



ОФ «СПИД Фонд Восток – Запад в КР»

Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в процессы  
повышения качества и доступа к услугам программы снижения  
вреда

Аналитический отчет

## Благодарность

Исследование подготовлено и проведено в партнерстве с Общественным Фондом «СПИД Фонд Восток Запад в Кыргызской Республике» (AFEW Kyrgyzstan) и сотрудниками партнерских организаций, созданных сообществом людей, употребляющих наркотики:

1. **Шумская Наталья** – председатель правления ОФ «СПИД Фонд Восток-Запад в КР»,
2. **Мадыбаева Динара** – исследователь ОФ «СПИД Фонд Восток-Запад в КР», автор отчета,
3. **Ирен Ермолаева** - Общественный Фонд «Астерия», консультант исследования, соавтор отчета,
4. **Мадина Токомбаева** - Ассоциация снижения вреда, консультант исследования, соавтор отчета,
5. **Старкова Ирина** - Общественный Фонд «Подруга», интервьюер,
6. **Шершнева Юлия**- Пункт терапии метадоном, интервьюер,
7. **Шептий Ольга**- Общественный Фонд «Астерия», интервьюер,
8. **Атабекова Марина** - Общественный Фонд «Астерия», интервьюер,

Авторы выражают благодарность ОФ «Ганеша» Татьяне Мусагалиевой, ОФ «Равный равному» Татьяне Кучерявых, а так же всем сотрудникам и получательницам услуг ОФ «Астерия», ОФ «Подруга».

Хочется отметить и искренне поблагодарить международного консультанта/куратора исследования в лице Andrew Guise, профессора **King's College London**.

Особо благодарим руководителя Республиканского центра наркологии Токубаева Руслана Бектурсуновича и его сотрудников за содействие в проведении данной оценки.

Исследование не было бы возможным без финансовой поддержки международных организаций в рамках проекта «Восполняя пробелы: здоровье и права ключевых групп населения» / AFEW international и MAINLine

## Сокращение

МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МТСР	Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
РЦН	Республиканский центр наркологии
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
РЦ СПИД	Республиканский центр «СПИД»
НПО	Неправительственная организация
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
ТБ	Туберкулез
ПОШ	Пункт обмена шприцев и игл
ПТМ	Поддерживающая терапия метадонном
ДКТ	Консультирование и тестирование на ВИЧ
АРВ	Антиретровирусная терапия
ГГЮП	Гарантированная государством юридическая помощь
ТЖС	Трудная жизненная ситуация
АНПО	Агентство начального и среднего профессионально-технического образования
ПАВ	Психо-активные вещества
ЦСМ	Центр семейной медицины
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЛОВЗ	Люди с ограниченными возможностями здоровья

## Оглавление

Сокращение .....	2
1. Методология и дизайн.....	7
1.1 Дизайн исследования: .....	9
1.2 Методология и объем выборки: .....	9
2 Введение. ....	11
3 Обоснование проблемы. ....	13
3.1 Эпидемиологическая ситуация. ....	13
3.2 Ответные меры .....	14
3.2.1 Пункты обмена шприцев (ПОШ) .....	14
3.2.2 Поддерживающая терапия метадонот (ПТМ) .....	14
3.2.3 Социальные учреждения. Организации из сообщества женщин ЛУН и ЛУИН и организации, работающие с женщинами ЛУН. Женские центры.....	15
4 Картирование социальных услуг для женщин из социально уязвимых слоев Кыргызской Республики.....	16
4.1 Государственная социальная политика.....	16
4.2 Виды социальной помощи (услуги) .....	20
4.2.1 Государственные структуры .....	20
4.2.2 Общественные организации .....	27
4.2.3 Бизнес структуры/объединения .....	28
5 Результаты исследования.....	29
5.1 Оценка нужд и потребностей.....	29
5.1.1 Социально-демографические характеристики респондентов .....	30
5.1.2 Доступ к услугам и потребности в услугах.....	35
5.2 Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в программу снижения вреда.....	49
5.2.1 Женщины и снижение вреда в Кыргызской Республике глазами женщин - лидеров. 50	
5.2.2 Личная история женщин – лидеров сообщества.....	51
5.2.3 Что сделано силами женщин, употребляющих наркотики для улучшения доступа к социальным услугам. ....	55
5.2.4 Главные вызовы в доступе к услугам.....	60

Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в процессы  
повышения качества и доступа к услугам программы снижения вреда

5.2.5	Усиление потенциала лидерства среди женщин, употребляющие наркотики.....	63
6	Обсуждение. Выводы.....	64
6.1	Общие выводы .....	64
6.2	Количественные результаты оценки нужд и потребностей.....	66
6.3	Качественные результаты исследования. ....	66
7	Рекомендации .....	68
8	Список литературы .....	70
9	Список рисунков и таблиц .....	71
10	Приложения .....	72

## Глоссарий

Данный глоссарий составлен на основе Закона КР «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике» от 19 декабря 2001 года N 111 (В редакции Законов КР от 22 июля 2005 года N 111, 28 июля 2008 года N 177, 23 апреля 2013 года N 56).

**Социальное обслуживание** представляет собой деятельность социальных служб по оказанию социально-правовых услуг, материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**социальная поддержка** - комплекс социальных услуг социально-экономического, правового и иного характера, предоставляемых лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

**социальные услуги** - действия по оказанию клиенту социальной службы помощи, предусмотренной Законом

**социально-бытовые услуги** - оказание материально-бытовых услуг, услуг по организации питания, быта, досуга и ритуальных услуг;

**социально-медицинские услуги** - оказание первичной медицинской помощи, осуществление социального патронажа лицам с ограниченными возможностями здоровья, содействие их социально-медицинской реабилитации;

**социально-правовые услуги** - оказание помощи в оформлении документов по вопросам пенсионного обеспечения, другим социальным выплатам, представительство в суде в целях защиты их прав и т.д.;

**социальные службы** - организации независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица;

**трудная жизненная ситуация** - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

**социально уязвимые группы населения**— люди, которые (по объективным причинам) не способны зарабатывать, в полной мере обеспечить себе и своей семье необходимый жизненный уровень.

**Пособия** – безвозмездная денежная выплата, выплачиваемая за счёт государства.

**Льготы** - определенные преимущества, дополнительные права, полное или частичное освобождение от выполнения установленных правил, обязанностей, или облегчение условий их выполнения.

## Краткое резюме.

### Введение

Несмотря на снижение доли людей, употребляющих наркотики, среди вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, с 66% до 24,5%, они по-прежнему определяют характер эпидемии в стране. Число женщин, живущих с ВИЧ, увеличилось в три раза с 2010 года, за счет увеличения полового пути передачи<sup>1</sup>. Опираясь на острую нехватку гендерно ориентированных услуг, отвечающих потребностям женщин в Кыргызстане, мы, изучаем роль и вовлеченность сообщества женщин, употребляющие наркотики в процессы по улучшению доступа и качества услуг программы снижения вреда.

### Методология

Мы применяли подход, предполагающий широкое участие и ориентированный на потребности женщин, употребляющих наркотики, используя комбинацию методов. Мы опросили 6 лидеров сообщества, дополнительно проинтервьюировали 100 женщин, употребляющих наркотики, изучили опыт служб снижения вреда и вовлеченность сообщества. Для рекрутинга респондентов был использован целевой метод выборки.

### Результаты

Всего было опрошено 100 женщин клиентов программ РЦН и НПО и 6 женщин руководителей и специалистов в организациях, активно принимающих участие и внесших вклад в развитие и расширение предоставляемых услуг для женщин, употребляющих наркотики в 2 крупных городах Кыргызстана, г.Бишкек и г.Ош. Наиболее важными услугами для женщин ЛУН являются восстановление документов (46%), обследование у гинеколога и ультразвуковая диагностика (30%), трудоустройство (46%) и проживание (28,4%). Проблемными факторами, которые препятствуют использованию этих услуг, являются стигма медицинского персонала, отсутствие документов (35%), отсутствие стабильного дохода (80%), невозможность посещения детского сада и школы (15%), а также систематическое насилие (52%) и лишь немногие обращаются за помощью (17%). В большинстве случаев поддержка равных консультантов в финансируемых донорами женских центрах обеспечивает доступ к услугам (85%). Анализ факторов, влияющих на расширение доступа к услугам, определил следующие успешные меры, предпринимаемые женщинами-лидерами: мониторинг услуг силами сообщества, разработка и внедрение клинических протоколов, с участием сообщества в технических рабочих группах, членство в общественных советах, открытые телефонные линии ФОМС.

---

<sup>1</sup> Данные РЦ «СПИД», 2018

## Заключение

Женские центры, на базе НПО «Астерия» и «Подруга» единственные организации, предоставляющие гендерно ориентированные услуги в стране, направленные на потребности женщин ЛУН. Сокращение финансирования влияет на наличие услуг для женщин ЛУН. Несмотря на все программы и проекты, направленные на снижение стигмы и дискриминации, это все еще огромная проблема для женщин ЛУН. Озвученные потребности женщин, частично покрываются за счет проектов «Восполняя пробелы: здоровье и права ключевых групп» AFEW, Фонда Сорос Кыргызстан и ПРООН/ГФ, но не охватывают комплексности и их не достаточно. Необходимо разработать систему вовлеченности женщин ЛУН на всех площадках и во всех процессах, сделать их более видимыми в сфере ВИЧ и снижения вреда.

Необходимо сохранить потенциал женщин-лидеров, которых совсем мало в стране, не более 10 человек, которые работают в этой сфере более 13 лет, так как уровень выгорания в критической точке. Разработать план постоянного вовлечения в значимые процессы женщин ЛУН, в качестве презентаторов организаций, проектов, участие в разработках документов, стандартов и т.д., а также активное участие в круглых столах и встречах, в качестве профессиональных специалистов в сфере ВИЧ, снижения вреда и как специалистов организаций из сообщества и союзников. С целью повышения их профессиональной значимости и мотивации вносить вклад в развитие сообщества женщин.

**Ключевые слова:** женщины, употребляющие наркотики, женщины и снижение вреда, гендер и снижение вреда, доступ женщин к услугам программы снижения вреда.

### 1. Методология и дизайн.

Тематика данного исследования была определена и согласована при участии равных консультантов исследования Ермолаевой Ирины, директор ОФ «Астерия» и Токтогуловой Мадины, координатора АССВ и программ снижения вреда. Через консультантов было организовано вовлечение представителей женщин, употребляющие наркотики и организаций из сообщества женщин ЛУН, женских центров, которые являются ключевыми в планирование, реализации и мониторинге гендерно – ориентированных услуг.

В состав рабочей группы, в процессе обсуждения аналитического отчета, входили представители следующих организаций:

- Общественный Фонд «СПИД Фонд Восток-Запад в КР», Наталья Шумская, г.Бишкек,



- Общественный Фонд «СПИД Фонд Восток-Запад в КР», Динара Мадыбаева, г.Бишкек,
- Общественный Фонд «Астерия», Ирена Ермолаева, г.Бишкек,
- ОЮЛ Ассоциация сеть снижения вреда, Мадина Токтогулова, г.Бишкек,
- Общественный Фонд «Подруга», Надежда Шаронова, Старкова Ирина г.Ош,
- Общественный Фонд «Астерия», Баязитова Рената, г.Бишкек,
- Общественный Фонд «Ганеша», Мусагалиева Татьяна, г.Бишкек,
- ОФ «Равный равному», Кучерявых Татьяна, г.Бишкек,
- Пункт терапии метадоном, Шершнева Юля, г.Ош,
- 25 женщин - получательниц услуг ОФ «Астерия», г.Бишкек.

В ходе рабочих встреч были определены задачи и методология исследования. Так же активно обсуждались инструменты, было проведено пилотирование и пересмотр опросника.

**Цель исследования:** изучить существующие механизмы, влияющие на качество и доступность услуг программ снижения вреда для женщин, употребляющих наркотики.

**Задачи:**

1. Оценка нужд и потребностей сообщества женщин ЛУН.
2. Провести анализ нормативно – правовой документации с целью выявления пробелов между потребностями и фактическим пакетом предоставляемых услуг (социальных, медицинских, юридических).
3. Изучить опыт женщин- лидеров, в вопросах доступа к услугам программ снижения вреда для женщин.

**Основной вопрос исследования:** механизмы, способствующие женщинам, употребляющим наркотики, оказывать влияние на качество и доступ услуг программ снижения вреда в стране?

**Предмет исследования (вопросы на изучение):**

1. Какие услуги наиболее приоритетны для женщин ЛУН в настоящий момент?
2. Какие услуги должны предоставляться в рамках Государственной программы социальной поддержки?
3. Какие услуги предоставляются по факту женщинам ЛУН?
4. Какие пробелы существуют в услугах для женщин ЛУН?
5. К каким услугам снижения вреда доступ ограничен для женщин ЛУН?
6. Какие мероприятия проводятся для повышения доступа к услугам?
7. Как лидеры сообщества женщин, употребляющих наркотики, могут влиять на улучшение доступа к услугам?

8. Проводится ли мониторинг качества услуг программ снижения вреда силами женщин ЛУН?
9. Учитывается ли мнение женщин ЛУН внутри сообщества?
10. Какие механизмы влияния женщины сообщества на лиц, принимающих решение, используются в стране?
11. Какие практики считаются успешными в вопросах повышения доступа к услугам снижения вреда?

### **1.1 Дизайн исследования:**

Исследование основано на сотрудничестве и полном вовлечении сообщества на всех этапах. Проведены глубинное изучение потребностей женщин, употребляющих наркотики и вовлеченность женщин - лидеров на решение вопросов доступа и качества услуг программы снижения вреда.

#### **Инструменты:**

Для достижения цели и задач использован качественный метод сбора данных:

- глубинные интервью с лидерами сообщества женщин ЛУН, работающих 13 и более лет
- индивидуальное анкетирование, согласно картированию определенных сайтов по разработанному структурированному опроснику.

Дополнительный метод: вторичный анализ документов (кабинетное исследование)

- анализ нормативно - правовых актов и картирование услуг на базе государственных и неправительственных организаций, направленных на удовлетворение нужд и потребностей женщин ЛУН.

**Регион исследования:** г.Бишкек, г.Ош

#### **Респонденты исследования:**

- Женщины, употребляющие наркотики, получательницы услуг программы снижения вреда (НПО, ПОШ, ПТМ)
- Лидеры сообщества женщин, употребляющих наркотики, внесших значимый вклад в предоставление услуг

### **1.2 Методология и объем выборки:**

Провели глубинные интервью с 6 женщинами – лидерами сообщества ЛУН. Так же интервью 100 женщин ЛУН по разработанному структурированному опроснику в обоих городах.

**Таблица 1.** Предполагаемый объем выборки

	<b>Инструмент</b>	<b>Количество интервью</b>
1	Полуструктурированные интервью с представителями сообщества женщин ЛУН и ЛУИН	<b>Всего – 100</b>
2	Глубинные интервью с женщинами – лидерами сообщества ЛУИН	<b>Всего – 6</b>

**Методика отбора респондентов:**

Для рекрутинга респондентов использован целевой метод выборки. Целевая выборка применяется тогда, когда изучаемой совокупностью является некоторая специфическая группа людей – «экспертов» в определенной области, их называют еще целевой группой.

Мы согласовали с Республиканским центром наркологии возможность проведения исследования и доступ к участникам программы снижения вреда. В выборку вошли все пункты ПОШ, ПТМ по г.Бишкек и г.Ош, количество участников опроса определили из расчета не менее 10% от всех клиенток ПОШ и не менее 50% от всех клиенток ПТМ. Координаторы программы снижения вреда приглашали женщин – получательниц услуг в пунктах обмена шприцев, пунктах поддерживающей терапии метадонотерапией в определенный день по согласованию с интервьюерами. Таким образом, равные интервьюеры опросили всех, кто был в доступе на этот момент в ПОШ, ПТМ по г.Бишкек и г.Ош и дал свое согласие (подробнее см. раздел «Результаты»).

Так же мы опросили клиенток женских центров ОФ «Астерия» г.Бишкек и ОФ «Подруга» г.Ош. Для опроса были задействованы равные интервьюеры, которые опросили женщин, получающих услуги в центрах на момент опроса.

Полученные результаты были обсуждены с консультантами исследования перед использованием в отчете.

Все женщины - лидеры, активно принимающие участие в процессах адвокации, давшие согласие на участие, были проинтервьюированы. Опрос проводился по методу “face to face” либо напрямую, либо по Скайпу в on-line режиме. Для опроса мы использовали диктофон, все интервью были записаны и далее транскрибированы. После транскрипта, все записи были удалены. Каждой участнице интервью были разосланы транскрипты и получены одобрения для использования в анализе и отчете.

### Критерии выборки

1. Женщины, употребляющие наркотики, старше 18 лет,
2. Получательницы услуг ПОШ, ПТМ и женского центра при ОФ «Подруга» и в организации из сообщества женщин ЛУИН и ЛУН – ОФ «Астерия»,
3. Женщины – лидеры, внесшие вклад в развитие сообщества женщин, употребляющие наркотики,
4. Информированное согласие.

## 2 Введение.

Женщины, употребляющие наркотики испытывают тройную и более уязвимость в отношении ВИЧ – инфекции и незаконностью употребления запрещенных наркотиков в стране, это маргинализирует группу, загоняет в подполье, и имеет двойное законодательное клеймо.

Женщины, употребляющие наркотики подвергаются множественным видам дискриминации, которые несут за собой ряд последствий, как для самой женщины, так и для ее детей. (1)(2)(3)(4)

Риск заражения ВИЧ инфекции среди женщин, употребляющих наркотики, обусловлен рядом причин. Социо-культурные традиции, укоренившиеся в нашем обществе влекут за собой неравные возможности мужчин и женщин, которые способствуют стигме, ущемлению прав и насилию. Кроме того, нельзя не учитывать и биологические особенности – как фактора повышенного риска инфицирования ВИЧ половым путем.(5) Такие виды уязвимости в сочетании с конкретными рисками, испытываемыми женщинами, употребляющими наркотики, еще больше повышают риск инфицирования. Более того, структурные и социальные детерминанты гендерного неравенства, такие как социально-экономические условия, гендерные нормы, этническая принадлежность и религия, могут дополнительно повышать риск инфицирования ВИЧ, тем, что препятствуют в доступе к профилактическим программам.(6)(7)

Стигма и дискриминация в сочетании с уже имеющимся у женщин неблагоприятным опытом и отсутствием поддержки со стороны близкого окружения, серьезно ограничивают доступ к услугам в связи с ВИЧ и снижения вреда.(8)(9)

Социо-культурные традиции в обществе также влияют и на культуральные особенности среди людей, употребляющих наркотики. Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, с большей вероятностью позволят сделать инъекцию другому человеку и

станут «вторыми на игле». Женщины могут делиться иглами с интимными партнерами-мужчинами, что может отражать либо доверие и близость, либо гендерно обусловленный дисбаланс властных полномочий и зависимость.(10)

Снижение вреда – это набор практик, программ и стратегий, направленных на снижение вреда, связанного с использованием психоактивных веществ среди людей, которые их потребляют. Основное внимание в программах снижения вреда уделяется предотвращению вреда, а не профилактике самого употребления наркотиков. Программы снижения вреда также обеспечивают доступ к различным видам лечения наркозависимости – если такой запрос поступает от клиента.

Как указано в Техническом руководстве Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, реализация пакета из девяти интервенций по снижению вреда является необходимой для достижения прогресса в сокращении передачи ВИЧ и улучшения жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)(11):

1. Программы игл и шприцев (ПОШ),
2. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие научно обоснованные способы лечения наркозависимости,
3. Консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ),
4. Антиретровирусная терапия (АРТ),
5. Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП),
6. Программы распространения презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и их половых партнеров,
7. Целевые программы по информированию, обучению и просвещению для ЛУИН и их половых партнеров,
8. Профилактика, вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита,
9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.

К этому списку был добавлен пункт о предупреждении и купировании передозировки (2). (Техническая записка. Снижение вреда для потребителей наркотиков. Глобальный Фонд. 2017г,

Женева [www.theglobalfund.org/media/1278/core\\_harmreduction\\_infonote\\_ru.pdf?u=63691701707000000](http://www.theglobalfund.org/media/1278/core_harmreduction_infonote_ru.pdf?u=63691701707000000)

10. Профилактика передозировок
11. Профилактика насилия

Программа снижения вреда в Кыргызской Республике включает в себя комплекс услуг для лиц, употребляющие наркотики. Основной пакет включает следующие виды услуг: пункты обмена шприцев и игл (ПОШ), поддерживающая терапия метадоном (ПТМ), тестирование на ВИЧ (ДКТ), лечение ВИЧ - инфекции (АРВ терапия), диагностика на ТБ, информированность по вопросам ВИЧ и ТБ.

В данной работе мы изучили, какие потребности вокруг программы снижения вреда и профилактики ВИЧ существуют у женщин в Кыргызстане и какие услуги им фактически предоставляются, что делается для того, чтобы сократить разрыв и какие инструменты можно использовать для улучшения доступа к услугам. Какие сложности и барьеры наиболее часто встречаются им на пути к провайдеру.

### **3 Обоснование проблемы.**

#### **3.1 Эпидемиологическая ситуация.**

Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые государственными структурами, неправительственными и международными организациями, в Кыргызской Республике продолжается рост ВИЧ-инфекции. Так за последние 5 лет (с 2013 по 2018 год) число случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось более чем в два раза с 4819 до 8369 (кумулятивно)<sup>2</sup>. По состоянию на 1 января 2019 года в Кыргызской Республике официально зарегистрировано 8352 случаев ВИЧ-инфекции, а оценочное количество ВИЧ-позитивных лиц, которые инфицированы ВИЧ и живы, составило 7870 человек. ВИЧ-инфекция находится на второй – концентрированной стадии своего развития. Она определяется преимущественным распространением ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые составляют 45,5% от общего числа ВИЧ-позитивных граждан страны, что в 33 раза выше, чем среди общего населения и составила 5,3 на 1000 ЛУИН, против 0,08 на 1000 общего населения. Открытых данных соотношения ВИЧ-позитивных женщин ЛУИН относительно мужчин ЛУИН не найдено. По состоянию на 01.01.2019 всего с начала эпидемии было выявлено 5395 мужчин и 2957 женщин, что составляет 65% и 35% соответственно. За последние 5 лет (с 2014 по 2018 годы включительно) число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 32,6% (с 5760 до 8352 случая), а число случаев среди женщин увеличилось на 40% (с 1771 до 2957 человек).

