszych rozwiązań mających na celu podniesienie poziomu dostępności oferty edukacyjnej realizowanej w szkołach poza ramami podstawy programowej.

Kompetencje w obszarze edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży

Napięcia, jakie dostrzegane były w trakcie realizacji projektu, stanowią ważny kontekst treningu kompetencji w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. W trakcie wywiadów badani pytani byli nie tylko o ocenę jakości i dostępności oferty, ale też o uwarunkowania pozyskiwania i wykorzystywania wiedzy w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Z zebranego materiału empirycznego wyłania się interesujący obraz nie tylko stanu wiedzy osób młodych, czyli bezpośrednich beneficjentów projektu, ale też osób dorosłych – przede wszystkim rodziców, a w pewnym stopniu także szkolnego grona pedagogicznego.

Wprawdzie zajęcia „ZdrovveLove" kierowane były do młodzieży, skłoniły one rozmówczynie i rozmówców ze wszystkich grup do szerszej refleksji na temat świadomości w obszarze zdrowia prokreacyjnego. Raczej zgodnie podkreślano, że poziom zarówno wiedzy, jak i świadomości w omawianej sferze jest przeciętny. Zwraca się uwagę przede wszystkim na deficyty w tym zakresie wśród młodzieży. Wynikają one z braku rzetelnej edukacji formalnej, ale też niekorzystnych warunków i braku odpowiedniego przygotowania do rzetelnej edukacji nieformalnej, odbywającej się poza szkolnymi murami.

Pedagogów i psychologów szkolnych niepokoi brak elementarnej wiedzy części uczennic i uczniów na temat rozwoju psychoseksualnego. Za powód tego stanu rzeczy uważa się tabuizację sfery życia psychoseksualnego oraz lęk, jaki wiąże się z rozmową dotyczącą zagadnień z tego obszaru. Wprawdzie młodzież, która wzięła udział w wywiadach, deklaruje, że

ich poziom wiedzy jest relatywnie wysoki, to podniesienie go w wielu przypadkach było możliwe dzięki uczestnictwu w zajęciach, a poza tym możliwe jest, choć trudno to zweryfikować empirycznie, że i w projekcie „ZdrovveLove", i w badaniu ewaluacyjnym wzięli udział te uczennice i ci uczniowie, których poziom wiedzy na temat rozwoju psychoseksualnego jest wyższy od przeciętnego (w ich roczniku).

Nie ulega wątpliwości, że młodzież dysponuje dziś większą liczbą możliwości pozyskiwania informacji na temat edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Detabuizacja tego obszaru dokonuje się w dużej mierze za sprawą rozwoju nowych technologii informacyjnych. Umożliwiają one poszukiwanie różnych źródeł informacji, także w popularnych wśród młodzieży mediach społecznościowych (przede wszystkim na Instagramie). Część osób ma świadomość braków w wiedzy i potrzeby dalszego kształcenia się. Coraz większą wagę ta grupa przywiązuje do rzetelności pozyskiwania danych oraz walki z fałszywymi informacjami. Wyzwaniem dla młodzieży jest natomiast zbudowanie dobrych relacji z dorosłymi (przede wszystkim z rodzicami), co ułatwiłoby im rozmawianie na tematy związane z rozwojem psychoseksualnym. Jest to jednak trudne także dlatego, że często osoby dorosłe albo nie są wyposażone w określony zasób wiedzy, albo ich kompetencje komunikacyjne są ograniczone. Rodziców niepokoić może niepewność, czego dotyczyć miałaby rozmowa na tematy związane ze zdrowiem prokreacyjnym, a obu stronom porozumienie się może utrudniać brak wcześniejszych doświadczeń z tego obszaru.

Niektórzy rodzice autodiagnozują trudności w zakresie rozmawiania o rozwoju psychoseksualnym, z jakimi borykają się w relacji z dzieckiem. Mimo że mają świadomość, że edukacja jest ważna, a wiele młodych osób poszukuje informacji na „te tematy" w nie do końca dobrze dobranych źródłach, podkreślają, że nie wiedzą, w jaki sposób mogliby wesprzeć dziecko w procesie edukacyjnym. Wiele osób nadzieję wiąże właśnie z zajęciami takimi jak „ZdrovveLove", mającymi wyposażać w solidny zasób wiedzy o rozwoju psychoseksualnym. Część rodziców wyobraża sobie, że realizowane w szkole zajęcia mogą ugruntować wiedzę nastolatki czy nastolatka, a przez to też pomóc znaleźć odpowiedzi na pytanie, jakie nurtują ją lub jego w związku z dojrzewaniem.

