УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ



© Сеть WAVE и ЮНФПА 2014

Региональное бюро ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии

Стамбул, Турция
Тел.: +90 212 705 3650
Email: eeca@unfpa.org
Сайт: http://eeca.unfpa.org/

Издатель:
Сеть “Женщины против насилия в Европе” (WAVE) и Европейский информационный центр по борьбе с насилием
Бахерплатц 10/6, 1050 Вена, Австрия
Тел.: +43/(0)1/548 27 20, Факс: +43/(0)1/548 27 20 27
Email: office@wave-network.org
Сайт: www.wave-network.org, www.health-genderviolence.org
ZVR: 601608559

Все права защищены. Информация, результаты анализа, мнения и рекомендации, опубликованные в настоящем издании, являются исключительно мнением авторов этой публикации и необязательно выражают взгляды ЮНФПА, Организации Объединенных Наций или любых дочерних организаций ООН. ЮНФПА ни в коем случае не несет ответственности за использование или любые последствия использования любой иной информации, содержащейся в данном издании.

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ.
СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

ЧАСТЬ I
Руководство для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

ЧАСТЬ II
Сборник учебно-методических материалов для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

Содержание

Содержание 4
Предисловие 10
Благодарность 12
Введение 13

Часть I

Руководство для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

Глава 1 Что такое гендерное насилие

1.1.Определение и формы гендерного насилия 18
1.2.Масштабы гендерного насилия во всем мире и в регионе Восточной Европы и Центральной Азии 24
1.3.Причины гендерного насилия 36
1.4.Понимание динамики насилия в отношениях между интимными партнерами 38
1.4.1. Колесо власти и контроля 39
1.4.2. Цикл насилия 41
1.4.3. Стокгольмский синдром 41
1.4.4. Концепция нормализации насилия 42
1.5.Мифы о гендерном насилии 42
1.6. Гендерное насилие и множественная дискриминация 46
1.6.1. Женщины в условиях военных конфликтов или в послевоенных условиях 46
1.6.2. Женщины с ограниченными возможностями 47
1.6.3. Женщины-мигранты 48
1.6.4. Девочки-подростки 48
1.6.5. Пожилые женщины 49
1.6.6. Женщины в сельской местности 49
1.7.Последствия гендерного насилия 50
1.7.1. Влияние гендерного насилия на здоровье женщины 50
1.7.2. Метод жизненного цикла применительно к гендерному насилию 52
1.7.3. Влияние насилия на детей 53

Глава 2 Роль системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие

2.1.Международные стандарты для усиления мер реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие 55

2.1.1. Обязательства государств в соответствии с международным правом в области прав человека 55
2.1.2. Другие руководства и рекомендации для сотрудников системы здравоохранения 60
2.2.Почему медики играют важную роль в реагировании на гендерное насилие? 61
2.3.Роль медицинских работников в реагировании на гендерное насилие 63
2.3.1. Уровень медицинского персонала 64
2.3.2. Уровень медицинских учреждений 64
2.3.3. Уровень должностных лиц в сфере здравоохранения и государственной администрации 67
2.4.Препятствия, затрудняющие эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие 69
2.5.Принципы и стандарты оказания услуг 71
2.5.1. Подход с учетом гендерной специфики 71
2.5.2. Подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин 72
2.5.3. Подход к работе, основанный на соблюдении прав человека 77
2.5.4. Внедрение реагирования на ГН в работу существующих медицинских служб 79

Глава 3 Этапы эффективного вмешательства медицинских работников в случаях гендерного насилия

3.1.Выявление гендерного насилия 82
3.1.1. Обычный опрос по сравнению с клиническим опросом 83
3.1.2. Понимание признаков гендерного насилия 84
3.1.3. Минимальные требования к опросу о ГН 85
3.1.4. Как задавать вопросы о гендерном насилии 87
3.1.5. Что поможет пострадавшим рассказать о гендерном насилии 89
3.2.Проведение медицинского осмотра и оказание медицинской помощи 90
3.2.1. Первичная помощь 91
3.2.2. Анамнез и осмотр 91
3.2.3. Лечение и последующий уход 93
3.3.Документальное оформление случая ГН 97
3.3.1. Почему медицинские работники должны документально оформлять случаи гендерного насилия? 97
3.3.2. Порядок оформления и классификация телесных повреждений 97
3.3.3. Как и что необходимо оформлять документально? 98
3.3.4. Судебно-медицинская экспертиза 100
3.3.5. Представление доказательств в суде 100
3.3.6. Хранение медицинских карт и информации о пациенте и доступ к ним 101
3.4.Оценка рисков и планирование безопасности 102
3.4.1. Понимание факторов риска повторения или эскалации насилия 102
3.4.2. Оценка рисков 103
3.4.3. Помощь пострадавшей при разработке плана обеспечения безопасности 104

Глава 4 Создание системы перенаправления пациента внутри системы здравоохранения

4.1.Определение системы перенаправления пациентов 106
4.2.Основные участники системы перенаправления пострадавших 111
4.2.1. Организации, предоставляющие женщинам специализированную помощь 112
4.2.2. Общие услуги в помощь пострадавшим 114
4.2.3. Правоохранительные и судебные органы 114
4.3.Этапы развития и реализации эффективной системы направления пострадавших в соответствующие службы 115
4.3.1. Проведение ситуационного анализа и нанесение на карту существующих служб 115
4.3.2. Создание каталога организаций для направления пострадавших 117
4.3.3. Официальное оформление партнерских отношений 117
4.3.4. Предоставление персоналу информационных материалов 119
4.4.Что могут сделать медицинские работники при отсутствии формального механизма направления пострадавших в соответствующие службы 121

Глава 5 Мониторинг и оценка участия системы здравоохранения в решении проблемы гендерного насилия

5.1.Понимание мониторинга и оценки 123
5.2.Обоснование и преимущества мониторинга и оценки 125
5.3.Этические критерии оценки мер, направленных против гендерного насилия 129
5.4.Мониторинг и оценка на разных стадиях реализации меры вмешательства 130
5.4.1. Цикл реализации меры вмешательства 130
5.4.2. Разработка и реализация оценки - этапы и принципы 132
5.5.Методы оценки 133
5.5.1. Логико-структурный подход 133
5.5.2. Метод наиболее значимых изменений 140
5.5.3. Картирование результатов 142
5.5.4. Метод заряженной батареи для определения качества жизни 144
5.6.Разработка и реализация системы мониторинга и оценки 147
5.6.1. Шаги по созданию системы мониторинга и оценки 147
5.6.2. Преодоление проблем при проведении мониторинга и оценки 148
5.6.3. Практические советы по планированию и реализации мониторинга и оценки 150

Часть II

Сборник учебно-методических материалов для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

1. Об этом сборнике учебно-методических материалов

Об этом сборнике учебно-методических материалов 152

Структура сборника учебно-методических материалов 153

Квалификация тренера (тренеров) 154

Адаптация сборника учебных материалов с учетом местных условий 154

2. Подготовка к тренингу

Подготовка к тренингу 154

Организационные вопросы 155

Распределение времени 155

Использование нескольких методик 156

О чем необходимо помнить во время обучения? 156

3. Учебные модули

3.1.Модуль 1: Представление и знакомство участников 157

3.1.1. Общая схема модуля 157

3.1.2. Презентация в формате PowerPoint 158

3.2.Модуль 2: Что такое гендерное насилие? 161

3.2.1. Общая схема модуля 161

3.2.2. Презентация в формате PowerPoint 163

3.2.3. Раздаточные материалы 178

3.3.Модуль 3: Роль системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие 200

3.3.1. Общая схема модуля 200

3.3.2. Презентация в формате PowerPoint 202

3.3.3. Раздаточные материалы 211

3.4.Модуль 4: Принципы и нормы обслуживания 219

3.4.1. Общая схема модуля 219

3.4.2. Презентация в формате PowerPoint 220

3.4.3. Раздаточные материалы 224

3.5.Модуль 5: Выявление случаев гендерного насилия 229

3.5.1. Общая схема модуля 229

3.5.2.Презентация в формате PowerPoint 231

3.5.3. Раздаточные материалы 238

3.6.Модуль 6: Медицинский осмотр и оказание медицинской помощи 243
3.6.1. Общая схема модуля 243
3.6.2. Презентация в формате PowerPoint 244
3.6.3. Раздаточные материалы 250
3.7.Модуль 7: Документальное оформление случаев гендерного насилия 253
3.7.1. Общая схема модуля 253
3.7.2. Презентация в формате PowerPoint 254
3.7.3. Раздаточные материалы 261
3.8.Модуль 8: Оценка рисков и планирование обслуживания 266
3.8.1. Общая схема модуля 266
3.8.2. Презентация в формате PowerPoint 268
3.8.3. Раздаточные материалы 273
3.9.Модуль 9: Направление пациентов к другим поставщикам услуг 281
3.9.1. Общая схема модуля 281
3.9.2.Презентация в формате PowerPoint 283
3.9.3. Раздаточные материалы 293
3.10Модуль 10: Оценка и завершение тренинга 298
3.10.1. Общая схема модуля 298
3.10.2. Раздаточные материалы 299

Приложения 302
Список сокращений и аббревиатур 346
Глоссарий 348
Литература 356

Предисловие

Гендерное насилие (ГН) отражает неравенство между мужчинами и женщинами, усиливает его и подрывает здоровье, достоинство, безопасность и самостоятельность подвергающихся ему женщин. ЮНФПА уделяет особое внимание вопросу обеспечения защиты прав человека в отношении женщин и девочек в соответствии со своей концепцией, согласно которой каждая девушка и женщина заслуживает уважительного обращения, сохраняющего ее достоинство.

Региональный офис ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии (EECARO) признает, что любая форма ГН и вредной традиционной практики приводит к ухудшению репродуктивного, психического и физического здоровья женщин, снижает их уровень образования, производительность и успешность социального функционирования, а также является причиной огромных расходов государственных средств для принятия мер реагирования на ГН, удовлетворения потребностей пострадавших и преследования виновных. Примечательно, что согласно «Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в период после 2014 года», разработанной в 2013 году, «прекращение гендерного насилия» включено в ряд вопросов, решению которых привержено наибольшее число (88%) правительств (см. Список использованной литературы: UN Secretary-General 2014). Это означает, что устранение ГН останется основным приоритетом в глобальных программах развития МКНР в период после 2014 и после 2015 года. Эффективность мер реагирования на насилие в отношении женщин зависит от наличия хорошо функционирующей системы, которая может обеспечить для пострадавших неотложную медицинскую помощь и защиту их безопасности путем предоставления им качественных медицинских услуг по охране психического, физического и репродуктивного здоровья, убежище и защиту, а также доступ к социальным услугам и услугам системы правосудия. Обеспечивая наличие и функционирование эффективной системы поддержки пострадавших от ГН, государство тем самым посылает сигнал о том, что насилие в отношении женщин является серьезным преступлением и совершенно недопустимо.

Региональный офис ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии прикладывает все усилия для борьбы с замалчиванием этой проблемы и обеспечения того, чтобы голоса женщин были услышаны. Масштабы насилия различны в разных странах и в разных регионах внутри стран; в среднем 25,4% женщин в странах региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) сообщали о случаях физического или сексуального насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия со стороны не партнера (ВОЗ 2013). В большинстве случаев пострадавшим от ГН требуется многоуровневая помощь поставщиков медицинских услуг. В связи с этим, начиная с 2011 года, Региональный офис ЮНФПА для стран ВЕЦА сотрудничает с европейской сетью организаций “Женщины против насилия в Европе” (Women against Violence in Europe, WAVE), чтобы обеспечить жизнеспособные решения для улучшения мер реагирования на случаи ГН со стороны системы здравоохранения. Настоящий сборник учебно-методических материалов представляет собой результат этого партнерства и направлен на укрепление потенциала медицинских работников как на уровне учреждений/ руководства учреждений системы здравоохранения, так и на уровне поставщиков медицинских услуг (медицинских работников), контактирующих непосредственно с пострадавшими от ГН, подготовленность которых является ключевым условием для совершенствования мер реагирования на случаи ГН со стороны системы здравоохранения.

Сеть WAVE и ЮНФПА выражают признательность за технические замечания, полученные от экспертов и практиков, работающих в регионе Восточной Европы и Центральной Азии и за его пределами, дававших ценные рекомендации в процессе разработки сборника учебно-методических материалов. В частности в их число входила контрольная группа экспертов, созванная в 2013 году, а также участники регионального учебного семинара по вопросам улучшения мер реагирования со стороны сектора здравоохранения на случаи гендерного насилия в странах ВЕЦА, состоявшегося в 2012 году.

Региональный офис ЮНФПА для стран ВЕЦА радо представить данный сборник, являющийся практическим инструментом для расширения знаний и повышения потенциала специалистов системы здравоохранения в области предотвращения случаев ГН и оказания поддержки и помощи пострадавшим от ГН. ЮНФПА и Сеть WAVE будут продолжать работу по созданию эффективных систем реагирования на случаи ГН в регионе, включая улучшение предоставления услуг, повышение информированности сообщества, совершенствование политики и практические наработки, которые можно использовать далее в масштабах сектора здравоохранения и региона.



Хеймо Лаакконен

Региональный директор
Региональный офис ЮНФПА для стран ВЕЦА



Мария Рёсльхумер

Управляющий директор
“Женщины против насилия в Европе” (WAVE)

БЛАГОДАРНОСТЬ

Эта публикация была подготовлена совместно Региональным офисом ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии (UNFPA EECARO) и организацией “Женщины против насилия в Европе” (WAVE) под общим руководством Регионального директора ЮНФПА, Хеймо Лаакконен. Региональный офис ЮНФПА выражает особую благодарность Ангелике Картуш, автору этой публикации, а так же Иоханне Виллемс (автор части I, главы 5) и Ванессе Депейр, которые внесли свой вклад в написание публикации. Ведущая координация и техническое руководство были обеспечены Марией Рёсльхумер, Управляющим директором WAVE, Нигиной Абасзаде, Советником по гендерным вопросам и Аидой Казарян, Специалистом по гендерным вопросам UNFPA EECARO. Производство публикации координировалась Ванессой Депейр.

Особая благодарность членам Рабочей группы, созванной в 2013 году для предоставления замечаний и рекомендаций, которые использовались при подготовке пересмотренной версии данной публикации. Это: Джейд Левелл (организация “Вместе против домашнего насилия”, Лондон), Станислава Отасевич (Центр охраны женского здоровья, Белград), Лана Папава (Консультационный центр для женщин “Сахли”, Тбилиси), Джордже Алемпиевич (Независимый женский центр, Белград), Гаяне Авагян (Республиканский институт репродуктивного здоровья, Ереван), Ваня Маканович (Независимый женский центр, Белград) и Ирма Манявидзе (Тбилисский государственный медицинский университет, Центр клинической компетенции, Тбилиси).

А также, выражаем признание Джулии Жирарди, Фелис Дротт (WAVE), сотрудникам Национального центра по предотвращению насилия в отношении женщин “АННА” в Москве и Сабине Боне (Оснабрюкский университет) за подготовку в 2011 году первой редакции сборника, которая была полностью пересмотрена в 2014 году.

UNFPA EECARO и WAVE благодарят все страновые офисы ЮНФПА в Восточной Европе и Центральной Азии за участие в разработке данной публикации.

Перевод на русский язык: Татьяна Коржицкая

Корректура: Соня Эркут и Лена Митейко (англоязычная версия) и Алена Дзюльгзина (русскоязычная версия)

Графический дизайн: Пол Анка

Фото на обложке: Незих Тавлас / ЮНФПА

Введение

Гендерное насилие (ГН) против женщин и девочек – это одно из наиболее распространенных нарушений прав человека, которое серьезно влияет на физическое, психологическое, сексуальное и репродуктивное здоровье. Согласно недавно проведенному исследованию, опубликованному Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), 25,4% женщин в Европе и Центральной Азии подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию со стороны иных лиц (WHO et al. 2013)

Сектор здравоохранения играет важнейшую роль в выявлении случаев ГН, оказании медицинской помощи женщинам и девочкам и направлении пострадавших в службы, которые смогут им помочь, например, в приюты, центры психологической помощи или специализированные медицинские учреждения. На самом деле, для многих пострадавших от насилия посещение врача – это первый и зачастую единственный шаг к получению поддержки и ухода. Вот почему для предотвращения ГН и реагирования на факты насилия крайне важно повышать потенциал медицинских работников, которые смогут выявлять женщин и девочек, пострадавших от насилия, и оказывать им поддержку.

Многие страны Восточной Европы и Центральной Азии достигли значительных успехов в признании проблемы ГН и принятии мер для предотвращения насилия и реагирования на эту проблему. Правительства и медицинские учреждения реализуют политику и программы, определяющие роль системы здравоохранения в решении этой проблемы, так, например, разрабатываются протоколы и руководства, а также обучающие программы для медицинских работников. Однако ГН все еще рассматривается в первую очередь в контексте правоприменения, а не системы здравоохранения. Во многих странах необходимо доработать концепцию усиления реагирования в системе здравоохранения и обеспечить превращение этой концепции в действующую и официально принятую систему реагирования на уровне медицинских учреждений. Такая система должна включать каналы направления пациентов к необходимым специалистам и наличие у поставщиков медицинских услуг соответствующих знаний и навыков для выявления НГ и реагирования на насилие.

Поэтому ЮНФПА (Фонд ООН в области народонаселения), Региональный офис Фонда ООН в области народонаселения для стран Восточной Европы и Центральной Азии и Сеть WAVE («Женщины против насилия в Европе»), как исполняющая партнерская организация, совместно работают в сфере развития потенциала медицинских работников в регионе. Эта работа проводится в целях совершенствования реагирования системы здравоохранения на ГН. Основным результатом сотрудничества, начатого в 2011 году, стала разработка сборника материалов с практическим руководством для медицинских работников, администраций медицинских учреждений и политиков. Руководство можно найти здесь: www.health-genderviolence.org. В 2013 и 2014 году сборник материалов был полностью переработан. Теперь он в большей степени отвечает современным требованиям с точки зрения усиления реагирования системы здравоохранения на ГН, а его содержание обновлено с учетом новейших международных наработок.

Цель публикации

Сборник материалов ЮНФПА-WAVE ставит своей целью обеспечить медицинских работников в странах Восточной Европы и Центральной Азии доказательными данными и инструментами для содействия принятию законов, политики и программ, направленных на обеспечение комплексного межведомственного реагирования на ГН. Сектор здравоохранения является важным звеном этой системы реагирования.
В этом издании

» представлена подробная информация об истории вопроса для специалистов-медиков. Эти материалы позволят им лучше понять характер и динамику ГН, а также роль сектора здравоохранения в реагировании на ГН;
» обозначены практические шаги и рекомендации по разработке, реализации, мониторингу и оценке мер вмешательства, что позволит более эффективно внедрять реагирование на ГН в работу сферы здравоохранения;
» дается практическое руководство по созданию новых или укреплению существующих систем направления пациентов к необходимым специалистам, при этом особое внимание уделяется вопросу межведомственного взаимодействия в процессе реагирования на ГН;
» предлагаются пути поддержки мер, направленных на укрепление потенциала медицинских работников, которые смогут понимать ГН и его симптомы, выявлять случаи гендерного насилия и обеспечивать пострадавших соответствующим уходом и поддержкой.

Сборник материалов опирается на международные стандарты и руководства, в том числе: Клиническое и стратегическое руководство ВОЗ 2013 года в области реагирования на насилие в отношении женщин. В нем также дается ссылка на существующие положительные примеры в странах Восточной Европы и Центральной Азии.

Сборник также дополнен материалами по отдельным странам Восточной Европы и Центральной Азии. Предлагаем специалистам-медикам и руководящим работникам ознакомиться с этим сборником материалов в рубрике “О странах” на сайте www.health-genderviolence.org. Здесь предлагается полезная информация, которую можно будет использовать для адаптации рекомендаций и принципов, содержащихся в данном издании, к потребностям конкретной страны.

На кого рассчитана эта публикация?

Охват территорий: Сборник материалов рассчитан на работников здравоохранения в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Региональный офис ЮНФПА для Восточной Европы и Центральной Азии будет заниматься распространением сборника в следующих территориях: Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Казахстан, Косово (согласно Резолюции Совета Безопасности ООН 1244), Кыргызская Республика, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, бывшая югославская Республика Македония, Румыния, Турция, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

Уровни оказания медицинской помощи: Сборник материалов в первую очередь ориентирован на уровень неспециализированной первичной помощи. Именно на этом этапе происходит первый и самый важный контакт пострадавших от насилия женщин с медиками. Кроме того, сборник также может оказаться полезным для специализированных лечебных учреждений вторичного звена, куда могут направить пострадавших женщин медицинские работники первичного уровня.

Целевая группа: Сборник материалов рассчитан главным образом на медицинских работников, непосредственно оказывающих услуги пострадавшим от ГН. Это врачи, медсестры, фельдшеры и акушеры, которые в Восточной Европе и Центральной Азии играют особенно важную роль в отдаленных сельских регионах. Учитывая, что для преобразования системы реагирования на ГН в здравоохранении требуется выработать подходы на уровне организаций, в сборнике также даются рекомендации руководству учреждений здравоохранения (например, больниц, медицинских центров или врачебных кабинетов), а также, в соответствующих случаях, высокопоставленным должностным лицам.

Темы, представленные в сборнике материалов

В сборнике рассматриваются следующие формы насилия: Хотя гендерному насилию могут подвергнуться как женщины, так и мужчины, во всем мире больше всего страдают от такого насилия женщины и девочки, что является следствием неравного соотношения сил между мужчинами и женщинами. По этой причине, когда в данном издании речь идет о реагировании системы здравоохранения на ГН, этот термин используется в значении "насилие против женщин", что отвечает принципам Организации Объединенных Наций (ООН). Руководство и комплект учебных материалов, представленные в настоящем сборнике, главным образом посвящены проблеме насилия между интимными партнерами. Эта форма насилия больше всего затрагивает женщин. Тем не менее, многие положения также относятся к другим формам насилия в отношении женщин.

Структура сборника

☐ **Часть I (Руководство для медицинских учреждений и специалистов-медиков по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие)**. Здесь представлена общая информация и практические руководящие принципы для поддержки политики и программ, направленных на усиление реагирования системы здравоохранения на ГН. В первой части представлен обзор причин, динамики и последствий ГН (глава 1), а также описывается роль специалистов-медиков в реагировании на ГН. Особое внимание уделяется теме международных стандартов в области прав человека и основным принципам предоставления услуг (глава 2). В главе 3 дается пошаговое описание действий поставщика медицинских услуг при подозрении на случай ГН, начиная от выявления факта насилия до медицинского осмотра, ухода, оформления документации по ГН, оценки рисков, разработки плана обеспечения безопасности и направления пациентов к другим поставщикам услуг. В главе 4 рассматриваются вопросы направления лиц, пострадавших от ГН, к другим специалистам, в частности рассматриваются участники взаимодействия и необходимые шаги по созданию и реализации механизма направления пострадавших к специалистам. В завершение Части I представлено введение в тему мониторинга и оценки (МиО) мер реагирования со стороны системы здравоохранения на ГН с разъяснением основных понятий и принципов МиО, а также предлагаются конкретные шаги для разработки и проведения оценок (глава 5).

☐ **В Части II (Сборник учебно-методических материалов для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие)** предлагается готовая и удобная в использовании учебная программа, цель которой углубить знания и развить навыки медицинских работников по таким направлениям как понимание ГН, выявление пострадавших от гендерного насилия, и предоставление им необходимого ухода и поддержки, а также направление пострадавших к соответствующим специалистам. После нескольких практических советов и рекомендаций по подготовке тренингов представлен комплект материалов, состоящий из 10 модулей:

1. Представление и знакомство участников
2. Что такое ГН: определение, причины, динамика и последствия
3. Роль работников сферы здравоохранения в реагировании на ГН
4. Международные стандарты и принципы оказания услуг
5. Выявление случаев ГН
6. Медицинский осмотр и уход
7. Оформление документации по ГН
8. Оценка рисков и составление плана безопасности
9. Направление пациентов к поставщикам других услуг
10. Оценка тренинга и заключение

В каждом модуле тренер найдет следующее:
» общий план учебного занятия, в том числе, основные идеи и содержание;
» ссылки на соответствующие главы первой части сборника, в которых тренеры могут найти необходимую информацию;
» презентация в формате Power Point, упражнения для работы в группах и раздаточные материалы.

Тренеры могут применять комплект обучающих материалов в том виде, в котором он представлен в этой публикации, или адаптировать его с учетом потребностей и контекста конкретной страны.

Цель публикации – внести вклад в важную работу, проводимую медиками и представителями правительственных структур в регионе Восточной Европы и Центральной Азии для усиления реагирования системы здравоохранения на ГН, будь то в процессе разработки или изменения стратегий или протоколов, реализации обучающих программ или разработке механизмов направления пациентов к специалистам. Комментарии и запросы следует направлять на адрес электронной почты info@health-genderviolence.org.

Часть I

Руководство для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

ГЛАВА 1

Что такое гендерное насилие

Гендерное насилие (ГН) в отношении женщин – это нарушение прав человека и одновременно и причина и следствие неравного соотношения сил между мужчинами и женщинами. Принимая во внимание тяжелые последствия насилия для физического, сексуального, репродуктивного и психического здоровья женщин, это явление представляет серьезную проблему для сектора здравоохранения.

Для успешного выявления и реагирования на случаи ГН медицинские работники должны хорошо понимать, что такое ГН, каковы его причины и последствия. Поэтому в этой главе рассматриваются определение и формы ГН (1.1), а также масштабы проблемы, как во всем мире, так и в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (1.2). Далее рассматриваются причины ГН (1.3), динамика насилия в отношениях между интимными партнерами (1.4), а также мифы о ГН (1.5). В этой части издания также объясняется, почему некоторые группы женщин подвержены более высокому риску ГН и (или) сталкиваются с особыми препятствиями, когда обращаются за поддержкой и защитой (1.6), а также здесь представлен обзор последствий ГН для женского здоровья (1.7).

1.1.Определение и формы гендерного насилия

Термины “гендерное насилие” (ГН) и “насилие в отношении женщин” зачастую взаимозаменяемы, поскольку насилие по отношению к женщинам проявляется главным образом на гендерной почве, и в большинстве случаев насилие над женщинами и девочками совершают мужчины.
Международные нормативные документы о правах человека содержат следующие определения насилия против женщин и ГН (вставка № 1):

Вставка № 1: Определение гендерного насилия в отношении женщин

Насилие над женщинами
(…) является "проявлением исторически сложившегося неравного соотношения сил между мужчинами и женщинами, которое привело к доминированию над женщинами и дискриминации в отношении женщин со стороны мужчин, а также препятствует всестороннему улучшению положения женщин. […] *[Н]асилие в отношении женщин является одним из основополагающих социальных механизмов, при помощи которого женщин вынуждают занимать подчинённое положение по сравнению с мужчинами*" (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин, преамбула).
(…) *«насилие в отношении женщин» понимается как нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин и означает все акты насилия по гендерному признаку, которые приводят или могут привести к физическому, сексуальному, пс*

ихологическому или экономическому ущербу или страданиям в отношении женщин, включая угрозы таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, независимо от того, происходит ли это в публичной или частной жизни". (Статья 1 Декларации об искоренении насилия в отношении женщин, Ст. 3 Стамбульской конвенции).

Гендерное насилие (насилие в отношении женщин по гендерному признаку) означает "насилие, которое направлено на женщину, потому что она является женщиной, или же несоразмерно затрагивает женщин" (Общая рекомендация № 19 к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), Статья 3 Стамбульской конвенции).

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

Исходя из приведенных выше международных определений, можно понимать термин ГН следующим образом:

Насилие в отношении женщин имеет гендерную подоплеку: Женщины не случайно подвергаются насилию.

Наоборот, такое насилие обращено против женщин, поскольку они женщины, или такое насилие непропорционально затрагивает женщин. Гендерное насилие – это структурная проблема, глубоко укоренившаяся в неравном соотношении сил между мужчиной и женщиной. Такое насилие усугубляется вредными социальными и культурными ожиданиями и представлениями о гендерных ролях, которые обычно считают свойственными женщине или мужчине, девочке или мальчику. Таким образом, на практике воплощается и сохраняется гендерное неравенство. Женщины и девочки, подвергающиеся насилию, получают сигнал о том, что они недостаточно хороши и не управляют своей жизнью и телом. Это напрямую влияет на здоровье женщин, их занятость и участие в общественной и политической жизни (Kelly 2005).

Для решения проблемы насилия в отношении женщин как гендерного явления и интеграции мер реагирования на случаи ГН в систему здравоохранения, крайне важно понимать, чем гендер отличается от пола.