---

<sup>2</sup> Данные РЦ «СПИД», <http://www.aidscenter.kg/ru/situatsiya-po-vich-v-kr.html>

## 3.2 Ответные меры

**Стратегия снижения вреда** является одним из основных направлений по противодействию незаконному обороту наркотиков и профилактики распространения ВИЧ-инфекции у лиц, потребляющие наркотики. Дальнейшей реализации государственной антинаркотической политики, усиления борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков был утвержден перечень Пунктов обмена шприцев (ПОШ) в лечебно-профилактических организациях г.Бишкек и Чуйской области. В рамках данной программы предоставляются услуги по распространению изделий медицинского назначения, презервативов, информационных материалов, тестирование и консультирование на ВИЧ, перенаправления на обследование ИППП, ТБ, профилактики передозировок (выдача налоксона).

### 3.2.1 Пункты обмена шприцев (ПОШ)

В пунктах обмена шприцев/игл, как структурного компонента программы снижения вреда осуществляются профилактические работы среди инъекционных потребителей наркотиков.

- По данным Республиканского центра наркологии на 01.01. 2019 г. всего функционирует 6 пунктов ПОШ при организациях здравоохранения. Фактическое количество клиентов ПОШ составляет 4325 человек, из них **675 женщины** (15,6%).
- По состоянию на 01.01.2019г в пенитенциарной системе функционирует 13 пунктов, количество клиентов 1643 человек, из них **28 женщин** (1,7%).<sup>3</sup>

### 3.2.2 Поддерживающая терапия метадонном (ПТМ)

Поддерживающая терапия метадонном является одним из методов лечения зависимости от опиатов. Реализация программы заместительной терапии в КР проводится с 2002 года.

Согласно данным Республиканского центра наркологии (РЦН) на 01.01.2019 года всего по республике функционируют 24 сайтов, в том числе 9 – в учреждениях пенитенциарной системы. Фактическое количество ЛУИН по республике, получающих поддерживающую терапию метадонном, составило 1097 человек, в том числе 88 женщины (8%). Удельный вес клиентов до 25 лет составил 1,1%.

---

<sup>3</sup> Данные Республиканского центра наркологии, 2019г.

### 3.2.3 Социальные учреждения. Организации из сообщества женщин ЛУН и ЛУИН и организации, работающие с женщинами ЛУН. Женские центры

Социальные учреждения – это специализированная социальная служба, направленная на оказание комплексного пакета социальных услуг, включая медицинские (тестирование на ВИЧ, постановка на учет при выявленном положительном результате, направление и сопровождение на диагностику ТБ, ИППП), ключевым группам в зависимости от типа социального учреждения. В г.Бишкек и г.Ош организованы и функционируют 2 женских центра, предоставляющие услуги женщинам, употребляющим наркотики: ОФ «Астерия», ОФ «Подруга».

Общественный фонд «Астерия» был основан в 2006 году в г.Бишкек группой женщин, которые в прошлом употребляли наркотические вещества. «Астерия» – это единственная общинная организация, которая предоставляет социальные услуги и психологическую поддержку женщинам, освободившимся из мест заключения, потребительницам тяжелых и инъекционных наркотиков, участницам поддерживающей терапии метадонном. По данным мониторинга 222 женщины получили хотя бы 1 услугу в 2018 году.<sup>4</sup>

Фонд является уникальным местом, где женщина может сразу получить весь пакет услуг, включая временное жилье, продукты питания, медикаменты и гигиенические средства, юридическое сопровождение, а также социальное перенаправление и доступ к группам самопомощи.

Астерия также проводит адвокационные мероприятия, направленные на улучшение условий жизни женщин, употребляющих наркотические вещества. Фонд тесно сотрудничает с врачами, сотрудниками правоохранительных органов, кризисными центрами по вопросам снижения дискриминации и стигмы в отношении людей, употребляющих наркотики.

Общественный фонд «Подруга» основан в 2001г в г. Ош – организация смешанного типа, сотрудниками которой являются представительницы сообщества женщин, употребляющие наркотики, бывшие заключенные, ВИЧ-позитивные. В рамках реализованных проектов оказывает социальную, психологическую и медицинскую помощь, юридическую поддержку женщинам, употребляющим наркотики, освободившимся из мест заключения, ВИЧ-инфицированным. По данным мониторинга 327 женщин получили хотя бы 1 услугу за 2018 год.<sup>5</sup>

Кыргызстан имеет все основания для снижения распространения ВИЧ инфекции потому, что разработаны и внедрены основные программы профилактики, такие как программа

<sup>4</sup> Данные годового отчета по программе «Восполняя пробелы: здоровье и права ключевых групп», AFEW, 2018

<sup>5</sup> Данные годового отчета по программе «Восполняя пробелы: здоровье и права ключевых групп», AFEW, 2018



снижения вреда. Но он сталкивается с серьезными преградами на пути решения его следующей задачи: активное расширение охвата и качества ухода и профилактики ВИЧ таким образом, чтобы каждый имел доступ к этим услугам. Без полной вовлеченности самой целевой группы в развитие программы успех программы будет сомнительным. Таким образом, необходимость изучения возможностей влияния на доступ и качество программы снижения вреда с фокусом на женское сообщество, употребляющих наркотики является актуальной.

#### 4 Картирование социальных услуг для женщин из социально уязвимых слоев Кыргызской Республики\*.

*Результаты аналитического обзора социальной поддержки населения(12).*

##### 4.1 Государственная социальная политика

Гарантированный пакет социальных услуг обозначен в **Программе развития социальной защиты** населения Кыргызской Республики на 2015-2017 годы<sup>6</sup> (далее - Программа). Так в Программе отмечается, что Кыргызстан проводит политику, направленную на утверждение в обществе социальной справедливости, нацеленную на оказание адресной социальной помощи наиболее уязвимым категориям граждан, стимулирование экономической активности трудоспособного населения и оказание содействия в выходе из трудной жизненной ситуации. Среди провозглашенных основных принципов реализации государственной политики в области социального развития выделяется **принцип равных возможностей и доступа к социальным услугам** и благам всех лиц независимо от социального, имущественного, возрастного, этнического, полового и других статусов.

В то же время в соответствии с общим категориальным принципом формирования мер социальной поддержки в Программе определяются **приоритетные категории** получателей **адресной социальной помощи**:

- социальная защита детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- социальная защита лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- социальная защита пожилых граждан.

Однако в Программе отсутствует определение других характеристик уязвимости названных групп, то есть упускается из виду многофакторный характер данного риска (например, влияние гендерного фактора, место проживания на членов семьи и др.). Кроме того, понятие семьи, без четкого определения, отражающего современные модели семейного проживания, продолжает ассоциироваться с традиционным набором ролей - «муж», «жена», «дети». Из чего как бы следует, что все семьи с одним родителем,

<sup>6</sup> <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/97347>

\* все термины и аббревиатуры в данном разделе принадлежат оригиналу (*примечание автора*)

например, мама с ребенком, должны рассматриваться как требующие опеки/контроля со стороны государства.

Согласно Закона КР «О гарантированных государственных минимальных социальных стандартах»<sup>7</sup>, устанавливающий минимальный уровень гарантий предоставления общедоступных, бесплатных и льготированных социальных услуг и выплат (примеры бесплатных услуг см. в таблице ниже).

#### Пример бесплатных социальных услуг<sup>8</sup>

- Назначение и выплата **ежемесячного пособия** малообеспеченным семьям, имеющим детей;
- **Социальное обслуживание** в социальных стационарных учреждениях;
- **Социальное обслуживание на дому** одиноко проживающих пожилых граждан и лица с ограниченными возможностями здоровья.

В социальных стандартах также прямо оговаривается принцип недопущения дискриминации в отношении лиц, получающих услугу, по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения; доступности, и истребования у граждан только тех документов для получения услуги, которые указаны в стандарте.

**Стандарты социального обслуживания.** Социальное обслуживание представляет деятельность по социальной поддержке, оказанию социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в **трудной жизненной ситуации (ТЖС)**<sup>9</sup>. Основные виды социальной поддержки предполагают предоставление комплекса услуг связанных с выплатой различных **пособий**, предоставлением **льгот**, реализацией прав и потенциальных возможностей уязвимых слоев населения. При этом меры социальной поддержки основываются на следующих общих характеристиках:

- 1) назначаются отдельным категориям граждан (имеющим специфические потребности и т.д.);
- 2) предоставляются как в денежной, так и в натуральной формах, при этом размер денежных выплат определяется законами в твердой сумме;
- 3) предоставляются периодически (ежемесячно/ежеквартально/сезонно);

<sup>7</sup> Указ. Закон КР № 170

<sup>8</sup> Единый реестр государственных услуг <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/93449?cl=ru-ru#p1>

<sup>9</sup> Закон КР «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике» от 19 декабря 2001 года № 111 <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/943>

4) устанавливается на определенный срок.

Необходимо добавить, что муниципальные органы власти и управления имеют полномочия за счет средств местного бюджета определять **дополнительные виды социальной помощи**. Так в гг. Бишкеке и Оше положениями, принятыми местными советами депутатов закреплены различные **стипендии, субсидии** и др.

**Определение статуса ТЖС** является необходимым базовым шагом для получения социальной помощи. В соответствии с законом ТЖС – это «ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно». В числе служб, осуществляющих социальное обслуживание, предусматриваются организации разной формы собственности, включая такого рода некоммерческие организации как **кризисные центры для женщин (мужчин)** - оказывающие помощь женщинам (мужчинам) в случаях домашнего и других видов насилия<sup>10</sup>.

Законом определяется несколько категорий граждан, чья жизненная ситуация может оцениваться как трудная. В частности, представляется важным выделить в числе получателей помощи в ТЖС, следующие категории граждан:

- граждане, страдающие наркоманией и (или) алкоголизмом;
- граждане, страдающие неизлечимыми заболеваниями, и больные СПИДом;
- граждане, отбывшие наказание в местах лишения свободы;
- одинокие матери, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком (одинокими матерями считаются матери, не состоящие в браке, имеющие на содержании и воспитании детей, в свидетельстве о рождении которых отсутствует запись об отце или запись об отце произведена в установленном порядке по указанию матери).

В то же время, следует принимать во внимание, что в фокусе государственных программ социального развития находятся, прежде всего, одинокие пожилые люди, ЛОВЗ, дети и семьи в ТСЖ. Следовательно, нужды социально-уязвимых женщин в системе государственных стандартов социального обслуживания преимущественно рассматриваются с данной точки зрения.

---

<sup>10</sup> Следует отметить, что при необходимости психотерапевтическая помощь (консультации и амбулаторное лечение) оказывается государственными учреждениями (ЦСМ и др.) на бесплатной основе. Детально это вопрос в рамках данного отчета не рассматривается, поскольку это вид помощи в большей степени относится к медицинским услугам.

**Социальные стандарты в области содействия занятости населения**<sup>11</sup>. В соответствии с международными и национальными обязательствами КР в системе социальной защиты термины «труд» и «занятия» включают **доступ к профессиональному обучению, доступ к труду** и к различным занятиям, а также оплату и условия труда. Поддержка занятости, таким образом, согласно установленным стандартам должна осуществляться в следующих направлениях:

- установление **пособия по безработице** и возможность участия в программах по организации оплачиваемых общественных работ;
- **обучение** на курсах профессиональной подготовки и переподготовки с выплатой стипендий в процессе обучения;
- **консультационные услуги и услуги финансовой поддержки** в организации предпринимательской деятельности и самозанятости;

Стандарты содействия занятости также предусматривают приоритетные категории населения в качестве получателей услуг. Например, одинокие матери, имеющие несовершеннолетних детей, могут в приоритетном порядке воспользоваться возможностями получения бесплатного профессионального образования. Кроме того, уязвимые женщины с детьми, имеющие статус безработного, могут обращаться за адресной социальной помощью из средств местного бюджета (например, за ежеквартальной стипендией).

**Социальные стандарты в области юридической помощи.** Государственный социальный стандарт предусматривает оказание бесплатной юридической помощи социально уязвимым слоям населения. Непосредственно сфера гарантированной юридической помощи регулируется соответствующим законом<sup>12</sup>.

Законом установлено, что **гарантированная государством юридическая помощь** (ГГЮП) предоставляется в виде консультаций, составления и подачи документов правового характера, защиты прав и представления законных интересов граждан на следствии и в суде в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством. Правом получения ГГЮП обладают граждане, годовой доход которых не превышает установленного Правительством КР уровня минимального дохода. Без учета доходов ГГЮП имеют право получить несовершеннолетние, ЛОВЗ, лица, подозреваемые, обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений.

<sup>11</sup> ПП КР «О мерах по реализации Закона Кыргызской Республики «О содействии занятости населения» от 12 апреля 2016 года № 208 <http://www.gov.kg/?p=74620&lang=ru>

<sup>12</sup> Закон КР «О гарантированной государством юридической помощи» от 17 июля 2009 года № 227 [http://minjust.gov.kg/?page\\_id=2629](http://minjust.gov.kg/?page_id=2629)

Касательно возможностей социально - уязвимых женщин необходимо подчеркнуть, что нарушение прав связанных с гендерным неравенством, включая вопросы семейного насилия, выделены в отдельные направления приема жалоб и обращений к Омбудсмену. Также приоритетность вопросов уязвимых женщин была обозначена в очередном докладе Омбудсмена за 2017 год<sup>13</sup>.

## 4.2 Виды социальной помощи (услуги)

Организация системы социальной помощи строится из республиканских, городских, районных государственных и местных органов, организаций и учреждений, находящихся в ведении органов государственной и муниципальной властей. Социальная защита может осуществляться также учреждениями иных форм собственности – некоммерческими, бизнес структурами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения.

### 4.2.1 Государственные структуры

Государственная система организации социальной защиты представляет собой разветвленную сеть различных структур. Исходя из целей настоящего отчета, здесь основное внимание будет уделено территориальным подразделениям МТСП, как уполномоченного органа, определяющим политику и функционирования социальной защиты/помощи.

**Службы занятости.** В гг. Бишкеке и Оше действуют городские управления содействия занятости (далее – службы занятости). Кроме того по г. Бишкеку в каждом из 4-х районов города действуют районные службы занятости. Вопросы субъектов и объектов социальных услуг по содействию занятости, их содержание регулируются законом о содействии занятости<sup>14</sup>.

#### 4.2.1.1 Трудоустройство, получение пособий по безработице, доступ к профессиональному обучению.

Регистрация лиц, ищущих работу, осуществляется органами государственной службы занятости населения по месту жительства:

**Шаг 1.** Личное обращение в приемную государственной службы занятости (центр занятости) и консультация клиентов. При консультации клиентам предоставляется информация:

<sup>13</sup> <http://www.ombudsman.kg/>. При аппарате Омбудсмена действует горячая линия: 115

<sup>14</sup> Закон КР «О содействии занятости населения» от 3 августа 2015 года № 214  
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/111258?cl=ru-ru>

- состоянии рынка труда на соответствующей территории;
- наличии вакантных рабочих мест (должностей), об оплате и других условиях труда;
- возможности профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации;
- порядке и условиях регистрации в целях поиска подходящей работы, регистрации в качестве безработных.

**Шаг 2.** После консультаций клиент может быть зарегистрирован в качестве ищущего работу. Для данной регистрации клиенты должны предоставить следующие документы:

- паспорт (свидетельство о рождении);
- трудовую книжку или иные документы, подтверждающие трудовой стаж;
- документы, удостоверяющие профессиональную квалификацию.

В случае если клиенты, являются ранее не работавшими, они предъявляют паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, и документ об образовании. Лица с ограниченными возможностями здоровья в дополнение к указанным документам предъявляют трудовую рекомендацию, заключение о рекомендуемом характере и условиях труда, выданные в установленном порядке.

Регистрация предусматривает открытие на клиента карточки работодателя, в которую заносятся движения по поиску работы. Со дня регистрации клиентов как работодателя им в течение 10 дней предлагается (по возможности) два подходящих, гарантирующих заработную плату не ниже официально установленного уровня минимальной заработной платы, варианта работы, включая работу временного характера. Клиентам ранее не работавшим, не имеющим профессии (специальности) предлагается два варианта получения профессиональной подготовки.

Положение также предусматривает, что варианты вакантных рабочих мест должны учитывать пол, образование, опыт работы, состояние здоровья клиента, а также удаленность места работы от места проживания клиента.

**Шаг 3.** Если клиенты не смогли получить работу на 11-й день со дня их регистрации как работодателей, они могут быть поставлены на учет в качестве безработного. Регистрация производится также месту постоянного места жительства (прописки). Для получения регистрации клиенту требуются следующие документы:

- паспорт (свидетельства о рождении);
- трудовая книжка или документы, ее заменяющие;
- документ, удостоверяющий профессиональную квалификацию;

- освобожденным из мест отбывания наказания – справка об освобождении (предоставляется уполномоченными органами ГСИН бесплатно);
- справка из Социального фонда КР (выписка из личного страхового счета) о страховых взносах в фонд содействия занятости (предоставляется уполномоченными органами СФ бесплатно);
- справка из налоговой инспекции о предпринимательской деятельности
- ранее не работавшие и не имеющие профессии должны предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и документ об образовании.

Получение статуса безработного налагает на клиентов ряд обязательств, включая соблюдение порядка и условий регистрации и перерегистрации, информирование государственных службы занятости о своих действиях по вопросам самостоятельного поиска работы и трудоустройства, в том числе о работе временного характера.

***Статус безработного позволяет получить следующие услуги:***

**Назначение и выплата пособия по безработице.** Назначается на 11 день с момента их регистрации. Минимальный размер пособия составляет 250 сомов, максимальный – 500 сомов. Пособие по безработице выплачивается в течение 6 календарных месяцев в году не реже одного раза в месяц, но не более 12 месяцев в течение трех лет. Пособие могут получать граждане, отчислявшие из заработной платы страховые взносы в Фонд содействия занятости и обучения не менее 12 месяцев.

**Профессиональная подготовка или переподготовка или повышение квалификации.**

В период обучения выплачивается стипендия в размере причитающегося пособия по безработице, увеличенного на 20 процентов за весь срок обучения и при наличии посещаемости. По окончании выдается сертификат с присвоением квалификации. Период обучения на курсах включается в трудовой стаж.

Кроме того, безработные могут получить чек на обучение (талон) для самостоятельного поиска и выбора безработными учебного заведения. Чек на обучение заполняется органами государственной службы занятости с указанием определенной суммы денежных средств в качестве гарантированной оплаты учебному заведению за обучение безработного.

**Участие в оплачиваемых общественных работах** на основе срочного договора сроком на шесть месяцев с целью временного трудоустройства безработных граждан не получающих пособие. В оплату труда безработных, занятых на оплачиваемых общественных работах, включается основная заработная плата от работодателя и доплата из средств республиканского бюджета (1200 сомов в мес.).

**Получение микрокредита** (оказание безработным гражданам финансовой помощи за счет средств республиканского бюджета для организации самостоятельной предпринимательской деятельности (альтернативных способов получения дохода)). Максимальная сумма кредита составляет 30 тысяч сомов на одного человека. Кредит выдается сроком на 1 год (процентная ставка – 10-15% годовых. Для представления кредита требуется залог (недвижимость и др.)

**Предоставление бесплатного обучения специальностям** профессионально-технического профиля является одним из ключевых компонентов работы служб занятости. Кроме того, службы занятости предоставляют возможности бесплатного изучения иностранных языков. Предоставление услуг обучения службами занятости основывается на тесном взаимодействии с сетью государственных профессиональных лицеев, колледжей (ПТО).

Следует отметить, что согласно государственным социальным стандартам бесплатное обучение специальностям профессионально-технического профиля могут получить все граждане КР. Уполномоченным государственным органом в данной сфере является Агентство начального и среднего профессионально-технического образования (АНПО), находящееся в ведении Министерства образования и науки. АНПО в партнёрстве с международными организациями через Фонд развития навыков также предоставляет на бесплатной основе краткосрочные курсы (1-6 мес.) для малоквалифицированных соискателей работы, включая граждан из уязвимых групп населения.

Таким образом, АНПО наряду со службами занятости входит в число влиятельных заинтересованных сторон в сфере содействия занятости женщин ключевого населения.

В целом по стране, несмотря на то что, уровень образования женщин является относительно высоким по сравнению с мужчинами, экономическая активность женщин с 1990-х годов неуклонно падала (с 44 процентов в 1990 году до 40 процентов по данным 2015 года)<sup>15</sup>.

Несмотря на это, уровень безработицы среди женщин растет за последние 5 лет с 30тыс. в 2013 году до 35тыс. в 2018 году. Значимых различий в сравнении с мужчинами не наблюдается.<sup>16</sup>

При этом согласно данным исследований гендерных аспектов рынка труда и развития предпринимательства, женщины доминируют в неформальном рынке труда. К тому же женщины преобладают в сферах самозанятости, основанных на микрокредитовании. Это

---

<sup>15</sup> Legal barriers to women's participation in the economy in the Kyrgyz Republic. law and Development partnership/EBRD 2015

<sup>16</sup> Данные Национального статистического комитета КР, 2018. <http://www.stat.kg/ru/statistics/gendernaya-statistika/>



автоматически отрезает многих женщин от получения гарантированных социальных благ, например, в области здравоохранения, права на отдых и т.д.<sup>17</sup>

Вместе с тем, данные служб содействия занятости показывают, что, если среди зарегистрированных безработных женщин более 50%, то среди получателей услуг в связи со статусом безработного их значительно меньше (не более 30%)<sup>18</sup>. Одним из очевидных объяснений тому, мог бы служить факт того, что женщины часто обращаются в службы занятости за справкой о статусе безработного, чтобы в дальнейшем претендовать на пособия по малообеспеченности. Однако вероятно и то, что женщины не имеют адекватного доступа к информации о том, какие еще возможности дает им статус безработного.

**Социальные службы.** Государственная система социальных служб в гг. Бишкека и Ош также представлена территориальными подразделениями МТСП, а именно городскими/районными управлениями социального развития. Как отмечалось выше, бесплатно социальные услуги предоставляются в государственной системе социальных служб гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, имеющим низкие доходы (ниже гарантированного минимального уровня), находящимся в ТЖС. Таким образом, одна из главных задач социальных служб определение нуждаемости граждан или семьи в социальной помощи.

В случаях ТЖС территориальными социальными службами в установленном порядке проводится оценка положения семьи или отдельного нуждающегося, которая становится основанием для предоставления помощи<sup>19</sup>.

#### **4.2.1.2 Социальная помощь семье и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.**

**Шаг 1.** Всесторонняя оценка положения семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации Оценка семьи проводится в течение 10 рабочих дней (со дня получения сигнала) по месту ее проживания ответственными сотрудниками территориального органов по социальному развитию совместно с сотрудником исполнительного органа местного самоуправления. Оценка проводится путем опроса, заполнения соответствующей анкеты и вынесения заключения.