Z uwagi na fakt, że braki wiedzy w zakresie zdrowia prokreacyjnego nie są jedynie bolączką osób młodych, a jedną z zasadniczych trudności stanowi deficyt kompetencji komunikacyjnych na linii dziecko-dorosły, fragmenty wywiadów dotyczyły kwestii poszerzania wiedzy o rozwoju psychoseksualnym (z naciskiem na rozwój psychoseksualny młodzieży) przez rodziców oraz pedagogów. Zdecydowana większość osób, które wzięły udział w badaniu, jest zdania, że trening kompetencji dla dorosłych stanowić może ważny element podnoszący jakość wsparcia w zakresie rozwoju psychoseksualnego młodzieży. Wątpliwość związana z rozwijaniem tego

rodzaju działań wiąże się natomiast z brakiem motywacji i zainteresowania po stronie dorosłych do zaangażowania w ten rodzaj aktywności dodatkowej.

Wnioski

Rozdział zawierający wnioski podzielona jest na dwie części. W pierwszej z nich przedstawiono punktowe zestawienie najważniejszych wątków zaprezentowanych w raporcie. Druga część stanowi natomiast syntetyczną prezentacją efektów realizacji Programu i jest próbą odpowiedzi na pytanie o faktyczny rezultat projektu.

Podsumowanie najważniejszych wątków

1) Programy z obszaru edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży stanowią nowy element polityk polskich miast. Mogą stanowić potencjalną odpowiedź na przekonanie ¾ opinii publicznej w Polsce, że edukacja psychoseksualna realizowana na terenie szkół jest zasadna.
2) W wielu miastach w Polsce toczą się spory wokół formuły i zawartości zajęć z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Istotą tego konfliktu jest różnica preferencji między modelem edukacyjnym a wychowawczym w obszarze seksualności.
3) Program edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży realizowany był zgodnie z prawem i bez uchybień formalnych. Prowadzono go w oparciu o standardy Światowej Organizacji Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego.
4) Przeciwnicy realizacji Programu organizowali manifestacje, publikowali i rozpowszechniali negatywne informacje na temat Programu oraz starali się wpływać na szkoły, by na ich terenie nie były realizowane zajęcia z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży.
5) Ze sprawozdań składanych przez realizatorkę „ZdrovveLove" wynika, że zrealizowano wszystkie 3 główne cele projektu, tj. zwiększenie świadomości z zakresu seksualności człowieka, podniesienie poziomu wiedzy uczennic i uczniów (przyrost wiedzy o 15,8 p.p.) oraz promowanie zachowań prozdrowotnych.
6) Zajęcia „ZdrovveLove" zorganizowano w latach 2018-2020 w 13 szkołach. Z oferty edukacyjnej skorzystało 835 uczniów. Ograniczony zasięg realizacji projektu wynikał przede wszystkim z działań przeciwników projektu oraz wybuchu pandemii COVID-19.

7) Beneficjenci Programu wysoko oceniają zawartość merytoryczną zajęć i ich atrakcyjną formę. W ocenie badanych zajęcia prowadzone są w sposób neutralny, w przyjaznej atmosferze i z odniesieniem do stanu wiedzy naukowej.

8) Za główne słabe strony Programu uznaje się niekorzystne godziny odbywania się zajęć oraz słaby przepływ informacji związany z organizacją zajęć na terenie szkoły.

9) Dostrzega się potrzebę realizacji projektów o charakterze podobnym do „ZdrovveLove". Jest ona motywowana przekonaniem o niskim poziomie wiedzy z zakresu rozwoju psychoseksualnego człowieka.

10) Szkoła postrzegana jest jako ważna instytucja zdobywania wiedzy i kompetencji w obszarze edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży, jak również miejsce, w którym młodzież może spotykać autorytety, z którymi chciałaby rozmawiać.