Вставка № 2: Понятие гендера по сравнению с полом

- Термин "пол" означает биологические и физиологические различия между мужчинами и женщинами. В то же время не всегда возможно определить пол только в дихотомии мужчина-женщина, что очевидно из-за существования интерсексуалов (ОР к КЛДЖ 28, MWIA 2002).
- Термин "гендер (гендерная принадлежность)" относится к социально обусловленным самобытным признакам, атрибутам и ролям, отводимым женщинам и мужчинам, к социально-культурному значению, которое общество придает этим биологическим различиям, что влечет за собой создание нежелательных иерархических взаимоотношений между женщинами и мужчинами, равно как распределение власти и прав в пользу мужчин и в ущерб женщинам.
- Гендерные роли и характеристики существуют не изолированно, а определяются по отношению друг к другу и через отношения между женщинами и мужчинами, девочками и мальчиками. Хотя пол и связанные с ним биологические функции запрограммированы генетически, гендерные роли и отношения власти, которые они отражают, являются социальным конструктом - в разных культурах и в разное время они различны и, таким образом, подвержены изменениям (ОР № 28 к КЛДЖ, MWIA 2002).
- Гендерное равенство подразумевает равенство мужчин и женщин без дискриминации по признаку пола. Гендерное равенство подразумевает равенство между мужчинами и женщинами как перед законом (официальное равенство), так и де-факто (фактическое равенство). Соответственно, государственные меры по достижению гендерного равенства должны выходить за рамки равенства женщин и мужчин перед законом. Вместо этого законы и стратегии должны быть направлены на обеспечение равных возможностей для мужчин и женщин, что в итоге должно обеспечить равные права, уровни доходов, участие в принятии решений и влияние на этот процесс, а также освободить и мужчин и женщин от насилия. Для этого необходимы эффективные стратегии преодоления гендерных стереотипов и других глубинных причин дискриминации, которые позволят перераспределить ресурсы и соотношение сил между мужчинами и женщинами (Общая рекомендация № 25 к КЛДЖ).
- Дискриминация по половому признаку в целом может пониматься как любое различие, исключение или ограничение на основании социально определенных гендерных ролей и норм, которое не позволяет человеку пользоваться своими правами человека. Международное право определяет гендерную дискриминацию в отношении женщин как «любое различие, исключение или ограничение по признаку пола, *которое направлено на ослабление или сводит на нет признание, пользование или осуществление женщинами, независимо от их семейного положения, на основе равноправия мужчин и женщин, прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой области» (Ст. 1 КЛДЖ). Такая дискриминация может быть как прямой (когда закон, политика или практика явно предполагает дискриминацию женщин), так и косвенной (когда закон, политика или практика, несмотря на кажущуюся гендерную нейтральность могут негативно отражаться на женщинах) (ОР № 25 КЛДЖ). Государства обязаны искоренить все формы насилия в отношении женщин вне зависимости от того, кто совершает насилие: государственные органы или частные организации, предприятия или отдельные лица (Статья 1 КЛДЖ, ОР* № 19 КЛДЖ, ОР № 28 КЛДЖ).

Необходимо отметить, что ГН также включает насилие в отношении мужчин и мальчиков. Например, мальчики могут стать объектом сексуального насилия со стороны членов семьи или торговли для сексуальной эксплуатации. Иногда отмечались случаи, когда мужчины подвергались домашнему насилию – со стороны партнеров и детей (Bloom 2008). В некоторых условиях сексуальное насилие в отношении лиц мужского пола может даже превышать масштабы насилия в отношении женщин, например, в тюрьмах и в армии (WHO 2003). В то же время, как подчеркивалось выше, из-за неравноправных отношений между мужчинами и женщинами большинство лиц, подвергающихся насилию по гендерному признаку, составляют женщины и девочки, причем чаще всего насилие совершают мужчины.

Вставка № 3: Гендерные аспекты насилия в отношении женщин

- Гендерное насилие главным образом затрагивает женщин и девочек.
- Женщины и мужчины подвергаются насилию в разных ситуациях: в то время как для мужчин выше вероятность погибнуть в результате вооруженного конфликта, насилия со стороны чужих людей или самоубийства, для женщин выше вероятность погибнуть от рук знакомых людей, в том числе, интимных партнеров.
- Во многих обществах женщина традиционно занимает подчиненное положение по отношению к мужчине, а также считается, что мужчина вправе применять насилие для контроля над женщиной. В силу таких настроений насилие в отношении женщин оправдывается и прощается, проповедуется терпимость к нему.
- Женщины, пострадавшие от насилия, сталкиваются с определенными препятствиями, когда пытаются обратиться в службы поддержки. Все дело в том, что у женщин меньше ресурсов и возможностей для доступа к правосудию, уходу и поддержке, что обусловлено дискриминацией и их более низким положением в обществе.
- Зачастую законодательство и органы власти, реализующие на практике эти законы, игнорируют насилие в отношении женщин или не способны отреагировать на него соответствующим образом.

Источник: по материалам WHO/PAHO 2012a

Гендерное насилие – это нарушение прав человека в отношении женщин и одна из форм дискриминации женщин.

ГН нарушает многие права женщин, в том числе, право на жизнь, право не подвергаться пыткам или жестокому, негуманному или унижающему достоинство обращению или наказанию, право на равную защиту в соответствии с законом, право на равенство в семье или право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (КЛДЖ 1992). Более подробная информация об обязательствах государств в соответствии с международным правом в области прав человека приведена в главе 2.1.1.

Женщины подвергаются ГН во всех сферах жизни, как частной, так и общественной.

Насилие в отношении женщин совершается в разных ситуациях – в семье, на работе, в школе или университете, на улице, в политической жизни или в государственных учреждениях, например, тюрьмах или учреждениях здравоохранения. Поэтому виновниками насилия могут быть частные лица, например, интимные партнеры, другие члены семьи, знакомые, работодатели, коллеги по работе или незнакомые люди, а также должностные лица, сотрудники полиции, тюремные охранники или военнослужащие.

ХХотя ГН может совершаться в отношении женщин в любых сферах жизни, чаще всего женщины подвергаются насилию в семье. Согласно оценкам ВОЗ, в мире почти одна треть (30%) всех женщин, которые когда-либо имели отношения с мужчиной, испытывали физическое и (или) сексуальное насилие со стороны интимного партнера (WHO et al 2013). Кроме этого, непропорционально велико число женщин, которые становятся жертвами убийств, совершаемых интимными партнерами или другими членами семьи, что подтверждается последним Глобальным исследованием по проблеме убийств УНП ООН: Хотя во всем мире доля женщин, ставших жертвами убийц, составляет 20%, женщины составляют почти две трети всех лиц, убитых интимным партнером или другими членами семьи (UNODC 2014).

Два термина, которые обычно используются для обозначения насилия, которому женщины подвергаются дома, это “домашнее насилие” и “насилие со стороны интимного партнера” (см. вставку № 4).

Вставка № 4 – Международные определения терминов “домашнее насилие” и “насилие со стороны интимного партнера”

Домашнее насилие означает *«все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими». Две основные формы домашнего насилия - это насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей (Ст. 3 Стамбульской конвенции и Объяснительного отчета).*

Насилие со стороны интимного партнера определяется как *«поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический, сексуальный или психологический ущерб, включая* физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения. Это насилие как со стороны нынешних, так и бывших супругов и интимных партнеров» (WHO 2013a).

ГН охватывает широкий спектр действий, причиняющих вред, в том числе, физическое, сексуальное, психологическое и экономическое насилие.

Медики должны помнить, что ГН – это многогранная проблема. Кроме физического и сексуального насилия, которое приводит к травмам и которое поэтому легче обнаружить, следует обращать внимание и на психологическое и экономическое насилие, которому могут подвергаться женщины и которое также может серьезно отразиться на здоровье женщины (более подробную информацию см. в главе 1.7). Более того, женщины и девочки страдают от таких вредных обычаев как детский/ранний брак, принудительный брак или выбор пола будущего ребенка. Таким образом, медикам важно понимать и идентифицировать весь спектр действий, которые составляют ГН (см. табл. 1).

Таблица 1: Примеры гендерного насилия в отношении женщин

Физическое насилие	Физическая сила, приводящая к телесным повреждениям, боли или травмам. Тяжесть травмы варьируется от минимального повреждения тканей, перелома костей до тяжелых увечий и смерти. К физическому насилию относятся: • шлепки, толкание, отталкивание, удары кулаком, избиение, царапины, удушение, укусы, хватание, тряска, плевки, ожоги, выкручивание части тела, насильственное принуждение к употреблению какого-либо вещества; • ограничение свободы женщины с целью помешать ей обратиться за медицинской или другой помощью; • использование бытовых предметов, чтобы нанести удар или колющую рану женщине, использование оружия (ножи, огнестрельное оружие).
Сексуальное насилие	Любой сексуальный акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания, или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но, не ограничиваясь ими (WHO 2002, цитата из материалов WHO 2013). К сексуальному насилию относятся: • изнасилование, другие формы сексуальных преступлений, • сексуальные приставания или сексуальное запугивание (в том числе, требование секса взамен на продвижение по службе или по карьерной лестнице или для получения более высоких отметок или оценок), • торговля людьми в целях сексуальной эксплуатации, • принуждение к порнографии, • принудительные беременность, стерилизация, аборты; • принуждение к браку, ранние браки; • калечащие операции на женских половых органах; • проверка девственности; • инцест.

Психологическое насилие (его также иногда называют эмоциональным насилием)	Действие или ряд действий, напрямую нарушающих психологическую неприкосновенность женщины. К психологическому насилию относятся: • угрозы насилия и причинения вреда женщине или близкому ей человеку на словах или посредством действий (например, преследование или демонстрация оружия); • домогательства и преследования на рабочем месте; • унижение и оскорбительные замечания; • изоляция и ограничение общения (например, запереть женщину дома, заставить ее уйти с работы или запретить женщине обращаться к врачу); • использование детей интимным партнером, совершающим насилие, чтобы контролировать женщину или причинить ей вред (например, нападение на ребенка; принуждение детей к тому, чтобы они смотрели, как нападают на их мать; угрозы забрать детей или похищение ребенка). Эти действия представляют собой одновременно насилие над детьми и насилие над женщинами.
Экономическое насилие	Применяется с целью запрета или контроля доступа женщины к ресурсам, в том числе, времени, деньгам, транспорту, пище или одежде. К экономическому насилию относятся: • запрет на работу для женщины; • исключение женщины из процесса принятия решений в семье; • удержание денег или финансовой информации; • отказ оплачивать счета или содержать женщину или детей; • разрушение совместно нажитого имущества.

Источники: по материалам Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003, WHO 2013.

В таблице 2 представлен краткий обзор примеров ГН в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Сюда не вошли примеры некоторых форм домашнего насилия и насилия со стороны интимного партнера, которые рассматриваются в ряде национальных исследований по проблеме распространенности данного явления (см. табл. 4). Эта таблица включает не все возможные виды насилия; кроме того, здесь не подразумевается, что определенные формы насилия встречаются только в странах Восточной Европы и Центральной Азии и (или) только в странах, перечисленных в качестве примеров.

Таблица 2: Примеры ГН, зафиксированные в регионе Восточной Европы и Центральной Азии

Форма насилия	Примеры стран и ссылки
Похищение невесты и другие формы принудительного брака	Казахстан, Кыргызстан, Турция[1]
Ранние браки/ браки с детьми	Наблюдаются в большинстве стран региона[2]
Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков	Албания, Армения, Азербайджан, Грузия[3]
Дурное обращение и пытки при содержании под стражей	Наблюдается во многих странах региона
Убийства во имя чести	Албания, Турция[4]
Сексуальные домогательства на рабочем месте	Наблюдаются во многих странах региона
Применение сексуального насилия во время военных действий	Наблюдается во многих странах региона
Самоубийства вследствие домашнего насилия; самоубийство, к которому подстрекают члены семьи	Наблюдаются во многих странах региона
Торговля женщинами	Наблюдается во многих странах региона
Насилие и преследование в отношении работниц секс-индустрии	Наблюдается во многих странах региона

1.2.Масштабы гендерного насилия во всем мире и в регионе Восточной Европы и Центральной Азии

Женщины подвергаются ГН во всех странах мира и во всех регионах. Начиная со второй половины 90-х годов прошлого века количество исследований, посвященных определению масштабов насилия в отношении женщин, стало расти. Эти исследования обеспечивают отличную базу научных данных для разработки законов и стратегий, направленных на борьбу с ГН. В то же время по-прежнему имеются пробелы в знаниях обо всех формах ГН: До сих пор во многих странах нет достоверных данных о ГН, а если они и существуют, то зачастую не позволяют проводить сравнения из-за различий в использованных методиках. Помимо этого, лишь в немногих странах данные о ГН собираются регулярно, а это позволило бы зафиксировать изменения, происходящие с течением времени. Существующие инициативы по сбору данных и проведению исследований до сих пор были преимущественно сосредоточены на изучении насилия со стороны интимного партнера, сексуального насилия, жестокого обращения с детьми и калечащих операций на женских половых органах, в то время как многие другие формы ГН недостаточно зафиксированы документально. В число последних входят убийства женщин, сексуальное насилие во время военных конфликтов, торговля женщинами и девочками, сексуальное преследование и насилие на рабочем месте, в школах и в местах пребывания/содержания, например, учреждениях здравоохранения, тюрьмах и пунктах задержания (доклад Генерального секретаря ООН 2006 г.)

Исследования явления – единственный надежный метод определения масштабов распространенности ГН. Обычно изучение распространенности явления проводится путем опроса населения. Эти исследования построены на использовании случайной выборки данных; поэтому их результаты характерны для более обширной группы населения. Таким образом, в отличие от официально зафиксированных данных, например, в приютах, полиции, судах и больницах, содержащих информацию лишь о тех женщинах, которые сообщили о насилии или обратились за помощью, опросы населения позволяют сделать точные выводы о реальных масштабах распространенности ГН. Исследования распространенности ГН могут быть ориентированы либо на изучение одной или нескольких форм ГН, либо на исследование более широкого диапазона вопросов в сфере демографии, здравоохранения, бедности, преступности, репродуктивного здоровья, а также включать вопросы или модули, относящиеся к ГН (Генеральный секретарь ООН, 2006).

В исследовании, опубликованном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2013 году, о распространенности обеих форм ГН в мире и по регионам (физическое и сексуальное насилие со стороны интимного партнера, а также сексуальное насилие, совершаемое иными лицами)[5] сделан вывод о том, что *"[н]асилие в отношении женщин* – это проблема системы здравоохранения, имеющая масштабы эпидемии. Оно охватило весь мир от края до края, ставит под угрозу женское здоровье, ограничивает участие женщин в жизни общества и вызывает огромные человеческие страдания" (WHO 2013). В Таблице 3 представлены некоторые результаты этого исследования.

1 Инициативы женских и феминистских НПО по КЛДЖ - Казахстан 2014; HRW 2006; Сообщество ООН в Кыргызской Республике/ ЮНФПА 2008, КЛДЖ 2010.
2 ЮНФПА 2014
3 Парламентская ассамблея Совета Европы 2011.
4 КЛДЖ 2010, КЛГЖ 2010a
5 Оценка насилия со стороны интимного партнера приведена для 81 страны (в том числе, 10 стран из региона ВОЗ в Европе). Оценки сексуального насилия, совершаемого иными лицами, приведены для 58 стран (в том числе 7 стран из Европейского региона ВОЗ).
6 Европейский регион включает страны с низким и средним уровнем доходов в Европе и Центральной Азии.

Таблица 3 - Данные о распространенности ГН в мире и регионе – избранные данные

	Оценочные данные в мире	Оценочные региональные данные в Европе[6]
% женщин, испытавших насилие со стороны интимного партнера или сексуальное насилие со стороны иного лица (распространенность за весь срок жизни)	35%	27,2%
% женщин, состоявших в отношениях и испытавших насилие со стороны интимного партнера (за весь срок жизни)	30%	25,4%
% женщин, испытавших сексуальное насилие со стороны не партнера (распространенность за весь срок жизни)	7,2%	5,2%

Источник: WHO et al. 2013

По состоянию на февраль 2014 года опубликованы результаты исследований распространенности насилия со стороны интимного партнера и других форм домашнего насилия по крайней мере для 13 стран региона Восточной Европы и Центральной Азии. Хотя эти исследования не всегда сравнимы из-за различий в методике (например, размер выборки, географический охват, исследуемые формы насилия, формулировка и акцентуация вопросов), они, тем не менее, четко иллюстрируют широкую распространенность ГН в Восточной Европе и Центральной Азии. Результаты этих исследований, сведенные воедино в таблице 4, могут предоставить лицам, участвующим в принятии решений, касающихся реализации мер вмешательства, исходные данные для реализации усилий, направленных на усиление реагирования системы здравоохранения на ГН в регионе. Например, тренеры могут использовать эти данные для адаптации мероприятий по наращиванию потенциала к контексту определенной страны.

Таблица 4: Исследования распространенности насилия со стороны интимного партнера и домашнего насилия в регионе ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ[7]

АЛБАНИЯ

Албанский институт статистики, ПРООН (2013), Домашнее насилие в Албании: Национальное исследование с участием населения

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
14,70%	23,70%	5,00%	7,90%	52,80%	58,20%	4,30%	7,40%	-	-	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 3598 женщин в возрасте от 15 до 55 лет	2013	Интимным партнером	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

Албанский институт статистики, ПРООН (2009), Домашнее насилие в Албании: Национальное исследование с участием населения

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	39,10%	-	12,70%	-	31,20%	-	-	-	0,2-13,8%	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2590 домашних хозяйств. 2590 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2007-2008 гг.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

7 Структура этой таблицы разработана по примеру материалов “ООН - Женщины” 2012a и сети WAVE, 2013 г. Данные приведены по результатам оригинальных исследований распространенности (b некоторых случаях только краткие отчеты об исследованиях имелись в публичном доступе). Ячейки таблицы, содержащие знак « – », означают, что данный аспект не был охвачен соответствующим исследованием. Частота случаев насилия в течение всей продолжительности жизни в разных исследованиях определяется по-разному. В большинстве исследований частота случаев насилия в течение всей жизни определяется, исходя из частоты случаев насилия, которым женщина подвергается после 15-летнего возраста; в некоторых исследованиях за точку отсчета принимается возраст 16 или 18 лет. В некоторых исследованиях данные о распространенности насилия в течение всей жизни указываются без возрастных ограничений.)

АРМЕНИЯ

ЮНФПА, Национальная статистическая служба (2011 г.), Национальное исследование домашнего насилия в отношении женщин в Армении 2008 - 2010 г.															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	8,90%	-	3,30%	-	25,00%	-	-	-	2,30%	-	0,10%	-	-	-	-

Дополнительная информация			
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Объем: Городские районы Объем: 2763 женщин в возрасте от 15 до 59 лет	2008-2010 гг.	Интимным партнером Другим лицом / не партнером	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

АЗЕРБАЙДЖАН

ЮНФПА, Доклад о Национальном исследовании насилия в отношении женщин в Азербайджане															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими лицами							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Эмоциональное* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
5,00%	15,00%	3,00%	7,00%	-	25,00%	-	-		11,00%	-	5,00%	-	-	-	-

Дополнительная информация				
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Объем: 9 регионов Объем: 4760 домашних хозяйств. 3000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2008	Интимным партнером Другим лицом	Физическое Эмоциональное Сексуальное	Полу, возрасту, региону и типу отношений

*81% всех женщин, когда-либо имевших партнера, включенных в исследование, сообщили, что подвергались какой-либо из форм контролирующего поведения.

БЕЛАРУСЬ

Представительство ООН в Беларуси, Центр социологических и политических исследований Белорусского государственного университета (2008 г.), Основные результаты оценки домашнего насилия в Республике Беларусь в 2008 году

Результаты исследования*

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	24,20%	-	13,10%	-	83,20	-	22,50%	-	-	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 512 женщин в возрасте от 18 до 60 лет и 488 мужчин	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

* Информация предоставлена Страновым отделением ЮНФПА в Беларуси, июль 2014 г.

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Агентство гендерного равенства Боснии и Герцеговины (2013 г.), Распространенность и характеристики насилия в отношении женщин в Боснии и Герцеговине

Результаты исследования

Насилие в отношении женщин со стороны нынешнего партнера*								Насилие, совершаемое другими членами семьи или родственниками (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное** насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
2,10%	7,70%	-	5,10%	10,20%	25,70%	-	-	13,90%	0,70%	-	-	2,80%	14,90%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 3300 женщин старше 18 лет	2012	Интимным партнером Другими членами семьи или родственниками Другими лицами	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

* Данные рассчитаны на основании ответов женщин, имевших партнеров на момент проведения исследования.
** Данные о сексуальном насилии основаны на ответах о нынешних и бывших партнерах.

ГРУЗИЯ

ЮНФПА, Национальное исследование в области домашнего насилия в отношении женщин в Грузии															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
3,90%	6,90%	1,95%	3,90%	-	14,30%	-	-	-	2,00%	-	0,20%	-	-	-	-
Дополнительная информация															

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2 385 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2009	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

КАЗАХСТАН

Агентство статистики Республики Казахстан, ЮНИСЕФ, ЮНФПА (2012), Мультииндикаторное кластерное исследование в Республике Казахстан, 2011 – 2012 гг.															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
7,10%	15,40%	1,30%	3,70%	8,50%	13,70%	-	7,00%	-	-	-	-	-	-	-	-
Дополнительная информация															

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный (города и сельская местность) Объем: 10.581 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2010-2011	Интимным партнером	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, типу отношений, месту проживания (город/ сельская местность), региону, уровню образования, уровню материального благосостояния

*Из отчета невозможно извлечь данные о насилии, совершаемом другими членами семьи (не партнерами).

КОСОВО (Резолюция СБ ООН 1244)

Агентство по гендерному равенству (2008), Безопасность начинается дома: Исследование для сбора данных, которые будут использоваться при разработке первой национальной стратегии и плана действий по противодействию домашнему насилию в Косово

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	1,30%	18,00%	-	3,50%	10,30%	30,00%	-	15,00%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1 256 домашних хозяйств. 636 женщин и 620 мужчин старше 18 лет	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

КЫРГЫЗСТАН

Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, компания ICF International (2012), Демографическое и медицинское обследование в Республике Кыргызстан

Результаты исследования

Насилие в отношении женщин								Насилие со стороны супругов							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
13,00%	23,00%	-	3,00%	-	-	-	-	17,00%	25,00%	3,00%	4,00%	10,00%	14,00%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 8208 женщин и 2413 мужчин в возрасте от 15 до 49 лет	2012	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, региону, уровню образования, семейному положению и типу отношений

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ

Правительство Республики Македония (2012), Отчет о Национальном исследовании проблемы насилия в семье

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие*		Экономическое насилие**	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев*	в течение всей жизни	12 месяцев**	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	-6,1%	-	-1,5%	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2100 женщин и мужчин в возрасте от 15 лет	2012	Другими Членами семьи	Физическое Сексуальное Психологическое, включая экономическое	Полу, возрасту, типу занятости и уровню доходов, уровню образования, этнической принадлежности, месту проживания, количеству домочадцев/ детей

* Показатель распространенности психологического насилия: 36,86% (без разбивки по полу).

** В этом исследовании экономическое насилие рассматривается как часть психологического насилия.

Ассоциация эмансипации, солидарности и равенства женщин Республики Македония - ESE (2007), “Жизнь в тени”

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	17,70%	-	10,60%	-	56,40%	-	-	-	-	-	-	-	-		

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1432 женщин в возрасте от 18 до 65 лет	2006	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

*В отношении психологического насилия в 88,7% случаев виновник насилия – нынешний или бывший партнер/муж.

МОЛДОВА

Национальное бюро статистики Республики Молдова, ПРООН, «ООН-Женщины», ЮНФПА (2011), «Насилие в отношении женщин в семье в Республике Молдова"

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
9,00%	40,00%	4,00%	19,00%	26,00%	60,00%	4,20%	10,00%	1,00%	5,90%	-	-	-	-		

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1 575 женщин в возрасте от 15 до 65 лет	2010	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

РУМЫНИЯ

Centrul de Sociologie Urbana si Regionala (2008), Violenta Domestica in Romania, Ancheta Sociologica la Nisel National

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	4,70%	13,50%	0,50%	2,50%	10,40%	18,50%	2,40%	5,30%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 854 женщины и 450 мужчин старше 18 лет	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, региону и возрасту

СЕРБИЯ

ГРУППА SeConS (2010), Картирование случаев домашнего насилия в отношении женщин в Центральной Сербии

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	10,10%	21,60%	1,20%	3,80%	31,80%	48,70%	15,80%	11,40%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный (кроме Воеводина и Косово) Объем: 2500 женщин в возрасте от 18 до 75 лет	2010.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное Экономическое	Полу, возрасту, типу занятости, проживанию в городе/ сельской местности

ТАДЖИКИСТАН

Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения Таджикистана, ICF International (2013), Демографическое и медицинское обследование 2012 г.

Результаты исследования

Насилие над женщинами								Насилие со стороны супругов							
Физическое насилие*		Сексуальное насилие**		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
13,00%	19,00%	-	4,00%	-	-	-	-	15,00%	20,00%	3,00%	4,00%	10,00%	11,00%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 9656 женщин в возрасте от 15 до 49 ле	2012	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, региону, уровню образование, семейному положению и типу отношений

* В 69% случаев физическое насилие совершал нынешний муж или партнер, а в 13% случаев – бывший муж/партнер.

** Что касается сексуального насилия, в 90% случаев насилие совершает нынешний или бывший муж/партнер.

ТУРЦИЯ

Главное управление по положению женщин при Премьер-министре Турецкой республики (2009), Национальное исследование по вопросам домашнего насилия в отношении женщин в Турции															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
10,00%	39,00%	7,00%	15,00%	25,00%	44,00%	-	-	-	18,00%	4,00%	3,00%	-	-	-	-
Дополнительная информация															
Выборка				Год(ы) исследования				Насилие, совершаемое				Формы насилия			
Охват: национальный Объем: 12 795 женщин в возрасте от 15 до 59 лет				2008				Интимным партнером Другими членами семьи				Физическое Психологическое Сексуальное			
Данные с разбивкой по															
Полу, возрасту и типу отношений															

УКРАИНА

ПРООН (2010), Распространенность насилия в украинских семьях

Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,00%	-	1,00%	-	35,00%		

Дополнительная информация				
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1800 мужчин и женщин старше 18 лет	2009-2010 гг.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

Украинский центр социальных реформ, Государственный статистический комитет Украины, Министерство здравоохранения Украины, компания Macro International Inc. (2008), Украинское демографическое и медицинское обследование 2007 г.

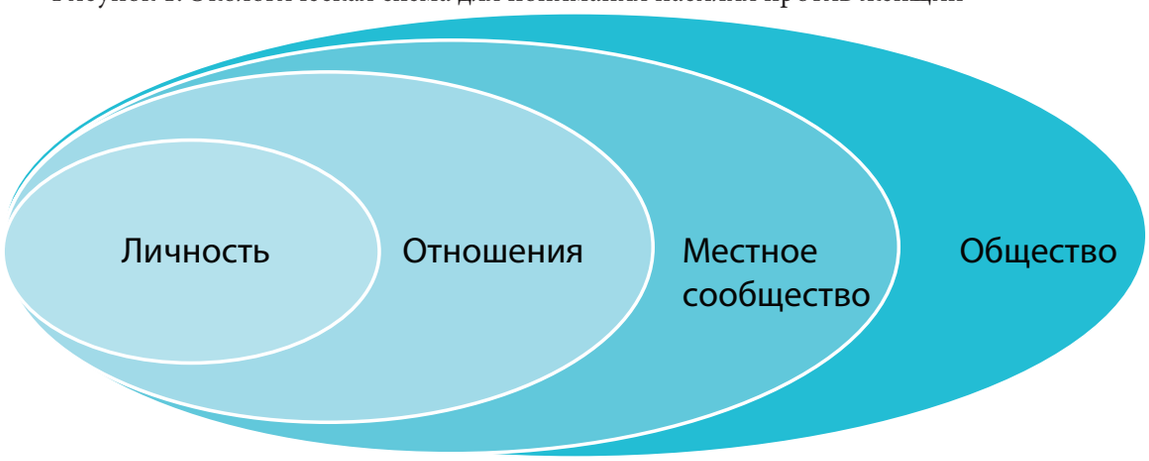
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими людьми (в том числе, партнерами)							
Физическое насилиет		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
10,40%	12,70%	2,20%	3,30%	-	22,40%	-	-	8,80%	16,90%	-	5,40%	-	-	-	-

Дополнительная информация				
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 6842 женщин и 3178 мужчин в возрасте от 15 до 59 лет	2007	Интимные партнеры Другие члены семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

1.3.Причины гендерного насилия

Общеизвестно, что причиной гендерного насилия – как отдельных случаев, так и систематического насилия – не может быть какой-нибудь один фактор. Это скорее сочетание нескольких факторов, которые повышают риск совершения насилия мужчиной и риск стать жертвой насилия для женщины.

Рисунок 1: Экологическая схема для понимания насилия против женщин



Источник: Heise 1998

В **«экологической схеме»**, разработанной Хайзе, различаются факторы риска на четырех уровнях: на индивидуальном, на уровне отношений, на уровне местного сообщества и на структурном уровне (Heise 1998, процитировано в источнике WHO 2005 г.). Эти факторы связаны с повышенной вероятностью того, что отдельный человек станет жертвой или виновником насилия. Эта модель представляет собой целостную схему для понимания факторов риска ГН и взаимосвязей между ними. Поэтому эту схему можно использовать в качестве руководства для разработки мер вмешательства в области предотвращения насилия и реагирования на него (WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010).