<sup>17</sup> О Национальной стратегии КР по достижению гендерного равенства до 2020 года и Национальном плане действий по <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/93343/20?cl=ru-ru>достижению гендерного равенства в КР

<sup>18</sup> <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ky-kg/59969/10?cl=ru-ru#p1>

<sup>19</sup> Закон КР «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике» от 19 декабря 2001 года N 111 (В редакции Закона КР от 23 апреля 2013 года N 56), ст.3

**Шаг 2.** Разработка проекта плана индивидуальной работы с семьей. На основании заключения о потребностях семьи, находящихся в ТЖС, ответственными сотрудниками разрабатывается план индивидуальной работы с семьей согласно установленным формам. План индивидуальной работы с семьей включает в себя перечень мероприятий и услуг по оказанию необходимой социальной, правовой, психолого-педагогической, медицинской помощи семье, которая может включать предоставление гуманитарной или материальной помощи семье или ребенку; социальный патронаж, оказание содействия членам семьи в получении бесплатной юридической помощи и иные виды социальных услуг.

**Шаг 3.** Утверждение местными уполномоченными органами плана индивидуальной работы с семьей и/или защиты ребенка. Проект плана индивидуальной работы направляется ответственными сотрудниками в Комиссии по делам детей, которая в течение 10 календарных дней рассматривает материалы и утверждает план соответствующим решением местной государственной администрации (мэрии города).

**Шаг 4.** Мониторинг семьи, находящейся в ТЖС. В соответствии с планом индивидуальной работы не реже одного раза в три месяца проводится мониторинг (сбор информации, посещение семьи, анализ динамики изменений в семье и др.). Деятельность ответственных за исполнение мероприятий, указанных в плане индивидуальной работы координируется ответственным сотрудником, назначенным руководителем территориального подразделения уполномоченного органа. В рамках мониторинга проводится повторная всесторонняя оценка ситуации в семье (не реже одного раза в шесть месяцев).

**Шаг 5.** Снятие с учета семьи в ТЖС. По результатам повторной всесторонней оценки территориальное подразделение уполномоченного органа на рассмотрение Комиссии по делам детей соответствующие материалы о внесении соответствующих изменений и дополнений в план индивидуальной работы с семьей и/или индивидуальный план по защите ребенка, либо ходатайствует о снятии ребенка, семьи с учета. Среди главных оснований для снятия семьи с учета рассматривается устранение причин и условий, создавших трудную жизненную ситуацию для ребенка и семьи, предоставление социальной поддержки ребенку и семье в соответствии с планом индивидуальной работы с семьей и/или индивидуальным планом по защите ребенка<sup>20</sup>.

Выявление семьи в ТЖС может происходить, как отмечалось выше, по сигналу внешних субъектов (СМИ, общественности и т.д.), а также по обращению самих нуждающихся по

---

<sup>20</sup> См. подробнее Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации ПП КР от 22 июня 2015 года № 391

месту проживания. В целом порядок получение социальной помощи (включая вопросы трудоустройства) требует личного обращения нуждающихся в соответствующие службы по месту их постоянного проживания (прописки).

#### **Службы юридической помощи.**

Органами, осуществляющими государственное управление системой гарантированной государством юридической помощи, являются:

- Национальный совет по гарантированной государством юридической помощи при Президенте КР. Данный совет определяет политику организации и функционирования системы ГГЮП, и является координирующим органом;
- Министерство юстиции КР, реализующее политику организации и функционирования системы ГГЮП. В структуре Министерства юстиции Кыргызской Республики действует специализированное управление по ГГЮП, которое определяет должностное лицо (координатора) обеспечивающее взаимосвязь между заявителем и адвокатом с целью предоставления ГГЮП

Кроме того, юридическую помощь можно получить через открытые при Министерстве юстиции КР с помощью международных организаций центры бесплатной юридической помощи. Данные центры также действуют в гг. Бишкеке и Оше.

Здесь также можно добавить, что по услугам регистрации и выдачи документов для уязвимых слоев населения (что может рассматриваться как социально-правовая услуга) открыт Центр мобильных групп государственном предприятии «Инфоком», цель которого – выездное бесплатное обслуживание населения: оформление документов на получение (обмен паспортов), выдача паспортов с выездом на место проживания/ нахождения заявителя<sup>21</sup>.

Вопросы доступа ключевых групп населения к правосудию являются актуальной темой совместных инициатив государства с общественными и международными организациями. Так в 2015 году результатом одно из таких инициатив стала **интерактивная веб-карта**, которая позволяет найти поставщиков юридических услуг в ближайшем (территориально) от клиентов доступе. Карта содержит широкий спектр поставщиков юридических услуг по всему Кыргызстану, в том числе оказываемых бесплатно и по системе ГГЮП. Типы поставщиков услуг включают в себя правительственные учреждения, такие как: суды, государственные центры по предоставлению юридической помощи, прокуратуры, а также неправительственные

---

<sup>21</sup> Подробнее см. [www.pasport.kg](http://www.pasport.kg).

организации, организации гражданского общества, кризисные центры, которые оказывают бесплатную юридическую помощь. Кроме того, карта содержит информацию о деятельности поставщиков юридических услуг, предоставляющих услуги в различных отраслях права<sup>22</sup>.

#### 4.2.2 Общественные организации

Деятельность неправительственных организаций (далее - НПО) в сфере предоставления социальных услуг с одной стороны отличается большим разнообразием как самих поставщиков, так их получателей. Здесь можно наблюдать использование различных форм, технологий работы, включая группы самопомощи, ориентированные на усиление потенциала и полномочий уязвимых групп. С другой стороны существуют вызовы, связанные с устойчивостью предлагаемых НПО программ, основанных, как правило, на краткосрочных проектах, финансируемых донорами.

Среди наиболее значимых в социальной сфере НПО, работающих с нуждами женщин, употребляющие наркотики являются два женских центра на базе НПО - «Астерия», г.Бишкек и «Подруга», г.Ош для ЛУИН, ЛУИН/ЛЖВ и ЛУИН/БЗ.

Как описано в разделе «Обоснование. Социальные учреждения» в рамках проектной деятельности НПО «Астерия» и «Подруга», помимо предоставления безопасного пространства для женщин и детей с предоставлением бытовых услуг, оказываются услуги по профилактике домашнего насилия, через работу с половыми партнерами ЛУН, трудоустройства, юридической консультации, сопровождение в медицинские учреждения, диагностика на ВИЧ и ТБ инфекции и др. Много усилий прилагается по адвокации к расширению возможностей по доступу к социальным, медицинским и юридическим услугам для женщин, употребляющих наркотики (см подробнее в результатах исследования).

Так же выделяются кризисные центры для женщин, попавших в трудные жизненные ситуации. Кризисные центры, возникшие в начале 90-х, прежде всего, как центры, приюты для женщин, жертв насилия, представляют на сегодня устойчивую сеть оказания социальных услуг для широкого круга получателей – женщин, мужчин, детей, пожилых, пострадавших от различных форм дискриминации и насилия, включая физическое сексуальное, домашнее. При этом кризисные центры могут быть представлены, и в

---

<sup>22</sup> Данная карта была создана международной организацией ACTED в 2015 году в рамках проекта ПРООН «Расширение доступа к правосудию в Кыргызской Республике», финансируемого Министерством иностранных дел Финляндии, а также проекта ACTED «Усиление роли гражданского общества для улучшения доступа к правосудию и укрепление верховенства права в Кыргызской Республике» при финансовой поддержке ЕС. <http://kartauslug.minjust.gov.kg/pages/about/>. Следует принимать во внимание, что Министерство юстиции не несет ответственность за содержание и точность указанной на карте информации.

статусе самостоятельных юридических лиц, и в статусе отдельного направления (функции) деятельности женских, детских и других правозащитных организаций.

В гг. Бишкеке и Оше действует несколько кризисных центров. В частности, в г. Бишкеке более 15 лет работает Кризисный центр «Сезим», имеющий также стационарные услуги убежища и транзитного дома для женщин, включая женщин с детьми. Кроме того, в Бишкеке на постоянной основе работает Кризисный центр «Шанс», где можно получить психологические услуги и юридическую помощь (без предоставления убежища или других стационарных услуг). В г.Ош в этом направлении ведут работу Кризисный центр «Аруулан», «Ай-журок» с предоставлением убежища.

За 2018г число обративших в кризисный центр составило 5972 человек, в том числе 5520 женщин (данные Нацстаткома КР, <http://www.stat.kg/ru/statistics/gendernaya-statistika/>)

Есть отдельные женские организации, которые в рамках общих задач по продвижению прав женщин поднимают вопросы занятости женщин. Например, по г. Ошу можно выделить работу Общественного объединения «ДИА», предоставляющего бизнес курсы для женщин. Опыт данной организации и других вышеуказанных программ представляется важным для планирования деятельности по занятости уязвимых женщин в рамках настоящего проекта.

Наиболее устойчивой структурой оказания **бесплатной юридической помощи уязвимым группам представляются юридические клиники**, действующие при высших учебных заведениях, имеющие обучение юридическим специальностям. Хотя юридические клиники могут работать как при государственных, так при частных образовательных организациях, принципы и содержание их работы имеют социально направленный, то есть общественный характер.

В рамках юридической клиники силами студентов - юристов (старших курсов) при содействии практикующего юриста предоставляются консультации по различным областям права, включая трудовое право, семейное право и т.д.

#### 4.2.3 Бизнес структуры/объединения

Говорить о каком-либо значимом уровне развития подходов социально-ориентированного бизнеса в Кыргызстане сложно, несмотря на существование различных примеров благотворительности со стороны бизнеса. На этом пути есть немало законодательных и институциональных барьеров<sup>23</sup>. **Практически не существует механизмов поощрения бизнеса с целью расширения возможностей занятости для уязвимых слоев населения.** При определенных условиях налоговые льготы могут быть

<sup>23</sup> См. подробнее: Руководство по планированию социальных предприятий. GIZ 2015

предоставлены предприятиям, где заняты ЛОВЗ<sup>24</sup>. Также при оказании частным предприятием благотворительной помощи в виде безвозмездно переданных денежных средств и имущества, возможны отдельные налоговые послабления<sup>25</sup>.

Учитывая данное положение, представляется необходимым с целью вовлечения представителей частного сектора в качестве партнеров проекта работать через бизнес объединения, имеющие базовую чувствительность к интересам уязвимых групп населения. Например, потенциальными партнерами могут рассматриваться Ассоциация социальных предпринимателей (учреждена лидерами объединений ЛОВЗ), общественное объединение «Enactus Кыргызстан», которое поддерживает молодежное предпринимательство, социальные предприятия в НПО.

## 5 Результаты исследования

### 5.1 Оценка нужд и потребностей

Оценка нужд и потребностей проводилась среди женщин, употребляющих наркотики, участниц программ пунктов обмена шприцев, пунктов терапии метадоном и женских центров г.Бишкек и г.Ош путем индивидуального опроса.

Ниже представлена таблица с выборкой респондентов. Всего опрошено 100 женщин, из них, 60 по г.Бишкек и 40 по г.Ош.

Таблица 5-1.Выборка респондентов.

№ п/п	Наименование	Количество клиентов	из них женщины	Кол-во респондентов
	<b>г. Бишкек</b>			<b>60</b>
	<b>пош/ поу/ нпо</b>			
1	ПИШ при ЦСМ № 1	944	117	8
2	ПИШ при ЦСМ № 5	798	150	6
3	ПИШ при ЦСМ № 6	790	167	7
4	ОФ "Астерия"	100	100	20

<sup>24</sup> Должно быть не менее 50 процентов инвалидов, слепые и глухих от общего числа занятых и с заработной платой не менее 50 процентов от общего фонда оплаты труда. См. подробнее Налоговый кодекс КР от 17 октября 2008 года № 230 <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/202445?cl=ru-ru>. Трудоустройство ЛОВЗ также предполагает квотирование рабочих мест. Детали необходимо уточнить в соответствующих структурах МТСП.

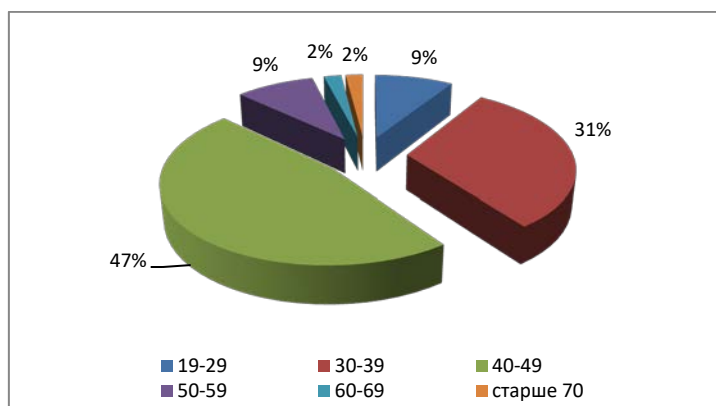
<sup>25</sup> Эти активы в размере, не превышающем 10 процентов налогооблагаемого дохода, не зачитываются в сумме совокупного годового дохода. Указ. Налоговый кодекс.

ПТМ				
1	ПТМ при ЦСМ № 1	75	11	5
2	ПТМ при РЦН	73	20	10
3	ПТМ при ГЦБТ	39	7	4
<b>г. Ош</b>				<b>40</b>
ПТМ				
1	ПТМ при ООЦПБС г. Ош	35	7	5
2	ПТМ при ОГКБ	32	4	4
ПОШ/ ПОУ/ НПО				
1	ПОУ «Родители против наркотиков»	1000	150	17
2	ОФ "Подруга"	230	230	14
<b>Итого</b>		<b>4116</b>	<b>963</b>	<b>100</b>

### 5.1.1 Социально-демографические характеристики респондентов

**Возрастной состав** участниц опроса сфокусирован в возрасте 40-49 лет (47%) и 30-39 лет (31%), таким образом, 78% - это женщины старше 30 лет. Небольшая группа женщин старше 50 лет (9%) и моложе 30 (9%) (см. рисунок 5-1).

Рисунок 5-1. Возрастное распределение респондентов, %, n-100



По мнению экспертов, последние 3 года наркосцена в стране претерпевает ряд изменений, молодые люди больше употребляют новые виды психотропных веществ (чаще амфетаминового ряда), при этом услуги программы снижения вреда направлены на людей, употребляющие инъекционные наркотики (опиоиды) и не адаптированы к потребителям синтетических наркотиков.

#### Образование.

Женщины с начальным или нулевым уровнем образования составили 15%. На наличие какой-либо специальности (средне-специального образования) указали 19%, что,

несомненно, повышает шансы на дальнейшее трудоустройство. Женщины со средним образованием составили 54% из 100. Наличие высшего образования выявлено у 5% женщин, все проживали в г.Бишкек (рисунок 5-2).

**Рисунок 5-2. Образование респондентов, %, n-100**



#### **Отношение и семья.**

Семейное положение женщин представлено в таблице 5-2, со слов респонденток 19% женщин состоят в браке (наличие регистрации брака в органах ЗАГС не отслеживалось), 26% имеют гражданских мужей, 42% не замужем, либо разведены. По данному показателю можно судить о необходимости имплементации психо-социальных консультаций или обучающих тренингов для женщин по навыкам межличностных коммуникаций и построения долгосрочных семейных отношений.

**Таблица 5-2. Семейный статус респондентов, %, n-100**

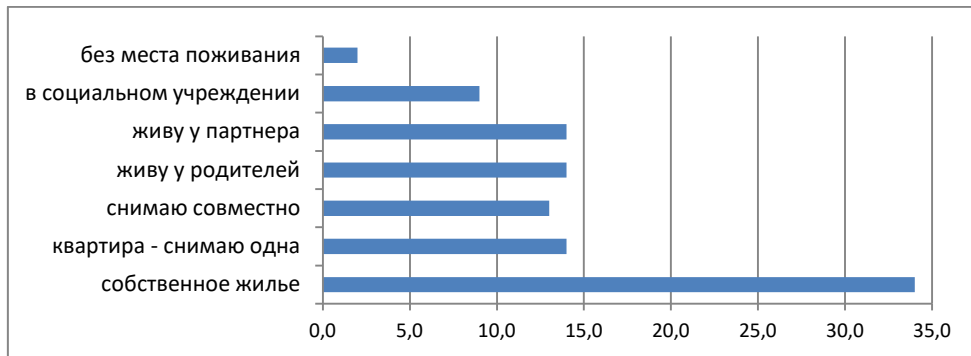
Семейное положение	%
вдова	12
замужем	19
не замужем	21
разведена	21
гражданский брак	26

**Жилищные условия.** Результат опроса не выявил острую потребность в доступе к жилью (см. рисунок ниже). Так, 34% опрошенных указали на владение собственным жильем, 14% женщин живут у партнера, либо у родителей, либо снимают квартиру



самостоятельно. Без места постоянного проживания и/или проживание в социальных учреждениях наблюдается у 11% женщин. Данный факт можно интерпретировать двояко, с одной стороны женщины имеют собственную недвижимость, что, несомненно, повышает уровень благосостояния, но с другой стороны, есть риск стать «легкой мишенью» для недобросовестных людей, которые могут использовать жилье в своих интересах.

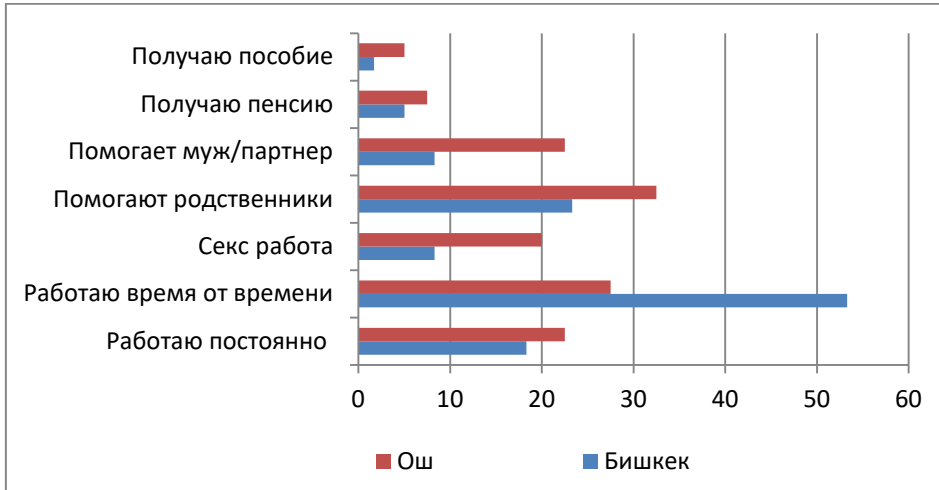
**Рисунок 5-3. Условия проживания респондентов, %, n-100**



#### **Доход и занятость.**

Учитывая факт, что 19% женщин имели средне – специальное образование, 5% - высшее и 7% - неполное высшее, соответственно наличие постоянной работы лишь у 20% опрошенных. На момент опроса большая часть женщин имела нестабильный временный заработок/подработку (53,3% в г.Бишкек и 27,5% в г.Ош), 27% женщин получают финансовую помощь от близких и родных (см. рисунок 5-4). Известно, что женщины зачастую становятся работницами секс индустрии, иногда по принуждению, для того, чтобы оплатить наркотики для себя и своих партнеров. Так, в г.Ош 20 % женщин, употребляющие наркотики озвучили, что вовлечены в секс работу (в сравнении с 8% в г.Бишкек).

**Рисунок 5-4. Источники дохода, %, n-100**



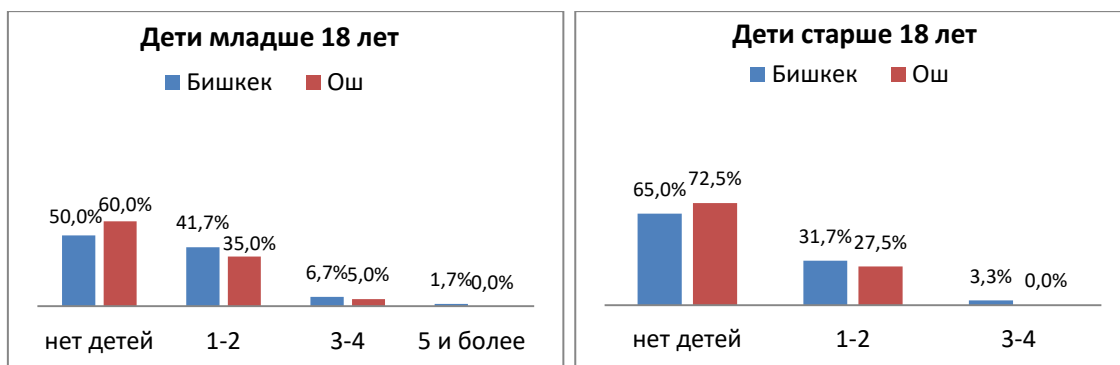
По данным Нацстаткома КР за 2018 уровень бедности населения составил 22,4% (22,5 – женщины и 22,2 - мужчины). Уровень безработицы составил 70 869 человек (1109 на 100.000), из них женщины 50%.

Развитие услуг на расширение финансовой независимости женщин, употребляющих наркотики, такие как социальное предпринимательство, обучение навыкам, микрокредитование актуальны и позволит обрести финансовую независимость и защищённость.

#### Дети и материнство.

Факт наличия детей определяет основные потребности женщин, по результатам опроса, 64% женщин имели как минимум одного ребенка, при этом 46% женщин - несовершеннолетних детей и 32% женщин - детей старше 18 лет. Основная часть женщин имеют по 1-2 ребенка (85%), соответственно многодетные мамы составили 15%, при этом 93% озвучили, что поддерживают связь с детьми. Программа снижения вреда не предоставляет услуги по уходу за детьми, несмотря на высокую потребность.

Рисунок 5-5. Наличие детей, %, n-100



Ниже приведены данные, отражающие корреляцию между наличием детей и социального статуса женщин (см таблицу 5-3). При этом 47%, (n- 64) женщин с детьми, имели постоянного полового партнера, т.е. были замужем или жили в гражданском браке, 89% женщин с детьми имели собственное жилье, 67,2% имели постоянную или временную работу и 11% занимались секс работой.

**Таблица 5-3. Связь наличия детей и семейного положения женщин, %, n- 100**

		есть дети	нет детей	всего
семейное положение	не замужем	9	13	22
		14,1%	36,1%	22,0%
	замужем	14	5	19
		21,9%	13,9%	19,0%
	гражданский брак	16	10	26
		25,0%	27,8%	26,0%
разведена	14	7	21	
	21,9%	19,4%	21,0%	
вдова	11	1	12	
	17,2%	2,8%	12,0%	
Итого		64	36	100
		100%	100%	100%

**Выводы по разделу социально-демографические характеристики женщин:**

- ✓ Средний возраст 40-49 лет (47%),
- ✓ Образование среднее (54%),
- ✓ Не замужем (42%),
- ✓ Имеют собственное жилье (34%),
- ✓ Имеют временный доход (20%),
- ✓ Имеют несовершеннолетних детей (46%),
- ✓ Связь с детьми поддерживается (95%).