11) Zajęcia „ZdrovveLove" postrzegane są jako bardziej wartościowe merytorycznie od zajęć z Wychowania do życia w rodzinie. Powodem tego stanu rzeczy mogą być mało atrakcyjna formuła prowadzonych zajęć z Wychowania do życia w rodzinie oraz niski poziom kompetencji osób prowadzących te zajęcia.

12) Przedstawicielki i przedstawiciele szkół, którzy wzięli udział w badaniu, pozytywnie oceniają współpracę z koordynatorką i podkreślają wysoki poziom jej przygotowania merytorycznego.

13) Badani podkreślają wysoki stopień trudności realizacji Programu, mający negatywny wpływ na dostępność oferty edukacyjnej dla uczennic i uczniów gdańskich szkół. Zarówno w szkołach, jak i w gronie rodziców negatywnie odebrano krytykę ze strony przeciwników „ZdrovveLove", uważając ją za niemerytoryczną.

14) Spory wokół realizacji projektu uważane są za emblematyczny przykład napięć wokół wizji edukacji w polskiej szkole oraz sprawdzian autonomii dla polskiego systemu edukacyjnego.

15) Panuje przekonanie, że młodzieży nie tworzy się optymalnych warunków do pozyskiwania wiedzy na temat ich rozwoju psychoseksualnego. Przeciętnym poziomem wiedzy w omawianym obszarze charakteryzują się także osoby dorosłe.

16) W opinii rozmówczyń i rozmówców sfera życia psychoseksualnego jest tabuizowana. Dodatkowo trudno jest znajdować odpowiedni język do rozmowy związane z seksualnością.

17) Detabuizacja sfery seksualności dokonuje się między innymi za sprawą nowych technologii. Kluczowe znaczenie dla młodych osób ma możliwość budowania relacji z dorosłymi.

18) Z uwagi na trudności, jakich w rozmowach z młodzieżą doświadczają dorośli, możliwym kierunkiem jest położenie nacisku na trening kompetencji w zakresie rozwoju psychoseksualnego także dla osób pełnoletnich, poza przestrzenią szkoły.

Efekty realizacji Programu

Na podstawie zebranego materiału empirycznego można wyróżnić cztery obszary, w których zauważalna jest zmiana będąca efektem oddziaływań projektowych. Zostały one wymienione poniżej i uzupełnione o krótki opis. Do pewnego stopnia są one zbieżne z rezultatami długoterminowymi projektu opisanymi przez jego realizatorkę w sprawozdaniu końcowym za lata 2018-2020. Mają jednak bardziej społeczno-kulturowy charakter, wykraczający poza ocenę wynikającą z weryfikacji treści merytorycznych zajęć.

- *Poszerzenie wiedzy z zakresu rozwoju psychoseksualnego*. Przeprowadzone wywiady potwierdzają rozpoznanie dokonane w badaniu ankietowym (wskazanie na przyrost wiedzy uczennic i uczniów o 15,8 p.p. w wyniku udziału w zajęciach). Rozmówczynie i rozmówcy wskazują, że dzięki udziałowi w zajęciach możliwe było podniesienie poziomu ich wiedzy w zakresie życia psychoseksualnego. Dużą wagę w tej kwestii przykłada się do głosu nauki oraz znaczenia pozyskiwania informacji z rzetelnych źródeł.
- *Podniesienie rangi tematyki edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży*. Oprócz możliwości podniesienia poziomu wiedzy o rozwoju psychoseksualnym, młodzi badani sygnalizowali, że sam fakt zwrócenia uwagi w szkole na tematykę zdrowia prokreacyjnego pozwolił im na zrozumienie wagi tego zagadnienia w ich życiu. Równie ważne jak udział w zajęciach były motywacje związane z uczestnictwem w nich i wykorzystanie oferty warsztatowej jako impulsu do autorefleksji.
- *Szacunek do innych*. Dla młodych ludzi zajęcia, w których uczestniczyli pełniły nieoczywistą, nie wynikającą bezpośrednio z meritum spotkań funkcję. Stanowiły okazję nauki akceptacji inności oraz gotowości do rozmowy z ludźmi o odmiennych poglądach i wartościach. Pozwalały rozumieć inne punkty widzenia i uznawać je za ważne. Podkreślano w tym kontekście znaczenie rozwijania postawy otwartości młodych ludzi na to, by dzielić się własnymi opiniami oraz tworzyć warunki do tego, by słuchać innych.
- *Wzrost świadomości obywatelskiej*. Innym nieoczywistym rezultatem działań projektowych jest rosnący poziom świadomości własnych potrzeb i nauki ich artykułowania. W części szkół nie tylko rodzice, ale i uczniowie musieli wykazywać starania, by móc uczestniczyć w zajęciach. Uruchamiało to ich potencjał obywatelski,