☐ **Факторы на уровне личности** – это биологические факторы и факторы, связанные с историей развития личности человека, повышающие риск насилия. Например, низкий образовательный уровень, юный возраст (ранние браки) и низкое экономическое положение/ низкий уровень доходов считаются факторами риска как в отношении лиц, испытывающих насилие, так и в отношении виновников насилия. Опыт насилия в прошлом также играет в этом вопросе определенную роль. Сексуальное принуждение и история насилия между родителями ребенка в детстве, а также опыт насилия во время прошлых интимных отношений повышают вероятность насилия в отношениях с новым партнером. Беременные женщины также подвергаются высокому риску насилия со стороны интимного партнера. Хотя по данным некоторых исследований существует тесная связь между злоупотреблением алкоголем и совершением насилия в отношении интимных партнеров и сексуальным насилием, доказательства реальной причинно-следственной связи между употреблением алкоголя и совершением насилия недостаточно убедительны. Важную роль также играет отношение к насилию. Если мужчины и женщины воспринимают насилие как приемлемое поведение, существует большая вероятность, что они будут вовлечены в ситуацию насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия (как в качестве жертвы, так и в качестве виновника насилия) (WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine 2010 и ряд ссылок на другие источники).

☐ **Факторы на уровне отношений** повышают риск ГН на уровне отношений с ровесниками, интимными партнерами и членами семьи. Например, у мужчин, имеющих несколько партнеров, выше вероятность совершить насилие в отношении интимного партнера или сексуальное насилие. Для таких мужчин также выше вероятность рискованного поведения по отношению к нескольким сексуальным партнерам, например, отказ использовать презервативы, более высокий риск заражения ВИЧ для мужчины

и его интимных партнеров. Кроме этого, в число факторов повышенного риска насилия со стороны интимного партнера входят партнерские отношения, характеризующиеся низкой удовлетворенностью партнеров в браке, постоянными разногласиями, а также различиями в образовательном уровне между партнерами. Кроме того, такой тип внутрисемейного реагирования на сексуальное насилие, когда семья перекладывает вину на женщин и направляет все усилия на восстановление «утерянной» чести семьи, вместо того чтобы наказывать мужчин, создает ситуацию, в которой изнасилование может остаться безнаказанным (WHO, London School of Hygiene and Tropical MedicineWHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine 2010 и ряд ссылок на другие источники).

- **Факторы на уровне местного сообщества** – это степень терпимости к ГН в контексте социальных отношений, например, в школах, на рабочем месте или между соседями. Согласно данным научных исследований, в сообществах, где существует ответственность за насилие, в том числе, моральный долг (соседи должны вмешаться в ситуации насилия), и где женщины имеют доступ к приютам или службам поддержки семьи, наблюдается самый низкий уровень насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия. Хотя насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие характерны на самом деле для всех социально-экономических групп, согласно некоторым исследованиям, женщины, живущие в бедности, подвержены такому насилию непропорционально часто. Однако пока четко не установлено, связан ли повышенный риск насилия непосредственно с бедностью или с другими факторами, которые сопровождают бедность. Скорее бедность можно рассматривать как «маркер» ряда социальных условий, при сочетании которых повышается риск насилия для женщин. Например, бедные сельские женщины, работающие на полях или самостоятельно собирающие дрова, подвергаются большему риску изнасилования. Из-за бедности женщины также могут оказаться в сложной ситуации, когда им необходимо найти работу или сохранить рабочее место, что делает их уязвимыми для сексуального принуждения. Бедность также может подтолкнуть женщину к работе, связанной с высоким риском сексуального насилия, например, в секс-индустрии (WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010, и ряд ссылок на другие источники).
- **Факторы на уровне общества включают культурно**-социальные нормы, формирующие гендерные роли и неравное распределение власти между женщинами и мужчинами. Насилие со стороны интимного партнера чаще происходит в обществе, где мужчины наделены экономическими полномочиями и принимают решения на уровне домохозяйства, где для женщин затруднен доступ к разводу и где взрослые обычно прибегают к насилию для разрешения конфликтов. Помимо этого, привычная для многих культур идеология, наделяющая мужчин сексуальными правами, исключает возможность принятия женщиной самостоятельных решений об участии в сексуальных отношениях или отказе мужчине в его сексуальных домогательствах, а также используется, чтобы узаконить сексуальное насилие. Нарушение общественного порядка и социальная разобщенность в ситуациях конфликтов или катастроф еще более повышает риск изнасилования во время или после конфликта (WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010, и ряд ссылок на другие источники).

В таблице 5 представлен обзор общих факторов риска, характерных как для насилия со стороны интимного партнера, так и для сексуального насилия, в соответствии с экологической моделью. Дополнительную информацию о факторах, повышающих риск как насилия со стороны интимного партнера, так и сексуального насилия вы найдете в материалах ВОЗ/Лондонской школы гигиены и тропической медицины (WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Таблица 5: Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие: общие факторы риска

	Совершение преступления мужчинами	Виктимизация женщин
Уровень личности	Демографические характеристики: ○ Низкий доход ○ Низкий уровень образования	Демографические характеристики: ○ Юный возраст ○ Низкий уровень образования ○ Семейное положение: проживание отдельно / в разводе
	Дурное обращение с детьми: ○ Сексуальное принуждение ○ Насилие в отношениях между родителями	Дурное обращение с детьми: ○ Насилие в отношениях между родителями
	Психические расстройства: Асоциальные расстройства личности	Психические расстройства: Депрессия
	Злоупотребление алкоголем и наркотиками: ○ Злоупотребление алкоголем ○ Употребление незаконных наркотиков	Злоупотребление алкоголем и наркотиками: ○ Злоупотребление алкоголем ○ Употребление незаконных наркотиков
	Принятие насилия	Принятие насилия
Уровень отношений	Много партнеров / неверность ○ Низкое сопротивление давлению со стороны членов своего круга	
Уровень местного сообщества	○ Слабые меры воздействия на уровне сообщества ○ Бедность	○ Слабые меры воздействия на уровне сообщества ○ Бедность
Уровень общества	○ Традиционные гендерные и общественные нормы, поддерживающие насилие	○ Традиционные гендерные и общественные нормы, поддерживающие насилие

Источник: WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010

1.4.Понимание динамики насилия в отношениях между интимными партнерами

Женщины, пострадавшие от насилия, в учреждении здравоохранения зачастую не рассказывают о том, что они пережили. Даже если пациентка расскажет о насилии со стороны своего интимного партнера, медицинский работник может обнаружить, что она обратилась за медицинской помощью, но намерена сохранить отношения, в которых подвергается насилию.

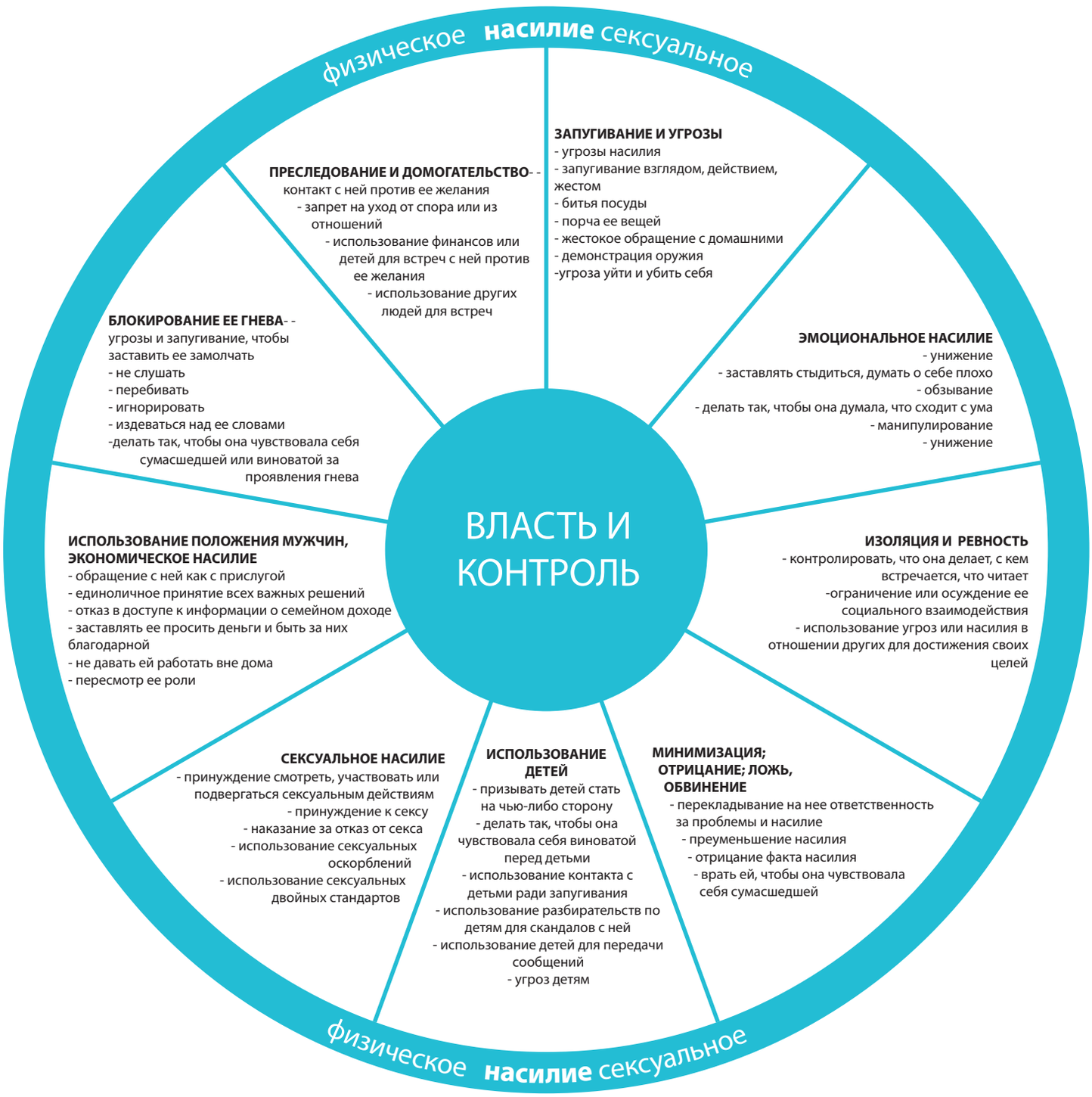
Многие медики разделяют нормы, убеждения и взгляды общества, в котором они живут. Негативное отношение к женщинам в целом и к жертвам насилия в частности может причинить дополнительный вред пострадавшим от насилия женщинам и помешать медикам оказать женщине адекватную медицинскую помощь. Непонимание динамики насилия может привести медицинских работников, действующих из лучших побуждений и задающихся вопросом, почему женщина не принимает помощь и не хочет оставить допустившего насилие партнера, к выводу о том, что такая женщина не нуждается в помощи или даже не заслуживает ее. . Потерпевшую могут даже обвинить в сложившейся ситуации. Понимание динамики интимных отношений, в которых имеет место насилие, поможет работникам здравоохранения сохранять правильное отношение к потерпевшим от насилия: поддерживать их, не осуждать, признавать значимость их слов, а это важное условие эффективного реагирования системы здравоохранения на ГН. Более подробная информация о роли работников здравоохранения приведена в главе 2.3, а об общении с потерпевшими – в главе 3.1.4.

Таким образом, основная задача каждого учреждения здравоохранения заключается в том, чтобы выработать правильное отношение к ГН и убеждения у поставщиков услуг. Но это сложная задача, которая требует длительной работы. В следующем разделе представлен ряд моделей и теорий, которые обычно используются для иллюстрации динамики насильственных отношений между интимными партнерами. Эти модели демонстрируют, как власть и контроль используются для удержания женщин в подчиненном положении, что, в свою очередь, закрепляет отношения, в которых практикуется насилие, на долгие времена.

1.4.1. Колесо власти и контроля

“Колесо власти и контроля” представляет собой схему для понимания проявлений и механизмов власти и контроля в отношении между интимными партнерами (WHO 2005). Эта модель была разработана Программами предотвращения домашнего насилия в Миннесоте, США, с учетом опыта женщин из фокус-групп, переживших насилие в отношениях с интимным партнером. “Колесо” состоит из 8 разделенных “спицами” секторов, в которых дается общее описание моделей поведения, используемых человеком для того, чтобы преднамеренно контролировать своего интимного партнера или доминировать над ним: запугивание; эмоциональное насилие; изоляция; уничижение, отрицание и обвинение; использование детей; пользование мужскими привилегиями; экономическое насилие; принуждение и угрозы. Эти действия совершаются для осуществления “власти и контроля” – эти слова расположены в центре “колеса”. “Обод колеса” символизирует физическое и сексуальное насилие – это насилие “скрепляет” подобные отношения (см. рис. 2; Программы предотвращения домашнего насилия, без указания даты).

Рисунок 2: Колесо власти и контроля



1.4.2. Цикл насилия

Теорию “цикла насилия” разработала американская исследовательница, психолог Ленор Уолкер в 1979 году. Эта модель описывает три этапа или цикла насилия в отношениях:

1. На первом этапе постепенно нарастает напряжение. Женщина пытается утихомирить партнера. При этом создается обманчивое ощущение, что она способна сдержать его гнев и не допустить насилия.

2. За этим этапом наступает этап второй– происходит физическое, сексуальное или психологическое насилие, которое прекращается, когда агрессор временно прекращает жестокое обращение.

3. На третьем этапе (этап “медового месяца”) агрессор просит прощения и обещает изменить свое поведение. Он может держаться особенно любящее и нежно; из-за этого женщина может поверить в то, что у ее агрессивного партнера есть и “хорошие” стороны. И она будет держаться за эту веру и приспосабливаться к поведению мужчины, изменяя свое собственное поведение (Walker 1979, процитировано в источнике Stark 2000, WHO 2005).

Цикл насилия повторяется раз за разом; со временем периоды насилия становятся более напряженными и длительными, а периоды “медового месяца” укорачиваются (по данным Федерального Министерства экономики, семьи и молодежи Австрии, 2010). Оказавшись в такой ситуации, женщины вырабатывают стратегию выживания, которая может включать крайнюю пассивность – они могут отрицать насилие, отказываться от предлагаемой помощи и даже защищать агрессора (Walker 1979, процитировано в Stark 2000).

1.4.3. Стокгольмский синдром

Термин “стокгольмский синдром” используется для объяснения той ситуации, когда женщины сохраняют отношения с агрессором. Впервые это явление наблюдали в 1973 году, когда преступники, ограбившие банк в Стокгольме, захватили четырех заложников и продержали их в течение 6 дней. За это время заложники сблизились с грабителями и воспринимали полицейских как врагов. В ходе обследования 400 женщин, пострадавших от насилия со стороны интимного партнера, исследователи Грэхэм (Graham) и Ролингс (Rawlings) выявили аналогичную модель реагирования женщин на насилие, совершаемое их сексуальным партнером. Для таких женщин свойственно привязываться к агрессору и даже отождествлять себя с ним. Это одна из стратегий выживания. Если партнер-агрессор готов даже на небольшие уступки или демонстрирует хотя бы долю дружелюбия, у женщины снова появляется надежда, и она готова дать ему второй шанс. Стокгольмский синдром может развиваться при наличии четырех условий:

1. Жизнь пострадавшего (-ей) под угрозой.

2. Пострадавший (-ая) не может освободиться или считает, что это невозможно.

3. Пострадавший (-ая) изолирован от других людей.

4. Захватчик (-и) демонстрирует (-ют) некоторую степень доброго отношения по отношению к пострадавшему (-ей) (-им).

рэхэм и Ролингс обнаружили, что стокгольмский синдром характерен для людей, перенесших серьезную травму и насилие, которые при этом не видят пути спасения. Например, это могут быть дети, подвергающиеся жестокому обращению, члены секты или военнопленные. Спустя какое-то время они начинают отождествлять себя с агрессором - они это делают, чтобы выжить. Таким образом, женщины, страдающие от насилия, не вырабатывают какие-либо специфические модели поведения. Наоборот, они реагируют так же, как реагируют другие люди в аналогичных условиях (Graham et al 1988, процитировано в материалах WAVE 2006).

1.4.4. Концепция нормализации насилия

Концепцию нормализации насилия разработала шведская исследовательница, социолог Ева Лундгрен. Эта концепция объясняет, почему женщинам, живущим с агрессивным интимным партнером, сложно назвать и определить пережитое как насилие. Все дело в том, что жизнь с агрессором меняет их понимание и интерпретацию насилия; эти женщины перенимают понимание насилия, свойственное их агрессивному партнеру. Как следствие, женщины могут воспринимать нападение (которое для непосвященного человека выглядит как насилие) как проявление собственной несостоятельности. Более того, женщины, испытавшие насилие, не хотят воспринимать себя как “избитых женщин”, а своих партнеров как “агрессоров”, поскольку в таком случае придется признаться, что и они сами, и их партнеры не соответствуют стандарту равноправных отношений. Важно также понимать, что если человек дает насилию какое-то другое определение или преуменьшает его масштабы, это тоже одна из стратегий выживания, если твой партнер – агрессор. По данным исследований только после того, как женщина уходит от агрессивного партнера, когда она больше не изолирована, ее не контролируют, и риск дальнейшего насилия со стороны партнера отсутствует, она начинает иначе смотреть на насилие и перестает воспринимать его как нечто нормальное. Только тогда женщина становится способной назвать то, что пережила, насилием (Lundgren 1993, процитировано в источнике Lundgren et al 2001).

1.5.Мифы о гендерном насилии

Мифы о гендерном насилии и стереотипное отношение к нему формируют восприятие насилия в отношении женщин обществом и его реакцию на данную проблему. Эти мифы и стереотипы вредны, поскольку вместо того, чтобы призывать к ответственности агрессоров, вину обычно перекладывают на жертв насилия. Как уже говорилось, мифы могут нанести большой ущерб пострадавшим от насилия женщинам и помешать медицинским работникам оказать им должную помощь. Вот почему необходимо, чтобы медики понимали разницу между мифом и реальностью. Тогда они смогут понять ситуацию, в которой оказалась жертва, и ее потребности, сохраняя при этом профессиональное и непредвзятое отношение. Медики несут ответственность за оказание медицинской помощи и поддержки пострадавшей женщине, и их поведение не должно стать причиной повторной травматизации. Они ни в коем случае не должны пытаться оценить правдоподобность предполагаемого факта насилия или обвинять жертву. В этом разделе представлен ряд мифов о насилии со стороны интимного партнера и сексуальном насилии, которые характерны в том числе и для стран региона Восточной Европы и Центральной Азии, а также факты, опровергающие эти мифы.

Миф № 1: Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора.

Факты: Женщина ни в коем случае не заслуживает насилия. Международное сообщество признало насилие в отношении женщин нарушением прав человека, которое не может быть оправдано и требует соответствующей реакции со стороны государства. Как объясняется в ряде теорий о развитии отношений между жертвой и агрессором, таких как «стокгольмский синдром» или "Колесо власти и контроля", агрессоры используют сочетание тактик контроля и насилия, что сильно затрудняет для женщин возможность избежать его. Важно также понимать, что женщины, подвергшиеся насилию со стороны интимного партнера и стремящиеся разорвать такие отношения, чтобы обеспечить безопасность себе и своим детям, парадоксальным образом сталкиваются с еще большим риском повторения и даже эскалации насилия. Кроме того, разорвать насильственные отношения им не дают чувства стыда и вины, отсутствие безопасного пристанища или убеждение в том, что развод нанесет вред детям (по материалам Hagemeister et al 2003).

Миф № 2: Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений.

Факты: «Любой человек может сорваться» – это обычное оправдание насилия со стороны интимного партнера. Однако насилие это не «потеря» контроля. Это, скорее, «завладение» контролем через угрозы, запугивание и насилие, как показано на схеме "Колесо власти и контроля". Насилие в отношениях между партнерами не нормально – это проявление исторически сложившегося неравного соотношения сил в отношениях между мужчинами и женщинами (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин).

Миф № 3: Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу.

Факты: Большинство пострадавших от гендерного насилия, в особенности, со стороны интимного партнера, это женщины и девушки. Согласно мировой статистике, почти половина (47%) всех убитых женщин в 2012 году стали жертвами своих сексуальных партнеров или членов семьи. В то же время среди мужчин таких случаев только 6% (Управление ООН по наркотиками и преступности - УНП ООН, 2013). По данным, собранным в странах Евросоюза, 67% случаев физического насилия и 97% сексуального насилия в отношении женщин совершают мужчины (Агентство ЕС по основным правам, 2014). Этот факт подтверждается и исследованиями, проведенными в регионе. Например, исследование, проведенное в Молдове, показывает, что виновными в насилии в отношении женщин часто оказываются их родственники, причем подавляющее большинство из них это мужья или бывшие мужья (73,4%), на втором месте отцы или отчимы (13,7%) (Специальный докладчик ООН по вопросу о насилии в отношении женщин: UN Special Rapporteur VAW 2009).

Миф № 4: Домашнему насилию подвергаются только личности определенного типа.

Факты: Гендерное насилие – это глобальная проблема, разросшаяся до масштабов пандемии. Тридцать пять процентов женщин по всему миру хотя бы раз испытали физическое и/или сексуальное насилие со стороны своего интимного партнера или сексуальное насилие со стороны лиц, не являющихся их партнерами (WHO et al, 2013). Хотя существуют факторы, которые могут увеличить риск гендерного насилия, домашнее насилие затрагивает всех женщин, независимо от их социально-экономического положения, уровня образования, этнической принадлежности, религиозной или сексуальной ориентации (Межведомственная рабочая группа по гендерным вопросам (IGWG), без указания даты). Согласно некоторым исследованиям, женщины, живущие в условиях бедности, непропорционально часто становятся жертвами насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия, но остается неясным, является ли бедность, как таковая, фактором, повышающим риск насилия, или же к этому приводят другие факторы, сопутствующие бедности.

Миф № 5: Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).

Факты: Физическое насилие – это только одно из проявлений насилия. Международное право определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам» (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин, статья 1). Например, исследование распространенности ГН в Румынии показало, что 18,5% женщин испытали психологическое насилие со стороны членов семьи, в том числе, интимных партнеров; а процент экономического насилия составил 5,3% (Centrul de Sociologie Urbana si Regionala 2008). Некоторые исследования показывают, что женщины часто оценивают психологическое насилие и унижение как более разрушительное, чем физическое (Casey 1988, процитировано в Heise and al 1994).

Миф № 6: Причина ГН – злоупотребление веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и/или наркотиками.

Факты: Несмотря на то, что злоупотребление различными веществами часто сопутствует домашнему насилию и снижает способность подавления агрессии, это только сопутствующий фактор, но не причина насилия (см. также гл. 1.3). Нельзя принимать злоупотребление алкоголем или наркотиками в качестве оправдания насилия (IGWG, без указания даты). Не все виновные в насилии принимают наркотики или алкоголь, и не все злоупотребляющие наркотиками или алкоголем совершают насилие (Roberts 1984, процитировано в источнике Hagemeister et al 2003).

Миф № 7: Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.

Факты: Любая женщина имеет право на безопасность, чувство собственного достоинства и жизнь без насилия. Каждая женщина, подвергшаяся гендерному насилию, имеет право самостоятельно решить, оставаться ли ей со своим партнером-агрессором или уйти от него. В любом случае она имеет право на получение помощи и защиты от государства. Аргумент в пользу того, что женщина должна сохранять отношения с агрессивным партнером, часто оправдывают благополучием детей. Однако давно установлено, что на безопасности и здоровье детей негативно сказывается то, что они подвергаются насилию или становятся свидетелями насилия в семье. Государственная поддержка программ, обучающих мужчин-агрессоров ненасильственному поведению в межличностных отношениях, это ключ к предотвращению дальнейшего насилия и изменению насильственных поведенческих моделей (Статья 16 Стамбульской конвенции). Это особенно важно в тех случаях, когда женщина не хочет или не может прекратить такие отношения, например, в силу экономической зависимости от агрессора или из-за риска подвергнуться осуждению со стороны окружения, в особенности в сельской местности. Тем не менее, мероприятия по работе с агрессорами должны дополнять, но никак не заменять работу служб поддержки женщин или отнимать ресурсы, отведенные на нее.

Миф № 8: Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой.

Факты: Насилие в отношении женщины – это нарушение прав человека, происходит ли это в семье или в общественной жизни. Согласно международному законодательству в области прав человека, например, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) или Стамбульской конвенции, государства не просто имеют право на искоренение всех форм насилия против женщин, но обязаны делать это.

Миф № 9: Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования.

Факты: Международные определения изнасилования и других форм сексуального насилия (WHO 2013) акцентируют внимание на типах актов насилия, при этом не учитывается тип личности насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любой мужчина, принуждающий женщину к половому акту против ее воли, совершает изнасилование, независимо от профессии женщины. Исследование, проведенное в Боснии и Герцеговине, свидетельствует о большом числе работниц секс-индустрии, подвергавшихся насилию: каждые три женщины из пяти опрошенных заявляли о перенесенном сексуальном насилии (PROI 2011).

Миф № 10: Мужчина не может изнасиловать свою жену.

Факты: Как упоминалось ранее, изнасилование определяется действием, а не личностью насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любое насильственное сексуальное сношение является изнасилованием, независимо от того, являются ли жертва и насильник супругами или нет. Это утверждение также основано на определениях, данных в международном законодательстве в области прав человека, которое охватывает все формы физического, сексуального, психологического или экономического насилия в отношении женщин независимо от того, имеют ли они место в семье или вне ее. Хотя международное право в области прав человека обязывает государства установить уголовную ответственность и преследовать в судебном порядке за изнасилование, не во всех странах изнасилование в браке признают уголовным преступлением, что ведет к безнаказанности изнасилований, совершаемых интимными партнерами.

Миф № 11: В большинстве случаев виновники гендерного насилия — посторонние люди.

Факты: Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей, что подтверждается данными Глобального исследования по проблеме убийств 2013 года. По оценкам, 79% среди людей, погибших от рук своих интимных партнеров, составляют женщины . Более того, 47% всех убитых в 2012 году женщин погибли от рук членов своих семей или интимных партнеров. Для мужчин значение этого же параметра составляет 6% (UNODC 2014). Этот факт подтверждается, например, исследованием, проведенным в Кыргызстане, согласно которому 3% опрошенных женщин подвергались сексуальному насилию, при этом в 98% случаев преступниками были их нынешние или бывшие партнеры или мужья (Национальный статистический комитет 2012).

1.6. Гендерное насилие и множественная дискриминация

Формы и проявления насилия в отношении женщин порождаются гендерным неравенством (см. главы 1.1 и 1.3). В то же время женщины не являются однородной группой. Ряд дополнительных факторов может влиять на вид насилия, которому подвергаются женщины, и их способность обратиться за помощью. Среди них, например, принадлежность женщины к определенному социальному классу, статус мигранта или беженца, возраст, сексуальная ориентация, семейное положение, инвалидность или ВИЧ-статус (Генеральный секретарь ООН 2006, Департамент здравоохранения 2004). Медицинские работники должны быть осведомлены о взаимосвязи этих факторов и гендерной принадлежности и понимать конкретный риск и/или потребности женщин, принадлежащих к одной или нескольким маргинализированным группам. Кроме того, могут понадобиться специфические стратегии для улучшения разъяснительной работы с такими женщинами и обеспечения их доступа к медицинской помощи.

В этом разделе представлен обзор специфических групп женщин, которые, в силу особой ситуации или статуса, подвергаются более высокому риску стать жертвой насилия и/или столкнуться с особыми препятствиями при обращении за медицинской помощью и другими услугами.

1.6.1. Женщины в условиях военных конфликтов или в послевоенных условиях

В условиях военных конфликтов и после их завершения гражданское население подвержено риску из-за недостаточной безопасности и распространенности насилия и оружия. Женщины и девушки при этом подвержены повышенному риску стать жертвами насилия, особенно сексуального. Это результат обострения гендерного неравенства в обществе в условиях военных действий (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 30). Виновниками насилия в отношении женщин и девочек во время вооруженных конфликтов и после окончания военных действий могут быть разные люди: военные, члены вооруженных формирований, пограничники, члены групп сопротивления, мужчины-беженцы и другие лица, с которыми контактируют женщины и девушки (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 30, Генеральный секретарь ООН 2006). Женщины и девушки подвергаются различным формам насилия, в том числе, сексуальному насилию, пыткам и увечьям, похищениям, становятся объектом торговли людьми, насильственного брака, жертвами принудительной проституции и стерилизации. Сексуальное насилие также используется в отношении девушек и женщин в военных целях как средство дестабилизации обстановки и деморализации противника (Рабочая группа «Зона ответственности за гендерное насилие» 2010, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 30). Беженцы и перемещенные женщины рискуют стать жертвами насилия на всех стадиях перемещения: во время бегства, в лагерях беженцев и в странах, где они ищут убежища (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 30, Генеральный секретарь ООН 2006). С официальным окончанием военного конфликта насилие для женщин и девушек не заканчивается. Риск пострадать от насилия в этот период даже выше из-за отсутствия верховенства права, неспособности государства предотвратить ГН, расследовать и наказать виновных в любой форме гендерного насилия, а также неэффективного разоружения и демобилизации и процессов реинтеграции. Как следствие, женщины и девушки в зонах военных конфликтов и после их завершения подвергаются риску нежелательной беременности, инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ, и серьезных повреждений половых органов и органов репродуктивной системы.