Таким образом, основываясь на социально - демографическом портрете женщин, употребляющие наркотики можно сделать вывод о необходимости следующих программ. Прежде всего, нужны услуги, по уходу и поддержке детей, так как большая часть женщин это женщины с несовершеннолетними детьми. Так же необходимо повышать экономическую независимость женщин, внедряя программы направленные на поддержку финансовой грамотности, бизнес планирования и администрирования, микрокредитования, социального предпринимательства. Услуги программы снижения вреда направлены на людей, употребляющие инъекционные наркотики (героин), в связи

с чем, молодые люди остаются без должного внимания, поэтому необходимо интегрировать в программу услуги адаптированные к употреблению новых ПАВ.

### 5.1.2 Доступ к услугам и потребности в услугах

Вопрос доступа к услугам – один из главных задач исследования. Для выполнения поставленной задачи мы разработали структурированную анкету, включающую следующие вопросы:

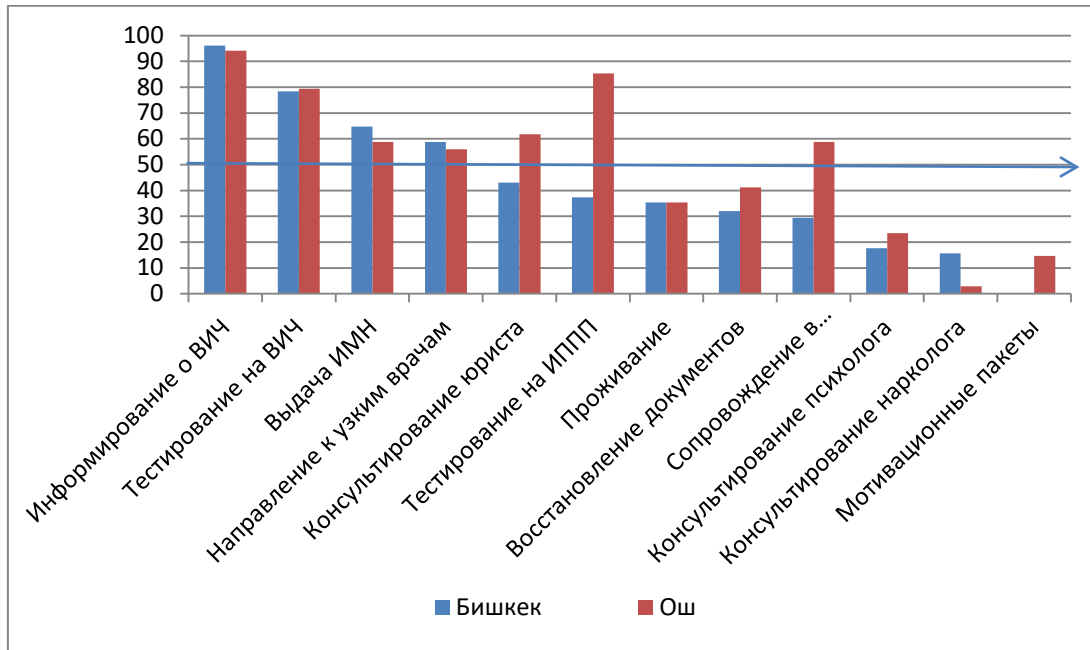
1. Какие виды услуг получали женщины последние 12 месяцев
2. Где получили данную услугу (НПО/ПОШ/ПТМ)
3. В какой юридической помощи нуждались
4. Какую юридическую помощь получили
5. Где получали юридическую помощь
6. Источник информации по юридическим вопросам
7. В какой медицинской помощи нуждались
8. Какую медицинскую помощь получили
9. Где получали медицинскую помощь
10. Источник информации по вопросам здоровья
11. Получают ли какие либо социальные выплаты (пособия, льготы)
12. В какой социальной помощи нуждались
13. Какую социальную помощь получили
14. Куда обращались за социальной помощью
15. Что можно улучшить с точки зрения качества услуг.
16. Какому виду насилия подвергались за последние 12 месяцев
17. Где чаще всего подвергались насилию
18. Обращались ли за помощью
19. Куда обращались за помощью
20. Смогли ли помочь

#### 5.1.2.1 Виды и объемы услуг в НПО (женские центры).

По результатам опроса, **85%** женщин, употребляющих наркотики обращались за услугами в НПО последние 12 месяцев. При этом женщинам предоставляют информацию о ВИЧ, проводят дотестовое консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ, выдают изделия медицинского назначения и направление к узким специалистам, атак же тестирование на ИППП, консультацию юриста и сопровождение в медицинские учреждения. Проживание, восстановление документов, консультация психолога, юриста предоставляются по запросу при необходимости (рисунок 5-6).

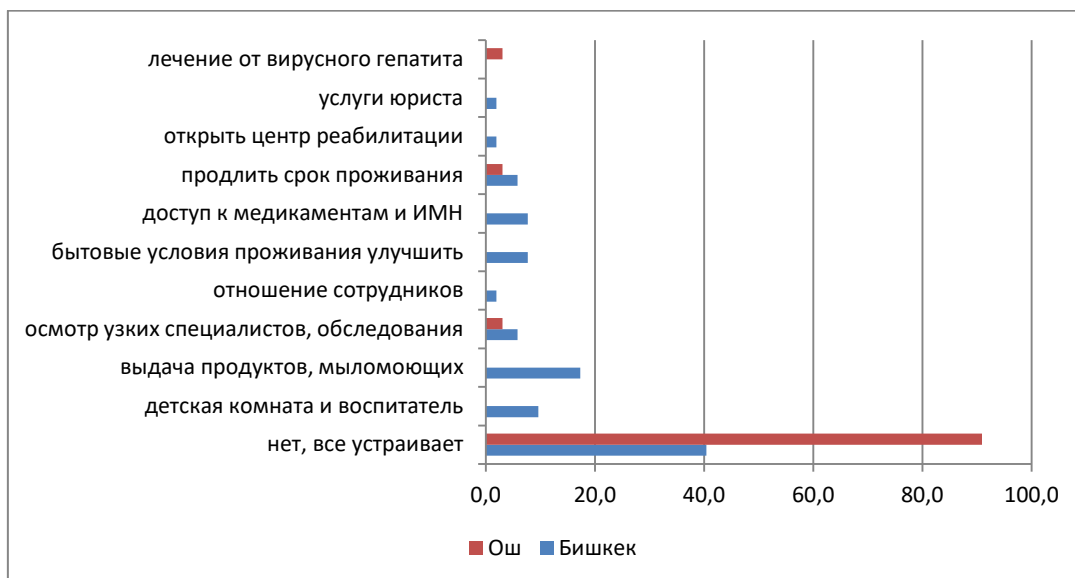
Рисунок 5-6. Список услуг в НПО, последние 12 месяцев, %, n-85

Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в процессы повышения качества и доступа к услугам программы снижения вреда



85% женщин г.Ош и 40% г.Бишкек выразили свою удовлетворенность качеством и спектром услуг, оказываемых в НПО. При этом, были озвучены некоторые рекомендации, такие как, 17.3% женщин хотели бы получать материальную помощь в виде продуктов питания, моющих средств и медикаментов, дальше по убыванию - просят выделить комнату по уходу за детьми, продлить длительность и улучшить условия проживания, а так же включить осмотр узких специалистов (см рисунок ниже).

Рисунок 5-7. Удовлетворенность женщин качеством услуг в НПО, %, n-85

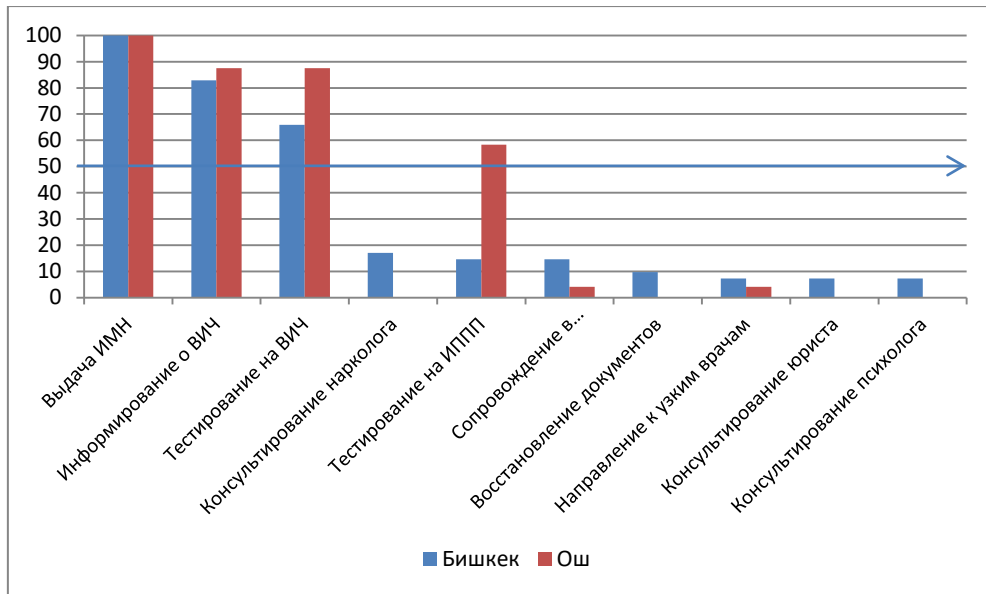


### 5.1.2.2 Виды и объемы услуг в пунктах обмена шприцев (ПОШ)

По данным опроса, **65%** опрошенных женщин обращались за услугами в ПОШ в течение последних 12 месяцев.

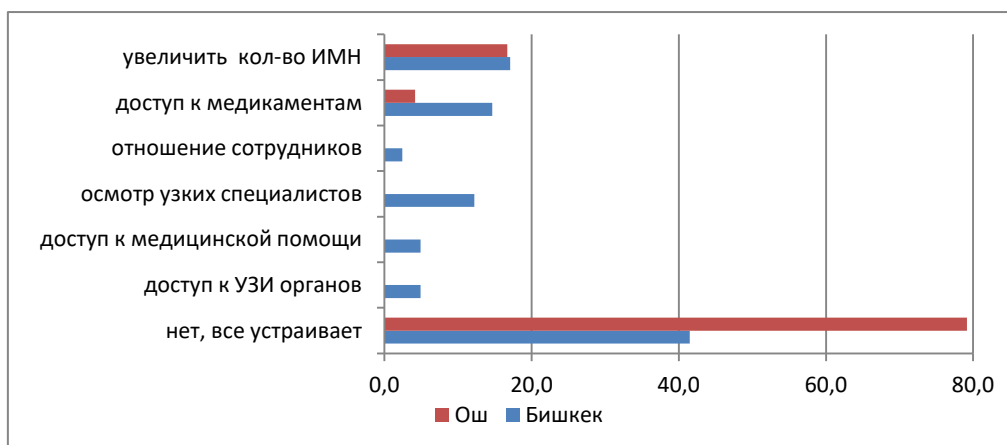
В основной пакет услуг входило: выдача шприцев, изделий медицинского назначения (100%), информирование о ВИЧ (85,2%), консультирование и тестирование на ВИЧ (76,7%), в Оше 58,3% женщин тестировались на ИППП (см рисунок ниже). Доступ к другим востребованным услугам заметно ограничен для участниц ПОШ.

**Рисунок 5-8. Список услуг в ПОШ, последние 12 месяцев, %, n-65**



В целом, женщины удовлетворены качеством услуг в ПОШ (см рисунок ниже). Относительно рекомендаций на улучшение, были получены следующие предложения: увеличить количество шприцев и ИМН (16.9%), увеличить доступ к медикаментам (10.8%), увеличить доступ к узким специалистам (12.2%).

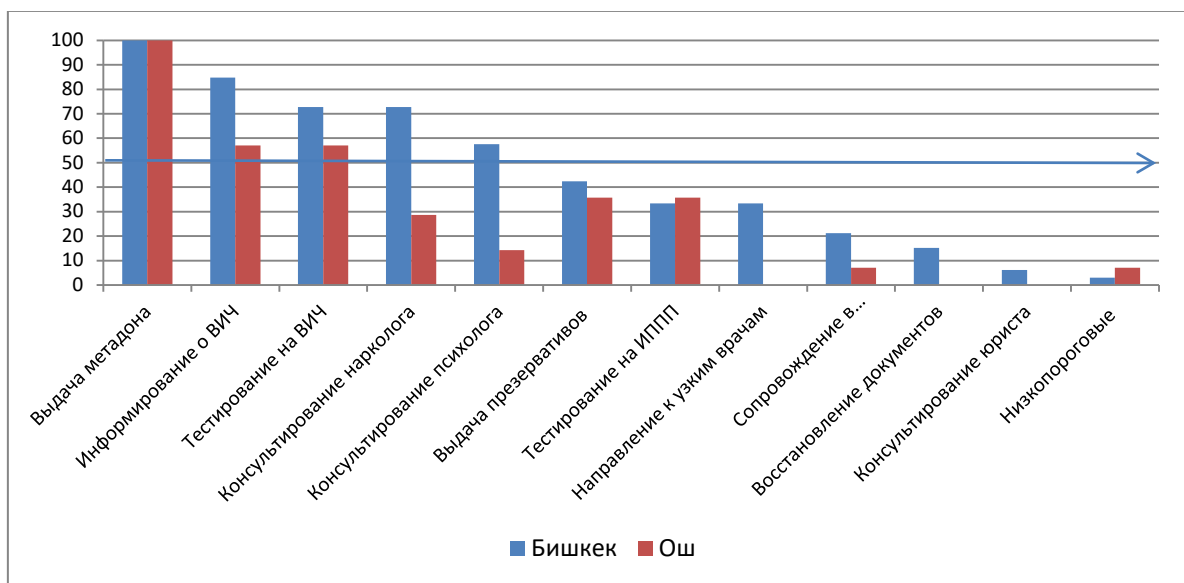
**Рисунок 5-9. Удовлетворенность женщин качеством услуг в ПОШ, %, n-65**



### 5.1.2.3 Виды и объемы услуг в пунктах терапии метадонем (ПТМ).

Согласно полученным результатам опроса, **47%** опрошенных женщин, получили услуги в ПТМ последние 12 месяцев. Кроме метадона, чаще всего женщинам предоставлялась информация о ВИЧ (71%), дотестовое консультирование и тестирование на ВИЧ (65%), в Бишкеке дополнительно можно получить консультирование нарколога (72.7%) и психолога (57.6%). Такие услуги как осмотр узких специалистов, консультирование юриста и восстановление документов были доступны лишь 20% женщин (см. рисунок ниже).

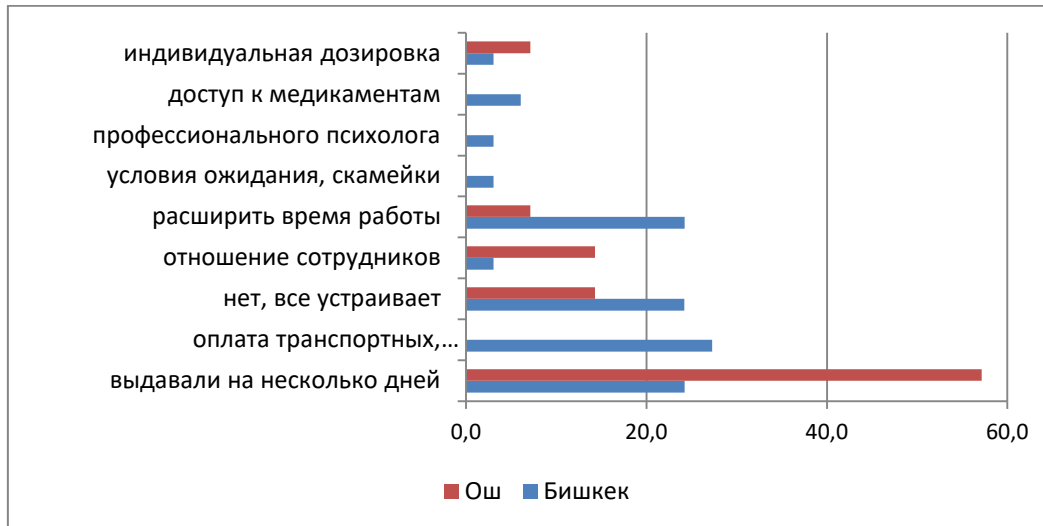
**Рисунок 5-10. Список услуг в ПТМ, которые получали женщины в течение последних 12 месяцев, %, n-47**



Следует отметить, 25% женщин озвучили, что одновременно получают услуги в ПОШ и ПТМ.

Значимо меньшее количество женщин выразили удовлетворенность качеством и доступом услуг в ПТМ (см. рисунок 5-11).

**Рисунок 5-11. Удовлетворенность женщин качеством услуг в пунктах ПТМ,%, n-47**



Большинство респонденток просит увеличить срок выдачи метадона на руки участницам ПТМ (40.7%), дополнительно предлагают изменить график работы пункта с расширением времени (15.7%). В Бишкеке каждая третья женщина нуждается в транспортных или других мотивационных выплатах (27.3%), в Оше участницы не удовлетворены отношением сотрудников (14.3%).

#### 5.1.2.4 Потребность и доступ к юридическим услугам.

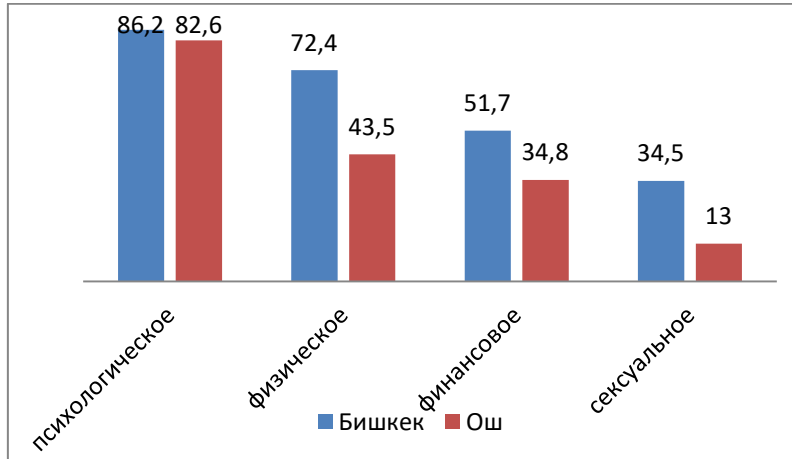
Как известно, женщины, употребляющие наркотики систематически подвергаются различным гендерно обусловленным формам насилия со стороны партнеров, близкого окружения и правоохранительных органов. По данным Нацстаткома КР в 2018 г. 3916 человек обратились в организации здравоохранения по факту насилия в семье, в том числе 2877 женщин. Всего зарегистрировано 7178 человек, совершивших семейное насилие, с выдачей временного охрannого ордера, из них 595 женщин.

С целью детального изучения данного вопроса, в анкету были включены вопросы по всем видам насилия в отношении женщин. Согласно результатам опроса, 52 женщины из 100 сообщили нам, что подвергались какому-либо виду насилия последние 12 мес. Из них, 84% женщин подвергались психологическому давлению, 58% женщин физическому, 24% подвергались насильственным действиям сексуального характера (34.5% в Бишкеке и 13% в Оше) и 43% финансовым ограничениям.

Рисунок 5-12. Виды насилия в отношении женщин, употребляющие наркотики, %, n-52



Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в процессы повышения качества и доступа к услугам программы снижения вреда



Чаще всего женщины подвергаются насилию со стороны половых партнеров (69%, n-52). Наблюдается высокий уровень дискриминации со стороны правоохранительных органов, 34,5% в Бишкеке и 8,7% в Оше озвучили, что столкнулись с неправомерными действиями со стороны милиционеров. Каждая пятая женщина упоминала о давлении со стороны коллег на работе.

Таблица 5-4. Кем были совершены насильственные действия, %, n-52

	Бишкек, (n-29)	Ош, (n-23)	Все участницы, (n-52)
близкие	69	69,6	69,3
милиционеры	34,5	8,7	21,6
коллеги	24,1	21,7	22,9
соседи	13,8	13	13,4
в общественных местах	6,9	0	3,5
медицинские работники	3,3	4,3	3,8

Из 52 женщин, указавших на какие либо насильственные действия, только 9 (17%) смогли обратиться за помощью (см. таблицу ниже). Как видно из таблицы, в единичных случаях женщины решаются обратиться либо к участковому милиционеру, либо к юристу или психологу.

Таблица 5-5. Обращались за помощью, n-52

	обращалась за помощью					Итого
	да, без уточнения	да, к участковому	вышестоящ ему сотруднику	нет	к юристу, психологу	
Бишкек	1	2	1	25	0	29
	3,4%	6,9%	3,4%	86,2%	0%	100%

Ош	1	0	1	<b>18</b>	3	23
	4,3%	0%	4,3%	<b>78,3%</b>	13%	100%
Итого	2	2	2	<b>43</b>	3	52
	3,8%	3,8%	3,8%	<b>82,7%</b>	5,8%	100%

Причины, по которым женщины не обращаются за помощью различные, из 43 женщин, которые не стали искать помощь, 9 сообщили, что боялись негативных последствий, еще 9 женщин испытывали дискомфорт и стыд, 8 женщин не верят в правосудие и 6 женщин не знают к кому обратиться.

Таким образом, вопросы доступа к юридическим услугам крайне актуальны среди женщин, употребляющие наркотики. Так, 67% женщин нуждались хотя бы в одной юридической услуге в течение 12 месяцев. Как видно из таблицы 5-6, наиболее востребованными являются услуги по восстановлению документов (48% нуждались, 39% получили), консультация юриста требовалась в 37% случаев, получили 50%, 11% женщин нуждались в адвокате при задержании (4 женщины – ПОШ и 3 - ПТМ г.Бишкек), получили -0. В рамках исследования мы не изучали причины, по которым женщины не смогли получить ту или иную услугу.