gotowości do samoorganizacji i poszukiwania partnerów do współpracy (w tym przypadku do wyrażania zapotrzebowania na udział w zajęciach „ZdrovveLove”).

Warto na zakończenie dodać, że pytani o to, czy ich zdaniem warto realizować kolejne edycje Programu, niemal wszyscy badani udzielili odpowiedzi pozytywnej. Podkreślano, że prowadzenie zajęć z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w szkołach jest potrzebne, nawet mimo trudności, jakie wiązały się z prowadzeniem projektu w latach 2018-2020. Sygnalizowano, że oferowanie młodzieży możliwości udziału w zajęciach o profilu podobnym do „ZdrovveLove” ma duży walor poznawczy i informacyjny, co stanowi argument za tym, aby realizacja takich projektów mogła być wspierana przez Miasto. Pilotażowe w pewnym sensie przedsięwzięcie realizowane w minionych kilku latach stało się z perspektywy rozmówczyń i rozmówców poligonem doświadczalnym. Zadaniem na kolejne lata jest wykorzystanie zebranych doświadczeń w celu wypracowania rozwiązań mogących przynosić dobre efekty na szerszą skalę.

Rekomendacje

W zakończeniu opracowania warto przeanalizować nie tylko, jakie były efekty realizacji projektu, ale także jakie kroki można podjąć, by w przyszłości przedsięwzięcia o podobnym charakterze przynosiły lepsze rezultaty. Namysł nad tą kwestią wynika przede wszystkim z licznych trudności, jakie wystąpiły na różnych etapach realizacji zadania w latach 2018-2020, co z kolei przyczyniło się do ograniczenia dostępności oferty edukacyjnej dla grupy docelowej. Przedstawione poniżej sugestie możliwości przyszłych działań i potencjalnych modyfikacji związanych z kierunkiem polityki Miasta w obszarze problematyki zdrowia prokreacyjnego wymagają proaktywnych działań ze strony wielu aktorów instytucjonalnych w Mieście oraz konsultacji, które pozwolą na wybór optymalnych rozwiązań i ich praktyczne zastosowanie. Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika, że istnieją trzy zasadnicze obszary, w których możliwe jest testowanie nowych pomysłów i szukanie sposobów na ich wdrożenie: (1) koncepcyjno-strukturalny, (2) informacyjno-promocyjny oraz (3) techniczno-organizacyjny.

Obszar koncepcyjno-strukturalny

W przypadku działań z obszaru koncepcyjno-strukturalnego warto wyróżnić kilka istotnych aspektów. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że celem badania ewaluacyjnego nie była szczegółowa ocena zawartości merytorycznej projektu. W efekcie poniższe propozycje mają raczej ogólny charakter. Po pierwsze, abstrahując od oceny szczegółów merytorycznych należy rozważyć możliwość rozbudowania Programu, przede wszystkim o wątki społeczno-kulturowe, czyli kontekst problematyki edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży.

Po drugie, spójne z takim poszerzeniem byłoby postawienie na rozwój treningu kompetencji w obszarze zdrowia prokreacyjnego nie tylko dla młodzieży, ale także dla osób dorosłych. Z jednej strony mogłyby to być dodatkowe moduły edukacyjne realizowane w związku z projektami edukacyjnymi kierowanymi do uczennic i uczniów, z drugiej – być może zasadne byłoby wplatanie tematyki zdrowia prokreacyjnego do innych miejskich programów. Pozwalałoby to nie tylko na pokazywanie tej sfery ludzkiego życia na szerszym tle, ale rozwijanie kompetencji społecznych rozumianych szeroko. Edukacja skierowana do dorosłych pozwoliłaby nie tylko na zwiększenie zasobu już posiadanej wiedzy, ale też budowanie lepszego kontaktu międzypokoleniowego, którego elementem może być rozmowa na temat zdrowia

prokreacyjnego. Sukcesem kampanii edukacyjnej kierowanej do rodziców byłby natomiast nie tylko wzrost poziomu wiedzy w zakresie rozwoju w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży, ale przede wszystkim większa otwartość na rozmowę na ten temat oraz gotowość do zrozumienia perspektywy Innego.