Такие факторы, как недостаточная инфраструктура, недостаточное число специалистов, отсутствие основных медикаментов, оборудования и материалов, разрушение учреждений здравоохранения, ограничение мобильности женщин и свободы передвижения не позволяют женщинам и девушкам получать помощь соответствующих служб во время и после военных конфликтов (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 30). В этих условиях женщины также реже сообщают о случаях насилия, опасаясь репрессий, высокой степени стигматизации, более всего характерной именно для случаев сексуального насилия, и из страха быть отвергнутыми своим сообществом (Генеральный секретарь ООН: UN Secretary-General 2006, Рабочая группа «Зона ответственности за гендерное насилие»: Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group 2010).

1.6.2. Женщины с ограниченными возможностями

Женщины с граниченными возможностями подвергаются дискриминации и страдают от стереотипов вдвойне, как женщины и как люди с ограниченными возможностями (Специальный докладчик ООН по вопросу о насилии в отношении женщин 2012). Некоторые факторы предопределяют больший риск насилия как для мужчин, так и для женщин с с ограниченными возможностями по сравнению с людьми, не имеющими ограниченные возможности. Например, они могут стать жертвой стереотипов, согласно которым их рассматривают как получателей благотворительной помощи или как объекты, решения относительно которых принимает кто-то другой, а не как людей, наделенных правами. Лица с умственными и психосоциальными нарушениями, в особенности, проживающие в интернатах, могут подвергнуться изоляции (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека 2012). Кроме того, женщины переживают ограниченные возможности иначе, чем мужчины, и это различие в большой степени формируется и определяется гендерными установками (Habib 1995, процитировано в материалах Управления Верховного комиссара ООН по правам человека: OHCHR 2012).

Как следствие, женщины с ограниченными возможностями с большей вероятностью могут подвергаться насилию и (или) в меньшей степени способны обратиться за поддержкой и избежать насилия по сравнению как с мужчинамис ограниченными возможностями, так и с женщинами без ограниченных возможностях (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека 2012). Например, из-за стереотипов, неверно описывающих женщин и девушек с инвалидностью как несексуальных, послушных и робких, по отношению к ним возможно не только сексуальное насилие, но и недоверие к их заявлениям о случаях насилия, что приводит к безнаказанности насильника. Другие формы насилия, которым подвергаются женщины с ограниченными возможностями, это отказ в лечении или средствах общения; отказ лиц, осуществляющих уход за женщиной с ограниченными возможностями, оказывать ей помощь в ежедневном самообслуживании, например, в купании, одевании или кормлении; или контролирующее поведение, ограничивающее доступ к семье, друзьям или контактам по телефону (Habib 1995, процитировано в материалах Управления Верховного комиссара ООН по правам человека 2012). Женщины с ограниченными возможностями часто лишены возможности самостоятельно принимать решения, касающиеся их сексуальности или репродуктивной функции, что может привести к принудительной стерилизации или принудительному прекращению желанной беременности под тем патерналистским предлогом, что это совершается «ради их же собственного блага» (Специальный докладчик ООН по вопросу о насилии в отношении женщин: UN Special Rapporteur on Violence against Women 2012).

1.6.3. Женщины-мигранты

Из-за половой принадлежности и статуса мигранта такие женщины подвергаются большему риску гендерного насилия (Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам (ДЭСВ) 2004, процитировано в материалах Генерального секретаря ООН 2006). Ограниченные возможности легального трудоустройства в странах, куда они переехали, а также гендерные стереотипы по поводу того, какая работа подходит для женщин, приводят к тому, что подавляющее большинство женщин-мигранток занято в неофициальном секторе (например, домашняя работа, сельскохозяйственный труд, секс-индустрия), где отсутствует должная юридическая защита, и женщины оказываются под угрозой насилия (Виртуальный центр знаний «ООН-женщины», Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 26). Возможность получить юридическую или медицинскую помощь может быть ограничена такими факторами как, например, языковой барьер, отсутствие информации о правах и возможностях или недостаток средств местной программы страхования для покрытия медицинских расходов (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 26).

Кроме того, страх потерять вид на жительство может помешать женщине-мигрантке, подвергшейся насилию со стороны работодателя или интимного партнера, обратиться за юридической помощью и уйти с работы или от партнера, который совершает насилие. Для незарегистрированных женщин-мигранток опасность стать жертвами эксплуатации и насилия особенно высока. Их статус нелегальных мигранток может помешать им обратиться за помощью и защитой из-за страха быть депортированными или из-за ограничительных правил правительств некоторых стран, в которых возмещение расходов приютов осуществляется только в случае работы с клиентами, имеющими легальный статус проживания, что исключает возможность помощи нелегальным мигранткам (Платформа международного сотрудничества по незарегистрированным мигрантам 2012). Качественный анализ, выполненный Университетской больницей Женевы, Швейцария, подтверждает взаимозависимость между нелегальным статусом и сексуальным и репродуктивным здоровьем женщин: нелегально находящиеся в стране женщины чаще сообщали о случайной беременности, позднее становились на учет по беременности и чаще испытывали насилие во время беременности по сравнению с лицами, легально проживающими в стране (Wolff et al 2008, как процитировано в материалах Платформы международного сотрудничества по незарегистрированным мигрантам: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants 2012).

1.6.4. Девочки-подростки

Подростки переживают сложный переходный период от детства к взрослости, что делает их потенциальными объектами разных видов насилия, например, брака несовершеннолетних, инцеста, сексуального насилия, торговли людьми или насилия со стороны интимного партнера (Виртуальный центр знаний «ООН-женщины»). Подростки в большинстве случаев знают насильника и часто находятся в зависимости от него (британская организация «Скоординированная деятельность против домашнего насилия» (CAADA) 2011). По сравнению со взрослыми, подростки, ставшие жертвами гендерного насилия, сталкиваются с дополнительными препятствиями: они зачастую хуже осведомлены о службах поддержки, у них нет финансовых ресурсов для обращения в службы поддержки, и они не решаются обратиться за помощью из-за отсутствия доверия. Подростки также реже сообщают о насилии, поскольку не всегда могут распознать насилие в поведении агрессора или боятся, что им не поверят или не примут всерьез (CAADA 2011, Виртуальный центр знаний «ООН-женщины»: UN Women Virtual Knowledge Centre).

В силу своего возраста и уровня развития девочки-подростки сталкиваются с особенными последствиями ГН в сравнении со взрослыми. Подростковая беременность, возникшая в результате сексуального насилия, связана с риском недоношенности или сниженной массы тела новорожденных, повышенной внутриутробной, ранней младенческой и детской смертности и заболеваемости (WHO, без указания

даты, процитировано в материалах UNFPA 2013). Также забеременевшие подростки в силу собственной недостаточной зрелости подвергаются высокому риску осложнений беременности, что является основной причиной смертности среди девочек в возрасте 15-19 лет в развивающихся странах (WHO 2011a, процитировано в материалах UNFPA 2014). В некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии почти 30% материнских смертей вызвано небезопасными абортами (WHO, без указания даты, процитировано в материалах UNFPA 2013). Девочки-подростки в большинстве стран региона страдают от ранних браков, которые оказывают весьма серьезное неблагоприятное физическое, интеллектуальное, психологическое и эмоциональное воздействие на женщин и девушек. Девочки-невесты полностью лишены возможности распоряжаться своим телом, они травмированы в результате взрослого секса и вынуждены вынашивать детей, в то время как их собственные тела еще не достигли зрелости; и это в дополнение к проблемам репродуктивного здоровья типа акушерской фистулы. Обычно они живут в семье мужа, что означает выполнение огромного объема неоплачиваемой работы по дому и риска насилия со стороны мужа и его родственников. Брак, заключенный в детском возрасте, также лишает девочек шансов на получение образования, оставляя их без какой-либо квалификации или профессиональных навыков (по материалам UNFPA 2014).

1.6.5. Пожилые женщины

Пожилые женщины могут страдать от многих форм дискриминации по половому и возрастному признакам (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ОР 27). Факторы, связанные с возрастом, например, физическая уязвимость, возможные заболевания, изоляция, слабоумие или зависимость от семьи или социальных работников создают для пожилых женщин большую угрозу насилия в сравнении с более молодыми женщинами. Пожилые женщины, испытавшие насилие, с большей вероятностью будут страдать от таких последствий как страх, гнев, депрессия, обострение существующих заболеваний, растерянность и опасные для жизни травмы (WHO 2011a, Департамент здравоохранения 2004). Они также особенно уязвимы для экономического насилия, в частности, в случаях передачи их прав другим лицам (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация 27).

Пожилые женщины в большинстве своем знают своих обидчиков и зависят от них, что ограничивает для них возможность обращения в соответствующие службы поддержки. Кроме того, для таких случаев характерны такие препятствия как недостаток информации о таких службах, пожилой возраст, отсутствие ресурсов (CAADA 2011, ВОЗ 2011a), а также страх, что им не поверят, а их жалобы объяснят болезнью или амнезией. Пожилые женщины также могут со временем привыкнуть к насилию или не расценивать насильственное поведение как домашнее насилие (CAADA 2011).

1.6.6. Женщины в сельской местности

В силу социальной изоляции, более низкого уровня образования и грамотности и ограниченного доступа к службам и ресурсам женщины, проживающие в сельской местности, подвергаются более высокому риску подвергнуться гендерному насилию. Еще одной причиной такого положения вещей является традиционное восприятие подчиненной роли женщин, характерное для большинства сельских регионов. Как следствие, сельские женщины испытывают больше сложностей, пытаясь обратиться за помощью, в сравнении с женщинами из других регионов. Прежде всего, служб поддержки в сельской местности может просто не быть, их количество может быть ограничено либо они могут быть недоступны по причине удаленности или отсутствия транспорта (CAADA 2011, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 2011). Даже если такие службы существуют, отсутствие конфиденциальности в небольших деревнях может помешать сельским женщинам обратиться за помощью. Когда женщина решает уехать из села и найти работу в городе, она может подвергнуться риску насилия или сексуальной эксплуатации.

Из-за бедности и недостатка возможностей в сельской местности женщины, остающиеся в деревне, могут также стать жертвами гендерного насилия, в т.ч. торговли людьми, сексуальной эксплуатации и принудительного труда (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 2011).

1.7.Последствия гендерного насилия

1.7.1. Влияние гендерного насилия на здоровье женщины

Гендерное насилие серьезным образом влияет на все составляющие здоровья женщины: сексуальное, репродуктивное, душевное и психическое здоровье. Последствия гендерного насилия могут проявляться незамедлительно и в острой форме, а могут носить хронический характер и проявляться в течение длительного времени. Более того, последствия травмы могут проявляться в течение долгого периода времени уже после того, как насилие прекратилось. Чем серьезнее уровень насилия, тем сильнее его влияние на женское здоровье. Воздействие нескольких типов насилия (например, физического в сочетании с сексуальным) и/или множественные случаи насилия в течение долгого времени обычно приводят к более серьезным последствиям для здоровья (WHO 2002, Johnson/Leone 2005, оба источника процитированы в материалах ВОЗ/Панамериканской организации здравоохранения: WHO PAHO 2012a).

В результате гендерного насилия может наступить смерть жертвы. Фатальный исход может наступить сразу в случае убийства женщины насильником или стать результатом последующих серьезных проблем со здоровьем. Например, психические расстройства, вызванные травмами, могут стать причиной суицидального поведения, злоупотребления алкоголем или заболеваний сердечно-сосудистой системы, что в итоге может привести к смерти. ВИЧ-инфекция, полученная в результате сексуального насилия, может вызвать СПИД и в конечном итоге привести к смерти (Heise et al 1999, WHO 2013).[8]

По приблизительным оценкам Всемирного банка, в развивающихся странах изнасилования и домашнее насилие являются причиной утраты до 5% продолжительности здоровой жизни для женщин в возрасте от 15 до 44 лет[9]. Каждый год жизни, утраченный в результате преждевременной смерти, рассчитывается как один год жизни с учетом нарушений здоровья (DALY), а каждый год болезни или нетрудоспособности — как часть DALY в зависимости от степени нетрудоспособности. В глобальном масштабе продолжительность жизни с учетом нарушений здоровья (DALY),утраченной женщинами данной возрастной группы , оценивается в 9,5 миллионов лет, что близко к другим факторам риска и таким типам заболеваний как туберкулез, ВИЧ, сердечнососудистые и онкологические заболевания (Всемирный банк 1993, процитировано в Heise et al 1994).

Недавнее исследование, опубликованное ВОЗ в 2013 году, систематизирует данные исследований о влиянии на здоровье физического и сексуального насилия со стороны интимных партнеров и сексуального насилия со стороны лиц, не являющихся партнерами пострадавших женщин. Помимо прочего, исследование выявило следующие последствия насилия в отношении женщин:

- Во всем мире в 38% случаях убийства женщин совершают их интимные партнеры.
- Среди женщин, подвергшихся физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера, 42% получают травмы.

8 Диаграмму, демонстрирующую возможные последствия для здоровья в случаях насилия со стороны сексуальных партнеров, см. в материалах ВОЗ 2013 г. (WHO 2013), рис.1

9 Этот подход оценивает утрату здоровых лет жизни мужчин и женщин, происшедшую по различным причинам (Всемирный банк 1993, процитировано в Heise et al 1994).

» В сравнении с женщинами, которые не испытывали насилия со стороны партнера, женщины, пострадавшие от насилия, на 16% чаще подвержены риску родить недоношенного ребенка, для них в два раза выше вероятность искусственного прерывания беременности, а склонность к депрессии среди них выше более, чем в два раза.
» В некоторых регионах у женщин, подвергавшихся сексуальному насилию со стороны интимных партнеров, в полтора раза выше вероятность заразиться ВИЧ и в 1,6 раз сифилисом по сравнению с женщинами, которые не подвергались этому типу насилия.
» Женщины, пережившие сексуальное насилие со стороны посторонних лиц, в 2,3 раза чаще злоупотребляют алкоголем и в 2,6 раз чаще подвержены депрессиям и тревожным состояниям по сравнению с теми, кто не переживал такого типа насилия (WHO et al 2013).

Хотя последствия гендерного насилия для здоровья женщин в малообеспеченных странах и в странах со средним и высоким уровнем доходов одинаковы, характер и серьезность последствий могут различаться в зависимости от дополнительных факторов, например, бедности, гендерного неравенства, культурных или религиозных традиций, доступности медицинского обслуживания, юридической и другой помощи, наличия военных конфликтов или природных катаклизмов, уровня распространенности ВИЧ, а также правовой и политической обстановки (WHO PAHO 2012a).

На рисунке 3 схематично представлено, как гендерное насилие отражается на физическом, сексуальном, репродуктивном, психическом здоровье женщин и их поведении.

Рисунок 3**:** Последствия насилия в отношении девушек и женщин, влияющие на их здоровье



Источник : Hellbernd et al. 2004, (информация взята и адаптирована из CHANGE 1999) , цитата из руководства PRO TRAIN 2007)

1.7.2. Метод жизненного цикла применительно к гендерному насилию

Насилие может произойти в любой момент жизни женщины или девушки. Многие женщины испытывают множественные эпизоды насилия, начиная еще с предродового периода и далее в детстве, во взрослой жизни и в пожилом возрасте (см. табл. 6).

При обобщении всех имеющихся данных о распространенности насилия со стороны интимного партнера в течение жизни женщины обнаруживается, что такое насилие часто характерно в отношении молодых женщин. Таким образом, можно сделать вывод, что насилие начинается на ранних стадиях отношений. Среди женщин в возрасте 15-19 лет, когда-либо имевших партнеров, 29% испытали физическое и (или) сексуальное насилие со стороны своего партнера. Распространенность ГН достигает пика в возрастной группе от 40 до 44 лет (37,8%) и снижается в группе женщин от 50 лет и старше. Однако данный факт не обязательно указывает на то, что пожилые женщины в меньшей степени страдают от насилия со стороны партнеров. Скорее принято считать, что о моделях насилия, затрагивающих женщин этой возрастной группы, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, немногое известно (WHO et al, 2013).

Понимание проблемы гендерного насилия путем применения метода жизненного цикла может помочь специалистам сферы здравоохранения понять совокупное воздействие насилия, особенно в с точки зрения его длительного эффекта, на жизни и здоровье женщин и девушек: Насилие, перенесенное в одной фазе жизни, может иметь долгосрочные последствия, что делает подвергшуюся насилию женщину предрасположенной к тяжелым вторичным проблемам, как то суицид, депрессии, злоупотребление различными веществами (Heise et al 1994). Факты говорят о том, что чем раньше женщина испытала насилие, особенно сексуальное, тем серьезнее и дольше проявляются его последствия (Burnam et al 1988, процитировано в Heise et al 1994).

Таблица 6: Метод жизненного цикла применительно к гендерному насилию

До рождения	Аборт с целью выбора пола будущего ребенка, насилие в отношении матери во время беременности (эмоциональное и физическое воздействие на женщину; влияние на результат родов); насильственная беременность (например, в результате массового изнасилования во время военного конфликта).
Младенчество	Убийство новорожденных девочек; эмоциональное и физическое насилие; неравный доступ к пище и медицинскому обслуживанию для младенцев женского пола.
Детство	Брак с ребенком; женское обрезание; сексуальные издевательства со стороны членов семьи и посторонних; неравный доступ к пище и медицинскому обслуживанию для младенцев женского пола; детская проституция; детский труд; пренебрежительное отношение к ребенку женского пола.
Подростковый возраст	Ранний брак по принуждению; насилие со стороны молодых людей, с которыми девушка встречается (например, изнасилование на свидании); вынужденный секс по причине экономической несостоятельности; сексуальные домогательства на работе; изнасилование; проституция по принуждению; торговля женщинами; ограничения доступа к получению образования; выкуп за невесту/"калым" и другие практики, относящиеся к браку.
Репродуктивный возраст	Изнасилование в браке, женоубийство, психологические оскорбления, избиения во время беременности и другие формы насилия со стороны партнера; насилие со стороны родственников супруга/ партнера и других родственников; насилие из-за приданного и убийства из-за возраста; сексуальное насилие или домогательства на работе; изнасилование; чрезмерная эксплуатация домашнего труда; похищение; вынужденные аборты.
Пожилые годы	Насилие над вдовами; насилие над пожилыми людьми.

Источник: по материалам Heise et al 1994

1.7.3. Влияние насилия на детей

Подобно насилию в отношении женщин, проблема насилия в отношении детей стала глобальной. Она принимает различные формы и встречается в самых разных условиях: в доме, семье, школах и других учебных заведениях, в учреждениях типа детских домов, приютов или пенитенциарных учреждениях, в местах, где дети работают или живут. В большинстве случаев дети подвергаются насилию со стороны людей, являющихся частью их жизни: родителей, товарищей по школе, учителей, работодателей, близких друзей/подруг, супругов или партнеров (Генеральный секретарь ООН 2006a).

Огромная доля случаев насилия в отношении детей остается скрытой: многие дети боятся сообщать о случаях пережитого насилия. Этот страх тесно связан с позором, который, по их мнению, неизбежен, если они открыто сообщат о насилии, особенно если речь идет об изнасиловании или других формах сексуального насилия. Еще один фактор – это признание нормой физического, сексуального или психологического насилия как его виновниками, так и детьми. Кроме того, наблюдается проблема отсутствия безопасных и надежных способов для детей заявить о насилии (Генеральный секретарь ООН: UN Secretary-General 2006a).

Насилие в отношении детей в семье часто происходит в контексте приучения к дисциплине в форме физического, жестокого или унижающего наказания. Часто оно сопровождается психологическим насилием, например, оскорблениями, унижением, обзыванием или отторжением ребенка (Генеральный секретарь ООН 2006b, Durrant 2005, оба источника процитированы в материалах Генеральный секретарь ООН 2006a). Также появляется все больше подтвержденных данных о случаях сексуального насилия в семье (Finkelhor 1994, WHO 2005a, оба источника процитированы в материалах UN Secretary General 2006a).

Кроме того, дети прямо или косвенно страдают от насилия, испытываемого их матерями от своих партнеров, в результате следующих действий: (Walker/Edwall 1987, процитировано в источнике Warshaw/Ganley 1996):

- Намеренное травмирование детей с целью запугать и подчинить женщину, подвергаемую насилию (например, использование ребенка в качестве объекта, который можно швырнуть в женщину, или физическое или сексуальное насилие в отношении ребенка с целью принудить женщину к чему-либо);
- Ненамеренное травмирование детей во время нападения на женщину (например, напавший сильно толкает мать, которая в это время держит ребенка на руках, или агрессор пинает ребенка, который попытался защитить свою мать).
- Создание атмосферы, в которой ребенок становится свидетелем насилия или его последствий, непосредственно наблюдает насилие, нечаянно слышит, как происходит насилие или видит последствия травмы.
- Использование детей для принудительного контроля над женщиной, когда партнеры живут вместе или после развода.

Насилие в отношении детей в разных формах отрицательно влияет на физическое, психическое и сексуальное здоровье ребенка. Даже являясь просто свидетелями насилия, совершаемого в отношении матерей их интимными партнерами, и не пострадав при этом физически, дети испытывают негативные социальные и физические последствия. Они страдают, например, от тревожности, депрессии, плохой успеваемости и проблем со здоровьем (WHO 2002, процитировано в источнике ВОЗ/Панамериканская организация здравоохранения 2012b). Например, исследования распространенности ГН в Армении показывают, что частые ночные кошмары встречаются почти в два раза чаще у тех детей, чьи матери подвергались насилию со стороны партнеров. Аналогичным образом, процент проявлений агрессивного поведения выше почти в три раза, а случаев энуреза – в полтора раза среди детей, чьи матери пострадали от насилия со стороны своих партнеров (UNFPA 2010). Также уже установлено, что для детей, ставших свидетелями насилия в отношении их матерей, выше вероятность во взрослом возрасте совершать насилие – для мальчиков – и подвергаться насилию – для девочек (см. главу 1.3).

Box 5: Последствия насилия, совершаемого интимным партнером, для детей — исследование в Сербии

В 2013 году Независимый женский центр (Autonomous Women's Center) провел качественный анализ в группе из 170 женщин из 12 городов/районов Сербии, чтобы оценить последствия насилия со стороны интимных партнеров для детей (Ignjatovic 2013). Для участия были отобраны ставшие жертвами насилия женщины, воспитывавшие, по меньшей мере, одного несовершеннолетнего ребенка, которые обратились за помощью в женские организации. Помимо прочего, исследование выявило следующее:

- Более чем в двух третях всех случаев дети становились свидетелями насильственных действий, совершенных их отцами в отношении их матерей; почти в половине случаев дети сами становились жертвами насилия.
- Более чем в 40% случаев дети пытались защитить мать или помешать отцу совершить насилие, что подвергало их самих серьезному риску.
- Матери сообщают о том, что дети получают травмы, о нарушениях сна или потере аппетита (в каждом четвертом случае, соответственно), а также о ночном энурезе в каждом пятом случае.
- Сообщалось о следующих изменениях поведения: дети становились тихими и отстраненными (50%), беспокойными, непослушными или раздражительными и часто срывались на крик (в каждом третьем случае), проявляли физическую и вербальную агрессию в поведении (каждый четвертый ребенок).
- Наиболее распространенными реакциями детей в отношении их отцов были страх, старание избежать любых контактов или безусловное послушание. Наблюдалось, что послушание со временем слабеет по мере взросления и большей независимости ребенка. В некоторых случаях, однако, дети настаивали на контактах с отцом из-за искренних чувств, но также и из-за манипулятивного поведения агрессора.

ГЛАВА 2

Роль системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие

Специалисты системы здравоохранения играют ключевую роль в межсекторальном механизме реагирования на ГН. В данной главе дан обзор основных международных стандартов и документов, на которые ориентируются специалисты системы здравоохранения (глава 2.1). В ней объясняется, почему система здравоохранения играет важную роль в механизме реагирования на ГН (глава 2.2) и что эта роль подразумевает (2.3), а также перечисляются барьеры, препятствующие эффективному реагированию на ГН (глава 2.4). Далее перечисляются основные принципы и стандарты качества, которые необходимо соблюдать при оказании медицинской помощи лицам, подвергшимся ГН (глава 2.5).

2.1. Международные стандарты для усиления мер реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

2.1.1. Обязательства государств в соответствии с международным правом в области прав человека

Гендерное насилие – это нарушение прав человека, совершаемое в отношении женщин. В соответствии с международным правом в области прав человека государства обязаны предотвращать и расследовать нарушения и преследовать нарушителей, а также обеспечивать правомерную помощь пострадавшим женщинам, в том числе, предоставлять им защиту, поддержку и возмещение ущерба. Это обязательство также подразумевает обязательства по обеспечению более эффективных мер реагирования на ГН со стороны сектора здравоохранения. Суть обязательств, взятых на себя государствами, оговаривается в ряде международных конвенций и деклараций в области прав человека. В этом разделе представлен обзор отдельных документов в области прав человека, которые используются как руководящие принципы для мер реагирования системы здравоохранения на ГН в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Организация Объединенных Наций

Конвенция Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (ООН) в 1979 году. Эта Конвенция представляет собой юридически обязательные рамки для принятия мер на уровне государства с целью предотвратить дискриминацию женщин во всех сферах жизни: политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой сфере. Все государства Восточной Европы и Центральной Азии ратифицировали КЛДЖ и поэтому обязаны выполнять ее положения в своих странах.

Любопытно, что в Конвенции явно не упоминается насилие в отношении женщин. Это связано с тем, что в 70-х годах прошлого века, когда составлялся проект текста конвенции, гендерное насилие и, в частности, насилие в быту еще не рассматривалось как нарушение прав человека. Комитет КЛДЖ исправил этот упущение в 1992 году, приняв Общую рекомендацию № 19 о насилии в отношении женщин. Этот документ поясняет, что насилие в отношении женщин является одной из форм «дискриминации», а поэтому входит в сферу действия Конвенции (определение ГН, данное Комитетом КЛДЖ, приведено в главе 1.1). В 1994 году Комитет КЛДЖ принял еще один важный документ – Общую рекомендацию № 24 о женщинах и здоровье, где описываются обязательства государств остановить дискриминацию женщин в области здравоохранения и обеспечить равный доступ женщин к медицинским услугам. Очень важно, что в Общей рекомендации № 24 также рассматривается роль сектора здравоохранения в реагировании на ГН. В обеих общих рекомендациях определены обязательства государств-участников КЛДЖ по искоренению ГН, включая усиление мер реагирования со стороны системы здравоохранения:

Стандарты эффективного реагирования на ГН на уровне государства (Общая рекомендация № 19 к КЛДЖ):

- Обеспечение того, чтобы **законы**, направленные против гендерного насилия, гарантировали **надлежащую защиту** всем женщинам. Эффективные правовые меры включают в себя уголовные санкции, гражданско-правовые средства защиты и предоставление компенсации.
- Внедрение гендерных аспектов **подготовки** государственных чиновников, включая работников судебных и правоохранительных органов.
- Обеспечение для женщин, подвергшихся насилию, **действенных процедур подачи жалоб и средств правовой защиты,** включая выплату компенсаций.
- Создание и поддержка соответствующих **защитных и вспомогательных услуг** для женщин, подвергшихся или подверженных риску насилия, изнасилования, сексуальных посягательств и других форм гендерного насилия, в том числе приюты, группы специально подготовленных медицинских работников, службы по реабилитации и предоставлению консультаций, а также обеспечение доступности этих услуг для женщин, проживающих в сельской местности.
- Проведение **профилактических** мероприятий, в том числе общественных информационных и образовательных программ, для преодоления взглядов, обычаев и практик, **которые закрепляют насилие в отношении женщин.**
- **Сбор статистических данных и исследования** о масштабах, причинах и последствиях насилия, а также об эффективности мер по предотвращению и пресечению насилия.

Стандарты для улучшения реагирования системы здравоохранения на ГН (Общая рекомендация № 24 к КЛДЖ):

» Принятие и реализация **законов, политики, протоколов и процедур** по борьбе с насилием в отношении женщин и девочек и обеспечения надлежащих медицинских услуг.
» Внедрение **комплексной национальной стратегии по укреплению здоровья женщин в течение всей их жизни, в том числе мероприятий в ответ на насилие в отношении женщин** и обеспечение доступа к высококачественным и доступным медицинским услугам, включая услуги, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья.
» **Удаление всех препятствий для доступа женщин** к медицинским услугам, образованию и информации.
» Обеспечение **доступа женщин к медицинским услугам,** которые должны быть совместимы с правами человека у женщин, включая их право на **автономию, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность, информированное согласие и право выбора**. Кроме того, услуги должны предоставляться таким образом, чтобы они уважали **достоинство** женщин и отвечали **потребностям и чаяниям женщин**. Это означает, среди прочего, что формы принуждения, такие как стерилизация без получения согласия или обязательная проверка на венерические заболевания, должны быть запрещены.
» Уделяющая внимание гендерным аспектам **подготовка**, позволяющая медицинским работникам выявлять и устранять последствия гендерного насилия для здоровья. Учебные программы должны включать в себя обязательные комплексные гендерные курсы по вопросам здоровья и прав человека у женщин, в частности, вопросы насилия на гендерной почве.
» **Обеспечение надлежащей защиты и медицинских услуг,** включая лечение травматических заболеваний и консультирование женщин, находящихся **в особо трудных обстоятельствах**, таких как женщины в ситуациях вооруженного конфликта и женщины-беженцы.
» Обеспечение **процедуры рассмотрения жалоб и санкций** в отношении медицинских работников, виновных в совершении оскорбительных действий сексуального характера в отношении своих пациенток.