**Таблица 5-6. Потребность в юридической помощи, в течение последних 12 месяцев, %, n-67**

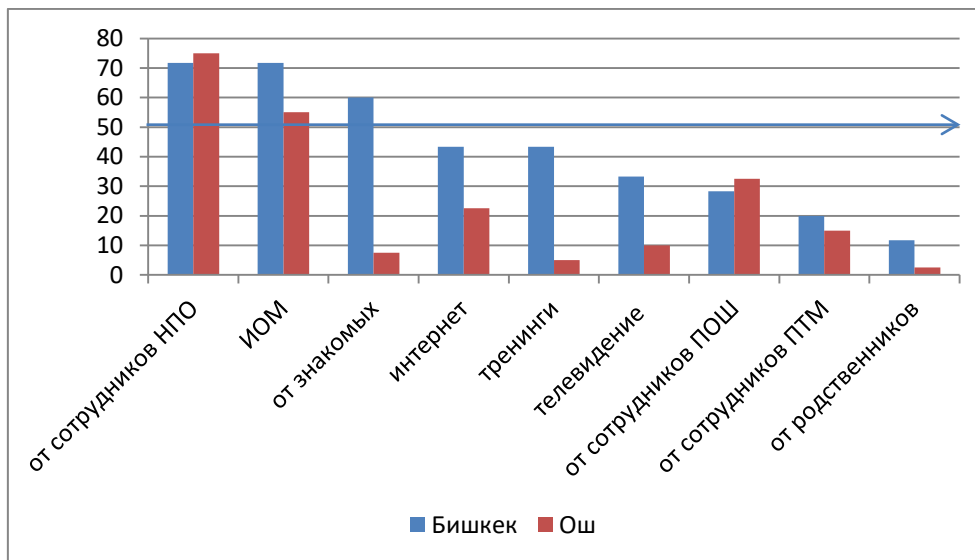
	Бишкек, (n-39)		Ош, (n-28)	
	нуждалась	получила	нуждалась	получила
Юридическая консультация	30	40,6	47,5	58,8
Юрист для подачи заявления	8,3	9,4	12,5	14,7
<b>Восстановление документов</b>	<b>43,3</b>	<b>40,6</b>	<b>50</b>	<b>38,2</b>
<b>Адвокат при задержании</b>	<b>11,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Представление на суде</b>	<b>5</b>	<b>3,1</b>	<b>7,5</b>	<b>5,9</b>

Следует отметить, что основная масса женщин за решением проблем обращаются непосредственно в НПО, так, 36 из 67 женщин (54%) получили услуги в женских центрах, 6 женщин смогли самостоятельно решить свою задачу и 2 женщины обратились за помощью к социальному работнику ПТМ.

Знания вопросов по правам человека важный аспект программ профилактики дискриминации. Большинство информации по правовым аспектам женщины получают

от сотрудников НПО и женских центров. Об этом говорят 73% опрошенных женщин. Информационные материалы так же оценены женщинами как информационный ресурс (63% женщин сделали ссылку на ИОМ). Далее по убывающей, можно получить информацию от знакомых, интернет источников, телевидения и тренингов (см. рисунок 5-13).

Рисунок 5-13. Источник информации по правам человека, %, n-70



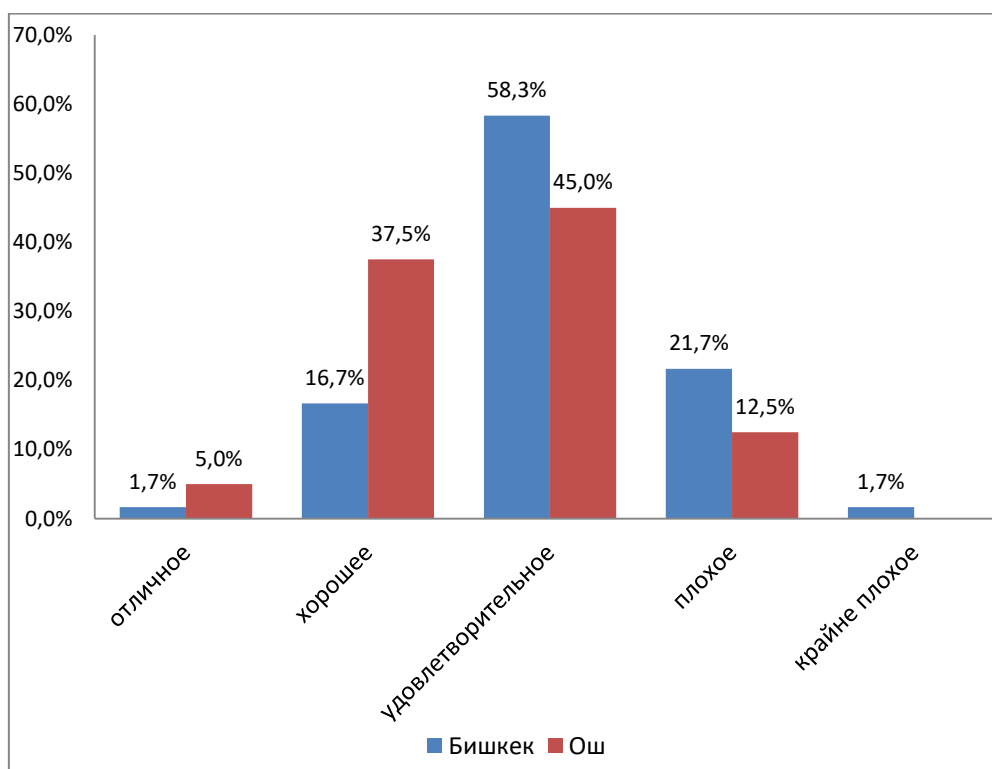
#### 5.1.2.5 Потребность и доступ к медицинским услугам.

Существует множество публикаций, где описывается негативное влияние последствий от употребления наркотиков на организм человека. (Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23554523](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23554523)). Последствия от употребления являются проявлением рискованного поведения, которое присуще людям, употребляющим наркотики и основным фактором риска социально-значимых заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, ТБ, вирусные гепатиты В и С (13).

Ряд исследований с участием ЛЖВ показывает более частую вовлеченность женщин по сравнению с мужчинами в поведение, способствующее распространению ВИЧ-инфекции: незащищенный секс (Срепаз N., 2004; Holstad M., 2006; Плавинский С., 2009; Vasquez C., 2013), худшую приверженность к лечению (Simoni J., 2007; Moor D., 2010), употребление психоактивных веществ (ПАВ) (Stein M., 2005; Abdala N., 2013).

Участниц опроса просили субъективно оценить состояние своего здоровья (рисунок 5-14).

Рисунок 5-14. Самооценка состояния здоровья, %, n-100



Как видно по рисунку 5-14, каждая вторая женщина ответила, что чувствует себя удовлетворительно, оценив свое состояние как среднее, каждая третья женщина чувствовала на момент опроса себя хорошо. Однако 19% женщин озвучили о плохом и крайне плохом самочувствии, которым требовался квалифицированный медицинский уход.

По результатам опроса, из 100 женщин 80 признались, что нуждались в медицинской помощи. Как показано в таблице 5-8, самой востребованной медицинской услугой среди женщин, употребляющих наркотики является консультация гинеколога (28% нуждались, 21% имели доступ) и обследование УЗИ (19% нуждались, 9% имели доступ, разрыв превышает потребность), идентичная ситуация с осмотром всех узких специалистов. Госпитализация требовалась в 7%, имели доступ - 0.

Таблица 5-7. Потребность в медицинской помощи, %, n-80

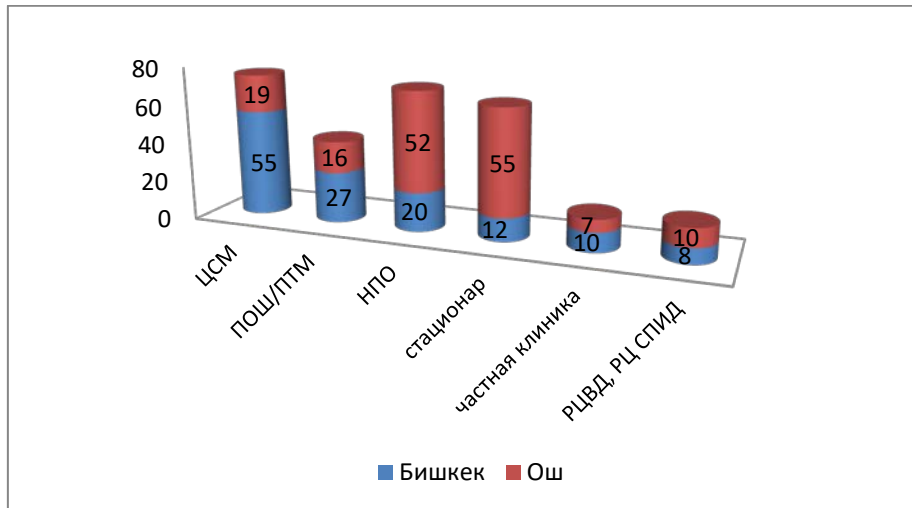
	Бишкек, (n-49)		Ош, (n-31)	
	нуждался	получил	нуждался	получил
гинеколог	36,7	23,3	20	20
обследования УЗИ	20	3,3	17,5	12,5
терапевт	16,7	8,3	7,5	0

Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в процессы повышения качества и доступа к услугам программы снижения вреда

хирург	13,3	5	15	10
кардиолог	8,3	5	7,5	5
стоматолог	6,7	3,3	7,5	0
эндокринолог	5	8,3	2,5	7,5
детокс	5	1,7	0	0
госпитализация	3,3	0	10	0
травматолог	1,7	0	0	0
невропатолог	1,7	0	0	0
медикаменты	1,7	0	7,5	10
тестирование на ВИЧ	0	35	0	37,5
лечение АРВ препаратами	0	10	0	22,5
психолог	0	15	0	10
нарколог	0	15	0	0

Необходимо отметить, что осмотр гинеколога можно получить бесплатно в центрах семейной медицины (ЦСМ) по месту проживания при условии наличия паспорта с указанием постоянного места проживания (прописки) либо по справке выданной НПО, о том, что женщина является получателем услуг проживания в НПО ([foms.kg/page/pamyatka](http://foms.kg/page/pamyatka)). Учитывая тот факт, что у многих женщин нет документов, либо нет прописки в Бишкеке или Оше, получить данную услугу можно только в частной клинике с высокой оплатой или находиться в контакте с НПО. Подобная опция стала возможной после длительной адвокационной кампании сотрудников ОФ «Астерия». Идентичная ситуация наблюдается в доступе ко всем узким специалистам и к системе здравоохранения в целом. Таким образом, можно утверждать, что роль НПО неоспорима в вопросах доступа к услугам.

Рисунок 5-15. Где вам предоставили медицинскую помощь, %, n-80



Как видно на рисунке 5-15, 36% (n=80) женщин обратились за помощью в НПО (20% в Бишкеке и 52% в Оше), 35% женщин получили медицинскую помощь непосредственно в ЦСМ (55% в Бишкеке и 19% в Оше), 34% в стационаре (12% в Бишкеке и 55% в Оше). Самостоятельно получить медицинскую услугу порой становится крайне сложно, по причине отсутствия документов и финансов, страха открытия статуса, недостаточных знаний, самостигмы, поэтому социальное сопровождение и содействие в госпитализации очень востребованная услуга среди женщин. Необходимо отметить, что социальное сопровождение предоставляется в женских центрах за счет донорского финансирования.

#### 5.1.2.6 Потребность и доступ к социальным услугам.

Лица, живущие с ВИЧ статусом (ЛЖВ) имеют право на социальное обеспечение и обслуживание в порядке, предусмотренном законодательством, на общих основаниях. Постановлением Правительства КР от 25 апреля 2006 года №296 на основе Закона «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республики» установлены процедуры и порядок получения пособия. Так же существует Закон КР «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» (В редакции Закона КР от 27 января 2014 года N 18) где малоимущие и малообеспеченные семьи, а так же лица, оказавшие в трудной жизненной ситуации, имеют право на государственные пособия и/или льготы.

Для получения социальных выплат в виде социальных пособий необходим перечень обязательных документов. У многих женщин отсутствие документов является главным препятствием для получения социальных пособий и льгот.

Как показано в таблице 5-8, у 37% респонденток Бишкека и 5% Оша отсутствуют документы, необходимые для оформления социального пособия или льготы. 15% по г.Бишкек и 10% по г.Ош не знают и не владеют какой-либо информацией о процедурах и порядке социальных выплат, таким образом 25% женщин нуждаются в консультировании

и обучении. 9% женщин сообщили, что уже получают пособие и 2 женщины в процессе сбора документов.

**Таблица 5-8. Социальные пособия, %, n-100**

	<b>Бишкек (n-60)</b>	<b>Ош (n-40)</b>
нет показаний	21,7	60
да, получаю	3,3	17,5
не хотела	18,3	0
нет документов	36,7	5
нет информации	15,0	10
собираем документы	3,3	7,5
страх разглашения статуса	1,7	0

Относительно льгот, ЛЖВ имеют право на следующие виды социальных льгот согласно Закона «о ВИЧ/СПИДе в КР»<sup>26</sup>:

- получение медицинских услуг на льготных условиях
- бесплатное получение медикаментов и изделий медицинского назначения по основному виду заболевания в амбулаторно-поликлинических учреждениях по медицинским показаниям;
- получение социальных пособий;
- бесплатный проезд на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси), а в сельской местности - на автомобильном транспорте общего пользования, в пределах административного района по месту жительства, с 50% скидкой на пригородных и междугородних маршрутах с 1 октября по 15 мая;
- 25% скидку при оплате за электрическую и тепловую энергию;
- 25% скидку за потребление горячей воды в сутки в соответствии с утвержденными нормами на 1 человека;
- неработающие одиноко проживающие инвалиды - на 40% скидку на природный газ в пределах установленной нормы.

Как видно из таблицы 5-9, 33.3% женщин Бишкека и 2.5% Оша не имеют документов (среднее 21%), 36% женщин не владеют информацией и не знают о процедуре выдачи социальных льгот, 7 женщин уже получают и 2 женщины в процессе сбора необходимых документов.

**Таблица 5-9. Социальные льготы, %, n-100**

<sup>26</sup> Постановление Правительства КР от 25 апреля 2006 года №296 на основе Закона «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» установлено положение и порядок выдачи социальных льгот.

	Бишкек (n-60)	Ош (n-40)
нет показаний	26,7	70
да, получаю	3,3	12,5
не хотела	10,0	0
нет документов	33,3	2,5
нет информации	21,7	15
собираем документы	3,3	0
страх разглашения статуса	1,7	0

Женщины, употребляющие наркотики нуждаются в широком спектре социальных услуг (см. таблицу 5-10).

**Таблица 5-10. Потребность в социальных услугах, %, n-78**

	Бишкек (n-46)		Ош (n-32)	
	нуждались	получили	нуждались	получили
трудоустройство	40	13,7	55	16,2
восстановление документов	33,3	15,7	40	27
проживание	31,7	21,6	42,5	37,8
образование	20	7,8	15	2,7
уход за детьми	15	5,9	10	2,7
социальное сопровождение	11,7	9,8	50	59,5
одежда, питание	8,3	0	7,5	16,2

Как видно из таблицы выше, социальные услуги доступны для женщин, употребляющих наркотики, но покрывают потребности женщин частично, т.е. виды услуг соответствуют потребностям, а объемы услуг не покрывают все нужды. Так, наиболее востребованной услугой является трудоустройство, об этом упомянули 40% женщин г.Бишкек и 55% г.Ош. Трудоустройство одна из главных проблем в стране, особенно в маленьких городах, когда жители могут знать друг друга. Стигма в отношении женщин, употребляющих наркотики часто не позволяет им устроиться на работу, или удержаться на рабочем месте на длительный срок.

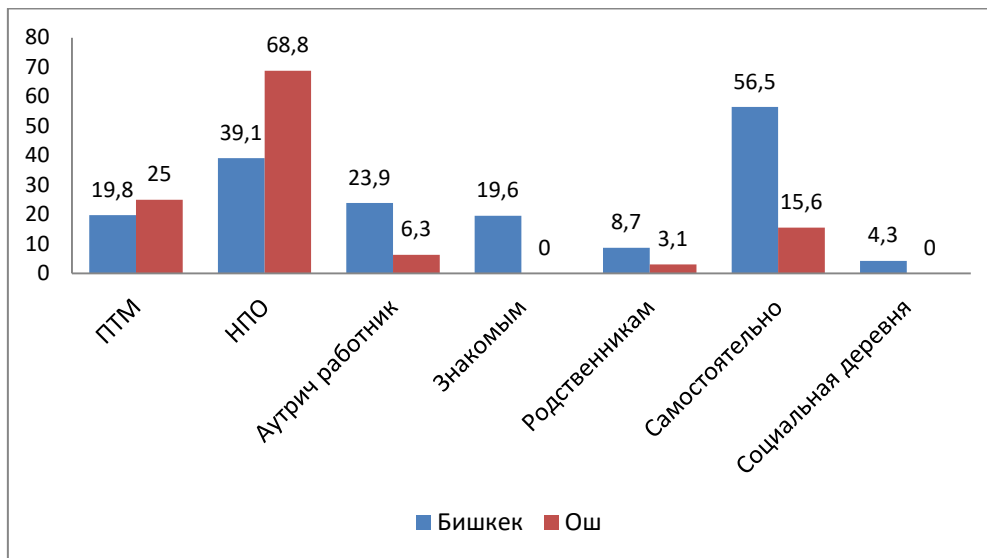
Многие женщины озвучили потребность в повышении уровня образования, так, 20% и 15% женщин Бишкека и Ош соответственно хотели бы обучиться и/или приобрести дополнительный навык, при этом лишь единицы смогли удовлетворить данную



потребность. Наличие и доступ к детским учреждениям очень важный вопрос в социальной адаптации женщин, многие женщины сталкиваются с трудностями при устройстве детей в детские учреждения, прежде всего из-за отсутствия необходимых документов (свидетельства о рождении, паспорта, прописки и т.д).

Потребность в материальной помощи в виде одежды и продуктов питания озвучили 8 женщин из 78, при этом нужно отметить, что в г.Ош женщины имеют возможность получить подобную поддержку в женском центре.

Рисунок 5-16. К кому обращались за социальной помощью,%, n-78



Согласно полученным результатам, 78 женщин нуждались хотя бы в одной социальной услуге последние 12 месяцев. Как видно по рисунку выше, из них 51% (n-78) женщин смогли решить свои проблемы в НПО (69% женщин г.Ош указали на это и 39% г.Бишкек). 39% женщин указали, что решили вопрос самостоятельно, небольшая часть женщин обратилась в пункты ПОШ и ПТМ (21%), напрямую к аутрич работникам (16.7%), самая незначительная часть просит помощи у родственников или знакомых (11%).

Таким образом, результаты опроса показывают, женщины, употребляющие наркотики нуждаются в широком спектре услуг. Основные выводы по оценке нужд и потребностей ниже:

**Главные вызовы:**

- отсутствие документов (35%),
- отсутствие стабильного дохода (80%),
- доступ в детский сад и школу только у 15%,
- подвергаются систематическому насилию (52%),
- из них обращаются за помощью только 17% (n = 52)

**Наиболее востребованные услуги:**

- восстановление документов (46%),
- трудоустройство (46%),
- юридическая поддержка (30%),
- обследование у гинеколога и ультразвуковая диагностика (30%),
- проживание (28,4%),
- устройство в детские учреждения (15%),
- повышение уровня образования и/или квалификации (17%)

**Роль программы снижения вреда в доступе к услугам:**

- 65% получают услуги в ПОШ,
- 47% получают услуги в ПТМ,
- 25% получают услуги одновременно в ПОШ и ПТМ

**Роль женских центров:**

- 85% обратились в НПО,
- 54% женщин решили юридические потребности,
- 36% женщин получили медицинские услуги,
- 51% социальные услуги.

Как видно, большая часть потребностей покрывается в женских центрах за счет проектов из донорских средств. Услуги представлены в небольших объемах, поэтому многие женщины остаются с нерешенными задачами один на один и зачастую не берутся за их решение самостоятельно. Значимое влияние неправительственного сектора в решении потребностей социального, медицинского и юридического характера неоспоримо.

## **5.2 Вовлеченность женщин, употребляющие наркотики в программу снижения вреда. Результаты интервью с лидерами и активистками сообщества женщин, употребляющие наркотики.**

Вовлеченность и значимое участие женщин, употребляющие наркотики в программах снижения вреда неотъемлемая часть успешной реализации программы. Их опыт и вклад в разработку, реализацию, мониторинг и оценку услуг позволит обеспечить информированный подход к предоставлению услуг, вследствие чего повысится экономическая эффективность и результативность программы.

Мы изучили вопросы вовлеченности женщин в процессы по улучшению доступа и качества услуг в Кыргызской Республике и существующие возможности и механизмы, работающие для повышения доступа к услугам.

Всего было опрошено 6 женщин сообщества, принимающих активное участие в процессах, инициативах, активностях, влияющих и расширяющих возможности всего сообщества людей, употребляющих наркотики, а так же направленных на повышение качества и улучшение доступа услуг для женщин, употребляющих наркотики. Глубинное

интервью проводилось с директором женского центра, координатором проекта, социальными работниками, специалистом по адвокации, лидерами движений.

### 5.2.1 Женщины и снижение вреда в Кыргызской Республике глазами женщин - лидеров.

Абсолютно все женщины единогласно считают, что равенства между женщиной и мужчиной в обществе не наблюдается, невзирая на все усилия гражданского сектора и принятые законопроекты в стране. Женщина по-прежнему остается «догоняющим» полом, общество патриархально и не приемлет равноправия для обоих полов. Женщине навязаны стереотипная модель поведения и гендерные роли, следуя которой она автоматически попадает в зависимое положение от мужчины, так как ее возможности на рынке труда резко ограничиваются. Женщины, употребляющие наркотики подвержены двойной стигме по причине гендерной принадлежности и по причине уязвимости к ВИЧ-инфекции. Некоторые отметили стигму в отношении женщин, употребляющих психоактивные вещества со стороны женщин других групп.

*«..Женщина находится в уязвимом и не равном положении в сравнении с мужчинами в КР, в принципе, не только в отношении своего здоровья и финансового положения. Женщина из уязвимых групп подвержена множественной перекрестной стигме и дискриминации, она ущемлена в правах во много раз, тем, что, не имеет доступа к ресурсам и/или доступ ограничен. Менталитет, культуральность и религия большинства людей чаще способствуют гендерным стереотипам в отношении женщин и ущемляют тем самым права, гарантированные Конституцией и Законами КР для всех граждан, не зависимо от пола. Женщины же уязвимых групп «демонизируются» в обществе, в связи с чем подогревают ненависть к таким группам со стороны и общества, и государства. Отсутствие жилья (места прописки), документов, самостигма и другие проблемы являются барьерами для самореализации женщины ЛУН как лидера, как активистки, и не позволяет себя идентифицировать для отстаивания прав. Проблема вовлеченности и участия женщин в Кыргызстане: устои, традиции, менталитет, набирающая обороты религиозность. Все вышеперечисленное не позволяет женщинам полностью реализовать свой потенциал на всех уровнях (политических, должностных, доступ к хорошей ЗП и командировкам и т.п.)....»*

*«...Женщины ЛУН дискриминируются со стороны мужчин, это известно, они вынуждены заниматься секс работой для заработка на наркотики себе и партнеру, многих специально вовлекали в активное употребление партнеры, для дальнейшего использования в качестве добычи финансов на наркопотребление...»*

*«..Женщина, употребляющая наркотики испытывает несколько форм дискриминации, которые пересекаются, это всем известно. Трудности в семье, от близкого окружения, стигма и дискриминация внутри сообщества, а также со стороны общества, нарушение прав, криминализация наркопотребления, накладывает отпечаток на женщин и негативно влияет на качество жизни. Учитывая патриархальность общества и политику страны, женщина находится на вторых ролях. Стереотипность роли женщины влияет на доминантность во взаимоотношениях между мужчинами и женщинами, что в свою очередь влияет на положении*

*женщины. При распределении гендерных ролей, женщина имеет подчиненную функцию мужчине, поэтому мужчина имеет большое влияние на поведение женщины, т.е. на приверженность, на доступ к медицине, на ее планы, на ее решения. Огромное влияние оказывается на вопросы планирования семьи, выбор и использование контрацептивов, решение и выбор методов лечения от наркотической зависимости, окончательное решение, остается за мужчиной...»*

Значимое большинство женщин считают программу снижения вреда в стране гендерно не чувствительной. Оценку нужд и потребностей женщин не проводили с 2010 года, услуги, предоставленные в рамках программы снижения вреда, не учитывают гендерную специфику и потребности. Вопросы по уходу за ребенком, инструментальные обследования и осмотр узких специалистов не финансируются в рамках программ снижения вреда.