Po trzecie, należałoby przemyśleć kryteria realizacji projektu oraz założenia badania ewaluacyjnego. Te dwa wątki są ze sobą powiązane. Warto byłoby doprecyzować wskaźniki, które pozwoliłyby na bardziej ilościową ocenę tego, w jakim zakresie przedsięwzięcie się powiodło. Przygotowywanie projektu do realizacji powinno również brać pod uwagę już na samym początku element późniejszej ewaluacji. Chodzi przede wszystkim o doprecyzowanie, jakiego rodzaju dane i w jaki sposób należałoby zbierać, a także w jaki sposób mogłyby one w późniejszym okresie zostać poddane analizie. Optymalny dla realizacji badania jest też okres trwania roku szkolnego (z wyłączeniem wakacji).

Obszar informacyjno-promocyjny

Działania z obszaru informacyjno-promocyjnego są kluczowe z punktu widzenia powodzenia projektów realizowanych na terenie szkół. Po pierwsze, jedną z uwag, która najgłośniej wybrzmiewała w trakcie realizacji badania, był słaby przepływ informacji w związku z projektem. Aby go usprawnić, należałoby rozważyć poszerzenie zakresu działań promocyjnych, organizację kampanii informacyjnych i położenie większego nacisku na zarządzanie tym aspektem procesu. W praktyce wiele tego rodzaju działań podejmuje realizator projektu, który jednak może mieć ograniczone zasoby – kompetencyjne, czasowe i finansowe – by sprawnie prowadzić działania o charakterze informacyjno-promocyjnym. Gdy jednak okazuje się, że uczniowie, uczęszczający na zajęcia do szkół, w których projekt był realizowany, sygnalizują, że większość osób w ich otoczeniu nie miała wiedzy na temat oferty, wymaga to zastanowienia się nad przemyśleniem strategii działania w omawianym obszarze.

Po drugie, istotną grupą docelową, do której w wielu szkołach nie udało się dotrzeć, byli te uczennice i ci uczniowie, dla których tematyka zajęć nie wydawała się interesująca. Należy więc poszukać rozwiązań, które pozwolą na docieranie do osób neutralnych bądź obojętnych wobec kierowanej do nich oferty. Narracja wokół „ZdrovveLove" może sprawiać wrażenie sporu zwolenników i przeciwników tego rodzaju zajęć w szkołach. Jest jednak duża grupa uczennic i uczniów, a także ich rodziców, których warto informować o możliwości uczestnictwa w projekcie. Oni w swoim napiętym harmonogramie decydują się często na wybór innych zajęć – zarówno tych realizowanych w szkole, jak i poza nią. Dotarcie do tej grupy jest trudne, ale doświadczenie realizacji projektu w latach 2018-2020 pokazuje, że jest duży potencjał

dotarcia do uczennic i uczniów, którzy w dotychczasowym okresie trwania projektu nie zdecydowali się, by w nim uczestniczyć.

Po trzecie, warto rozważyć spotkanie wokół Programu – takie, w którym uczestniczyć mogliby przedstawiciele różnych środowisk, gotowi do merytorycznej rozmowy o potrzebie i formule organizacji w szkołach zajęć z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Realizacja takiego przedsięwzięcia byłaby niewątpliwie trudna, zważywszy na burzliwą historię sprzeciwu względem „ZdrovveLove" przez czas trwania projektu. Mimo to wydaje się, że jest to propozycja, która potencjalnie pozwoliłaby znaleźć pewne punkty wspólne, wokół których można by kontynuować budowę gdańskiej polityki w obszarze zdrowia prokreacyjnego czy edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Organizacja takiego spotkania miałaby też na celu obniżenie tonu sporu, akcentowanie dobrej woli współpracy i poszukiwania możliwego kompromisu oraz włączenie do dyskusji nowych aktorów (ekspertów, organizacji, środowisk).