Программа действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития

В Программе действий, которая была принята в 1994 году на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР) в Каире, подчеркивается неразрывная связь между народонаселением и развитием, а также важный вклад расширения прав женщин и доступа людей к образованию и здравоохранению, в том числе, репродуктивному здоровью, как в развитие отдельной личности, так и в сбалансированное развитие. Содействие гендерному равенству, искоренение насилия в отношении женщин и обеспечение для женщин возможности контролировать собственную фертильность признаются краеугольными камнями политики в области народонаселения и развития. Для этого страны приняли на себя обязательство, среди прочего, искоренить все формы эксплуатации, насилия и преследования в отношении женщин, девушек и девочек. Важный аспект Платформы действий – ее ориентированность на репродуктивные права и репродуктивное здоровье, а также явно выраженное обязательство правительств обеспечить доступность репродуктивного здоровья через систему первичной медицинской помощи для всех лиц соответствующего возраста. В этом документе репродуктивное здоровье определяется как «*состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто*». Репродуктивное здоровье также включает сексуальное здоровье, которое нацелено на улучшение жизни и личных отношений. Концепция репродуктивных прав включает следующие права: право всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами; право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья; право

принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия (ДОИ ООН: UNDPI 1995).

Согласованные заключения 57-ой сессии Комиссии по положению женщин

В ходе 57-ой сессии в 2013 году Комиссия по положению женщин (КПЖ) приняла Согласованные выводы по вопросу "Искоренения и предупреждения всех форм насилия в отношении женщин и девочек". В Разделе А этого документа звучит призыв к повышению эффективности выполнения правовых и стратегических документов в целях искоренения насилия в отношении женщин, в том числе, путем обеспечения доступа женщин к правосудию, развития и осуществления эффективных многоотраслевых стратегий и политик, а также выделения достаточных средств для их реализации. В Разделе В перечисляются меры по борьбе с дискриминацией и структурированным насилием, которые рассматриваются как основные причины и факторы риска насилия, направленного против женщин. В Разделе С приводится ряд подробных положений по реагированию на проблему и, кроме всего прочего, упоминается необходимость создания независимых приютов для женщин и других услуг. Такие службы должны быть доступными и предлагать целый комплекс услуг, а также привлекать к работе все имеющие отношение к проблеме структуры, в том числе: полицию, органы правосудия, юристов, медиков и психологов. Комиссия также призвала сектор здравоохранения принять меры реагирования на гендерное насилие и обеспечить доступность медицинского обслуживания. Медицинские услуги должны соответствовать ситуации и включать в себя предоставление доступных, безопасных, эффективных и качественных медикаментов, гарантировать первоочередность выездов, обеспечивать помощь при травмах и поддержку психического и умственного здоровья, срочную контрацепцию, безопасный аборт, если это не запрещено национальным законодательством, постконтактную профилактику ВИЧ, диагностику и лечение инфекций, передающихся половым путем, а также осмотр специально подготовленными судебно-медицинскими экспертами. Кроме того, медработники должны уметь определять случаи насилия и лечить женщин, подвергнувшихся насилию. В разделе D подчеркивается необходимость проведения исследований и сбора данных о насилии в отношении женщин, что позволит разрабатывать новые законы и меры и принимать существующие стандарты на основе убедительных доказательств. Некоторые положения Согласованных выводов подчеркивают важную роль женских неправительственных организаций в работе по ликвидации насилия в отношении женщин.

Совет Европы

Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбульская конвенция)

7 апреля 2011 года Комитет министров Совета Европы принял новую Конвенцию о предупреждении и пресечении насилия в отношении женщин и бытового насилия. Поскольку она была принята в Стамбуле, ее часто называют «Стамбульской конвенцией». Конвенция вступит в силу 1 августа 2014 года. На 30 июня 2014 года ее ратифицировали 11 стран, в том числе, следующие страны региона Восточной Европы и Центральной Азии: Албания, Босния и Герцеговина, Черногория, Сербия и Турция. Бывшая югославская Республика Македония и Украина подписали конвенцию, но пока не ратифицировали ее. Стамбульская конвенция также открыта для стран, не входящих в Совет Европы. Таким образом, такие страны как Беларусь или государства Центральной Азии также могут присоединиться к Конвенции.

Стамбульская конвенция содержит подробные, комплексные и юридически обязательные стандарты для государственных мер по искоренению насилия в отношении женщин в следующих областях:

Комплексная политика и сбор данных: включает в себя обязательство по принятию и реализации комплексной и скоординированной политики по предотвращению и борьбе со всеми формами насилия, ставящие права жертвы в центр всех мер и реализуемые на основе эффективного сотрудничества между всеми соответствующими организациями (статья 7); обязательство поддерживать и эффективно сотрудничать с соответствующими неправительственными организациями (статья 9); а также обязательство по сбору соответствующих дезагрегированных статистических данных и поддержке научных исследований по проблеме насилия в отношении женщин (статья 11).

Предупреждение: Среди прочего, Конвенция устанавливает обязанность обеспечить подготовку для соответствующих специалистов, работающих с жертвами насилия, по вопросам гендерного равенства, предупреждению и выявлению такого насилия, потребностей и прав потерпевших, а также в отношении того, как предотвратить повторную виктимизацию. Такая подготовка должна также включать скоординированное межведомственное сотрудничество в целях обеспечения комплексного и соответствующего подхода к этим услугам (Статья 15).

Защита и поддержка: Государства должны обеспечить доступ жертвы к соответствующим услугам поддержки для облегчения их восстановления после пережитого насилия. Они включают в себя медицинские услуги и социальные службы, которые располагают достаточными ресурсами и укомплектованы профессионалами, подготовленными для оказания помощи жертвам и направлять их в соответствующие службы (статья 20), а также соответствующих доступных приютов и центров помощи жертвам изнасилования или сексуального насилия, которые существуют в достаточном количестве (статьи 23, 25) и общегосударственных круглосуточных горячих телефонных линий, которые работают бесплатно и предоставляют конфиденциальные консультации (статья 24). Государства должны обеспечивать получение жертвами должной и своевременной информации об имеющихся службах поддержки и правовых мерах на понятном для них языке (статья 19). Конвенцией также устанавливается перечень основных принципов обслуживания (Статья 18, см. главу 2.5, вставка 8).

Конвенция также устанавливает обязательства государств в области законодательства; расследования, преследования и защитных мер; миграции и убежища, а также международного сотрудничества.

Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе

Решение Министерского совета ОБСЕ № 15/05 “Предотвращение и борьба с насилием в отношении женщин”

Все страны Восточной Европы и Центральной Азии являются государствами-участниками Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) и, следовательно, обязаны считаться с Решением № 15/05 Совета министров ОБСЕ «Недопущение и пресечение насилия в отношении женщин», принятым в 2005 году.

Эта Декларация рассматривает насилие в отношении женщин в качестве нарушения прав человека и угрозы безопасности человека (преамбула). Она призывает государства-участники ОБСЕ принимать «все необходимые законодательные, политические и программные меры по мониторингу и оценке в целях поощрения и защиты полного осуществления прав женщин, а также недопущения и пресечения всех форм насилия по гендерному признаку в отношении женщин и девочек». В частности, среди прочего государства должны принять следующие меры:

Поддержка и защита: гарантировать, чтобы всем женщинам, являющимся жертвами насилия, был обеспечен полный, равный и своевременный доступ к правосудию и эффективным средствам правовой защиты; медицинской и социальной помощи; конфиденциальному консультированию и приютам; принять и применять законодательные меры, относящие насилие по гендерному принципу к числу уголовно наказуемых деяний и предусматривающие адекватные меры правовой защиты; предоставлять своевременную физическую защиту и психологическую помощь жертвам, включая надлежащие меры охраны свидетелей; и вести расследование и уголовное преследование в отношении виновных;

Прилагать усилия по сбору, анализу и распространению сопоставимой информации по вопросам гендерного насилия и поддерживать специализированные неправительственные организации и исследования по данному вопросу;

В контексте профилактики ГН Декларация содержит призыв к принятию мер по укреплению экономической независимости женщин с целью снижения их уязвимости ко всем формам насилия;

Декларация также обращается к вопросам гендерного насилия в отношении женщин и девочек во время и после вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций, призывая государства привлекать к суду виновных в совершении преступлений и предпринимать специальные меры для удовлетворения потребностей женщин и девочек в постконфликтных условиях.

2.1.2. Другие руководства и рекомендации для сотрудников системы здравоохранения

В 2013 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала ряд руководств, разработанных на основе научно-обоснованных данных, направленных на усиление реагирования системы здравоохранения на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие, под названием «Реагирование на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин. Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ». Цель этого документа – обеспечить медиков инструкциями по реагированию на случаи насилия в отношении женщин. Документ также рассчитан на представителей правительственных структур, призывая их обеспечить лучшее руководство и финансирование услуг, а также уделить больше внимания вопросам реагирования на насилие против женщин в рамках обучающих программ для работников сферы здравоохранения. руководящие принципы охватывают следующие сферы:

- Выявление случаев насилия со стороны интимного партнера и оказание медицинской помощи,
- медицинская помощь в случаях сексуального насилия,
- обучение в сфере насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин,
- стратегический и программный подходы к оказанию услуг,
- обязательное информирование соответствующих органов о случаях насилия со стороны интимного партнера.

руководящие принципы ВОЗ используется в качества стандарта для разработки национальных руководств и включения вышеуказанных вопросов в учебные программы для медицинских работников (WHO 2013). Эти рекомендации использованы в данной публикации.

Вставка № 6: Отдельные международные руководства и правила по усилению реагирования системы здравоохранения на ГН

Общие руководства

- International Planned Parenthood Federation, Improving the health sector response to gender based violence: A resource manual for health care professionals in developing countries, 2010.
- International Rescue Committee. Clinical care for sexual assault survivors. New York, International Rescue Committee, 2008.
- ЮНФПА, Гендер и насилие. Практический подход к проблеме: Программное пособие для сотрудников и руководителей учреждений здравоохранения. Автор Линн Стивенс (ЮНФПА 2001).
- WHO, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines, 2013.
- WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers, 2011.
- WHO, Preventing intimate partner violence and sexual violence against women. Taking action and generating evidence, 2010.
- WHO, mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, 2010.
- WHO, Integrating Poverty and Gender into Health Programmes. A Sourcebook for Health Professionals. Module on Gender-based Violence, 2005.
- WHO, Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003,

Рекомендации для использования при оказании гуманитарной помощи:

- Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007.
- Inter-Agency Standing Committee Task Force on Gender and Humanitarian Assistance, Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, 2005.
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, Gender-based Violence. Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, 2010.
- International Rescue Committee, UNICEF, Caring for Child Survivors of Sexual Abuse. Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, 2012.

Источник: WHO 2003a

2.2.Почему медики играют важную роль в реагировании на гендерное насилие?

Общеизвестно, что система здравоохранения играет важнейшую роль в деле предотвращения гендерного насилия и реагировании на него. В то же время, если сотрудники системы не работают над этой проблемой или в недостаточной мере реагируют на нее, их халатность может нанести вред женщинам.

Гендерное насилие – это вопрос общественного здравоохранения, оказывающий серьезное воздействие на физическое, психическое и сексуальное здоровье женщин и девочек. Оно влияет на женщин на протяжении всей жизни и является одной из основных причин травм, инвалидности и смертности женщин (см.главу 1.7.1).

Медицинские работники чаще всего становятся первыми, с кем контактируют женщины, подвергшиеся насилию. Практически каждая женщина обращается за медицинской помощью в какой-то момент жизни — будь то обычный осмотр, беременность и роды, болезнь, травма или же обращение в качестве опекуна ребенка или пожилого человека (Национальная ассамблея Уэльса 2001). Для женщин, подвергающихся насилию со стороны интимного партнера, которые находятся в изоляции и контролируются агрессором, обращение к врачу может быть единственной возможностью контакта, особенно в ситуациях, когда женщины не хотят сообщать о насилии в органы внутренних дел. Медицинские работники пользуются большим доверием среди женщин как специалисты, которым можно рассказать о факте насилия. Кроме того, статистика показывает, что женщины, пережившие насилие, чаще прибегают к медицинскому обслуживанию, чем те, кто не сталкивается с насилием (WHO 2013).

Судебные медэксперты играют важную роль в сборе доказательств при уголовном преследовании виновных в насилии. В частности они регистрируют факты насилия, проводят медицинские и психологические осмотры, лабораторные исследования и документально оформляют полученные травмы.

Информация о случаях насилия может помочь в диагностике и лечении многих проблем со здоровьем, например, хронических болей или повторных заболеваний, передающихся половым путем (IPPF 2010).

Таким образом, медики занимают стратегическую позицию для выявления женщин, пострадавших от насилия и (или) находящихся под угрозой возобновления насилия, оказания им медицинской помощи и направления их в другие соответствующие службы. Хотя некоторые женщины способны рассказать о насилии, многие не делают этого или делают только в тех случаях, когда их спрашивают. Поэтому очень важно обучать медиков распознавать признаки гендерного насилия и общаться с пострадавшими (IPPF 2010). Многие медики разных областей здравоохранения могут сталкиваться с симптомами перенесенного гендерного насилия в ежедневной практике и, следовательно, могут обеспечить широкий спектр потенциальных «точек доступа» для выявления случаев гендерного насилия (см.главу 2.3).

Работа со случаями гендерного насилия может повысить качественный уровень здравоохранения. Согласно данным Международной федерации планирования семьи, усиление ответных мер системы здравоохранения на гендерное насилие ведет к общему повышению качества медицинского обслуживания, способствует сохранению конфиденциальности, содействует уважению прав женщин и поощряет всеобъемлющее и целостное видение женского здоровья (IPPF 2010).

Имея соответствующую подготовку и пройдя обучение методам работы со случаями гендерного насилия, медицинские работники могут внести значительный вклад в улучшение здоровья и благополучия пациентов. С другой стороны, недостаток таких умений и знаний может поставить женщин под угрозу дальнейшего насилия. Например, ситуация, когда медики не спрашивают женщину о симптомах гендерного насилия или не могут распознать их, чревата постановкой неверного диагноза или назначением неподходящего лечения. Кроме того, недостаток информации или слабая подготовка медиков может поставить под угрозу безопасность, жизнь и благополучие пациентов. Например, такие медики могут причинить ненамеренный вред, выказывая негативное отношение к пациенткам, подвергшимся изнасилованию, или обсуждая травмы женщины так, что это может услышать потенциально агрессивный супруг, ожидающий за дверью кабинета (IPPF 2010).

Традиционно при обучении медицинских работников их роль описывается как «диагностика и лечение клиентов» (UNFPA 2001). Однако этот подход недостаточен, когда речь идет о предоставлении помощи женщинам, подвергшимся гендерному насилию. Поэтому медики при поддержке учреждений здравоохранения должны пересмотреть свою роль и применять более широкое понимание практической медицины, включая «диагностику, *исцеление, лечение, предотвращение, назначение лечения или устранение любого физического, умственного или эмоционального недуга... человека*» (Civic Research Institute 2000, процитировано в материалах UNFPA 2001). Более широкий подход к медицинскому обслуживанию может принести пользу за счет лучшего распознавания случаев насилия и обеспечения помощи пострадавшим для устранения последствий гендерного насилия (UNFPA 2001).

2.3.Роль медицинских работников в реагировании на гендерное насилие

Медицинские работники различных специальностей могут контактировать с женщинами, пережившими гендерное насилие. Такой контакт является важной «точкой доступа» женщин к медицинской помощи. В число таких специалистов входят:

- Врачи общей практики,
- Врачи, оказывающие экстренную помощь: хирурги скорой помощи, реаниматологи, ортопеды, хирурги,
- Акушеры-гинекологи, специалисты по планированию семьи,
- Ассистенты в кабинете врача,
- Медсестры в больницах, медсестры, оказывающие помощь на дому, пожилым людям,
- Акушерки,
- Стоматологи,
- Психиатры, психотерапевты, клинические психологи, врачи с дипломом психолога,
- Отоларингологи, офтальмологи,
- Врачи-терапевты, работающие в организациях, должностные лица в сфере здравоохранения,
- Физиотерапевты,
- Клинические специалисты по ИППП, ВИЧ/СПИД,
- Социальные работники в клиниках (по материалам Федерального министерства экономики, семьи и молодежи Австрии 2010).

Необходимо помнить, что не только врачи играют важную роль в выявлении ГН и реагировании на него. Поэтому обучение и другие мероприятия, направленные на усиление реагирования системы здравоохранения на ГН, также необходимо проводить для медицинских сестер и физиотерапевтов, которые, возможно, проводят больше времени с пациентами, чем врачи. Кроме того, есть вероятность, что пострадавшие могут с большей охотой разговаривать с помощниками врача, социальными работниками и работниками приемного отделения или регистратуры. Работники приемных отделений, регистратуры и административный персонал могут привлечь внимание врача или медсестры , если замечают необычное поведение во время ожидания приема врача или при записи на прием, которое может указывать на ГН (Johnson 2010).

Для обеспечения устойчивости мер, направленных на усиление реагирования системы здравоохранения на ГН необходимо работать на нескольких уровнях:

- уровень самого поставщика медицинских услуг (уровень сотрудников),
- уровень медицинского учреждения, например, больница, клиника, медицинский центр или кабинет врача (уровень руководства),
- уровень политики в области здравоохранения (должностные лица и государственная администрация).

данные руководящие принципы в основном ориентировано на роль медицинских работников и руководства медицинских учреждений; уровень политики в области здравоохранения затрагивается лишь вкратце.

2.3.1. Уровень медицинского персонала

В приведенном ниже списке обобщаются основные аспекты роли медицинского персонала в реагировании на ГН. Каждый аспект более подробно рассматривается в главе 3, а также в комплекте учебных материалов (Часть II). См. дополнительную информацию в соответствующих главах сборника.

» Понимать симптомы ГН;
» Снабжать пациента информацией о ГН и его последствиях для здоровья женщины;
» Задавать вопросы о ГН при наличии клинических симптомов, указывающих на возможно перенесенное ГН;
» Создавать доброжелательную и доверительную обстановку, слушать пациента и давать знать пациентке о том, что ее слушают и понимают;
» Вести медицинскую историю пациента и проводить медицинское обследование;
» Предоставлять соответствующую медицинскую и психологическую помощь;
» Документально фиксировать последствия ГН;
» Информировать пациента и направлять к поставщикам других услуг по ситуации (например, специализированный медицинский центр, приют для женщин, кризисный центр);
» Оказать помощь пациентке в составлении плана обеспечения безопасности;
» Обеспечить последующие наблюдение и уход.

2.3.2. Уровень медицинских учреждений

Руководство медицинских учреждений отвечает за создание организационной структуры, которая позволяет медицинским работникам осуществлять свои функции. В частности следует:

☐ Ввести в действие письменные рекомендации и протоколы по ведению случаев ГН, а также ознакомить всех сотрудников с этими рекомендациями и протоколами, а также порядком использования этих рекомендаций в повседневной работе (WAVE 2006).
☐ **Обеспечить административную поддержку «сверху вниз», включая финансовую поддержку**, что обеспечит устойчивость усилий по интеграции ГН в систему реагирования сектора здравоохранения в долгосрочной перспективе (WHO 2013).
☐ Обеспечить содействие принципам прав человека и отсутствие дискриминации при оказании услуг, а также ориентированность таких услуг на женщин и девочек. Услуги должны быть приемлемыми, то есть таким, «на которое женщина дает осознанное согласие и при котором обеспечивается ее достоинство личности, гарантируется конфиденциальность и учитываются ее потребности и чаяния». Это означает, что системы, процессы и услуги разрабатываются, реализуются и оцениваются, опираясь на потребности и желания женщины или девочки, получающей помощь (КЛДЖ, ОР 24).
☐ **Предоставить соответствующую инфраструктуру для обеспечения конфиденциальности и безопасности пациента, например**, предоставление отдельного кабинета для консультаций, требование о проведении консультаций без партнера, внедрение системы для конфиденциального ведения документации или инструктирование персонала о правовых границах конфиденциальности, если таковые имеются (UNFPA 2001).
☐ **Привлечь внимание персонала к проблеме и обучить навыкам** распознавания и реагирования на ГН для создания такого климата в учреждении, при котором пациенты чувствовали бы, что «здесь можно говорить о ГН». Обучение должно проводиться для всех сотрудников. Кроме совершенствования практических навыков, например, распознавания признаков ГН или документального оформления телесных повреждений, медицинские работники также должны понимать проблему ГН, а также специфический местный контекст, например, взгляды на ГН в определенной местности или слова, которыми люди описывают ГН (UNFPA 2001). Обучение следует проводить не изолированно,

а параллельно с другими изменениями в системе помощи и каналов направления пациентов к другим специалистам (Lo Fo Wong et al 2006, Garg et al 2006, оба источника упоминаются в материалах WHO 2013). Рекомендации ВОЗ по обучению персонала см. во вставке № 7. Более подробная информация о подготовке и проведении обучения и комплект учебных материалов содержатся в Части II.

☐ **Предоставить сотрудникам и пациентам информационные материалы**. Это могут быть, например, контрольные листы для врачей и медсестер с перечислением этапов вмешательства, буклеты или карточки с информацией для пациентов об их правах и поставщиках медицинских услуг, плакаты о ГН для размещения в приемной врача, местах ожидания, консультационных кабинетах или туалетах (UNFPA 2001, WHO 2013) или каталоги поставщиков услуг, к которым можно направить пациентов для получения дополнительных услуг.

☐ **Предоставить поддержку медицинским работникам, обеспечивающим помощь и уход** (WHO 2013). Психологически сложно работать с пострадавшими от ГН. Возможно, медицинским работникам будет сложно работать с пострадавшими от ГН: они пассивны и зависимы, все время возвращаются к партнеру-агрессору. Более того, такие часто встречающиеся чувства как беспокойство за безопасность и благополучие пациента, страх столкнуться самому/самой или в своей семье с агрессором или собственный опыт пережитого в прошлом насилия могут стать причиной нервного истощения или даже травмы для специалиста-медика. Чтобы помочь сотрудникам защитить себя и справиться со сложными ситуациями, медицинские учреждения должны проводить для персонала обучение по вопросам динамики и последствий ГН, а также возможности самим находиться под наблюдением (Perttu et al 2006).

☐ **Налаживать партнерские отношения и создавать объединения с другими организациями, работающими над решением этой же проблемы, в целях обеспечения многостороннего скоординированного реагирования**. В рамках общего механизма направления пациентов к необходимым специалистам это могут быть другие врачи или больницы в том же районе, государственные органы, например, полиция, органы опеки и попечительства или психологические службы, а также женские приюты или кризисные центры. Налаживание партнерских отношений и создание объединений могут содействовать повышению эффективности предоставления услуг. Например, другие организации могут оказать партнерскую поддержку при направлении пациентов к специалистам (как в медицинское учреждение, так и из него), и совместная работа позволит обеспечить пациенту наилучшую поддержку без дублирования услуг. Кроме того, партнерские связи и объединения – это площадка для обмена знаниями и методами, которые другие партнеры могут использовать в своей работе. Их также можно использовать для совместной агитационной работы для совершенствования существующего и создания нового законодательства и стратегий. Протоколы действий являются эффективным средством распределения ролей и ответственности различных организаций, входящих в состав объединения, а также порядок реализации мер вмешательства и направления пациентов к специалистам (UNFPA 2001, WHO 2013). Более подробная информация о системах направления пациентов к необходимым специалистам приведена в главе 4.

☐ **Реализовать систему мониторинга и оценки**, чтобы оценить долгосрочное воздействие мер, принятых для совершенствования реагирования определенного учреждения на ГН (WHO 2013). Мониторинг и оценка – это важный аспект обеспечения качества при оказании услуг. Они необходимы для обеспечения подотчетности поставщиков услуг перед клиентами, организацией и обществом в целом (WAVE 2006). Более подробная информация о мониторинге и оценке приведена в главе 5 и материалах Международной федерации планируемого родительства (IPPF 2010).

В Приложении 1 приведена таблица, в которой обобщены основные элементы оказания качественной медицинской помощи женщинам. Эта информация может оказаться полезной для руководства учреждений здравоохранения.

Таблица 7: Типы клинических правил и протоколов, рекомендованных для учреждений здравоохранения

Тип правила или протокола	Почему важен такой тип правил или протокола и каким должно быть его содержание
Правила в отношении сексуального преследования	В каждом медицинском учреждении должны быть письменные правила, запрещающие сексуальное преследование сотрудниками учреждения других сотрудников и клиентов. В такой стратегии необходимо: • указать виды запрещенных действий, • дать четкое определению сексуальному преследованию, • указать, как следует сообщать о случае сексуального преследования, • определить последствия нарушения этих правил. Организации здравоохранения не могут должным образом бороться с ГН, если не в состоянии обеспечить уважение прав собственных сотрудников и клиентов. Поэтому правила, запрещающие сексуальное преследование, с четко описанным порядком наказания виновных являются важным элементом этой работы.
Правила и протоколы, определяющие конфиденциальный характер работы с клиентами	В каждом учреждении здравоохранения должны существовать письменные правила, объясняющие, как сотрудники должны охранять конфиденциальность клиентов. Эти правила должны охватывать следующие вопросы: • где именно в клинике и при каких обстоятельствах сотрудникам разрешается обсуждать информацию о клиентах с другими сотрудниками и с самими клиентами, • обстоятельства, при которых медикам позволяется делиться информацией о клиентах с другими лицами, в том числе, членами семьи, • конфиденциальность медицинской документации, • требуется ли согласие родителей на оказание определенных услуг; • могут ли подростки сохранять конфиденциальность личной или медицинской информации и скрывать ее от родителей.
Протоколы ведения случаев насилия в отношении женщин, в том числе, сексуального насилия и изнасилования	В идеале учреждения здравоохранения должны разработать протоколы ухода за женщинами, пострадавшими от ГН, в том числе, ставшими жертвами изнасилования. Эти протоколы могут оказаться полезными для специалистов-медиков: они могут узнать, как отреагировать, проявляя участие и поддержку, если женщина сообщает о случае насилия, не нарушая при этом ее законные права. В случаях сексуального насилия, например, в протокол необходимо включить рекомендации о предоставлении экстренной контрацепции и обследовании на ИППП. Благодаря таким протоколам возрастает вероятность, что женщины получат соответствующее лечение, в особенности, если медицинский работник неправильно понимает такие вопросы как сексуальное насилие, экстренная контрацепция и ИППП/ВИЧ.
Протоколы реагирования при наличии риска и в кризисных ситуациях	В организациях здравоохранения, желающих усилить реагирование на проблему насилия в отношении женщин, следует разработать протоколы ухода за женщинами, которые подвергаются риску или находятся в кризисных ситуациях. В эту группу входят клиенты, которые, по всей видимости, подвергаются высокому риску самоубийства, убийства, получения травмы или сильнейшего эмоционального потрясения. В протоколе действий при наличии риска и в кризисных ситуациях необходимо указать следующее: • как определить факторы риска, • как обеспечить получение женщинами по крайней мере элементарной помощи, в которой они нуждаются, • каким пациентам сотрудники учреждения могут предоставлять психологическую помощь и составлять планы обеспечения безопасности.

Источник: IPPF 2010

Вставка № 7: Рекомендации ВОЗ по обучению медицинских работников на рабочем месте

Медицинские работники должны пройти на рабочем месте обучение по вопросам насилия в отношении женщин со стороны интимного партнера и сексуального насилия. Задачи такого обучения:

- научить специалистов-медиков оказывать оперативную помощь пациентам, испытавшим насилие;
- сформировать соответствующие навыки, включая знания о том, когда и как задавать вопросы о насилии, каковы наиболее эффективные способы выявления насилия и оказания медицинской помощи, а также как проводить сбор данных для судмедэкспертизы в соответствующих случаях;
- дать основные знания о насилии и соответствующих законах, имеющихся службах поддержки, неподобающем отношении со стороны медицинских работников (например, обвинение самой пострадавшей женщины в случившемся), а также о собственном опыте насилия;
- учитывая близость тематики и ограниченность доступных ресурсов, совместить в программе обучения вопросы насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия;
- охватить различные аспекты реагирования на насилие, например, выявление случаев насилия, оценка и составление плана обеспечения безопасности, коммуникативные и клинические навыки, документирование и направление пациентов к необходимым специалистам.

Источник: ВОЗ 2013 Рекомендации 30-33

2.3.3. Уровень должностных лиц в сфере здравоохранения и государственной администрации

Хотя работники сферы здравоохранения и медицинские учреждения играют ключевую роль в ежедневном реагировании системы здравоохранения на ГН и оказании услуг пострадавшим, все эти усилия будут малоэффективны при отсутствии специальной политики в области ГН, которая регламентирует работу персонала и учреждений в целях интеграции реагирования на ГН в систему медицинской помощи. При отсутствии такой стратегической основы существует риск, что усилия, направленные на улучшение услуг, оказываемых пострадавшим от ГН, останутся отдельными разрозненными инициативами отдельных поставщиков медуслуг или медучреждений, которые так и не будут закреплены официально на уровне сектора здравоохранения (WHO 2005). В то же время принятие такой политики – не самоцель. Чтобы подобная политика нашла свое реальное воплощение, ее положения необходимо довести до поставщиков медицинских услуг, а также до общества в целом (WHO 2005). Кроме того, необходимо знакомить руководителей и персонал учреждений системы здравоохранения с существующей политикой.