*«Относительно программы снижения вреда, то она не учитывает гендерный аспект. Нужно добавить в существующие программы модель помощи женщинам и ее детям как дополнительный бонус. Нужно увидеть какие есть особенности, трудности, потребности у женщин и какие есть услуги в стране, покрывающие нужды. Дополнить недостающие услуги в программах снижения вреда...»*

### **5.2.2 Личная история женщин – лидеров сообщества.**

Личные истории женщин, проложившие свой жизненный и профессиональный путь от групп самопомощи и реабилитации до сотрудника и активного участника организаций, помогающих людям, употребляющие наркотики, не похожи друг на друга. Объединяет все истории прошлый опыт потребления инъекционного наркотика, прохождение реабилитации, посещение групп самопомощи и мотивацию помогать женщинам, употребляющим наркотики, оказавшимся в идентичной ситуации, основываясь на собственном примере. Каждая женщина набирала опыт, работая волонтером в организациях, оказывающих услуги лицам, употребляющим наркотики. Многие являлись участницами первых групп самопомощи в стране, кто то начинал создавать женские центры, развивать сеть НПО.

Прослеживается единая отличительная черта характера всех участниц интервью, необходимая для проявления лидерских качеств - это потребность в реализации своего потенциала, желание изменить ситуацию и увеличить возможности для многих других женщин, оказавшихся в подобной ситуации.

Ниже приведены несколько примеров личных историй.

*«..С 2006 г была волонтером Ранар. В то время и стало ясно, что все программы на тот момент хорошие, но направлены в основном на мужчин, нет гендерной чувствительности. Поэтому мы решили объединиться и начать деятельность, направленную на женщин ЛУИН. В 2007 зарегистрировали Общественный Фонд Астерия, пройдя свой личный путь, имея собственный опыт употребления наркотиков, начали адвокационную работу, стали*

*узнаваемы, провели исследование по нуждам женщин, после чего уже получили проект на предоставление услуг, на основе результатов исследования. Только пройдя личный путь можно точно знать, с чем сталкиваются женщины употребляющие наркотики и как им помочь...»*

*«..Моя борьба за трезвую жизнь началась с посещения группы самопомощи анонимных наркоманов. Затем, я прошла детокс на дому, но через 4 месяца трезвой жизни сорвалась. Через 8 месяцев я опять попробовала без детокса пережить ломку от наркотиков, тогда рядом с мной были друзья из группы самопомощи, которые вновь в меня поверили и помогли мне бросить наркотики. Друзья не отходили от меня ни на шаг в течение 24 часов, пока я не переборола ломку. В 26 лет я смогла начать новую жизнь. Параллельно вместе с друзьями, нас было 5 человек, и я была единственной девушкой среди них, которые тоже были экс потребителями наркотиков, начали консультировать и помогать другим, кто желал бросить наркотики. У нас появилась идея организовано оказывать помощь себе подобным. Первоначально, я совместно с моими единомышленниками, нашла дом, где за счет аренды мы сделали ремонт и привели в порядок огород. Совместный труд и общее стремление быть чистыми, помогли нам строить планы и быть уверенными в завтрашнем дне. Днем мы занимались трудотерапией, а вечером собирались вместе и проводили группы самопомощи, делились эмоциями и внутренними переживаниями. Так зародилась первая организация в Кыргызстане созданная из сообщества людей, употребляющих наркотики, которая называлась «Единство». Очень много лет назад в Кыргызстан приехал эксперт из Польши Павел Мочадловский с идеей открыть реабилитационный центр "Атлантис" в Кыргызстане. В первую очередь он узнал есть ли в Кыргызстане группы самопомощи для людей, употребляющих наркотики, сотрудники Фонда Сорос сказали, что знают таких ребят и организовали ему встречу с нами. С первых минут знакомства он был восхищен нами. Ко мне лично, с самого начала он отнесся как к дочери, поскольку у нас совпадали знаки зодиака и мы были очень близки по характеру и духу. Я очень благодарна Павлу Мочадловскому за веру в меня и мой потенциал. После встречи с нами, он принял решение, что программу «Атлантис» будет внедряться через первую организацию из сообщества по принципу равный - равному. Мы познакомились с представителем Министерства Юстиции и я совместно со своими друзьями, создала Общественное объединение «Центр Терапии Ранар». Первый реабилитационный центр «Атлантис» был открыт нами в исправительных учреждениях №3 и №47. Мы также начали работу с заключенными и ЛЖВ, так как среди нас один человек, живущий с ВИЧ. Первые группы самопомощи для ЛЖВ начали проводиться нами в исправительном учреждении №47.*

*Организация «Counterpart», в лице Чинары Камарли дали нам первый грант на строительство дома реабилитации в горах. Асанов - врач с наркологии письменно написал, что стране необходима Миннесотская модель реабилитации. Это было очень большой поддержкой. Когда нами уже было завершено строительство дома, к нам приехал Никола Канто, который в то время был директором AFEW International, он поддержал нас и профинансировал строительство душевой через AFEW в Кыргызстане. На тот момент нами уже осуществлялся Проект социального сопровождения заключенных, который был инициирован Министерством Юстиции. Они обратились к нам с просьбой реализовать данный проект. Мы открыли 13*

*социальных бюро, в каждой колонии, в которых у нас работали по 2 соц работника в каждом кабинете. Мы встречали людей после освобождения, заселяли в дом, где жили мы сами. Ни одна организация не позволяла так близко подпустить к себе сообщества. Я думаю, все зависит от внутренней мотивации и идеи, а не из-за финансовой заинтересованности. Не обязательно нужно быть человеком из сообщества, можно быть союзником и помогать искренне.*

*В 2004 году была создана ОЮЛ Ассоциация «Сеть снижения вреда». Мы начали адвокационные мероприятия очень активно и временами нам приходилось быть очень напористыми, чтобы отстаивать свои идеи и интересы. Была сильная дискриминация и стигма. Но моя уверенность в себе и вера в мою идею помогли мне добиться достижения целей.*

*Позже на одной конференции мы встретились с Николя Канто и обговорили первый проект СТАРТ в исправительных учреждениях. Правда он тогда дублировал проект CARHAP. Я посмотрела проекты и продумала механизмы исключения дублирования. CARHAP передал Проект СТАРТ ПРООНу, а AFEW были первыми суб-реципиентами, а мы в свою очередь суб-суб-реципиентами. В 2013 году Ассоциация «Сеть снижения вреда» прошла оценку потенциала ПРООН и стала реализовывать проект напрямую. В 2014 году USAID пришел в страну с региональным проектом HIV REACT, аналогичной деятельности проекта ПРООН. Мною было проведено много переговоров и переписок. Поскольку дублирование деятельности я считала неприемлемым. Позже ПРООН в связи с ограничением финансирования и исключением дублирования передал социальные бюро в проект HIV REACT, который продолжил работу по модели Старт плюс. Сейчас HIV React в основном направлен на ЛЖВ, это тоже было мое предложение. Главное не стараться заменить друг друга, а дополнить, каждый должен заниматься своим делом, что у него получается делать лучше других.*

*Как я уже говорила в начале, изначально нас было пятеро, но на разных этапах наши дороги разошлись и в какой-то момент мы с Шером остались вдвоем. Я человек очень активный, вечно генерирую идеи, а Шер мог оформить мои идеи в проекты. Но, несмотря на это, мы были одни. Я постоянно говорила о том, что общинных организаций должно быть много. Они должны быть клиент-центрированы. И тогда зародилась идея создания организации для женщин. Поскольку все услуги на то время были ориентированы на «ОНО». Поскольку женщина кроме проблем с наркотиками, имела и много других трудностей и нюансов, в том числе она сталкивалась с сексуальным и физическим насилием как со стороны своих партнеров, так и сотрудников правоохранительных органов, отсутствием услуг, ориентированных на женщин. Так появился ОФ «Астерия». Я лоббировала многие НПО международным организациям, международным программам. Я помогала молодым организациям в самом начале пути, получить первый грант, проект, потом я не вмешивалась ни в политику организаций, ни в финансирование. Благодаря ошибкам, опыту и личному пути многие члены сообщества выросли профессионально.*

*Я безусловно преуспела как лидер сообщества ЛУИН в целом, с точки зрения продвижения новых идей, людей, организаций, но я не лидер непосредственно женского движения. Как женщина я не чувствую себя абсолютно состоявшейся, у меня есть много нерешенных задач. Мы, люди из сообщества потребителей наркотиков, очень хотим, чтобы наркотиков не было в стране, потому что знаем, что это такое. Хотим, чтобы не было молодых людей, начинающих употреблять наркотики, не было ВИЧ, туберкулеза, гепатита С. Очень не хочется видеть слезы детей, родителей, мужей, жен, потому что наркопотребитель в семье - трагедия. А трагедия одной семьи - это трагедия всей страны...»*

Все женщины уверены, что только в условиях сильной внутренней мотивации и желания изменить жизнь можно добиться длительной ремиссии или полного отказа от употребления наркотиков. В случае, когда на реабилитацию приводят родители или близкие люди, без осознанного внутреннего настроя, успех ограничивается в значительной степени.

*«...В один день моя подруга умерла у меня на руках, этот стресс перевернул мое отношение к жизни. Я решила всеми силами бороться и лечиться от зависимости. Очень важно, чтобы потребитель сам пришел к решению лечиться, ничто не поможет человеку, если он сам не захочет вылечиться...»*

Желание помогать, служить людям, можно считать одним из ключевых моментов для поддержки внутреннего настроя следовать трезвому образу жизни. Многие женщины указывали на потребность быть полезными и изменить жизни других, мотивируя личным примером.

*«...У меня, как и у многих, все начиналось с моей активной позицией, желанием помочь людям, быть занятой, вовлечением в программы снижения вреда. Точкой входа в программу стала аутрич работа. Я употребляла наркотики и пошла на ПТМ, обычно на заместительную терапию идут из - за финансовых трудностей или проблем с правоохранительной системой. Я пошла добровольно, потому что я устала от этого образа жизни...»*

*«...Я личным примером, мотивирую людей преодолевать зависимость, или перейти на метадон, повысить знания в вопросах здоровья, прав человека. Мы работаем и сотрудничаем со всеми НПО, живем дружной семьей. Женские центры являются спасительным кругом для женщин, потому что только у нас доступ к услугам реально возможен...»*

*«...В 2011 пришла в проект метадоновый детокс, бесплатно пролечилась и прошла реабилитацию в Плюс центре. Так я пришла в реабилитационный центр г.Ош и начала лечение. В этот период у меня появилась потребность помощи людям, таким как я, начала ходить в церковь, поняла, что надо служить людям. Но нет уверенности, что завтра не будет срыва. Очень важна поддержка близких людей, наличие работы...»*

### 5.2.3 Что сделано силами женщин, употребляющих наркотики для улучшения доступа к социальным услугам.

Силами женщин, лидеров - сообщества проводятся многочисленные мероприятия по защите прав лиц, употребляющие наркотики, лоббированию интересов женщин, мобилизации сообщества и адвокации.

За период внедрения программы снижения вреда в стране, программа подвергалась изменениям. В первые годы был предоставлен комплекс услуг, включая мультидисциплинарную команду медиков, юристов, психологов. Развивалась сеть дружественных врачей, куда входили инфекционисты, гинекологи, дерматологи. В настоящее время финансирование программы сократилось в несколько раз, поэтому услуги предоставлены в ограниченных объемах, комплексный пакет услуг не покрывает потребности нуждающихся. Политика международных донорских организаций больше направлена на поддержку и мобилизацию ключевых групп населения, все больше ресурсов вкладываются на повышение потенциала гражданского населения и адвокационные активности. Финансирование прямых услуг сокращается и передается в государственный бюджет. Благодаря проектам, направленным на поддержку и мобилизацию сообщества, процесс адвокации доступа к услугам, мониторинга государственных услуг гражданским населением, силами сообщества, набирает большую значимость.

*«...На протяжении моего профессионального пути, я адвокатировала многие мероприятия:*

- я принимала активное участие в Рабочих группах по гуманизации Закона в отношении наркополитики.*
- я принимала активное участие в Рабочих группах по Поддерживающей Терапии Метадоном,*
- я принимала активное участие в Рабочих группах по разработке Руководства по Стандартам Снижения Вреда.*
- я участвовала в продвижении открытия пункта обмена шприцев в СИЗО – 1.*
- я участвовала в Рабочей группе МВД по разработке Законопроекта о создании Органа Гражданского Контроля по рассмотрению жалоб на правоохранительные органы.*
- я лоббировала участие представителя от Гражданского Общества в состав страновой делегации в Вену на 52 сессию комиссии ООН по наркотическим средствам.*
- я принимала активное участие в рабочей группе по паспортизации осужденных. В августе 2011 года была подписана «Инструкция о порядке оформления выдачи (обмена) паспорта гражданам Кыргызской Республики осужденным и отбывающим наказание в исправительных, воспитательных колониях и тюрьмах уголовно – исполнительной системы КР» совместным приказом Государственной регистрационной службы и ГСИН.*
- я принимала активное участие в адвокационных мероприятиях по повышению эффективности использования средств и прозрачности закупок, осуществляемых в рамках проектов ГФ по компоненту ВИЧ РО«СПИД» Министерства Здравоохранения КР за период с 2008 по 2011 гг. Подано исковое заявление на РО «СПИД» об оспаривании действий*



государственных органов, нарушающих права на доступ к информации. Было выиграно два судебных дела нашей организацией.

- по моей инициативе при финансовой поддержке ГФ/ПРООН были закуплены и розданы таблетницы с таймером, а также были отпечатаны и розданы дневники для осужденных ЛЖВ в исправительных учреждениях

- по моей инициативе в объем услуг ОЮЛ АССВ был включен пункт мониторинга качества реализации программ снижения вреда и компонента ЛЖВ в исправительных учреждениях, а также программ снижения вреда в гражданском секторе...»

**Женские центры на базе ОФ «Астерия» и ОФ «Подруга»** определенно являются незаменимым поставщиком адресных услуг для женщин, употребляющих наркотики. Все женщины высказались, что благодаря проектам и поддержке женских центров, женщины, нуждающиеся в социальном пакете, могут получить услуги без каких либо вложений.

Такие инициативы как разработка клинических руководств, учебных модулей являются главным инструментом по улучшению качества услуг. **Клиническое руководство «Ведение беременности, родов и после родового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества»**, утверждено МЗ КР №42 от 18 января 2017г. Это стало возможным благодаря длительным активностям адвокации сотрудниками ОФ «Астерия». Клиническое Руководство было разработано в целях обеспечения женщин специализированными консультациями в течение всей беременности, родов и послеродовом периоде, а также избежать или минимизировать риски воздействия ПАВ на данную категорию женщин и их детей. В результате частой стигмы и дискриминации, плохой осведомленности, отсутствия доступа к точной информации многие женщины избегают контактов с работниками медицинских учреждений, рожают вне больницы или попадают к врачу только после начала предродовых схваток, что создает угрозы и риски осложнений беременности, родов, послеродового периода у женщин-потребителей наркотиков и их детей. В то же время отсутствуют клинические рекомендации и стандарты по преемственности и оказанию помощи для этой категории женщин, отмечается непонимание поведенческих особенностей пациенток со стороны врачей, недисциплинированность дородовых посещений, поздняя обращаемость женщин, и др. факторы, ухудшающие эффективность предоставления акушерско-гинекологической помощи для беременных женщин, употребляющих и имеющих зависимость ПАВ. Данный Клинический протокол был разработан в ответ на запросы врачей акушер – гинекологов, врачей наркологов, представителей неправительственного сектора, работающих с женщинами, употребляющими ПАВ, организаторов акушерско-гинекологической и наркологической служб. Мониторинг и супервизия, это следующий этап мероприятий по организации помощи женщинам в период беременности, родов и в после родовой период. Для подготовки и проведения мониторинга и супервизии, была отобрана группа экспертов, ранее задействованная в разработке КР.

Разработан учебно-методический комплекс (далее УМК) по запросу ректората Бишкекского Гуманитарного университета (далее БГУ) "Социальное сопровождение женщин из ключевых групп". Данный УМК является специальным курсом (далее спец - курс) в подготовке социальных работников предоставляющим знания о понятии специфических потребностей в организации программы социального сопровождения, законодательных механизмах охраны и защиты прав женщин, и особенностях работы с женщинами из ключевых групп и пострадавших от гендерного насилия. Спец курс рассчитан на 30 часов обучения студентов БГУ (18 лекционных занятий 12 практических работ) и утвержден ученым советом БГУ. Техническая рабочая группа, в состав которой входила представительница сообщества, женщин употребляющие наркотики, являлась разработчиками УМК.

*«...Женщины из сообщества нуждаются в особом внимании. Особенно молодые женщины, они подвержены двойной стигме. Женские центры как «Астерия» предоставляют специфические услуги женщинам ЛУН, так как государство не выделяет финансирование на ключевые группы женщин. По завершению проектов, женщины могут остаться без нужных услуг, так как ПОШ и ПТМ не имеют финансирования для оказания таких услуг как проживание, восстановление документов, обследование у гинеколога ...»*

Практически все женщины отмечали благоприятную **законодательную базу** в стране, позволяющую вести диалог с представителями правительственных структур и отстаивать права. Прежде всего это Конституция КР, Законы и подзаконные акты, государственные и национальные программы, в которых прописаны политика и процедуры оказания помощи, поддержки на государственном уровне всем гражданам страны.

*«...1. Законодательство. Законы замечательные, но коррупция не позволяет людям пользоваться своими правами гарантированными государством 2. Менторство, но с точки зрения продвижения интересов организации, налаживания связей. В период становления Астерии, Сеть ассоциации вреда помогала очень активно. Знакомила с лицами, принимающими решения, где можно заявить о себе, с донорскими организациями, с партнерами. 3. Демократический строй. 4. Партнерство - это стратегическое развитие каждой организации, которые будут способствовать развитию потенциала. 5. Встреча с журналистами, так же помогает в привлечении внимания общественности к наболевшим вопросам...»*

Международные Конвенции, в частности Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), являются действенным механизмом влияния на положение женщин в обществе. Следствием ратификации Конвенции стало принятие на себя государством международных политических и юридических обязательств, в том числе с необходимостью периодической отчетности Кыргызской Республики перед договорными органами ООН. Создана нормативная правовая база, приняты такие основополагающие законы Кыргызской Республики, как «О государственных гарантиях обеспечения равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин» и «О социально-правовой защите от насилия в семье». Согласно установленным процедурам правительство ежегодно отчитывается Комитету по

положению женщин в стране. Лидеры женщин, употребляющие наркотики входят в широкий круг лиц, активно участвующих в процессах сбора данных и рутинной отчетности, что позволило усилить голос женщин.

**Исследования и аналитические** записки с обсуждением полученных результатов в широких кругах заинтересованных лиц, всеми отмечен как эффективный ресурс продвижения и лоббирования интересов сообщества. Результаты исследований, как доказательная база ложатся в основу новых проектов и программ. Полагаясь на данные аналитических отчетов, ведутся переговоры с правительственными структурами и принимаются новые решения. Необходимо отметить, что исследований, направленных на женщин, употребляющих наркотики в стране ограниченное количество. Проводилось исследование Колумбийского Института, направленное на профилактику насилия среди женщин ключевых групп населения в 2015 году. В настоящий момент завершается исследование силами сообщества среди женщин употребляющие наркотики, подвергавшиеся незаконным нарушениям в течение последних 5-8 лет со стороны правоохранительных органов и семейного насилия, стигмы и дискриминации со стороны общества и медработников.

Следующим ресурсом женщины указывали на **общественные советы** при всех министерствах и ведомствах, любой желающий гражданин может участвовать в конкурсе и быть членом данных структур. Общественные советы государственных органов (далее ОСГО) – это консультативно-наблюдательные органы, созданные на общественных началах из представителей гражданского общества для взаимодействия и сотрудничества с министерствами, государственными комитетами и административными ведомствами. Также, ОСГО осуществляют общественный мониторинг над деятельностью государственных органов в установленном Законом порядке и осуществляют свою деятельность независимо от них, открыто и в интересах общества (Закон «Об Общественных советах государственных органов»). ОСГО были созданы 24 мая 2014 года на основании Закона «Об Общественных советах государственных органов». Одной из целей создания советов было повышение прозрачности и эффективности использования министерствами, государственными комитетами и административными ведомствами финансовых средств, улучшение качества предоставляемых услуг населению министерствами, государственными комитетами и административными ведомствами. Это действенный инструмент для гражданского контроля качества государственных услуг.

Фонд обязательного медицинского страхования (далее ФОМС) является покупателем медицинских услуг и основным контролирующим органом качества услуг у поставщиков (центров семейной медицины и больниц). Одним из индикаторов ФОМС установил «индекс доверия населения», базовый показатель составляет 30,6% на 2018 г. Существует открытая телефонная линия ФОМС, куда можно обратиться в любое время и подать жалобу. Данный ресурс активно используется женщинами, если им отказывают в госпитализации.