Obszar techniczno-organizacyjny

Obszarem wspomagającym modyfikację i rekonstrukcję pomysłów na działania prowadzone przez Miasto mogłyby być kwestie techniczne i organizacyjne. Takie określenie tej kategorii nie oznacza jednak, że jest ona mniej ważna od wcześniej opisanych obszarów. Po pierwsze, w sposobie organizacji, planowania i realizowania projektów o charakterze analogicznym do „ZdrovveLove" warto by rozważyć możliwość prowadzenia tego rodzaju zajęć poza terenem szkoły. Jest to jednak propozycja, która wymagałaby szczególnie krytycznego namysłu. Ma ona bowiem zarówno zalety, jak i wady. Z jednej strony realizacja zajęć poza szkołą to w dużej mierze wybór innej drogi dotarcia do beneficjentów, jakimi są uczennice i uczniowie. Pozwoliłoby to być może na uniknięcie tak silnej skali sprzeciwu, jakiego doświadczono w okresie realizacji projektu w latach 2018-2020. Działanie z pominięciem szkoły, ale adresowane do uczniów, mogłoby być bardziej efektywne. Jednocześnie taki plan oznacza trudności logistyczne związane ze znalezieniem miejsca organizacji spotkań, sposobu kontaktowania się z młodzieżą czy samego faktu organizowania spotkań. Dodatkowo taka decyzja mogłaby zostać odebrana jako porażka Miasta w walce z przeciwnikami realizacji zajęć z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w gdańskich szkołach. Być może właściwe byłoby rozwiązanie hybrydowe, w ramach którego punktem wyjścia jest organizacja zajęć w szkołach, ale równolegle istnieje alternatywa, aby tam, gdzie nie jest to możliwe, stworzyć warunki do udziału w projekcie poza światem szkoły.

Po drugie, z uwagi na rosnącą popularność edukacji zdalnej szansą na realizację zajęć staje się wariant spotkań zdalnych. Zajęcia prowadzone online, szczególnie te, które mają charakter warsztatowy, trudno jest prowadzić bez kontaktu osobistego. Generują one też pewne ryzyka, związane choćby z możliwością rejestrowania przebiegu spotkania bez zgody uczestniczek i uczestników. Z drugiej jednak strony i kolejne potencjalne lockdowny, które mogą oznaczać zamknięcie szkół, i rosnące przyzwyczajenie, i zdobywanie kompetencji do udziału w zdalnych formach edukacji otwierają nowe możliwości organizacji zajęć z zakresu edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Dodatkowym walorem prowadzenia ich w takiej formie mogłoby być większe poczucie anonimowości i typowe dla komunikacji zdalnej niwelowanie ograniczeń geograficznych. Część badanych wyrażała zresztą żal, że rozpoczęty w ich szkole projekt nie został przeniesiony online, w efekcie czego młodzież mogła uczestniczyć tylko w jego krótkim fragmencie.

Po trzecie, istotne byłoby znalezienie rozwiązania dotyczącego godzin odbywania się zajęć z edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży. Uczennice i uczniowie rozumieli, że umieszczanie ich w planie w godzinach wczesnoporannych czy późnopopołudniowych, z ich perspektywy mało atrakcyjnych, wynikało z faktu, że zajęcia te miały charakter fakultatywny. Sygnalizowali jednocześnie, że było to głównym czynnikiem demotywującym do uczestnictwa – jeśli nie ich, to ich koleżanki i kolegów. Mając świadomość trudności ustalenia godzin spotkań, które byłyby dogodne dla wielu osób uczestniczących w zajęciach, warto poszukać rozwiązań, które nieco podniosłyby atrakcyjność terminu odbywania się spotkań. Dodatkowo warto w tym kontekście wspomnieć refleksje badanych, którzy sygnalizowali, że czas trwania pojedynczych zajęć (45 minut) był zbyt krótki. W jednym z wywiadów grupowych sygnalizowano także, że zajęcia odbywały się na początku roku szkolnego, w czasie, gdy młodzież się nie znała, co utrudniało swobodny udział w zajęciach.