В некоторых странах роль сектора здравоохранения рассматривается как часть **более широких политики и планов действий по ГН**. Например, правительство Армении среди прочего включило следующие меры в свой Стратегический план действий по противодействию гендерному насилию:

- предоставление учреждениями здравоохранения пострадавшим от насилия и лицам, находящимся под угрозой насилия, информации о ГН и его последствиях, ВИЧ/СПИД, о существующих услугах для пострадавших и об организациях, оказывающих такие услуги, а также о минимальных стандартах обслуживания;
- создание круглосуточной телефонной «горячей линии» при учреждениях здравоохранения;
- разработка минимальных стандартов медицинской помощи и других услуг, предоставляемых приютами;
- внедрение механизмов, вовлекающих социальных работников и психологов в оказание медицинской помощи учреждениями первичной помощи и больницами;

» разработка стандартов выявления лиц, пострадавших от ГН, а также документального оформления, отчетности по ГН и процедуры направления пострадавших в другие службы системы здравоохранения;
» организация обучающих курсов для специалистов системы здравоохранения по вопросам выявления, документального оформления случаев ГН, отчетности и процедуры направления пациентов в другие службы (Правительство Армении, 2011 г.).

Правительство Турции приняло Национальный план действий по борьбе с бытовым насилием в отношении женщин (2007 – 2010). Две задачи, включенные в этот план, касаются, соответственно, предоставления медицинской помощи и обеспечения многоотраслевого реагирования на домашнее насилие. Среди прочего предусматриваются следующие меры:

» включение темы ГН в повседневную работу акушерок и медсестер, работающих в учреждениях первичного звена, и обсуждение этой темы во время обходов;
» создание специализированных подразделений при медицинских учреждениях для оказания медицинской помощи женщинам, пострадавшим от насилия, с вовлечением специалистов как медицинских, так и других специальностей;
» подготовка и подписание меморандумов о взаимопонимании между соответствующими учреждениями с определением рамок сотрудничества, указанием участвующих органов власти и сфер ответственности;
» создание местных координационных советов с участием местных властей, местных сил обеспечения безопасности, полиции, муниципалитетов, университетов, профессиональных организаций и администрации муфтия, а также представителей НГО для работы по предотвращению насилия над женщинами (Республика Турция: Republic of Turkey, 2007 г.).

Принципы разработки национальных планов действий по противодействию насилию в отношении женщин опубликованы в материалах “ООН Женщины” – “Руководство по разработке национальных планов действий по противодействию насилию в отношении женщин” 2012 года (UN Women 2012).

Другой подход к проблеме реагирования системы здравоохранения на ГН – это принятие **специальных протоколов и стратегий/политики, обычно Министерством здравоохранения**. В таких документах описывается роль специалистов-медиков в реагировании на ГН и даются практические рекомендации по работе: определяются стандарты оказания услуг и необходимые шаги, а также средства работы. Например, Министерство здравоохранения Республики Сербия приняло Специальный протокол по защите и лечению женщин, пострадавших от насилия. После введения, где приводятся основные термины и понятия, в Протоколе дается общая информация по вопросу и руководства с указанием следующих этапов вмешательства на уровне медицинской помощи:

» выявление и подтверждение факта насилия,
» принятие мер в отношении последствий насилия для здоровья пострадавшей,
» оценка рисков и составление плана безопасности,
» направление в другие службы,
» завершение разговора.

Например, в протоколе приводятся примеры рекомендуемых и потенциально вредных утверждений, а также предлагаются прямые и косвенные вопросы, которые медики могут задавать пострадавшей, чтобы убедиться в существовании факта насилия. В документе также приводится образец формы для регистрации и документального оформления случаев насилия, который включает контрольный список для оценки риска и форму для сбора контактной информации поставщиков других услуг, которую можно свести в единый каталог (Республика Сербия: Republic of Serbia2010).

В Приложении 3 приведена таблица с указанием отдельных стратегий и протоколов в области реагирования системы здравоохранения на ГН.

2.4.Препятствия, затрудняющие эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие

Хотя общепризнано, что сектор здравоохранения играет ключевую роль в обеспечении эффективного реагирования на ГН, все еще остается ряд барьеров, не позволяющих женщинам, пострадавшим от ГН, получить соответствующую медицинскую помощь. Такие препятствия существуют как на уровне пациентов, ставших жертвами насилия, так и поставщиков медицинских услуг.

Для преодоления этих барьеров необходимо изменить руководящие принципы и стратегию, а также практику повседневной работы медиков. Руководящие принципы и рекомендации приведены в главах 2.3.2, 2.3.3 и 3.

Препятствия, с которыми сталкиваются пострадавшие женщины

Ниже приводятся причины, по которым женщины, пострадавшие от ГН, не обращаются за медицинской помощью и не рассказывают о насилии медикам (по материалам Ganley 1998 and Hellbernd 2006, как процитировано в PRO TRAIN 2009):

» Стыд, чувство вины, ощущение исключительно или частично собственной ответственности за перенесенное насилие: Женщина, перенесшая насилие со стороны интимного партнера, может быть убеждена, что сможет остановить насилие, если будет слушаться агрессора и “поработает” над собой.
» Страх наказания со стороны агрессора: Женщины, живущие с агрессивным партнером, могут опасаться большего насилия и дальнейших угроз, так как партнеры-агрессоры обычно запрещают женщинам говорить о насилии с кем-либо еще, угрожая применить в таком случае дальнейшее насилие.
» Страх позора и социальной изоляции со стороны семей и местного сообщества.
» Социальная изоляция и ощущение, что им придется решать проблему насилия без чьей-либо помощи.
» Неоднократные случаи жесткого обращения в прошлом, которые могли настолько подорвать уверенность в себе и самоуважение женщины, что ей становится сложно обращаться за поддержкой и принимать ее.
» Отсутствие безопасных вариантов для детей и страх потерять право опеки над ребенком.
» Страх привлечь внимание к статусу иммигранта или потерять статус иммигранта после разлучения с агрессивным супругом.
» Отсутствие реалистичных вариантов дальнейших действий, например, финансовых ресурсов, жилья, работы или безопасности.

Хоть эти препятствия характерны для уровня отношений между партнерами, в семье и на уровне местного сообщества и требуют вмешательства не только на уровне системы здравоохранения, тем не менее, специалисты-медики должны осознавать их существование. В этом случае они смогут обеспечить эффективную помощь и направить пострадавших к поставщикам тех услуг, которые необходимы в каждом конкретном случае, например, в приюты, кризисные центры или центры психологической помощи. Эти организации могут помочь женщинам в преодолении некоторых препятствий, например, за счет обеспечения жильем, предоставления консультаций по правовым вопросам и другой помощи.

Другие барьеры, с которыми сталкиваются женщины, можно и нужно устранять в рамках системы здравоохранения:

» отсутствие физического доступа к медицинской помощи для женщин, проживающих в отдаленных территориях;
» страх получить отказ от местных поставщиков услуг и также быть обвиненной в том, что не ушла от агрессивного партнера, в особенности в тех случаях, когда женщина ранее сталкивалась с неправильной реакцией других служб, в том числе, с обвинением жертвы насилия в случившемся;
» незнание схемы дальнейших действий медработников, например, будут ли они сообщать о случившемся в полицию и будут ли связываться с агрессором;
» языковые и культурные препятствия, с которыми сталкиваются женщины-мигранты и женщины, принадлежащие к этническим меньшинствам;
» особенности ситуации при оказании психологической помощи и лечении, например, несоответствующие материальные условия медицинского учреждения или некорректное поведение врачей и младшего медперсонала.

Препятствия, затрудняющие эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие, с которыми сталкиваются поставщики услуг

Следующие препятствия не позволяют медицинским работникам выявлять случаи ГН в качестве причины медицинских симптомов, задавать пациентам вопросы о насилии и (или) предоставлять им эффективный уход и поддержку (по материалам Ganley 1998 and Hellbernd 2006, как процитировано в источниках PRO TRAIN 2009, IPPF 2010, Warshaw/Ganley 1996):

» Недостаток знаний о причинах, последствиях и динамике ГН: если медицинские работники не спрашивают о ГН или не могут распознать симптомы насилия, они могут поставить пострадавшим неправильный диагноз или предложить неподходящее лечение.
» Собственные взгляды и неверные представления о ГН, которые могут вылиться в восприятие насилия со стороны интимного партнера как частного дела или обвинение жертвы насилия в случившемся.
» Собственный опыт ГН в прошлом.
» Отсутствие клинических навыков реагирования на ГН. Как следствие, медицинские работники могут неохотно задавать вопросы о ГН, чтобы “не открывать ящик Пандоры” (McCauley et al 1998, как процитировано в источнике PRO TRAIN 2009). Отсутствие необходимых знаний и навыков также могут поставить под угрозу безопасность, жизнь и благополучие пациента, например, в том случае, если медицинские работники выказывают свое негативное отношение к пациентке, подвергшейся изнасилованию, или обсуждают травмы женщины так, что это может услышать потенциально агрессивный супруг, ожидающий за дверью кабинета.
» Отсутствие информации о существующих службах поддержки и соответствующих контактов со специалистами, которые могли бы пригодиться для направления пациентов в необходимые службы.
» Отсутствие времени для оказания медицинской помощи, а также несоответствующее финансирование консультационных услуг. Бывает сложно оценить, насколько долгой окажется беседа, и медицинские работники опасаются, что у них не хватит времени на других пациентов.
» Отсутствие поддержки внутри учреждения, как то: стандартные протоколы, формы документов или обучение для персонала по вопросам общения с пострадавшими от ГН.
» Неопределенность в смысле юридических обязательств, например, правил соблюдения конфиденциальности или обязанности сообщать о выявленных случаях ГН.
» Отсутствие стандартных процедур, политики и протоколов, которые обеспечили бы реагирование медиков на любые случаи ГН в соответствии с правилами и стандартами надлежащей клинической практики.

2.5.Принципы и стандарты оказания услуг

У женщин, пострадавших от насилия, имеются различные потребности в зависимости от каждой конкретной ситуации, тяжести пережитого насилия и его последствий. В то же время существует ряд минимальных стандартов и принципов, регламентирующих оказание медицинской помощи всем женщинам, подвергшимся насилию, вне зависимости от типа и места совершения насилия (WHO 2013).

Вставка № 8: Стандарты услуг по поддержке пострадавших от ГН в соответствии со Стамбульской конвенцией

Услуги основываются на гендерном понимании насилия в отношении женщин и сосредоточены на правах человека и безопасности жертвы.
Услуги основываются на комплексном подходе, в котором учитываются взаимоотношения между жертвами, лицами, совершающими акты насилия, детьми и более широким общественным окружением.
Услуги направлены на то, чтобы избежать вторичной виктимизации.

Услуги направлены на расширение возможностей и экономическую независимость женщин - жертв насилия.
Услуги обеспечивают, когда это целесообразно, чтобы различные службы по защите и оказанию поддержки размещались в одном помещении.
Услуги учитывают конкретные потребности уязвимых лиц, в том числе, пострадавших детей, и доступны для них.

Источник: Статья 18 Стамбульской конвенции

В следующих разделах подробно описываются принципы и стандарты, на которые должно опираться реагирование системы здравоохранения на ГН (обратите внимание, что некоторые из них могут дублироваться).

2.5.1. Подход с учетом гендерной специфики

Работники сферы здравоохранения должны понимать гендерную обусловленность насилия над женщинами (WHO 2013, Статья 18 Стамбульской конвенции), основополагающая причина которого состоит в том, что оно является «*проявлением* исторически сложившегося неравного соотношения сил между мужчинами и женщинами, которое привело к доминированию над женщинами и дискриминации в отношении женщин со стороны мужчин» (преамбула к Стамбульской конвенции). В связи с этим службы должны демонстрировать подход к работе, учитывающий гендерную динамику, долгосрочное воздействие и последствия насилия в отношении женщин (WAVE 2011).

Службы в сфере здравоохранения должны принимать во внимание потребности особых групп женщин и девочек, включая представительниц маргинализированных групп. В их число входят женщины с физическими и психическими нарушениями, женщины, проживающие в сельской местности или отдаленных районах; беременные женщины и женщины, имеющие детей раннего возраста; женщины, принадлежащие к национальному или этническому меньшинству; мигранты, в том числе, мигранты без документов, в поисках убежища и беженцы; женщины-лесбиянки и бисексуальные женщины; трансгендерные лица; работницы секс-бизнеса; ВИЧ-позитивные женщины; женщины, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками; бездомные женщины; пожилые женщины; девочки и девушки-подростки (Статьи 12, 18 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями, WAVE 2011, Виртуальный центр знаний организации “ООН-женщины”) и девочки, состоящие в раннем/принудительном браке или браке с ребенком. Женщины этих групп могут подвергаться повышенному риску насилия: Агрессоры зачастую выбирают их в качестве объекта агрессии, поскольку знают, что эти женщины вряд ли смогут постоять за себя и скорее всего не станут преследовать агрессора или искать другие формы возмещения ущерба (Статья 12 Стамбульской конвенции – Отчет с пояснениями).

Поставщики медицинских услуг должны уважать разнообразие личностей клиентов и применять в своей работе подход, не допускающий дискриминации (WAVE 2011). Это означает, что все пострадавшие женщины, вне зависимости от перечисленных выше характеристик, должны иметь равный и полноценный доступ к медицинской помощи и получать медицинский уход одинакового качества. Помимо этого, медицинские услуги должны соответствовать условиям и учитывать особые потребности и специфику получателей услуг (Статья 18 Стамбульской конвенции, Виртуальный центр знаний "ООН-женщины"). Поставщики услуг должны определить и попытаться устранить любые препятствия, с которыми сталкиваются женщины особых групп при обращении за медицинской помощью.

Если женщины подвергаются насилию со стороны интимного партнера, это всегда отражается и на детях, либо прямо (когда дети становятся объектами агрессии), либо косвенно (когда дети присутствуют при насилии над матерью). Поэтому поставщики медицинских услуг, к которым обращаются пострадавшие от насилия женщины, должны понимать, как насилие влияет на детей (более подробную информацию см. в главе 1.7.3). Медицинские работники должны обладать необходимыми средствами, чтобы помочь им получить необходимый уход и поддержку в соответствии с их возрастом и потребностями (WAVE 2010), а также, если это необходимо, направить пациентов к поставщикам других услуг в том же учреждении или вне его, в зависимости от ситуации.

Вставка № 9: Как включить гендерную проблематику и вопросы прав человека в работу медицинского учреждения

Руководство учреждения может принять различные меры, чтобы включить гендерную проблематику и вопросы прав человека в работу своей организации, например:

- Сбор, чтение и распространение образовательных материалов по гендерной тематике и правам человека.
- Поощрение персонала учреждения для участия в семинарах по вопросам гендера и прав человека.
- Налаживание партнерских связей с местными организациями и частными лицами, работающими в сфере охраны здоровья, гендерных вопросов и прав человека.
- Оценка работы учреждения, чтобы определить, учитываются ли вопросы гендера и прав человека в ее деятельности.
- Поиск путей, чтобы обеспечить выполнение взятого на себя учреждением обязательства в области гендерного равенства и прав человека.
- Проведение упражнения на уровне организации, например, "Оценка качества медицинской помощи с точки зрения гендерной проблематики". Методика разработана Международной федерацией планирования семьи/ Отдел стран Западного полушария (2000).
- Обеспечение того, чтобы любые лица, нанимаемые для проведения тренингов о насилии против женщин для персонала, владели вопросами гендера и прав человека.
- Обеспечение такого подхода организации к вопросу насилия, который опирается на понимание гендерной проблематики и прав человека.
- Разработка или укрепление политики, признающей права человека и запрещающей сексуальное преследование.

Источник: IPPF 2010

2.5.2. Подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин

Подход, при котором в центре внимания находятся пострадавшие или женщины, подразумевает, что сотрудники, отвечающие за развитие и оказание медицинской помощи пострадавшим от ГН, уделяют первоочередное внимание их правам, потребностям и желаниям в целях:

- создания благоприятного окружения, в котором с пострадавшим обращаются с уважительно и с соблюдением их достоинства,
- содействия выздоровлению пострадавших,
- оказания помощи пострадавшей в определении и выражении ею своих потребностей и пожеланий, а также в принятии решений о возможных мерах вмешательства (ЮНИСЕФ 2010, процитировано в материалах Виртуального центра знаний "ООН-женщины").

Для осуществления этого подхода руководство медицинских учреждений должно обеспечить наличие необходимых ресурсов и средств у поставщиков медицинских услуг (Виртуальный центр знаний “ООН-женщины”).

Во вставке № 10 обобщается подход к оказанию медицинской помощи, при котором в центре внимания находятся женщины / пострадавшие (см. ниже).

Вставка № 10: Элементы медицинской помощи и первоначального реагирования, ориентированных на интересы и потребности женщин

Женщинам, рассказавшим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуального нападения со стороны любого лица, необходимо предложить немедленную помощь.

Как минимум, если женщина сообщила о насилии, медицинские работники должны предложить первичную помощь. Первичная помощь подразумевает следующее:

- не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;
- -оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
- спросить женщину о насилии, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков);
- помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
- помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;
- -предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

Медработники должны обеспечить:

- проведение консультации без посторонних,
- конфиденциальность, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы).

Если медицинские работники не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться).

Источник: WHO 2013, Рекомендация 1

Обеспечение безопасности пациента

При любых мерах вмешательства на уровне системы здравоохранения основное внимание следует уделять безопасности пострадавших от насилия женщин и их детей как вопросу первостепенной важности (WHO 2013, WAVE 2006).

Это означает, во-первых, что службы здравоохранения должны воздерживаться от совершения любых действий, даже с наилучшими намерениями, которые могли бы означать угрозу дальнейшего насилия для пострадавших женщин. Как подчеркивается в Руководстве ВОЗ, «любое вмешательство должно соответствовать принципу «не навреди» и обеспечивать равновесие между полезным действием и вредом» (WHO 2013). Например, если медработник пытается убедить пациентку вернуться к агрессивному партнеру или спрашивает о насилии в присутствии потенциально опасного агрессивного партнера, риск дальнейшего насилия возрастает.

Кроме того, медицинские работники должны помогать пациенткам, пострадавшим от ГН, обеспечивать большую безопасность для себя и своих детей, когда это необходимо (WHO 2013). В том числе это означает помощь пациентам при оценке потенциального риска и разработке плана обеспечения безопасности.

На практике же, учреждения здравоохранения и другие организации, не занимающиеся исключительно с женщинами, пострадавшими от ГН, зачастую не владеют необходимыми средствами, чтобы предоставить всестороннюю защиту и поддержку пострадавшим женщинам и их детям. Поэтому необходимо создавать каналы для перенаправления женщин в специализированные службы, например, женские приюты, которые обеспечивают анонимность пострадавших от насилия женщин, не разглашают их местонахождение и не позволяют мужчинам входить в приют (WAVE 2011).

Помимо этого, поставщики медицинских услуг должны знать о существующих защитных мерах, предусмотренных законодательством их страны, например, о защитных предписаниях и правовых требованиях и процедурах для получения такого предписания.

Более подробную информацию о принципах общения с пострадавшими см. в главе 3.1.4. Более подробную информацию об оценке риска и составлении плана обеспечения безопасности см. в главе 3.4. Более подробная информация о направлении пациентов к необходимым специалистам приведена в главе 4.

Сохранение достоинства пациента и обеспечение благоприятной обстановки, подчеркивающей признание важности случившегося

Медицинские службы должны избегать повторной виктимизации (Статья 18 Стамбульской конвенции), то есть ситуации, когда поставщики медицинских услуг вместо помощи и лечения могут усугубить страдания жертвы, например, из-за неправильного общения или поведения. Поэтому медицинские работники должны поддерживать пациентку, не осуждать ее, а также подтверждать важность сказанного ею. Расспрашивая пациентку о пережитом ею насилии, медработники должны слушать очень внимательно, без нажима, не принуждая пострадавшую женщину говорить. Следует проявлять осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков (WHO 2013).

Поставщики медицинских услуг должны занять четкую позицию по отношению к ГН и осуждать насилие в любых формах. Нейтральное отношение к произошедшему означает риск терпимости в насилию. Медикам следует донести до пациенток мысль, что оправдания насилию нет, что они верят в то, о чем говорит пациентка, и что ответственность за агрессивное поведение лежит на агрессивном партнере, а не на пострадавшей. Ни в коем случае медики не вправе обвинять пострадавших в совершенном над ними насилии; также необходимо уважать решение пострадавших не оставлять агрессивного партнера (WAVE 2006, WAVE 2011).

Поставщики медицинских услуг также должны гарантировать уважение к достоинству пострадавших (WAVE 2006, WAVE 2011). Поэтому в учреждениях здравоохранения должны быть женщины, которые смогут провести медицинский осмотр, если поступит такая просьба, и содействовать обеспечению телесной неприкосновенности пациентки во время осмотра (Виртуальный центр знаний «ООН-женщины»: UN Women Virtual Knowledge Centre). Кроме того, эти службы должны обеспечивать доступ к планированию семьи, контрацепции и, в тех случаях, когда это официально разрешено, к безопасным абортам (WHO 2008, процитировано в материалах UN Women Virtual Knowledge Centre). Обеспечение соблюдения достоинства женщин тесно связано обеспечением конфиденциальности, например, предоставление уединенных мест ожидания, отдельного туалета и комнаты для принятия ванны/душа, отдельного кабинета для осмотра (Jewkes 2006, процитировано в материалах UN Women Virtual Knowledge Centre).

Более подробную информацию о принципах общения с пострадавшими и работы с переводчиками см. в главе 3.1.4., вставке № 7 и таблице 10. Более подробную информацию о проведении медицинского осмотра пострадавших см. в главе 3.2.

Обеспечение конфиденциальности

Как предусматривается рядом руководств и стратегий, принятых на международном уровне, одним из приоритетов для медицинских работников должны стать сохранение тайны и конфиденциальности информации (WHO 2013). По этой причине медики должны гарантировать проведение консультаций вдали от посторонних, чтобы никто в комнате ожидания или смежных помещениях не смог услышать разговор (WHO 2013, Виртуальный центр знаний “ООН-женщины”).

Помимо этого, медики не вправе разглашать информацию о пострадавших без их информированного согласия. Сотрудники должны обсуждать дела пациентов с другими медиками только при крайней необходимости и так, чтобы их разговор нельзя было подслушать. Кроме того, в учреждениях здравоохранения необходимо обеспечить конфиденциальное хранение медицинских карт пациентов. Эти и другие меры должны регламентироваться политикой конфиденциальности учреждения, а весь персонал должен пройти обучение этой политике (UN Women Virtual Knowledge Centre).

По данным ВОЗ, рекомендуется обязательно сообщать о случаях насилия в соответствующие органы. Если в соответствии с законодательством страны сообщать о насилии в правоохранительные органы обязательно, медики должны проинформировать об этом обязательстве, а также о любых пределах конфиденциальности, своих пациентов (см. вставку № 11). Поэтому важно, чтобы медицинские работники понимали свои юридические обязательства, а также профессиональные кодексы принятой практики (WHO 2013).

Вставка № 11: Руководства ВОЗ об обязательном заявлении о случаях насилия в правоохранительные органы

- Обязательное сообщение в полицию о насилии со стороны партнера не рекомендуется, однако поставщики медицинских услуг должны предложить пострадавшим заявить об инциденте в соответствующие органы (в том числе, полицию), если этого хочет женщина и если она осознает свои права.
- При наличии соответствующих требований закона сообщать о случаях жестокого обращения с детьми и угрожающих жизни инцидентах в соответствующие органы должны медработники.
- Работники в сфере здравоохранения должны понимать свои юридические обязательства (если такие имеются), а также профессиональные кодексы принятой практики, чтобы обеспечить полноценное информирование женщин и том, какой выбор у них есть, и об ограничениях конфиденциальности личной информации.

Источник: WHO 2013 Рекомендации 37, 38

ВОЗ при подготовке рекомендаций опиралась на обзор доказательных данных о влиянии законов об обязательном заявлении о случаях насилии в правоохранительные органы (см. таблицу 8, в которой приведен перечень выявленных преимуществ и недостатков такой практики). Выводы обзора не поддерживают обязательное информирование полиции о насилии, поскольку это может нарушить независимость женщин и их способность принимать решения. «*Хотя некоторые женщины высказались в поддержку обязательного заявления о насилии, приблизительно столько же женщин высказались против.* В частности, женщины, подвергшиеся насилию, по всей видимости, против обязательного заявления о насилии, в особенности, если вовлечена полиция. Женщины, участвовавшие в исследовании, предположили, что женщина сама должна принять решение, заявлять ли ей о насилии, и что в первую очередь необходимо обеспечить безопасность женщины и ее детей. Кроме того, процесс выздоровления должен быть ориентирован на исцеление жертвы, в том числе, с помощью консультаций психолога» (WHO 2013).

Таблица 8: Обязательное заявление о случаях насилия - преимущества и опасения

	Преимущества	Опасения
С точки зрения поставщиков медицинских услуг	• Улучшается сбор статистики • Преследование агрессора • Улучшается реагирование со стороны врачей	• Требуется время и ресурсы • У женщин может пропасть желание разглашать информацию • Нарушение конфиденциальности и независимости женщин • Риск мести • Последствия неудачного преследования
С точки зрения пострадавших женщин	• Возможность получения помощи для женщин без необходимости самим заявлять о насилии • Снижение чувства одиночества и вины у пострадавших • Урок для партнеров (демонстрация серьезности проблемы) • Потенциально положительный исход взаимодействия с полицией, так как инцидент уже зафиксирован документально, и эта информация может использоваться в будущем	• Риск мести • Страх, что у женщины отберут детей • Тревога относительно взаимодействия с социальным работником или другими должностными лицами • Виктимизация в системе здравоохранения • Страх остаться одной с неоплаченными счетами после заявления о насилии • Беспокойство о сохранении независимости и конфиденциальности личной информации

Источник: WHO 2013

Хорошие коммуникативные навыки у медицинских работников во многом помогают обеспечить частный характер и конфиденциальность услуг (WHO 2013).

Более подробную информацию о принципах общения с пострадавшими см. в главе 3.1.4. Более подробную информацию о проведении медицинского осмотра пострадавших и оформлении документации см. в главах 3.2 – 3.3.

Расширение возможностей, обеспечение независимости и участия пациента

Все услуги, оказываемые женщинам, пострадавшим от насилия, должны ориентироваться на расширение возможностей женщин (WAVE 2011). Расширение возможностей пострадавших от ГН – это процесс “оказания помощи женщинам в том, чтобы они лучше контролировали свою жизнь и могли принимать решения о своем будущем” (Dutton 1992, процитировано в источнике WHO 2013). С расширением возможностей тесно связан принцип поддержания независимости женщин. Зачастую родственники, друзья и специалисты, работающие в службах оказания помощи, пытаются сказать пострадавшим, что им делать. Однако такие советы могут означать еще большее давление на пострадавших и редко бывают полезными (WAVE 2006).

Предоставление женщинам информации об их правах и о юридических и других службах – это основной путь к расширению их возможностей, поскольку так женщины могут принимать осознанные решения, а также обретают ощущение, что контролируют свою жизнь (WHO 2013, Статья 19 Стамбульской конвенции и Отчет с пояснениями). Медицинские работники могут расширить возможности пострадавших от ГН, например, предоставляя им буклеты и брошюры с информацией о правах женщин и существующих приютах, горячих линиях, а также социально-экономических и других службах поддержки.

Поставщики медицинских услуг должны оказывать помощь пострадавшим при принятии решений. Это можно сделать, рассказав им о возможных шагах и обсудив их, а также предоставив практический уход и поддержку с учетом проблем пациентки, при этом уважая автономность женщины; женщина должна всегда принимать решение сама (WHO 2013). По этой причине медицинские работники должны осознавать потребности и желания пациентки в отношении ее лечения и взаимодействия с полицией, системой правосудия и другими службами. Они должны стремиться получить осознанное согласие пациентки, рассказав женщине о будущем медицинском осмотре и схеме лечения, в том числе, о его побочных

эффектах (Виртуальный центр знаний “ООН-женщины”). Работники системы здравоохранения должны воздерживаться от разглашения имени потерпевшей и другой личной информации членам семьи, поставщикам других услуг, государственным органам или исследователям за исключением случаев, когда женщина дает свое информированное согласие на это. Исключения допустимы и необходимы, если под угрозой находятся жизнь и здоровье женщин и детей (например, попытки самоубийства, явная опасность насилия со стороны агрессивного партнера или насилие над детьми, совершаемое самими женщинами) (WAVE 2006). Еще одно исключение – обязательное заявление о случаях насилия; в этом случае медики обязаны сообщать пострадавшим о своем долге информировать соответствующие органы об инцидентах насилия (WHO 2013, см. главу 2.5.2).

И наконец, медработники должны содействовать участию пострадавших женщин в развитии и оценке оказываемых услуг. Пострадавших следует регулярно просить дать оценку услугам, а также они имеют право подать жалобу в независимую инстанцию (например, омбудсмену), если они не удовлетворены качеством оказываемых услуг (WAVE 2011).

Вставка № 12 – Участие потребителей услуг в развитии и оценке услуг

Пример из Сербии: В 2006 году Центр охраны здоровья женщин (WHPC) в Белграде опросил 240 женщин, которые обращались в медицинские центры, с целью определить их потребности в поддержке и выявить недочеты в существующей медицинской службе. Работники Центра использовали данные этих опросов, а также результаты обсуждений в фокус-группах с участием поставщиков медицинских услуг, которые проводились в том же году, для разработки учебных программ для медицинских работников, в том числе, учебного пособия для медиков под названием «Насилие в отношении женщин. Каков мой профессиональный долг?». Выводы исследования также использовались в поддержку работы организации по лоббированию улучшения качества услуг и обучения медицинских работников в правительстве (Bacchus et al 2012).