*«...1. Открытые телефонные линии ФОМС. Я всегда звоню и добиваюсь, чтобы меня выслушали.*

2. Длительное партнерство с главными врачами, я захожу к ним, если врачи стигматизируют, добиваюсь госпитализации. Я человек ответственный, настойчивый, доведу дело до конца.
  3. Общественные советы при ТБ больницах, онкологического центра, наркологического. Я хотела бы присутствовать, потому что в ТБ больницы сложно положить пациента, коррупция, деньги берут с каждой процедуры
  4. СКК я была прямым участником 2 года. Мое мнение об СКК совсем другое, я поняла, что это борьба за деньги, проекты. Единственная польза, мы ездили с мониторингом по ТБ учреждениям, ЦСМ, ФАПам, смотрели, как выдаются препараты ПТП пациентам.
  5. Членство АССВ позволило мне открыть организацию "Шаг вперед плюс", мы реализовывали совместный проект в тюремной системе по южному региону. На сегодня проектов нет, потому что нет грантовой истории. АССВ помогает информацией о новых практиках, новостями. Мы в чате кэйсы разбираем, можно проконсультироваться относительно своих клиентов.
  6. Международную сеть ЕСЛУН вхожу, получаю информацию, изучаю международные практики, проводили акцию в поддержку метадона в Казахстане, участвовала в конференции в Молдавии, делились опытом разных стран, в Киеве в Альянс ездила, можно купить метадон в аптеке, легально, без учета...»
- «...1. Конституция КР гарантирует равенство между мужчинами и женщинами и защищает права каждого гражданина.
2. Национальные программы, так же направлены на достижение равенства между мужчинами и женщинами.
  3. Потенциал женщин. Если поставщик услуг отказывается по тем или иным причинам оказать медицинскую помощь, обычно мы обращаемся к руководству учреждений или делаем письменный запрос в МЗ. В итоге мы добиваемся справедливости, но на это уходит много времени и сил, которые можно было потратить на решение более глобальных задач.
  4. Тесное взаимодействие с сообществами РС, ЛГБТ, ЛЖВ. Участие в коалиции по написанию альтернативного отчета в комитет CEDAW, а также членство в коалиции сообществ, что дает возможность усилить голос, расширение возможностей для женщин употребляющих наркотики. Совместно с коалицией мы готовим информацию по положению женщин с пересекающимися формами дискриминации для включения в доклад Омбудсмана. Также готовим и подаем альтернативный отчет о положении женщин в комитет CEDAW, что является действенным механизмом по изменению положения женщин употребляющих наркотики, также проводим внутренние тренинги для каждой группы на снижение внутриобщинной стигмы и повышение чувствительности и толерантности между сообществами. Не смотря на то, что коалиция объединяет все ключевые сообщества, могу отметить низкую представленность женщин ЛЖВ.
  5. Мониторинг силами сообщества очень полезен для самого сообщества, в первую очередь повышается потенциал самого сообщества, это хороший опыт участвовать и понимать права других людей, менять свое отношение.
  6. Все встречи, круглые столы, которые затрагивают интересы сообщества, можно использовать как площадки для улучшения ситуации доступа и качества услуг.
- Если говорить о проблемах женщин и поднимать вопросы о решении этих проблем на всех уровнях и площадках, то ситуация будет меняться.
- Не всегда представители женского сообщества присутствуют, не по причине, что не зовут, а по причине недостаточной мотивации самих женщин, не достатка человеческих ресурсов. Возможности есть, но заинтересованность женщин отстаивать права и интересы женщин низкая. Если сами женщины не будут говорить о своих потребностях, то в принципе никому о них не будет известно. Никто не придет и сам не предложит оценку потребностей, нужно самим женщинам озвучивать свои потребности на всех площадках, у нас их много. Любая площадка, где принимаются какие-либо решения, будет эффективной. Даже если не

*принимаются решения, в любом случае, можно обсудить ситуацию и сформировать мнение людей в отношении сообщества, не обязательно мгновенно увидеть результат (вносится в повестку твой вопрос), иногда через какое то время. Все зависит от активности самих женщин, если обсуждается ситуация или принимаются решения по изменению ситуаций в отношении сообщества, всегда можно активно участвовать и быть услышанным. Здесь вопрос только об активности и пассивности самих представителей женщин, все зависит от их заинтересованности. б. Клинические протоколы, например, протокол по ведению беременных женщин ЛУН. Очень много предшествовало разработке, многие люди и организации вложили свой вклад, конечно до конца довел это AFEW...»*

В стране создан **Страновой координационный комитет** (далее СКК), в состав которого входят представители всех ключевых групп. Создавался СКК в целях стабилизации эпидемий ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, укрепления сотрудничества и совершенствования координации деятельности министерств, ведомств, иных органов государственной власти, негосударственного сектора и международных организаций, вовлеченных в борьбу с данными заболеваниями, обеспечения открытых процессов управления и создания партнерства среди всех заинтересованных сторон в целях эффективной реализации грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, ресурсов, выделяемых государством и другими донорскими организациями на борьбу с эпидемиями ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, реализуемых на основе государственных программ. Данная площадка является платформой, где обсуждаются все наболевшие вопросы касательно ВИЧ и ТБ инфекции.

*«... я совместно с единомышленниками адвокатировала участие в Страновом Координационном Совете представителя сообщества ЛУИН.*

*- позже на Форуме в 2015 году я отстаивала право сообществ самим выбирать своего представителя в СКК, а не голосовать за него общим Форумом.*

*- я добилась того, чтобы у каждой группы был свой Форум...»*

Совместные **круглые столы, семинары, тренинги, рабочие встречи, совещания, общественные слушания, форумы, летние лагеря** отмечены женщинами эффективными дополнительными инструментами, открывающими возможности проведения конструктивного диалога с государственными структурами.

Считается, что все вышеупомянутые площадки для диалога достаточно ресурсные с точки зрения лоббирования интересов и прав женщин, употребляющих наркотики.

#### **5.2.4 Главные вызовы в доступе к услугам.**

Кыргызская Республика провозгласила себя светским и социальным государством. Данная концепция подкреплена Конституцией и Законами КР. В связи с этим, государство обязуется предоставлять медицинскую и социальную помощь гражданам бесплатно.

##### **5.2.4.1 Коррупция**

Главным барьером в доступе к вышеупомянутым услугам респонденты отнесли высокий **уровень коррупции** в системе здравоохранения, правоохранительных органов, образовательных учреждений, поставщиков услуг. Коррупция прямо или косвенно влияет

на человеческую жизнь. Коррупция в судах негативно отражается на справедливом судопроизводстве. Женщины чаще становятся жертвами коррупционных механизмов, особенно при обращении за социальными выплатами и льготами или при приеме на работу, так как не может заплатить взятку. Существует термин «бытовая коррупция», которой пронизаны все сферы жизни человека, начиная с организаций здравоохранения, дошкольных, школьных организаций, сотрудников правоохранительных органов, оформление социальных пособий, льгот, жилищно-коммунальных хозяйств.

*«..1. Высокий уровень коррупции в стране. В связи с коррупцией законы работают с трудом и нарушаются систематически существующие механизмы. Экономически государство не может обеспечить гражданам бесплатный доступ ко всем услугам положенный им по праву. Законы декларируют что то бесплатно, а по факту каждый гражданин КР везде платит деньги. 2. Не здоровая (не путать с процессами здоровой конкуренции (!!)) конкуренция среди НПО и сообщества, которая образовалась в 2018 году – по большей части делается искусственно. 3. Коммуникация слабая и/или отсутствует уже много лет в стране, причем не только среди НПО, но и среди доноров и государственных структур...»*

*«..Все услуги платные, без финансирования у женщин ЛУН нет возможности пройти обследование, купить медикаменты. Государство не сможет обеспечить услуги в нужном объеме бесплатно, это накладно для любой страны. Надеяться на государственный бюджет не приходится, так как государство не будет поддерживать НПО. Бесплатная медицина - это прошлое, социальные проекты для поддержки социально уязвимых людей крайне мало, мы их не видим. Финансирование доноров ограничено, это беспокоит сообщество, нет гарантий будущего финансирования и доступа к услугам. Нам очень сложно с работой, город маленький, поэтому многие знают друг друга, отношение меняется, приходится увольняться...»*

*«..1. Изменения в законодательстве, новый уголовный кодекс. Вместо гуманизации, ужесточили меру наказания в виде больших сумм штрафов 180 тыс сом, покрыть которые нет возможности. Получается двойное наказание, платишь штраф и в добавок отбываешь наказание 2. Отсутствует лечение женщин ВГС для дискордантных пар. Доступ к лечению только для ЛЖВ, партнеров не включают. 3. Самостигма, насилие считают за норму, поэтому не обращаются. 4. Наркологический учет мешает доступу к программам метадона, много последствий от учета...»*

#### **5.2.4.2 Стигма и дискриминация**

**Стигма и дискриминация** со стороны сотрудников медицинских, правоохранительных организаций. Женщины лишены поддержки со стороны членов семьи, их зависимость осуждается. Из-за стигмы и предубеждения многие женщины лишаются возможности социальной поддержки, существующие социальные хостелы отказываются брать женщин, употребляющих наркотики. Порицание зависимости в обществе порождает самостигматизацию и высокий **уровень насилия**.

*«.. Стигма и дискриминация лиц, употребляющие наркотики со стороны медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов...»*

*«..Стигма дискриминация общества, которая основана на социальных и гендерных ролях. Ограничен доступ к медицинским и социальным услугам из- за отсутствия документов. К правовой помощи ограничений нет, существует ГГЮП - государственная гарантированная юридическая помощь - бесплатные юридическая помощь предоставляет гос организация во всех районах, разработан закон, создан координационный комитет, они очень открыты, заинтересованы в сотрудничестве в организации. Я лично знакома с руководством - это достаточно адекватный, открытый человек с мотивацией оказать помощь уязвимым группам населения....»*

*«...Высокий уровень стигмы и самостигмы, насилие в отношении себя считают за норму. Сложно положить в больницу женщин со статусом, но я добиваюсь, захожу к руководству или звоню в ФОМС ...»«...Стигма со стороны врачей, родственников, соседей. Сложно госпитализировать наших женщин, приходится подключать руководство больницы...»*

#### **5.2.4.3 Неустойчивость программ**

**Сокращение финансирования донорскими** организациями привело к напряженной конкуренции среди неправительственных организаций, что в свою очередь не благоприятствует развитию сотрудничества и укреплению партнерства. Было высказано мнение, что нарастает общее недоверие и разобщенность внутри сообщества людей, употребляющих наркотики.

Услуги необходимые для женщин в полном объеме можно получить только в женских центрах. В пунктах обмена шприцев и игл (ПОШ) и опиоидной заместительной терапии (ЗМТ) можно рассчитывать на ограниченные виды помощи и в малых объемах, что не позволяет покрыть все нужды и потребности. Проблема в том, что женские центры финансируются исключительно внешними, донорскими организациями на краткосрочной основе. Таким образом говорить об устойчивости не приходится, что так же служит барьером для долгосрочного планирования и институционализации.

Абсолютно все женщины акцентировали свое внимание на устойчивости финансирования женских центров. Все понимают, что государственное финансирование женских центров невозможно в ближайшие годы. В этой связи существует острая потребность во внешнем финансировании. На сегодня женские центры финансируются с различных источников, основным из которых является AFEW, ГФ/ПРООН, Фонд Сороса Кыргызстан. Благодаря вышеуказанным донорским организациям женщины получают поддержку равных консультантов, социальное сопровождение, юридическую помощь, медикаменты, временное жилье и другие услуги, которые государство предоставить не может.

*«..Высокая конкуренция среди НПО из-за сокращения финансирования, особенно в последнее время, затрудняет сотрудничество и ограничивает доступ к информации, новым возможностям, новым грантам...»*

*«...Все услуги платные, без финансирования у женщин ЛУН нет возможности пройти обследование, купить медикаменты. Государство не сможет обеспечить услуги в нужном объеме бесплатно, это накладно для любой страны. Надеяться на государственный бюджет не приходится, так как государство не будет поддерживать НПО. Бесплатная медицина - это прошлое, социальные проекты для поддержки социально уязвимых людей крайне мало, мы их не видим. Финансирование доноров ограничено, это беспокоит сообщество, нет гарантий будущего финансирования и доступа к услугам. Нам очень сложно с работой, город маленький, поэтому многие знают друг друга, отношение меняется, приходится увольняться...»*

*«...1. Необходимо долгосрочное партнерство, включая финансовую сторону. НПО должны точно знать, сколько по времени будут финансировать по той или иной программе. Это дает возможность планировать фандрайзинг и деятельность на 2-3 года. 2. Перед финансированием какой либо программы в Кыргызстане, хорошо бы донорам провести экспресс анализ доступности услуг, самой группы, наличие услуг и НПО. Если все плохо – то стоит перераспределить средства под реалии потребностей. Например, я уверена, что АРВ препараты государство закупит в любом случае, они входят в ПЖВЛС, и если ВИЧ позитивные люди останутся без жизненно необходимых лекарств, это на международных площадках можно классифицировать как геноцид. А, например, организовать финансирование услуги специфичные для ЛУН и женщин ЛУН государство не будет точно. Всегда один ответ – куча уязвимых групп, на всех нет денег. Печально, что при этом часто подчеркивают, что НПО не устойчивы, странные двойные стандарты. 3. Помощь в продвижении (PR) и фандрайзинге для НПО из сообществ. 4. Необходим четкий план, в котором ясно определены мероприятия и шаги по мобилизации и развитию потенциала женского лидерства, и есть финансовая поддержка для стабильности женщин. То есть, механизм вовлечения женщин и удержания женщин в работе снижения вреда, не возможен без экономической стабильности. Для получателей услуг – это наличие услуг. Для представителей сообщества – это личная финансовая устойчивость для адвокационной и иной работы с сообществом...»*

#### **5.2.5 Усиление потенциала лидерства среди женщин, употребляющие наркотики**

Не менее важным остается вопрос **непрерывного повышения потенциала** женщин по навыкам лидерства и управления финансами, ресурсами, публичного выступления, микрокредитования.

*«...1. Должна быть команда женщин, которая будет заниматься по конкретным направлениям, правовым, социальным. Если это делает один, два человека - сложно, но если это команда заинтересованных людей, то можно везде успевать и добиваться результата. Лично для меня нет таких барьеров, которые могли бы остановить. Если мне нужно участвовать на том или ином мероприятии или попасть на прием к чиновнику.*



2. Нужно оценивать эффективность программы снижения вреда не вообще, а с точки зрения гендерной направленности, эффективность среди мужчин, среди женщин.
3. Не зацикливаться на организации одной услуги, например реабилитации, а необходимо разработать комплекс услуг, которые будут отвечать потребностям женщин. Конечно, все услуги в дальнейшем должны быть интегрированы в государственные учреждения.
4. Работать над финансовой устойчивостью, которая даст одну из возможностей – независимость...»

«...1. Требуется расписать стратегию развития женского лидерства, как нам можно развить тот потенциал, который уже есть, не растерять тех, кто уже готов продвигать интересы сообщества. Для этого нужно создать рабочую команду, где все смогут высказаться, и распределить стратегические точки, кто, что делает лучше всего. Определить цель по развитию лидерства женщин, задачи и мероприятия, чтобы в конечном итоге обычные женщины ЛУИН могли получать услуги. Нужно собрать следующие данные: что делается для женщин не зависимо от уязвимости, что есть в программах снижения вреда для женщин. Чего не хватает, чтобы женщина чувствовала себя более уверенной. Тогда можно определить, какие программы нужны дополнительно. Если мы говорим про женщину, мы можем рассматривать ее в целом, не обязательно только с точки зрения зависимости. Например, я как женщина не нашла в программах возможности реализации как женщина. Если бы были группы взаимопомощи, такие как материнство, беременность, нарушение психики. Я не смогла справиться с эмоциями, так называемое психологическое взросление, поэтому я ушла в наркотики. Надо учить женщин говорить, лидерству надо учиться, уверенности, публичным выступлениям. Я бы хотела заниматься тренингами, консультациями, делюсь своим опытом, видением. У меня были ошибки, победы, я могу всем этим поделиться. Я знаю себе цену, я готова отдавать свой потенциал и ресурсы как наставник. Мне интересно лидерство женское. Я вижу потенциал, вижу сильные и слабые стороны людей. Я знаю, как можно использовать характеры людей в общее дело. Не нужно во всех подряд вкладывать, не нужно навязывать чего не хочется, нужно спросить ее желание, что она готова делать без денег. Я хотела бы обучить девочек медиаторству, которая очень сильно помогает людям справиться с негативными эмоциями и повзрослеть эмоционально. Реабилитационный центр для женщин был бы очень кстати для развития женского лидерства, мы могли бы своим примером показать и рассказать девочкам, как можно побороть зависимость и стать в итоге самостоятельной и независимой...»

### 5.3 Обсуждение. Выводы

Суммируя полученные результаты опроса женщин – получательниц услуг и женщин – лидеров, внесших значительный вклад в развитие сообщества людей, употребляющих наркотики мы сделали следующее заключение.

#### 5.3.1 Общие выводы

- В странах Центральной Азии теме женщин, употребляющих наркотики, уделяется **недостаточно внимания**. Нет открытых данных по распространенности ВИЧ – инфекции, ИППП, ВГС среди женщин, употребляющие наркотики. Учитывая, что программа снижения вреда внедрена только в Кыргызстане, в Таджикистане и не поддерживается остальными странами региона, тема гендерных аспектов в программе снижения вреда в Центральной Азии изучена недостаточно. Исследования, проводимые в области снижения вреда, практически не содержат гендерный аспект, а в рекомендациях по разработке и предоставлению основных услуг по снижению вреда, охране здоровья и других социальных услуг, женщины, употребляющие инъекционные наркотики, зачастую остаются без внимания.
- По результатам данной оценки клиентами программ снижения вреда и лечения наркозависимости, в основном, являются мужчины (85%), и программы не предоставляют услуги специально предназначенных для удовлетворения нужд женщин, не имеют отдельных помещений для безопасного пространства детям или выделенного в расписании времени для женщин. Женщины менее заметны для поставщиков услуг снижения вреда, что ведет к снижению вероятности разработки организациями программ с учетом гендерного подхода. В связи с чем, существует необходимость внедрения гендерно чувствительных интервенций. Учитывая тот факт, что финансирование программ снижения вреда обеспечивается в основном за счет ограниченных донорских средств, необходимы адвокационные активности для обеспечения дополнительных гендерно – чувствительных услуг за счет государственного финансирования.
- **Анализ и картирование государственных** социальных услуг, показал что обращение за услугами сопровождается с необходимостью затрат определенных ресурсов (знаний, финансов, времени, уверенности и пр.), которыми женщины часто не обладают, что в значительной степени снижает их возможности получить помощь даже по самым минимальным стандартам. Предоставление гарантированных государством социальных услуг согласно закону ориентировано на уязвимые слои населения и должно обеспечивать принцип недопущения дискриминации по признаку пола, возраста, социального положения, возможностей здоровья и др. факторов. Однако существующая система оказания данных услуг является громоздкой, разделенной между разными ведомствами и структурами, нередко с дублирующими функциями. При этом не во всех случаях сами услуги, условия их получения являются определенными (например, в случае оказания помощи семьям в трудной жизненной ситуации). В то же время многие примеры опыта организаций гражданского общества свидетельствуют, что их деятельность по доступу к услугам, ограниченная, как правило, проектными инициативами, имеет мало шансов для институционального закрепления, что

ведет к рассеиванию достигнутых результатов. Следовательно, обеспечить доступные алгоритмы получения услуг, отвечающим требованиям определенности, результативности достаточно сложно.

### 5.3.2 Количественные результаты оценки нужд и потребностей.

#### 1. Социально-демографические характеристики:

- Средний возраст 40-49 лет (47%),
- Образование среднее (54%),
- Состоят в гражданском браке (26%),
- Имеют собственное жилье (34%),
- Имеют непостоянный временный заработок (20%),
- Имеют как минимум 1 ребенка (64%),
- При этом несовершеннолетние (46%),
- Поддерживают связь с детьми (95%),

#### 2. Наиболее востребованные услуги:

- восстановление документов (46%),
- трудоустройство (46%),
- юридическая поддержка (30%),
- обследование у гинеколога и ультразвуковая диагностика (30%),
- проживание (28,4%),
- устройство в детские учреждения (15%),
- повышение уровня образования и/или квалификации (17%),

#### 3. Основные вызовы:

- отсутствие документов (35%),
- отсутствие стабильного дохода (80%),
- доступ в детский сад и школу только у 15%,
- подвергаются систематическому насилию (52%),
- из них обращаются за помощью только 17% (n = 52),

#### 4. Роль ПОШ и ПТМ:

- 65% получали услуги в ПОШ последние 12 мес,
- 47% получали услуги в ПТМ последние 12 мес,
- 25% получали услуги одновременно в ПОШ и ПТМ,

#### 5. Роль женских центров:

- 85% получали услуги в НПО последние 12 мес,
- 54% женщин получили юридические услуги, из тех, кто нуждался,
- 36% женщин имели доступ к медицинской помощи, из тех, кто нуждался,
- 50% получили социальные услуги, из тех, кто нуждался.

### 5.3.3 Качественные результаты исследования.

Основные вызовы для доступа к услугам:

- Государственные услуги скорее имеют декларативный характер, так как нет четких механизмов практической реализации, и зачастую для получения услуги требуются ресурсы, которых нет у женщин ключевых групп.
- **Неустойчивость финансирования услуг.** Основной пакет необходимых услуг женщины получают, обращаясь в **женские центры**, при этом финансирование данных центров исключительно за счет средств донорских организаций, как правило, это краткосрочные сервисные проекты, что ограничивает долгосрочное планирование.
- **Стигма и осуждение** в обществе, среди близкого окружения, дискриминация и коррупция в медицинских учреждениях, правоохранительных органов приводят к самостигматизации, социальной изоляции женщин и ограничивает прямой доступ к поставщикам услуг.
- Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, сталкиваются с высоким уровнем **гендерно мотивированного насилия** и насилия со стороны интимного партнера, что в свою очередь может привести к затруднению при обсуждении вопроса об использовании презерватива и, тем самым, повышается риск незапланированной беременности, инфицирования ВИЧ и ИППП.
- **Отсутствие документов, знаний** и прочих финансовых ресурсов не позволяет женщинам самостоятельно решать свои задачи и преодолевать трудности. Они нуждаются в сопровождении и поддержке равных специалистов для доступа к медицинским, социальным и юридическим услугам.
- **Незаконные действия правоохранительных органов** в отношении женщин, употребляющие наркотики, учитывая тот факт, что многие занимаются секс-работой, требуют постоянной юридической поддержки. Правоохранительные органы играют центральную роль в формировании общественного мнения в отношении женщин, употребляющие наркотики.

Механизмы и инструменты, помогающие лидерам и активисткам женщин, употребляющих наркотики, повышать качество и доступ к услугам:

- Адвокация, основанная на Законодательстве КР, позволяющая вести конструктивный диалог с представителями правительственных структур.
- Активное членство и участие в рабочих группах на всех уровнях при разработке, внесении изменений в законные или подзаконные акты (государственные программы, клинические протоколы, стандарты услуг и т.п.).
- Мониторинг силами сообщества, с последующим анализом и рекомендациями позволяет оценить качество услуг глазами получательниц услуг. Таким образом,
- Исследования и аналитические справки широко применяются как эффективный инструмент продвижения и лоббирования интересов сообщества. Результаты

исследований, как доказательная база ложатся в основу новых проектов и программ. Полагаясь на данные аналитических отчетов, ведутся переговоры с правительственными структурами и принимаются новые решения.

- Совместные площадки гражданского сектора с государственными структурами, где выносятся и обсуждаются наиболее важные вопросы жизни женщин, употребляющие наркотики (СКК, ныне КСОЗ, круглые столы, наблюдательные советы при министерствах и ведомствах, фондах и т.д).

## 6 Рекомендации

На основе оценки потребностей и изучения опыта женщин лидеров мы предлагаем следующие рекомендации.

1. Усилить работу по искоренению стигмы и дискриминации женщин, употребляющие наркотики в медицинских учреждениях, путем разработки и внедрения политик, руководств по работе с ключевыми группами.
2. Необходимо расширить значимое участие женщин, потребляющих наркотики, в технических рабочих группах по разработке, реализации, мониторинга и оценки услуг, что позволит повысить экономическую эффективность и результативность программы.
3. Организация профессиональной подготовки медицинских и социальных работников по вопросам предоставления услуг с учетом гендерных аспектов, а также сотрудников правоохранительных органов.
4. Службам снижения вреда рекомендуется сотрудничать с программами предотвращения домашнего насилия и профилактики насилия, оказывать психологическую помощь в психотравмирующих ситуациях.
5. Персонал, оказывающий услуги по снижению вреда, как и основные медицинские службы, должен быть мотивирован и обучен навыкам выявления сексуальных и репродуктивных медицинских потребностей женщин, потребляющих наркотики, и улучшения структуры и доступности услуг.
6. Организовать услуги по присмотру за детьми, особенно если лечение проводится в условиях стационара.
7. Предоставить услуги по профессиональной подготовке и развитию навыков, расширяя возможности трудоустройства.
8. Развить сеть социального предпринимательства и микрокредитования с предоставлением рабочих мест.
9. Укрепить потенциал женского сообщества, употребляющих наркотики, развивать возможности женщин для защиты прав, социальной справедливости и доступа к услугам.

10. Развивать программы по созданию благоприятной среды для реализации программ снижения вреда, направленные на искоренение преследований, негативного восприятия, необоснованных обысков, запугивания со стороны правоохранительных органов.
11. Разработать программу профилактики синдрома профессионального выгорания для сотрудников НПО и наркологических служб. Учитывать мероприятия, направленные на поддержание мотивации и профилактики выгорания женщин из сообщества.
12. Провести исследование с изучением вопросов потребления синтетических наркотиков среди молодых женщин, употребляющих наркотики, включая вопросы об адаптированных услугах снижения вреда.
13. Рассмотреть возможность вовлечения молодой группы наркопотребительниц, в программы снижения вреда и/или новые программы, направленные на профилактику и преодоление зависимости от синтетических ПАВ в соответствии с новой «наркосценой».

## 7 Список литературы

1. Глобальная коалиция по проблемам женщин и СПИД. Женщины и снижение вреда. Женева; 2011.
2. Глобальный Фонд. Техническая записка. Снижение вреда для потребителей наркотиков. Швейцария. Женева; 2017.
3. Е.Яременко, Л.Шульга МВ. Гендер и снижение вреда. Основы. Киев; 2015.
4. Л.Шульга, М.Варбан, Е.Яременко ИД. Аналитический отчет по результатам формативного исследования гендерно - ориентированных программ , проектов , интервенций и услуг в сфере снижения вреда. Киев; 2015.
5. Л.Шульга, А.Токарь, А.Смирнов НД. Развитие гендерно-чувствительных подходов к методам профилактики ВИЧ среди женщин , употребляющих наркотики. Киев; 2009.
6. Пинкам С., Малиновска-Семпрух К. Женщины , Снижение Вреда и ВИЧ. Нью- Йорк; 2007.
7. Бернс К. Женщины, снижение вреда и ВИЧ. Нью - Йорк; 2009.
8. О. Семерик, К. Бердсли АДД. Аналитический обзор рекомендаций в сфере ВИЧ-инфекции для Казахстана, Кыргызской Республики и Таджикистана (2007–2012). Вашингтон; 2014.
9. Атаянц Жанна, Сидоренко Наталья, Годунова Юлия ВА. Синдром чужого пациента: Исследование доступности и качества медицинских услуг для беременных женщин, зависимых от наркотиков. Санкт - Петербург; 2015.
10. Олейник С. ФН. Оценка услуг, политики и социальных факторов, влияющих на жизнь женщин, употребляющих наркотики, в семи регионах России. Пенза; 2008.
11. International Network of People who Use Drugs. Addressing the specific needs of women who inject drugs: Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Нью Йорк; 2016.
12. Молдошева А. Картирование социальных услуг для уязвимых женщин. Бишкек; 2018.
13. Сафонова П.В. Социально-психологические факторы рискованного поведения ВИЧ-инфицированных женщин и их выявление для сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции. Санкт-Петербург; 2017.
14. Fund TG, Wray E. ЖЕНЩИНЫ , УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ : ОБОЙДЕННЫЕ ВНИМАНИЕМ , © The Global Fund / Ed Wray. :1–12.
15. Madybaeva D (AFEW K. The experience of interaction between drug users participating in harm reduction programs, with the police: before and after implementing of the Instruction. Bishkek; 2018.

## 8 Список рисунков и таблиц

Рисунок 5-1. Возрастное распределение респондентов, %, n-100 .....	30
Рисунок 5-2. Образование респондентов, %, n-100 .....	31
Рисунок 5-3. Условия проживания респондентов, %, n-100 .....	32
Рисунок 5-4. Источники дохода, %, n-100.....	32
Рисунок 5-5. Наличие детей, %, n-100.....	33
Рисунок 5-6. Список услуг в НПО, последние 12 месяцев, %, n-85.....	35
Рисунок 5-7. Удовлетворенность женщин качеством услуг в НПО, %, n-85 .....	36
Рисунок 5-8. Список услуг в ПОШ, последние 12 месяцев, %, n-65.....	37
Рисунок 5-9. Удовлетворенность женщин качеством услуг в ПОШ, %, n-65 .....	37
Рисунок 5-10. Список услуг в ПТМ, которые получали женщины в течение последних 12 месяцев, %, n-47.....	38
Рисунок 5-11. Удовлетворенность женщин качеством услуг в пунктах ПТМ, %, n-47 .....	38
Рисунок 5-12. Виды насилия в отношении женщин, употребляющие наркотики, %, n-52.....	39
Рисунок 5-13. Источник информации по правам человека, %, n-70.....	42
Рисунок 5-14. Самооценка состояния здоровья, %, n-100 .....	43
Рисунок 5-15. Где вам предоставили медицинскую помощь, %, n-80 .....	44
Рисунок 5-16. К кому обращались за социальной помощью, %, n-78 .....	48

### Список таблиц

Таблица 5-1. Выборка респондентов.....	29
Таблица 5-2. Семейный статус респондентов, %, n-100.....	31
Таблица 5-3. Связь наличия детей и семейного положения женщин, %, n- 100.....	34
Таблица 5-4. Кем были совершены насильственные действия, %, n-52 .....	40
Таблица 5-5. Обращались за помощью, n-52.....	40
Таблица 5-6. Потребность в юридической помощи, в течение последних 12 месяцев, %, n-67 .....	41
Таблица 5-7. Потребность в медицинской помощи, %, n-80.....	43
Таблица 5-8. Социальные пособия, %, n-100 .....	46
Таблица 5-9. Социальные льготы, %, n-100.....	46
Таблица 5-10. Потребность в социальных услугах, %, n-78 .....	47



## 9 Приложения

### Приложение 1

#### **Литературный обзор.**

Мы провели быстрый обзор литературы на тему «женщины, употребляющие наркотики и снижение вреда».

Методология: систематический поиск доступной научной и ненаучной литературы по данной теме с последующим синтезом, анализом и описанием результатов. Источником данных являются доступные отчеты качественных и количественных исследований, проведенных в странах Восточной Европы и Центральной Азии с 2008 года, а так же руководства по программе снижения вреда, статьи научных журналов. Необходимо отметить, что нам удалось изучить лимитированное количество публикаций. Программа снижения вреда не популярна во многих странах Центральной Азии и Российской Федерации, в связи с чем, на русскоязычных интернет порталах по данной тематике недостаточно данных.

Как показывают результаты исследований, проводимые за последние 10 лет в странах восточной Европы и центральной Азии, женщины, употребляющие наркотики, нуждаются в консультации узких специалистов (гинеколог, дермато-венеролог), презервативах, тестах на беременность, материальных поощрениях для детей, комнате для присмотра детей, безопасном пространстве, бытовых услугах (стирка, глажка). Женщины так же озвучивали потребность в обучении на тему репродуктивное – сексуальное здоровье.(4)(5)(6)

#### **Анализ уязвимых моментов женщин - ЛУН**

Исследования, изучающие доступность женщин, употребляющих наркотики к социальным услугам, демонстрируют двойную уязвимость в отношении ВИЧ: они менее мужчин защищены от ВИЧ – инфицирования половым и инъекционным путями и испытывают больше препятствий в доступе необходимых услуг. Ограниченный доступ к услугам обуславливается, прежде всего, женскими обязательствами по воспитанию детей, гендерными общественными нормами, а также стоимостью услуг.

Уязвимость в отношении к ВИЧ-инфекции объясняется субкультурой внутри сообщества. Так, женщины с большей вероятностью оказываются «вторыми на игле» и совместно используют инструментарий, это увеличивает вероятность использования загрязненного инъекционного инструментария. В дополнение, больше половины женщин совмещают употребление наркотиков с предоставлением сексуальных услуг, в обмен на крышу над головой, пропитание и опеку; подвергаются насилию со стороны сексуальных партнеров; сталкиваются с сопротивлением, пытаясь настоять на том, чтобы их сексуальные партнеры использовали презервативы, что повышает риск инфицирования половым путем. (1)(7)

Секс работа порой может служить стратегией выживания для женщин, что ведет к повышенному риску заражения ВИЧ, ИППП. (6)(7)

Нарушение конфиденциальности, со стороны лиц, предоставляющих наркотики так же, приводит к высокому уровню уязвимости в отношении женщин ЛУН. Повышаются риски ограничения и лишения материнских прав и права на опеку. Отсутствие мер и механизмов защиты личной жизни женщин-потребителей наркотиков препятствует обращению в официальные учреждения и раскрытию факта потребления наркотиков. (8)

Беременные женщины-потребители наркотиков являются наиболее уязвимой группой. Зачастую они получают недостаточную или недостоверную информацию о потреблении наркотиков во время беременности или профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку. В некоторых странах беременные женщины, получают отказ в помощи со стороны медицинских работников, они живут под страхом уголовного наказания или лишения родительских прав, их принуждают делать аборты или отказываться от детей, передавая их на попечение государства. Неудовлетворительный доступ к медикаментозному лечению наркозависимости ставит под угрозу исход беременности женщин, зависимых от опиатов. (8)(9)

В странах с переходной экономикой женщины, употребляющие наркотики остаются в тени мужчин, которые составляют большинство среди потребителей наркотиков и клиентов программ снижения вреда и лечения наркозависимости. Учитывая недостаточную информацию даже по численности женщин-потребителей наркотиков в этих странах, включая и те страны, в которых эпидемия ВИЧ, распространяемая инъекционным потреблением, приобретает угрожающий характер, мы можем только предполагать о наличие комплекса проблем, с которыми сталкиваются женщины, потребляющие наркотики, в таких странах, как Украина, Китай, Малайзия и Таджикистан.(8)(10)

#### **Анализ доступа к медицинским услугам.**

Следует отметить тот факт, что в силу физиологических причин, наркозависимость имеет более тяжелые последствия для женщин, чем для мужчин: у них чаще случаются передозировки, раньше развиваются необратимые изменения в организме, в частности, быстрее формируется зависимость. А так же, быстро растет толерантность к наркотическим веществам (хотя кратность введения наркотика и максимальная суточная доза, как правило, ниже чем у мужчин). Как следствие многие женщины сразу переходят к систематическому употреблению наркотиков, минуя эпизодическую стадию.(2)

Женщины сталкиваются с проблемами при получении стационарного лечения от наркозависимости, отсутствие услуг по уходу за детьми в стационарах, высокая стоимость, постановка на учет, которая влечет за собой риск лишения родительских прав. Вдобавок, система выдачи направлений на получение услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья в учреждениях, предоставляющих лечение от наркозависимости, практически отсутствует. (11) (4)

В ряде стран существует ограничение доступа к программам эффективного амбулаторного лечения наркозависимости, в которых пациентам прописывают метадон или бупренорфин с целью снизить симптомы отмены при прекращении употребления нелегальных опиатов. (12)

Для женщин специфичным является потребность в поддержании репродуктивного здоровья. Как известно, услуги гинеколога относятся к одним из самых дорогостоящих и востребованных, наряду с услугами хирурга.

Среди факторов, снижающих возможность доступа к медицинскому обслуживанию для женщин, употребляющих наркотики, можно назвать карательные меры и дискриминацию со стороны полиции и медицинских работников. Повышенную стигматизацию, связанную с отношением общества к потреблению наркотиков женщинами, отсутствие услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья для потребителей наркотиков.

Стоимость медицинских услуг так же является барьером для получения услуг, тем более без полиса обязательного медицинского страхования (ОМС). Необходимость оплаты услуг при отсутствии полиса, оплата дополнительных расходов, которую требует медицинский персонал – все это становится препятствием для тех, кто пытается получить медицинскую помощь. Для посещения государственных медицинских учреждений на постсоветском пространстве необходима официальная постановка на учет, для чего требуется паспорт, прописка и полис ОМС. Предоставление этих документов может быть проблематичным для потребителей наркотиков по причине утраты удостоверяющих личность документов в процессе ареста и лишения свободы или невозможности получить прописку в силу переезда, что особенно распространено в странах Средней Азии и Кавказа, где трудовая миграция – ключевая составляющая экономического выживания. В некоторых регионах Средней Азии «похищение жены» – процесс, когда мужчина похищает молодую женщину из родной деревни, чтобы затем жениться на ней – может осложнить молодым женщинам оформление документов, необходимых для получения полиса ОМС.

В Кыргызстане исследовательским коллективом обнаружено, что потребители наркотиков испытывают сложности в получении полиса ОМС, поскольку у них нет паспортов или прописки. Даже если врачи не берут официальную плату за дополнительные расходы и клиника не требует дополнительных платежей, употребляющие наркотики женщины сообщают, что получение качественных услуг, в частности соблюдением конфиденциальности, стоит денег. (13)

Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин ЛУН требует особого внимания. Как показывают результаты исследования, проведенного в Кыргызской Республике, 44% женщин нуждались в услугах гинеколога последние 12 месяцев в 2010г. Нежелательная беременность является частым явлением у женщин, что является причиной частых аборт (20%, n=165). Встречаются случаи (18% из тех, кто нуждался в аборте), когда женщины совершают аборты в домашних условиях, либо самостоятельно, либо при помощи не медицинских помощников. Причиной этому стало отсутствие документов, позволяющих получить услугу в государственных учреждениях здравоохранения. (14)

В Восточной Европе и Средней Азии услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья для потребителей наркотиков развиты очень слабо и не располагают большим охватом. Услуги по охране сексуального здоровья для массового населения так же плохо развиты, и можно с

уверенностью предположить, что женщины-ЛУН имеют существенно заниженный доступ к этим услугам. (8)

Исключительно важную роль играет необходимость улучшения доступа женщин- употребляющих наркотики к нужным им услугам, включая лечение наркозависимости, программы снижения вреда и охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Достижение этой цели требует: проведения политики, которая бы поощряла стремление женщин к лечению наркозависимости и использованию программ снижения вреда; расширения доступа к медикаментозному лечению зависимости; включения услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья наряду с другими услугами для женщин в спектр услуг, предоставляемых программами снижения вреда; наличия гибких, низкопороговых программ, более удобных для женщин с детьми; а также упрочения связей между программами снижения вреда, лечения наркозависимости, приютами для женщин и службами профилактики насилия.(11)

Обеспечить уход за детьми и прочие услуги, привлекательные для матерей. Во всех изученных исследованиях женщины сообщили, что отсутствие возможностей по уходу за детьми осложняет обращение к услугам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также лечения наркозависимости. Предоставление возможностей по уходу за детьми в службах снижения вреда также улучшит показатели посещаемости и соблюдения курса лечения, как и товары и услуги для детей (например, детское питание, подгузники и занятия для родителей по воспитанию детей).

#### **Анализ доступа к юридическим услугам**

Юридический аспект является наиболее актуальным вопросом для женщин ПИН. Значительная часть женщин имеют трудности в восстановлении документов удостоверяющих личность. Многие привлекаются к уголовной ответственности и подвергаются всем формам насилия.

В Кыргызской Республике 52,7% женщин не имели паспорта и 53% привлекались к уголовной ответственности, 38% подвергались физическому насилию со стороны правоохранительных органов, а так же сожителя и клиентов. (14)

Женщины ПИН постоянно сталкиваются с угрозой ограничения или потери родительских прав.

В России состояние на учете в наркологическом диспансере с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» является юридическим основанием для лишения родительских прав. По результатам оценочного исследования в Санкт-Петербурге этот закон представляет собой мощный сдерживающий фактор для женщин в получении государственного лечения от наркозависимости или других государственных медицинских услуг, в том числе учета по беременности, при котором они рискуют обнаружением факта употребления наркотиков. (15)

По данным исследования в Грузии, состояние на учете в наркологическом диспансере, так же является юридическим основанием для ограничения родительских прав; согласно результатам исследования, 13% опрошенных были ограничены или лишены родительских прав по причине

употребления наркотиков. В Азербайджане 22% женщин сообщили о том, что сталкивались с угрозами ограничения родительских прав по этой же причине, а 41% опрошенных отказались ответить на поставленный вопрос. Из тех, кто получали угрозы ограничения или лишения родительских прав, 23% сообщили что «решили проблему» путем уплаты денег, а 12% решали дело в суде (при этом 62% не сообщили об исходе судебного иска об ограничении родительских прав). (11)

По данным исследования в Кыргызстане лишь 14% опрошенных женщин, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет, сами заботились о своих детях. Большинство отдало детей на попечение родственников или государственных служб. (13)

Незнание своих прав является актуальной проблемой по результатам исследования в странах региона ВЕЦА. Хотя женщины высказали необходимость юридической помощи, многие считают, что система коррумпирована, неэффективна или слишком дорогостоящая. В результате употребляющие наркотики женщины незащищены от нарушения своих прав и не могут получить услуги, на которые имеют право. Это характерно не только для употребляющих наркотики женщин, хотя сложности в получении юридической помощи могут быть особенно острыми для тех, у кого в целом меньше возможностей выхода из дома, чтобы обратиться за помощью. (11)

Исследование в Кыргызстане показало, что большинство женщин не осведомлены о своих законных правах, 82% не знали о возможности бесплатной юридической помощи, только 5% участниц опроса имели доступ к данной услуге.(13)

Почти две трети (60%) опрошенных в российских регионах высказали потребность в бесплатных юридических консультациях, но мало кто фактически смог получить такие услуги. Почти треть обратившихся за подобными услугами столкнулись с отрицательным отношением и требованием дополнительных платежей.(15)

#### **Анализ доступа к социальным услугам**

Социальная уязвимость женщин, употребляющих наркотики описана в вышеупомянутых разделах. Представленные примеры демонстрируют, что нужды уязвимых женщин связаны с самым широким спектром социальных услуг, начиная с получения документов, образования, обеспечения жильем и источниками дохода, помощи в реализации семейных и родительских задач, психологической поддержки, и заканчивая вопросами безопасности и доверия к поставщикам услуг. (3)(6)(7)

В то же время получение такого комплекса услуг в существующих правовых и институциональных рамках очень затруднено. Как отмечалось выше, статусный подход к определению уязвимости существенно ограничивает горизонт видения проблемы, связанной с многообразием форм невыгодного положения и «структурно уязвимых» групп. В настоящей системе социальной защиты нужды уязвимых женщин остаются, либо совсем невидимыми, либо представленными в очень узких аспектах семьи или здоровья.(3)

Данные исследования в российских регионах позволяют предположить, что употребляющие наркотики женщины продолжают получать угрозы ограничения или лишения родительских прав после того, как привозят новорожденных домой, и что они практически не получают помощи от социальных служб, ответственных за предоставление такой поддержки (8).

По данным исследования в Кыргызстане лишь 14% опрошенных женщин, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет, сами заботились о своих детях. Большинство отдало детей на попечение родственников или государственных служб. Причины отказа от заботы о собственных детях приводили следующие: «сидела в тюрьме и, когда кололась, не уделяла внимания... мне надо зарабатывать деньги на проживание... сначала жили все вместе, а когда стала колоться, то родители оставили их у себя...» и «я не могу нормально вырастить ребёнка». Одну из участниц опроса в Кыргызстане лишили родительских прав в судебном порядке. Исследование в Кыргызстане также выявило свидетельство того, что факт употребления наркотиков матерью может отрицательно повлиять на прием ребенка в образовательные учреждения: 9% детей школьного возраста, матери которых употребляют наркотики, не ходят в школу по причине отсутствия денежных средств (11%), болезни (7%) и дискриминации (13%), когда детские сады и школы отказываются принимать ребенка на основании того, что мать употребляет наркотики. (11)

**Обзор НПА, регулирующих вопросы доступа к социальным услугам уязвимых женщин в КР.**

Согласно статье 1 Конституции Кыргызской Республики Кыргызстан является социальным государством, что налагает на государство обязательства по обеспечению прав человека на социальную защиту. Социальный характер направленности государства отражен и в статьях Конституции КР посвященным вопросам труда. Правовая защита в соответствии с Конституцией КР предполагает каждому получение квалифицированной юридической помощи, в том числе за счет государства.

В целом согласно периодической отчетности Кыргызстана по правам человека признание значимости социально-экономических прав для обеспечения правового статуса личности рассматривается в стране как бесспорный факт, и весь комплекс прав и свобод человека признается равнозначным и взаимосвязанным.

Ратифицированные Кыргызстаном международные конвенции по правам человека, включая:

- Конвенции ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (1997); «О равном вознаграждении мужчин и женщин за труд равной ценности», «О дискриминации в области труда и занятий» (2008),

принятые на национальном уровне законы, а именно:

- Закон КР «О государственных гарантиях обеспечения равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин» (2008),
- Закон КР «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» (2015),
- Закон КР «Об охране и защите от семейного насилия» (2017),

способствовали укреплению правовой базы государственной политики социальной защиты с учетом интересов различных групп уязвимых женщин.