Во вставке № 27 в главе 5.2. приводится пример оценки принятых мер в области материнского и сексуального здоровья, направленных на улучшение деятельности медиков по выявлению домашнего насилия и направлению пострадавших в специализированные службы. Оценка проводилась с точки зрения пациентов и медицинских работников.

2.5.3. Подход к работе, основанный на соблюдении прав человека

Подход к решению проблемы ГН с упором на соблюдение прав человека ставит своей целью устранить нарушения прав человека, которые являются одновременно и причиной, и следствием насилия. Этот подход направлен на повышение способности правообладателей (пациентов, испытавших ГН) понимать, требовать исполнения и осуществлять свои права человека, и одновременно на наращивание потенциала ответственных лиц, являющихся гарантами этих прав (в том числе, высокопоставленных должностных лиц, руководства больниц, медиков) с тем, чтобы они могли поощрять правообладателей, расширять их возможности и оказывать им помощь (UNFPA 2010b, UN Women Virtual Knowledge Centre, OHCHR/WHO, без указания даты).

Дополнительные преимущества от применения подхода, основанного на соблюдении прав человека

» Подход, основанный на соблюдении прав человека, легитимизирует любые меры вмешательства, так как основывается на принципах и стандартах соблюдения всеобщих прав человека и в том виде, как они описываются в международных конвенциях и декларациях (см. главу 2.1.1), перемещая это вмешательство из необязательной сферы милосердия (благотворительности) в обязательную сферу действия закона.
» Такой подход устанавливает права человека отдельных лиц (правообладателей), а также соответствующие обязанности государственных и негосударственных поставщиков услуг, в том числе, поставщиков медицинских услуг (ответственных лиц – гарантов прав), которые заключаются в уважении, охране и соблюдении таких прав.
» Он подчеркивает важность создания механизмов подотчетности на всех уровнях для ответственных лиц и гарантирует, что потребители услуг будут не пассивными получателями, а активными участниками собственного развития.
» Охватывая все гражданские, политические, экономические, культурные и социальные права, такой подход позволяет комплексно подходить к проблемам развития (UNFPA 2010b).

Что подразумевает подход, основанный на соблюдении прав человека

Использование подхода, основанного на соблюдении прав человека, в работе по усилению реагирования системы здравоохранения на ГН подразумевает, что:

» любая политика, протоколы, программы и меры вмешательства соответствуют стандартам в сфере прав человека;
» медицинские услуги направлены на расширение возможностей пострадавших и предоставляются в рамках многосекторной комплексной системы реагирования, включающей как государственных, так и негосударственных участников.

Кроме того, это означает, что лица и организации, занимающиеся разработкой и оказанием медицинских услуг:

» оценивают возможность доступа пострадавших женщин к медицинской помощи, выявляют любые непосредственные, глубинные и структурные препятствия и устраняют их, например, путем совершенствования законодательства или проведения информационных кампаний, в ходе которых рассказывают пострадавшим о существующих услугах, предлагаемых женщинам, подвергшимся насилию;
» оценивают потенциал поставщиков медицинских услуг: смогут ли они выполнить свои обязательства по отношению к пострадавшим в соответствии с международным и национальным законодательством, выявляют любые препятствия и разрабатывают и реализуют стратегии по их преодолению, например, через разработку политики и протоколов, обучение или инструктирование персонала;
» контролируют и оценивают процессы и результаты вмешательств со стороны системы здравоохранения в случаях, связанных с ГН, в соответствии со стандартами и принципами прав человека;
» обеспечивают ответственность гарантов прав (ответственных лиц) за несоблюдение международных и национальных стандартов и законов (Виртуальный центр знаний «ООН-женщины», UNFPA 2010b).

Подход, основанный на принципе соблюдения прав человека, тесно связан с принципами учета гендерной специфики, уважения разнообразия, отсутствия дискриминации, участия и приобщения, а также расширения прав и возможностей женщин (см. главу 2.5). В рамке № 9 (глава 2.5.1) предложены пути внедрения в работу учреждения здравоохранения подходов, основанных на соблюдении прав человека и учете гендерных вопросов. Более подробная информация о разработке программ с применением подхода, основанного на соблюдении прав человека, а также их реализации размещена в материалах UNFPA 2010b.

2.5.4. Внедрение реагирования на ГН в работу существующих медицинских служб

Общепризнано, что медицинская помощь пострадавшим от ГН должна оказываться в рамках существующих услуг, а не предлагаться отдельно (см. вставку 13). Все дело в том, что могут возникнуть сложности с обслуживанием пострадавших от ГН отдельно от остальных направлений медицинской помощи. Кроме того, такое решение может иметь негативные последствия. Например, и без того испытывающая недостаток кадров служба охраны психического здоровья может стать еще менее эффективной, если вместо наилучшего обслуживания для всех пациентов (в том числе пострадавших от ГН), придется отдельно оказывать услуги пострадавшим от насилия (WHO 2013).

Также рекомендуется внедрять медицинскую помощь пострадавшим от насилия в существующую систему медицинского обслуживания, поскольку женщине будет удобнее получить доступ к различным специалистам-медикам и службам поддержки, расположенным в одном здании.

Вставка № 13: Руководящие принципы ВОЗ для высших должностных лиц по интеграции услуг пострадавшим от ГН в работу учреждений здравоохранения

- По возможности следует интегрировать медицинскую помощь пострадавшим от насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в существующую систему медицинской помощи, а не предлагать такие услуги отдельно.
- Хотя в стране необходимы различные модели оказания помощи пострадавшим от насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия на разных уровнях системы здравоохранения (см. вставку 7), первоочередное внимание следует уделять обучению и обслуживанию специалистов на уровне первичной помощи.
- На районном/ территориальном уровне в любое время дня и ночи должен работать специалист-медик (медсестра, врач или аналогичный специалист), обученный методике оказания помощи и осмотра пострадавших от сексуального насилия с учетом гендерной специфики.

Источник: WHO 2013 Рекомендации 34-36

Обдумывая способ интеграции услуг для пострадавших от ГН в существующую систему медицинского обслуживания, крайне важно иметь в виду, что не существует некой универсальной модели: Если какая-то схема работает в одних условиях, она может оказаться неэффективной в других. Поэтому высшие должностные лица, формирующие политику в этой области, должны учитывать специфику работы и рассматривать различные модели с их преимуществами и недостатками (см. табл. 9). С этой целью они должны настаивать на необходимости оценки медицинской помощи в случаях ГН, благодаря которой можно будет определить, какие модели наиболее эффективны и экономически оправданны в каждой отдельной ситуации (WHO 2013). Более подробная информация об оценке приведена в главе 5 и материалах МФПС 2010. Какая бы модель ни была выбрана, следует помнить, что основная цель заключается в том, чтобы сократить число служб и поставщиков услуг, к которым женщина должна будет обращаться, а также упростить доступ к необходимым услугам, уважая при этом достоинство женщины, соблюдая конфиденциальность личной информации и уделяя первостепенное внимание безопасности женщины (WHO 2013).

Таблица 9: Сравнение различных моделей оказания помощи пострадавшим от насилия женщинам

Учреждение	Преимущества	Недостатки
Медицинские центры и клиники	• Располагаются по месту жительства • Могут предоставить ряд базовых услуг • Улучшают доступ к службам дальнейшей поддержки пострадавших • При создании хорошей партнерской сети может улучшить доступ к ряду различных услуг, в том числе: правовой помощи, социальной и т.д.	• Может быть не в состоянии обеспечить лечение серьезных травм и осложнений • Может не иметь своей лаборатории или специализированной службы • Если службы находятся в небольших населенных пунктах, где врачи и другой медицинский персонал проживают вместе с пострадавшими, может возникнуть проблема соблюдения конфиденциальности, а также врачи могут опасаться мести
Районные и областные больницы	• Предоставляют медицинскую помощь круглосуточно • Есть специализированные услуги • Могут находиться в одном отделении (отделение скорой помощи, гинекология, репродуктивное здоровье, ВИЧ/ИППП) или располагаться по всей больнице	• Возможно, усложнится доступ к обслуживанию • Если различные услуги будут оказывать в разных отделениях, это может иметь негативный эффект, в особенности, если некоторые услуги предоставляют только в рабочее время
Центр, оказывающий все виды услуг	• Более эффективное и согласованное обслуживание • Предоставление полного спектра услуг (иногда в таких центрах также присутствуют сотрудники полиции, прокуроры, социальные работники, психологи, служба психологической поддержки и т.д.)	• Требуется больше места и ресурсов • Загруженность может быть низкой (например, в сельских районах), что заставляет задуматься об экономической эффективности • Может вызвать отток сотрудников и ресурсов из других служб • Может быть не полностью интегрирован в общую систему медицинского обслуживания • Если управление таким центром будут осуществлять представители системы правосудия, центр может уделять слишком много внимания преследованию нарушителей в ущерб здоровью женщин • Большие затраты на содержание

Источник: WHO 2013

Во вставке № 14 приведен пример включения услуг для пострадавших от ГН в работу больницы в Австрии.

Вставка № 14: Пример из Австрии – Создание групп поддержки для пострадавших от насилия

В 2011 году Закон Австрии о медицинских учреждениях был дополнен новым положением о создании так называемых "групп защиты пострадавших от насилия" при больницах[10]. Законом устанавливается создание отдельных групп для детей, пострадавших от насилия, и взрослых, подвергшихся домашнему насилию. В исключительных случаях также допускается создание одной группы поддержки в больнице для взрослых и для детей или объединенных групп для разных больниц. Законом определяются две основные цели создания групп защиты пострадавших (раннее выявление насилия и привлечение внимания поставщиков медицинских услуг к проблеме домашнего насилия) и состав групп (по меньшей мере два врача, специализирующихся в области экстренной хирургии и гинекологии/акушерства, а также медсестры и медработники, специализирующиеся в области психологии или психиатрии). Этот закон основывается на уже существовавшей в некоторых больницах страны практике, которая приобрела статус правового обязательства. На сегодняшний день группы поддержки пострадавших созданы в нескольких больницах, в том числе, при Общей больнице г. Вены (AKH) – крупнейшей больнице Австрии. В этой больнице в 2011 году была создана группа поддержки пострадавших от насилия , установлен регламент ее работы и определены подробные цели и задачи группы, в том числе: предоставление рекомендаций поставщикам медицинских услуг, которые контактируют с пострадавшими от домашнего насилия, привлечение внимания работников системы здравоохранения к проблеме насилия, разработка стандартных процедур и руководств по реализации мер вмешательства, организации тренингов, координация работы различных отделений и разбора клинических случаев. Хотя создание групп поддержки пострадавших от насилия приветствуется, все еще сохраняется ряд трудностей. Участвующие в работе специалисты-практики определили, что именно необходимо для успешной работы групп поддержки пострадавших от насилия: разработка специальных норм работы таких групп для всей страны, выделение необходимых кадровых и финансовых ресурсов, обязательное обучение в сфере ГН для работников сферы здравоохранения, обеспечение более сильной организационной поддержки, чтобы избежать такого положения вещей, при котором улучшенная система реагирования держится только лишь на ответственном отношении преданных делу сотрудников, а также эффективное сотрудничество как внутри системы здравоохранения, так и с внешними участниками, например, приютами, полицией или врачами общей практики.

Источники: Закон Австрии об учреждениях здравоохранения; Регламент работы группы поддержки пострадавших от насилия при Общей больнице г. Вены; информация предоставлена Аннелизой Эрдемгиль-Брандстэттер, обучающий проект "Домашнее насилие: роль сектора здравоохранения", 2014

10 В частности, законом устанавливается обязательство парламентов девяти провинций Австрии принимать в своих провинциях законы о создании таких групп. Причиной этого является федеративное устройство Австрии, при котором вопросы системы здравоохранения решаются на уровне провинций (земель).

ГЛАВА 3

Этапы эффективного вмешательства медицинских работников в случаях гендерного насилия

В этой главе объясняются отдельные этапы эффективной работы медицинских работников с женщинами, потенциально пострадавшими от насилия; выявление случая ГН (3.1), проведение медицинского осмотра и обеспечение медицинской помощи (3.2), документальное оформление случая ГН (3.3), а также оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности (3.4). Направление пациентов в другие необходимые службы рассматривается в главе 4.

В Приложении 2 представлена блок-схема, иллюстрирующая вероятную последовательность этапов вмешательства в рамках реагирования системы здравоохранения на ГН, которая основана на международных примерах и вкратце описана в настоящей главе. В своей повседневной работе медики обязаны следовать протоколам и руководствам, существующим в их странах и отдельных клиниках.

На каждом из этапов вмешательства поставщики медицинских услуг должны соблюдать основные принципы и стандарты оказания услуг (подход, основанный на соблюдении прав человека, подход с учетом гендерной специфики, подход, уделяющий основное внимание интересам женщины), как описано в главе 2.5. В частности, любые действия должны основываться на уважении выбора, желаний, прав и достоинства женщины, пострадавшей от насилия.

3.1. Выявление гендерного насилия

Даже несмотря на то, что пострадавшие от ГН чаще обращаются за медицинской помощью, чем другие люди, маловероятно, что они заговорят о случившемся сами. Исследования показали, что осторожный опрос пострадавших, у которых наблюдаются симптомы, указывающие на ГН, повышает вероятность раскрытия такой информации (NHS 2010, Feder et al 2011. Пример меры вмешательства в Великобритании (на уровне врача общей практики) приведен в главе 4, во вставке №24). Поэтому содействие позитивному разглашению случая ГН – это важная начальная точка для любого вмешательства в системе здравоохранения. Расспрос о ГН, если это делается профессионально и участливо, может помочь преодолеть чувства изолированности, вины и стыда, свойственные жертвам насилия, и донести до них мысль, что помощь доступна и что женщина может воспользоваться этой помощью, если чувствует, что готова к этому (Warshaw/Ganley 1996).

В этой главе впервые дается определение понятий обычного опроса и клинического опроса (глава 3.1). Цель заключается в том, чтобы помочь медицинским работникам понять клинические состояния, связанные с ГН (глава 3.2), обеспечить безопасное помещение для опроса пациента о ГН (глава 3.3) и правильно опросить женщину, у которой наблюдаются нарушения, возможной причиной которых является ГН (глава 3.4). В главе 3.5 описаны ресурсы, которые может предоставить учреждение здравоохранения в помощь медикам, опрашивающим пострадавших о ГН, а также, которые могут мотивировать пострадавших рассказать о ГН поставщику медицинских услуг.

3.1.1. Обычный опрос по сравнению с клиническим опросом

В учреждениях здравоохранения можно различить два разных подхода, содействующих раскрытию информации о насилии со стороны интимного партнера:

» Обычный опрос (также называется скринингом), то есть обычный опрос женщин в учреждениях здравоохранения о случаях, когда они подвергались насилию со стороны своего интимного партнера.
» Клинический опрос (или выявление заболевания) – опрос женщин в учреждении здравоохранения на основании клинического состояния, истории болезни и осмотра пациентки (WHO 2013).

Обычный опрос проводить не рекомендуется (WHO 2013, Рекомендация 2). Все дело в том, что хотя этот метод и позволил повысить частоту выявления случаев ГН, он ни снизил уровень насилия со стороны интимного партнера, ни привел к существенному улучшению здоровья женщин. Вместо этого рекомендуется проводить клинический опрос. Медицинским работникам следует спрашивать пациенток, подвергались ли они насилию со стороны интимного партнера при оценке состояний и расстройств, которые могли быть вызваны или осложнены насилием,, чтобы поставить правильный диагноз/ выявить заболевание и обеспечить последующий уход (WHO 2013, Рекомендация 3). Минимальные условия, которые необходимо соблюдать, задавая вопросы о ГН, приведены в главе 3.1.3.

Однако в особых обстоятельствах можно рассмотреть возможность поведения обычного опроса:

» Женщины, демонстрирующие симптомы психических расстройств и нарушений (депрессия, тревожность, посттравматический стресс, причинение себе вреда / попытки самоубийства), – так как существует тесная связь между психическими расстройствами у женщин и насилием со стороны интимного партнера.
» Тестирование на ВИЧ и консультирование – поскольку насилие со стороны интимного партнера может повлиять на разглашение ВИЧ-статуса или поставить под угрозу безопасность женщин, которые разглашают такую информацию, а также их способность реализовать стратегии снижения риска.
» Предродовой уход – из-за удвоенной уязвимости во время беременности, а также учитывая возможность дальнейшего ухода до родов (WHO 2013).

3.1.2. Понимание признаков гендерного насилия

Ниже приведен перечень симптомов, при наличии которых медики должны задуматься о том, что пациентку необходимо расспросить о ГН, в особенности о насилии со стороны интимного партнера.

Вставка № 15: Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера

- Симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стресса, нарушения сна
- Суицидальность или причинение себе вреда
- Употребление алкоголя и других веществ
- Необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе, боли в области таза, сексуальные расстройства
- Нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности, слишком позднее начало сопровождения беременности, нежелательные результаты родов
- Необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы
- Неоднократные кровотечения из влагалища и инфекции, передаваемые половым путем
- Хронические боли (необъяснимые)
- Травматические повреждения, в частности, неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями
- Расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха
- Частые консультации врача без четкого диагноза
- Присутствие на приеме у врача навязчивого партнера или мужа
-

Источник: по материалам Black 2011, процитировано в материалах WHO 2013.

Медики также должны знать, что помимо клинических симптомов определенные типы поведения пациенток могут указывать на то, что они подвергаются насилию со стороны интимного партнера.

Вставка № 16: Примеры поведения, которые могут указывать на насилие со стороны интимного партнера

- Частое обращение к врачу с неясными симптомами
- Повреждения, не соответствующие рассказу пострадавшей
- Женщина пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность
- Партнер женщины всегда приходит вместе с ней без необходимости
- Женщина не хочет говорить в присутствии партнера
- Невыполнение назначений врача
- Частый пропуск приемов врача
- Несколько травм на разных стадиях заживления
- Пациентка выглядит испуганной, тревожной или подавленной
- Женщина пассивна или боится говорить в присутствии партнера
- Партнер агрессивный или доминирующий, говорит за женщину или отказывается выйти из кабинета
- Редкое посещение/ непосещение женской консультации
- Преждевременная выписка из больницы по собственному желанию

Источник: Департамент здравоохранения 2005

Необходимо помнить, что ни один из указанных выше признаков автоматически не означают, что пациентка подвергалась ГН. Однако эти признаки должны вызвать подозрение. Медикам следует попытаться встретиться с женщиной наедине и спросить ее о возможном насилии. Даже если в этот раз она не решится рассказать о насилии, женщина будет знать, что врач в курсе проблемы и сможет обратиться к нему позднее (Департамент здравоохранения 2005).

3.1.3. Минимальные требования к опросу о ГН

Задавая вопросы о ГН, учреждения здравоохранения и медицинские работники должны обеспечить соответствие минимальным требованиям. В частности, это (WHO 2013):

- Наличие протокола или стандартной процедуры проведения медицинского вмешательства.
- Медики обучены, как правильно задавать вопросы и как реагировать на рассказ женщины о насилии.
- Медицинские работники обеспечивают такие условия, когда задавать вопросы о ГН безопасно (см. рис. 4), в том числе конфиденциальный характер приема у врача.
- Существует система направления пациентов в другие службы.
- Медики осведомлены о ресурсах, которые могут быть полезны при направлении пациентов к необходимым специалистам.

Специалисты-медики могут использовать следующие критерии, чтобы определить, насколько безопасно спрашивать о ГН (также см. рис. 4):

- ☐ Во-первых, необходимо убедиться, что есть уединенное помещение для конфиденциального разговора. В особенности это важно в условиях больницы, где медицинские специалисты могут общаться с пациентом в палате, отделенной шторой. Хотя визуально штора создает барьер, все-таки посторонние могут подслушать разговор.
- ☐ Медики не должны расспрашивать женщину о ГН в присутствии семьи, друзей илидетей старше 2 лет. Хотя медицинским работникам может казаться, что пациенткам может быть полезна поддержка семьи или друзей, следует иметь в виду, что интимные партнеры, другие члены семьи или друзья могут принимать участие в насилии. Виновники насилия также могут подослать детей, чтобы те рассказали, о чем говорила женщина на приеме у врача.
- ☐ Если речь идет о женщинах-мигрантах, беженцах или женщинах, принадлежащих к этническому меньшинству, которые не разговаривают на языке этой страны, медики должны обеспечить присутствие при разговоре профессионального переводчика (см. вставку 17).

Вставка № 17: Рекомендации по работе с переводчиками в условиях учреждения здравоохранения

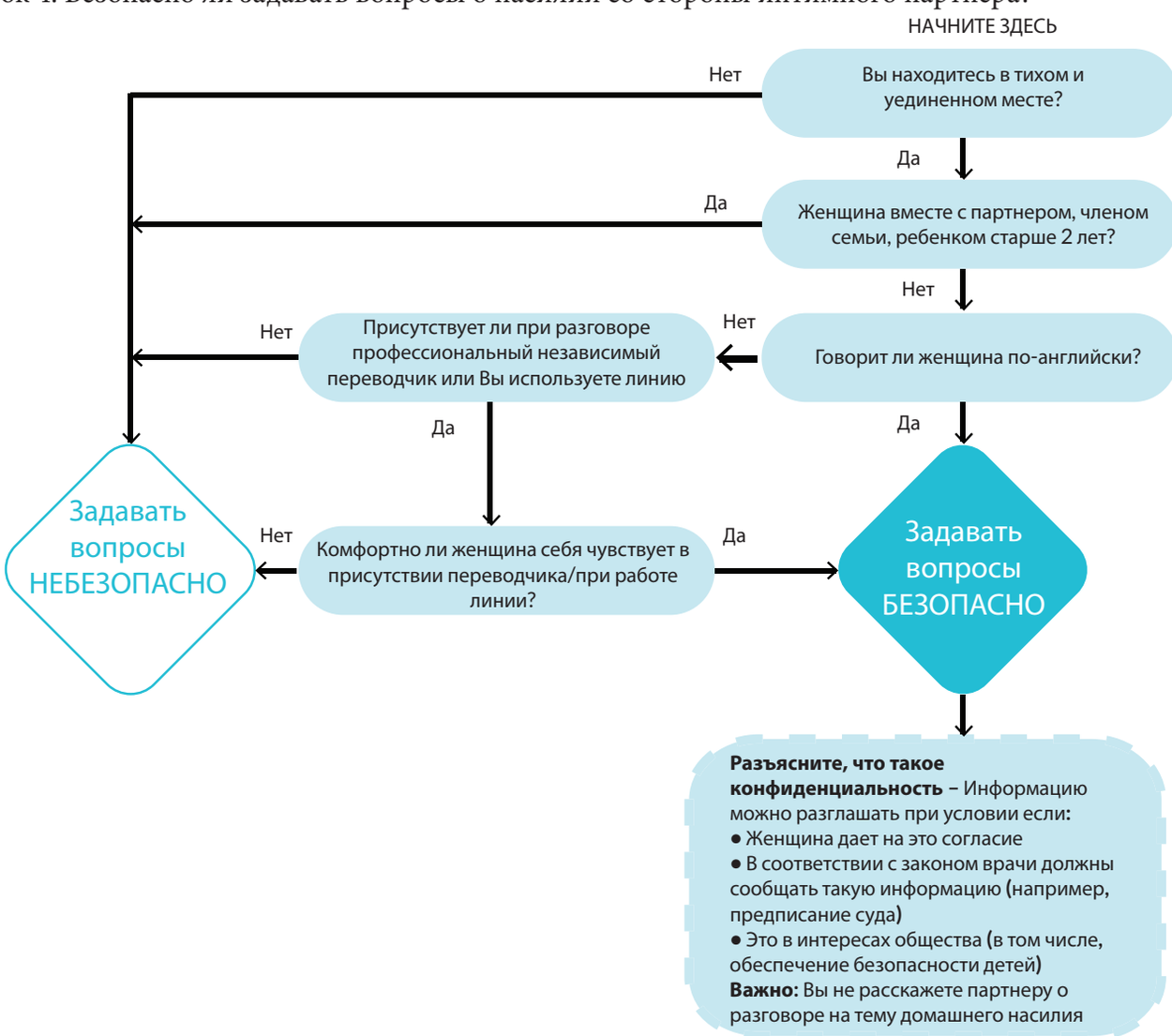
Избегайте помощи членов семьи, которые готовы выступить в качестве переводчика. Хотя такой вариант может казаться разумным из-за ограниченности финансирования или отсутствия переводчиков с определенного языка, такой ситуации следует избегать, поскольку она может поставить женщину под угрозу. Если единственный вариант – воспользоваться услугами члена семьи для перевода, медицинские работники не должны спрашивать о ГН. В учреждениях здравоохранения стоит составить список сотрудников, говорящих на нескольких языках, которые могут помочь с переводом.

Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно при переводчике. Медикам следует помнить, что в малых сообществах (например, среди глухих женщин или групп, говорящих на языке меньшинств) переводчик может узнать женщину во время перевода, а затем передать информацию агрессору.

Убедиться, что переводчик владеет темой ГН. Это позволит не только обеспечить профессиональное отношение без осуждения, но также и точное использование терминов. Ведь необходимо помнить, что в некоторых языках такие термины как жестокое обращение, риск и консультант могут переводиться иначе. НГО «Вместе против домашнего насилия» приводит следующий пример: Медик спросил женщину, хочет ли она, чтобы ее направили к консультанту (имея в виду консультацию психолога). Переводчик перевел это слово как «советник» в значении сотрудника местного органа власти. Такое различие в значении с легкостью привел к раздражению и отсутствию поддержки со стороны пациентки.

Источник: “Вместе против домашнего насилия” 2008

Рисунок 4: Безопасно ли задавать вопросы о насилии со стороны интимного партнера?



Источник: “Вместе против домашнего насилия”, Великобритания

3.1.4. Как задавать вопросы о гендерном насилии

Спрашивать женщину о насилии непросто. Возможно, медицинские работники будут неохотно задавать женщине такие вопросы, боясь задеть пациентку. Или из-за недостатка знаний или неуверенности в себе они не знают, как приступить к обсуждению темы насилия; или, «открыв ящик Пандоры», не знают, что делать дальше. В то же время крайне важно расспросить пациентку о ГН. По данным исследований, большинство женщин положительно реагируют на расспросы, даже если сами они вряд ли завели бы такой разговор (Stenson et al 2001, Bacchus et al 2002, Perttu 2005, все авторы процитированы в источнике Perttu/Kaselitz 2006).

Крайне важно проводить обучение для медиков, чтобы они могли получить дополнительные знания и стать увереннее, говоря о ГН и о том, что будет дальше. Вот что сказала врач одной из больниц в Австрии: *«Еще в 1997 году я (...) прошла обучение по программе «Реагирование на насилие в отношении женщин». До этого, работая медсестрой в отделении экстренной хирургии поликлиники при больнице Вильгельминен, я никогда не сомневалась в том, что говорили пациенты. Просто принимала на веру их версию: что они упали с лестницы или скатились со ступенек и т.д. Во время обучения я впервые поняла, что некоторые из этих травм, вероятно, имели другую причину и что стоило бы в свое время задать пациентам дополнительные вопросы. (...) Однажды мне показалось, что женщина подверглась жестокому обращению, и, поддавшись импульсу, я заметила, что травмы не соответствовали тому, что она рассказала, и что, по всей видимости, эти травмы* – следствие насилия. Пациентка ответила: «Вы первая спросили. Я часто бываю в (она назвала две другие больницы города), но никто ни разу не поинтересовался. Мне просто назначали лечение. Но Вы первая спросили напрямую». *После такого «успеха» я* постепенно стала чаще напрямую спрашивать женщин, подвергались ли они насилию» (Ведомство Федерального канцлера 2008).

Таблица 10: Как общаться с пострадавшими от насилия – что можно и чего нельзя делать

Что нужно делать	Чего делать нельзя
○ Брать на себя инициативу – задавать вопросы о насилии. Не ждите, когда женщина заговорит сама. Так вы покажете, что вы как специалист берете на себя ответственность за сложившуюся ситуацию, а это поможет установить доверие. ○ Объясните, что информация останется конфиденциальной, а также расскажите женщине об ограничениях конфиденциальности. ○ Смотрите женщине в глаза и сосредоточьте на ней все свое внимание. Старайтесь в это время ничего не писать. ○ Следите за своими жестами и движениями. То, как вы стоите и держите руки и голову, выражение лица и тон голоса могут дать женщине четкое представление о том, как вы воспринимаете ситуацию. ○ Не осуждайте и будьте участливы, а также подтверждайте важность того, что говорит женщина. ○ Говорите доброжелательно, чтобы успокоить пациентку. ○ Внимательно слушайте женщину и скажите, что ее чувства оправданны. ○ Покажите, что верите тому, что говорит женщина. ○ Будьте терпеливы, общаясь с женщинами и девочками, пострадавшими от ГН, учтите, что они переживают кризис и могут испытывать противоречивые чувства. ○ Подчеркните, что произошедшее насилие не ее вина, и что ответственность за агрессивное поведение несет виновник насилия. ○ Используйте такие фразы как “Мне жаль, что это произошло” или “Да, Вы очень много пережили”. Такие фразы могут помочь женщине рассказать больше. ○ Подчеркните, что у нее есть выбор, имеются службы и ресурсы. Попытайтесь вместе с женщиной подыскать необходимые услуги. Оставьте “двери” открытыми, чтобы женщина могла вернуться к вам.	○ Не спрашивайте о насилии в присутствии партнера, члена семьи или друга/подруги. Помните, что самое важное - безопасность пациентки. ○ Избегайте пассивной роли слушателя, делайте замечания. Если вы будете пассивны, женщина может подумать, что вы ей не верите и что она не права, а агрессор прав. ○ Не обвиняйте женщину. Избегайте таких вопросов: “Почему Вы от него не ушли?”, “Ругались ли вы перед тем, как произошло насилие?”, “Что Вы делали на улице одна?”, “Что было на Вас надето?” Вместо этого уверенно скажите, что насилие недопустимо. ○ Избегайте жестов, которые могут свидетельствовать о том, что вы раздражены, не верите, вам неприятна пациентка или вы злитесь на нее. ○ Не осуждайте поведение пострадавшей на основании культуры или религии. ○ Не принуждайте женщину рассказывать о насилии. Если женщина не рассказывает о насилии, скажите ей, почему у вас возникла мысль о насилии. Документально оформите свои сомнения и факты, которые породили эти сомнения. Объясните женщине, что она может снова обратиться за помощью. Вернитесь к этому разговору во время следующего приема.

Источники: По материалам Perttu/Kaselitz et al 2006, Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003, WHO 2013

Начиная разговор о насилии, рекомендуется начать с вводного вопроса. Прежде чем задавать прямые и более конкретные вопросы, объясните пациентке, что многие женщины страдают от ГН, а также расскажите о влиянии насилия на женское здоровье.

Примеры вводных вопросов:

» “Я знаю по собственному опыту, что многие женщины страдают от жестокого обращения и насилия в быту. Есть ли у Вас какая-либо похожая проблема?”
» “Мы знаем, что многие женщины зачастую испытывают насилие и жестокое обращение в быту и что это подрывает их здоровье. Скажите, пожалуйста, подвергались ли Вы когда-либо насилию дома?”
» “Мы знаем, что насилие в отношении женщин – очень распространенная проблема. Около 30% женщин в стране подвергаются насилию со стороны своего партнера. Случалось ли с Вами подобное?”
» “Некоторые женщины считают, что заслуживают насилия, потому что не соответствуют ожиданиям партнера. Но вне зависимости от того, что человек сделал или не сделал, никто не заслуживает избиения. Вас когда-нибудь били или угрожали насилием за то, что Вы сделали или не сделали?”
» “Многие мои пациентки подвергаются насилию, поскольку они живут с агрессивными партнерами. Некоторые из них слишком боятся или стесняются, чтобы заговорить об этом. Вы когда-нибудь подвергались насилию со стороны партнера?” (по материалам Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996).

Примеры прямых вопросов:

» “Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то причиняет Вам боль?”
» “Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?”
» “Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?”
» “Скажите, Ваш партнер или бывший партнер бил Вас или близкого Вам человека когда-нибудь? Причинял ли он физическую боль?
» “Ваш партнер когда-нибудь принуждал Вас к сексу, когда Вы не хотели этого? Он когда-либо отказывался от безопасного секса?”
» “Ваш партнер часто унижает Вас, оскорбляет и обвиняет?”
» “Ваш партнер когда-либо пытался ограничить Вашу свободу или не позволял Вам делать то, что важно для Вас (например, посещать школу, работать, встречаться с друзьями и семьей)?” (по материалам Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996).

Медицинские работники должны задавать вопросы и давать объяснения с учетом возраста, образовательного, культурного уровня пациентки и ее состояния на момент разговора. В зависимости от ситуации можно порекомендовать избегать технических терминов типа “домашнее насилие”, поскольку их значение может быть непонятно женщине. Вместо этого следует описать насилие другими общеупотребительными словами.

3.1.5. Что поможет пострадавшим рассказать о гендерном насилии

Наличие печатной информации о ГН в медицинских учреждениях может помочь женщинам заговорить о насилии. Это можно сделать, развесив плакаты в комнатах ожидания/приемных и кабинетах врачей. Эти плакаты должны поощрять пострадавших делиться информацией о насилии с врачом во время приема. Помимо этого, в уединенных помещениях медицинских учреждений, например, женских туалетах должны быть брошюры или буклеты с информацией об имеющихся службах, таких как приюты, горячие линии или правовая помощь, а также соответствующие предупреждения не брать эти материалы домой, если там живет агрессивный партнер (WHO 2013, Рекомендация 4).

Рисунок 5: Письменный прибор с надписью «Обратитесь в кризисный центр».



“Домашнему насилию НЕТ оправдания! Обратитесь в кризисный центр”.

Источник: Национальный центр по предотвращению насилия в отношении женщин “АННА”, Российская Федерация

Руководство медицинских учреждений также должно обеспечить медицинский персонал информационными ресурсами, которые помогут им запомнить клинические признаки ГН, полезными советами о том, как задавать вопросы и вести другие этапы вмешательства. Это могут быть ламинированные раздаточные материалы или карточки с простыми графическими схемами или канцтовары, например, линейка, разработанная и произведенная Национальным центром АННА, где перечислены первые пять главных этапов выявления ГН и оказания помощи пострадавшим (рис. 7).

Рисунок 6: ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ (ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА)



Краткое содержание памятки:

Шаг 1. Возможные физические признаки перенесенного насилия. Здесь приводится краткое описание травм, физических симптомов, связанных со стрессом, и гинекологических проблем.
Шаг 2. Начните разговор. Здесь приводятся косвенные и прямые вопросы, которые необходимо задать пациентам.
Шаг 3. Если вы обнаружили, что пациентка является жертвой насилия: Здесь представлены основные принципы общения с пострадавшими от ГН.
Шаг 4. Описание (документальное оформление) травм. Здесь перечислены основные принципы документального оформления травм.
Шаг 5. Помощь и информация: Здесь представлена контактная информация служб для пострадавших от ГН.

3.2.Проведение медицинского осмотра и оказание медицинской помощи

После того как женщина расскажет о ГН, медики должны провести медицинский осмотр и оказать медицинскую помощь. Даже если женщина не рассказывает о ГН, медики должны провести медицинский осмотр и оказать женщине помощь в соответствии с наблюдаемыми клиническими симптомами.

В течение всего осмотра и при оказании медицинской помощи медики должны помнить, что жертвы сексуального насилия часто настороженно воспринимают все окружающее и крайне взволнованы после инцидента насилия из-за присутствия в крови гормонов стресса. И если доброе отношение медиков может способствовать эмоциональному восстановлению после сексуального насилия, то неделикатные замечания со стороны сотрудников правоохранительных органов, врачей или других людей, наоборот, могут лишь усилить страдания пациентки, связанные с осмотром, и помешать ее выздоровлению в будущем. В главе 3.1.4, таблица 10, приведен перечень того, что следует и чего не следует делать в общении с пострадавшими от ГН на протяжении всей консультации.

3.2.1. Первичная помощь

Если женщина рассказала о насилии, медики должны немедленно оказать пострадавшей первичную помощь. Если они не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться). (WHO 2013, Рекомендация 1).

Вставка № 18: Принципы оказания помощи, ориентированной, в первую очередь, на женщин - элементы

Первичная помощь включает следующее:
- не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;
- оказать практическую помощь и поддержку для решения проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не быть назойливым;
- спросить женщину о насилии, внимательно слушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем с участием переводчиков);
- помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
- помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;
- предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

Медработники должны обеспечить:
- проведение консультации без посторонних;
- конфиденциальность информации, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если есть обязательное требование информировать соответствующие органы).

Источник: WHO 2013, Рекомендации 1, 10, 12, 24

3.2.2. Анамнез и осмотр

Сначала медицинские работники должны получить **информированное согласие** пациентки в отношении всех аспектов консультации. Это означает, что пациентке необходимо разъяснить все подробности консультации. Женщина должна знать о том, какие у нее есть возможности, и быть в состоянии принять обоснованное решение о медицинской помощи. В частности, медицинские работники должны указать на любые ограничения конфиденциальности информации, например, обязанность сообщать о случаях насилия в полицию или другие органы власти, предусмотренное законодательством. Если этого требует национальное законодательство, медработник должен попросить пациента подписать форму о согласии с условиями медицинской помощи или поставить в ней нужные пометки. Осмотр пациентки без ее согласия может привести к уголовному преследованию медперсонала. Кроме этого, в некоторых странах результаты осмотра, проведенного без согласия пациентки, нельзя использовать в суде (WHO 2003).

Следующий шаг – составить полный **общий анамнез** с записью всех событий, которые помогут определить, какие меры вмешательства будут уместны в каждом конкретном случае. История болезни должна содержать подробное описание насилия, данные о его продолжительности, применении любого оружия и орудий насилия (таких как ремни, предметы домашнего обихода, ножи, пистолеты), а также дате и времени случившегося (BMFWJ 2010). В случае сексуального насилия, анамнез должен содержать следующую информацию:

- период времени, прошедшей после насилия, и тип насилия,
- риск беременности,
- риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИПП),
- состояние психического здоровья женщины (WHO 2013, Рекомендация 11).

Более подробная информация о сборе общего и гинекологического анамнеза пациентки приводится в материалах ВОЗ 2003 г. (WHO 2003), глава 4.3.

Расспрашивая пациентку о нападении, медработник

- должен попросить ее описать собственными словами, что произошло;
- не должен без нужды прерывать пациентку; уточняющие вопросы следует задавать лишь после того, как пациентка закончит рассказ;
- должен выяснить все обстоятельства дела, памятуя о том, что некоторые пациентки могут нарочно пропускать некоторые детали нападения, которые вызывают у них особое смущение, например, подробности орального или анального секса;
- должен задавать вопросы, требующие развернутого ответа, и избегать вопросов, начинающихся со слов “Почему...”, так как в них заложено некое осуждение;
- должен задавать пациентке вопросы и говорить на беспокоящие ее темы без осуждения, сопереживая, очень спокойным тоном, смотреть в глаза пациентке, насколько это допустимо в обществе, и стараться не выказывать потрясения или недоверия.

После составления анамнеза медработник должен провести полный медицинский осмотр (с головы до ног**; в случаях сексуального насилия,** включая гениталии) (WHO 2013, Рекомендация 11), соблюдая следующие общие принципы (Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003):

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

- Во время осмотра необходимо собрать как обычные образцы, так и образцы для судмедэкспертизы. Это должен делать специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины. Проведение медицинского осмотра и сбора доказательств судмедэкспертизы в одном месте и в одно время, одним специалистом, сокращает количество осмотров, которые пациентка должна пройти и отвечает ее потребностям.

Более подробная информация о последовательности полного медицинского осмотра и гинекологического осмотра пострадавших от сексуального насилия приведена в источнике WHO 2003, глава 4.4.

3.2.3. Лечение и последующий уход

Лечение травм

Пациенток с тяжелыми, угрожающими жизни состояниями следует незамедлительно направить для неотложного лечения. Пациенткам с менее серьезными повреждениями, например, порезами, гематомами и поверхностными ранами медицинскую помощь может оказать на месте врач, проводящий осмотр, или средний медицинский персонал. Любые раны необходимо очистить и лечить соответственно. Можно назначить следующее медикаментозное лечение:

- антибиотики для профилактики инфицирования ран;
- активную противостолбнячную иммунизацию или вакцинацию (в соответствии с действующими протоколами);
- лекарственные препараты: анальгетики, седативные или снотворные (WHO 2003).

Профилактика нежелательной беременности, ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем

Медицинские работники должны предлагать пострадавшим от сексуального насилия экстренную контрацепцию, руководствуясь следующими правилами:

- Экстренную контрацепцию следует назначать как можно раньше после эпизода насилия. Такая контрацепция наиболее эффективна в течение первых 3 дней, но ее можно назначать в течение 5 дней (120 часов).
- Медицинские работники должны предложить женщине левоноргестрел (рекомендованная доза: 1,5 мг однократно).
- При отсутствии левоноргестрела можно предложить комбинацию эстрогенов с прогестагенами и противорвотные средства, если такие имеются.
- При отсутствии препаратов для оральной контрацепции, и если это разумно в сложившейся ситуации, женщинам, которые нуждаются в постоянной контрацепции, можно предложить медьсодержащие внутриматочные спирали (ВМС). Принимая во внимание риск ИППП, ВМС можно устанавливать в течение максимум 5 дней после сексуального насилия при отсутствии медицинских противопоказаний согласно критериям ВОЗ (WHO 2010a, процитировано в материалах WHO 2013, WHO 2013, Рекомендации 12, 13).

Наличие лекарственных препаратов может зависеть от правил и норм каждой отдельной страны, а поэтому варьируется от региона к региону.

В соответствии с национальным законодательством следует предложить женщине проведение безопасного аборта, если

- женщина приходит на прием после истечения срока для экстренной контрацепции (5 дней),
- экстренная контрацепция оказывается неэффективной, или
- женщина забеременела в результате изнасилования (WHO 2013, Рекомендация 14).

Если женщина пришла на прием в течение 72 часов после сексуального нападения, медики должны рассмотреть возможность постконтактной профилактики ВИЧ. Решение о постконтактной профилактике ВИЧ в каждом конкретном случае должны принимать вместе врач и женщина (WHO 2013, Рекомендация 15). При оценке риска заражения ВИЧ следует учитывать следующие факторы:

- заболеваемость ВИЧ в данной местности,
- ограничения постконтактной профилактики,
- ВИЧ-статус и характеристики агрессора, если они известны,
- особенности эпизода насилия, в том числе, количество насильников,
- побочное действие антиретровирусных препаратов, используемых для постконтактной профилактики ВИЧ,
- вероятность передачи ВИЧ (WHO 2013, Рекомендация 15, WHO 2007, процитировано в источнике WHO 2013).

При использовании постконтактной профилактики ВИЧ медицинские работники должны:

- начать терапию как можно скорее и до истечения 72 часов после нападения,
- провести тестирование на ВИЧ и психологическое консультирование во время первого приема,
- обеспечить регулярное последующее наблюдение за пациенткой,
- проинформировать пациентку о важности соблюдения назначенной схемы приема препаратов (WHO 2013, Рекомендация. 16). Последний пункт крайне важен, поскольку многие женщины, пострадавшие от сексуального насилия, не проходят полный 28-дневный курс профилактики, который необходим для успешного предотвращения ВИЧ. Все дело в том, что курс постконтактной профилактики ВИЧ вызывает тошноту и рвоту, может заново вызвать в памяти болезненные воспоминания об изнасиловании. Кроме того, пострадавшие могут озаботиться другими вопросами и забыть о приеме антиретровирусных препаратов.

Обычно предпочтителен прием двух препаратов (комбинированный препарат с фиксированной дозой), а не трех, причем выбирают препараты с наименьшим числом побочных действий. Выбор препаратов и схемы приема должны основываться на соответствующих национальных руководствах. До назначения постконтактной профилактики ВИЧ рекомендуется направить пострадавших от сексуального насилия для обследования на ВИЧ. Тем не менее, необходимо предложить пациентам пройти курс профилактики ВИЧ. Лицам в ВИЧ-инфекцией постконтактная профилактика ВИЧ не нужна. Вместо этого им нужно обеспечить уход и антиретровирусную терапию (WHO 2013, Рекомендации 17, 18).

Медицинские работники должны предложить женщинам, пострадавшим от сексуального насилия, **постконтактную профилактику следующих инфекций, передающихся половым путем:**

- ☐ хламидиоз,
- ☐ гонорея,
- ☐ трихомониаз,
- ☐ сифилис, в зависимости от распространенности заболеваний.

Выбор препаратов и схемы приема должны основываться на национальных руководствах. Чтобы избежать необоснованных задержек, вместо обследования на ИППП предпочтительно презумптивное лечение (лечение наиболее вероятных ИППП). В связи с этим не рекомендуется проводить обследование на ИППП до начала лечения (WHO 2013, Рекомендация 19).

В соответствии с национальными руководствами следует предложить вакцинацию против гепатита В без иммуноглобулина. До первой вакцинации медицинские работники должны сделать анализ крови, чтобы определить концентрацию в крови антител к гепатиту В. При достаточном уровне антител дальнейшая вакцинация не требуется (WHO 2013, Рекомендация 20).

Меры вмешательства при психологических / психических нарушениях

Если есть такая возможность, после оказания первичной помощи медики должны **направить пострадавших, у которых диагностированы ранее существовавшие или связанные с насилием со стороны интимного партнера психические расстройства, к соответствующим** специалистам для лечения психологических/психических расстройств. Некоторые виды помощи также могут оказывать **медики** на этапе первичной помощи, руководствуясь принципами ВОЗ (Глобальная программа действий по психическому здоровью). Эти руководящие принципы разработаны для неспециализированных медицинских учреждений и врачей общей практики. В условиях, когда возможности направления пациентов к узким специалистам ограничены или отсутствуют, первая психологическая помощь обеспечивает базовую психологическую поддержку, соответствующую медицинской помощи первичного уровня. Первая психологическая помощь включает следующие элементы: обеспечение практического ухода и поддержки без назойливости; оценка потребностей и вопросов, вызывающих озабоченность; помощь в удовлетворении базовых потребностей (например, в пище и воде, в информации); готовность выслушать, не принуждая говорить; утешение и помощь людям в том, чтобы они успокоились; помощь в получении необходимой информации, доступа к услугам и социальной поддержки; а также защита от дальнейшего вреда (WHO et al 2011, WHO 2013).

Приведенные ниже рекомендации ВОЗ касаются **пострадавших от насилия со стороны интимного партнера;** однако эти принципы также можно использовать в работе, сталкиваясь с расстройствами психологического/психического здоровья в связи с насилием, совершенным не партнером женщины, а другим лицом.

- ☐ Женщины, пострадавшие от насилия со стороны интимного партнера, с **ранее диагностированными психическими расстройствами или психическими расстройствами, связанными с насилием со стороны интимного партнера (например, депрессивные расстройства, злоупотребление алкоголем)**, должны получать психиатрическую помощь в соответствии с Руководящими принципами ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью по лечению психических, неврологических расстройств, а также злоупотребления алкоголем и наркотиками в неспециализированных учреждениях здравоохранения (WHO 2010a). Такую помощь должен оказывать медицинский работник, хорошо разбирающийся в проблеме ГН. Если речь идет о кормящих или беременных женщинах, применение психотропных лекарственных препаратов требует участия специалиста, и такое лечение должно проводиться после консультации со специалистом (WHO 2013 Рекомендация 5).
- ☐ Женщины, уже **не подвергающиеся насилию со стороны интимного партнера, но все еще страдающие от посттравматического стресса**, должны получать когнитивную поведенческую терапию или десенсибилизацию и коррекцию переработки информации с помощью движения глазных яблок (см. Глоссарий), которую проводит медицинский работник с глубоким пониманием проблемы ГН (WHO 2013, Рекомендация 6). Согласно данным ВОЗ научных данных в пользу применения таких терапевтических мер в отношении женщин, все еще испытывающих насилие со стороны интимного партнера, недостаточно (WHO 2013).

☐ **Меры вмешательства в отношениях мать-ребенок: Детям, ставшим свидетелями насилия со стороны интимного партнера**, необходимо предложить помощь психотерапевта, в том числе, в присутствии матери и без нее. ВОЗ подчеркивает, что степень, в которой это касается стран с низким и средним уровнем доходов, не определена, учитывая затраты на такой вид интенсивного вмешательства, отсутствие ресурсов, а также недостаток в этих странах квалифицированных специалистов (WHO 2013, Рекомендация 9).

В случае **сексуального насилия** при подготовке необходимых мер вмешательства после эпизода насилия медицинские работники должны соблюдать три основных правила:

1 **В течение первых дней после эпизода насилия** медицинские работники

» должны продолжать оказывать первичную помощь (WHO 2013, Рекомендация 21),
» предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса (с соответствующими предупреждениями о том, что опасно приносить печатные материалы домой, если там находится агрессивный партнер) (WHO 2013, Рекомендация 22);
» не должны применять психологический дебрифинг[11] (WHO 2013, Рекомендация 23);

2 **В течение трех месяцев после травмы** медицинские работники

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

3 **По истечении трех месяцев после травмы** медицинские работники

» должны оценить расстройства психики (симптомы острого стресса/посттравматического стрессового расстройства, депрессии, злоупотребление алкоголем/наркотиками, суицидальность или причинение себе вреда) и обеспечить лечение депрессии, злоупотребления алкоголем или других психических расстройств в соответствии с принципами Руководства ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью (WHO 2013, Рекомендация 28);

11 Психологический дебрифинг подразумевает психологическую помощь для разрядки напряжения. Для этого человека просят кратко, но последовательно пересказать свое восприятие ситуации (WHO 2010a and Sphere 2011, все процитировано в WHO 2011).

» если пострадавшие страдают посттравматическим стрессовым расстройством, организовать лечение этого расстройства с помощью когнитивной поведенческой терапии или десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок (WHO 2013, Рекомендация 29).

В случае оказания психосоциальной помощи или помощи психотерапевта медицинские работники должны получить информированное согласие пациентки и обеспечить ее безопасность. Терапию должен проводить квалифицированный специалист-медик с глубокими знаниями в области сексуального насилия. Помимо этого, медицинские работники должны принять во внимание ранее существовавшие психические расстройства и помнить, что женщины с психическими расстройствами и злоупотребляющие алкоголем и другими веществами, могут подвергаться большему риску изнасилования по сравнению с другими женщинами. Поэтому среди женщин, подвергшихся изнасилованию, наверняка будет непропорционально много пациенток с психическими расстройствами или злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Также следует учитывать травматические переживания, предшествовавшие инциденту, например, сексуальное насилие в детстве, насилие со стороны интимного партнера или травмы, связанные с военными действиями (WHO 2013).

3.3.Документальное оформление случая ГН

3.3.1. Почему медицинские работники должны документально оформлять случаи гендерного насилия?

☐ **Правовые вопросы с точки зрения медицинского работника:** В соответствии с законом медицинские работники обязаны подробно записывать, как проходил прием пациента. Из этих записей должно быть понятно, о чем шла речь (что говорил пациент), что было обнаружено и сделано (врачом). Такие записи являются конфиденциальной информацией.

☐ **Правовые вопросы с точки зрения пациента:** Медицинские записи можно использовать в суде как доказательство, например, в случае уголовного преследования или разбирательства по поводу опеки над ребенком. Документы с записями о последствиях насилия для здоровья пострадавших могут быть полезны суду при вынесении решения, а также станут источником информации о насилии в прошлом и настоящем. Отсутствие координации между медицинскими работниками и полицией/прокуратурой может привести к потере документальных доказательств. Поэтому медицинские работники должны отчетливо представлять взаимосвязи между судебно-медицинской экспертизой и уголовным правосудием, чтобы упростить доступ женщин к системе уголовного правосудия.

☐ **С точки зрения качественной медицинской помощи:** Наличие документов может помочь другим медикам, которые будут оказывать помощь пациенту, потому что они будут знать о пережитом ГН и смогут предоставить соответствующий уход и лечение (адаптировано из источника Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003).

3.3.2. Порядок оформления и классификация телесных повреждений

Медицинские работники должны подробно **описывать все наблюдаемые телесные повреждения.** Описание должно включать в себя тип и количество повреждений, а также их расположение на схеме тела человека. В случае если пострадавший отказывается рассказывать о получении телесных повреждений, специалисты-медики должны записать, соответствуют ли имеющиеся травмы полученным объяснениям. Эти действия могут помочь прояснить ситуацию в ходе следующего приема и послужить документальным

доказательством в случае, если пострадавшая женщина решит подать судебный иск (Warshaw / Ganley 1996).

Анализ телесных повреждений в судебно-медицинских целях является непростой задачей. На практике полиция, суды и адвокаты часто обращаются к врачам и патологоанатомам с целью определить давность и способ нанесения телесного повреждения, а также силу, необходимую для его нанесения. Выполнение данной задачи требует от исполнителя наличия значительного опыта, непрерывного образования и повышения квалификации, изучения опыта коллег и постоянного контроля качества выполняемой работы. При отсутствии точной документации и экспертного анализа телесных повреждений в выводы о получении травмы могут закрасться серьезные неточности. Таким образом, специалистам в области здравоохранения, не имеющим специального образования области в анализа телесных повреждений, рекомендуется

- документально оформлять телесные повреждения, используя стандартную терминологию в соответствии с материалами ВОЗ 2003 (т.е. ссадины, ушибы, разрывы, порезы, колотые раны или огнестрельные ранения),
- интерпретацию повреждений должен проводить специалист по судебной медицине (WHO 2003).

Дополнительная информация о стандартной терминологии для классификации ран и основных параметрах каждой категории телесных повреждений приведена в материалах ВОЗ 2003 г. (WHO 2003, глава 4.5.2), а также там же имеется перечень насильственных действий и наиболее вероятного характера телесных повреждений в результате таких действий (глава 4.5.4).

3.3.3. Как и что необходимо оформлять документально?

Для документального оформления приема у врача используются такие приемы: записи от руки, схемы, изображения схемы организма и фотографирование (WHO 2003). Медицинские работники должны получить информированное согласие пациента на весь процесс документального оформления.

В некоторых странах министерства и департаменты здравоохранения предоставляют стандартные формы, использование которых может быть обязательным. В Приложении 8 представлен образец формы для ведения записи приема пострадавших от сексуального насилия, составленный ВОЗ, который можно использовать в том виде, как он представлен в Приложении, или переработать с учетом местных потребностей и обстоятельств. Образец формы, используемой в Австрии, приведен в комплекте учебных материалов (часть II, модуль 7).

В случаях сексуального насилия документация должна включать следующие пункты (WHO 2003):

- демографическая информация (например, имя, возраст, пол);
- полученные согласия;
- анамнез (то есть общий и гинекологический анамнез);
- рассказ об эпизоде насилия;
- результаты медицинского осмотра;
- обследования и результаты анализов;
- план лечения;
- принятые или назначенные лекарственные препараты;
- обучение пациентов;
- направления пациентов к другим специалистам.

Фотографирование – это важный инструмент, который должны использовать все медицинские работники (как специализирующиеся в судебной медицине, так и врачи других специальностей) для документального оформления повреждений в результате ГН. Фотографии – важное доказательство в случае будущего уголовного разбирательства по обвинению агрессора. Однако при использовании фотографий необходимо помнить, что фотографии могут дополнять, но не заменять другие способы документального оформления указанных выше результатов (WHO 2003). Более подробная информация о фотографировании приведена во вставке № 19.

Вставка № 19: Контрольный список при использовании фотографий для документального оформления

Учитывайте состояние пациентки и получайте информированное согласие. Многие пострадавшие чувствуют себя подавленными, уставшими или пребывают в замешательстве. Обсудите необходимость фотосъемки и получите согласие о дальнейшем использовании фото, предварительно предоставив пострадавшей необходимую информацию.

Идентификация: на каждой фотографии должна быть обозначено имя субъекта, дата и время съемки. Фотографов необходимо обязать сделать лишь определенное количество снимков. В идеале для каждой пострадавшей должна быть использована отдельная пленка.

Масштаб: соблюдение масштаба важно, когда надо увидеть размер повреждения.

Ориентация: на первом снимке должно быть лицо; возможно, это не будет нужно, если на фотографиях есть необходимые обозначения (см. выше). На остальных фото должны быть сняты отдельные повреждения.

Порядок передачи и хранения вещественных доказательств: Регистрируется как и другие данные судмедэкспертизы.

Безопасность: при хранении и передаче фотографий должен соблюдаться принцип конфиденциальности. Они могут запрашиваться для слушаний в суде и для ведения следствия. Если делается копия фотографии для обучающих целей, необходимо предварительное разрешение пострадавшей или ее родителей/опекунов.

Чувствительность: фотосъемка каких-либо частей тела в некоторых культурах неприемлема. В этих случаях необходимо запрашивать разрешение на съемку и печать фотографий. Предварительно необходимо проинформировать пациентку о том, как будет проводиться съемка, и зачем она нужна, где буду использоваться фотографии (в суде, в полиции, и т.п.)

Источник: WHO 2003

Вставка № 20: Документальное оформление случаев сексуального насилия: контрольный список для медицинских работников

Приведенный ниже контрольный список разработан в помощь медицинским работникам и поможет развить навыки ведения документов:

- Зафиксировать объем проведенного медицинского осмотра, а также все “нормальные” или относящиеся к делу отрицательные результаты осмотра.
- Документально оформить всю относящуюся к делу информацию, делать это надо точно и разборчиво.
- Записи и схемы необходимо делать во время приема; так они будут намного точнее, чем заметки, сделанные по памяти.
- Записи нельзя изменять за исключением тех случаев, когда такие изменения четко обозначены как более поздние дополнения или изменения. Удаляемый текст необходимо зачеркнуть один раз и подписать, нельзя стирать его полностью.
- Убедиться, что записи точны; недочеты могут поставить под сомнение качество оценки.
- Где это возможно, необходимо цитировать точные слова пострадавших, заключая их в кавычки. Это лучше, чем записывать интерпретацию сказанного самим медицинским работником. Например, следует записать “Муж ударил меня палкой”, а не “Пациентку избили палкой”.
- Использовать нейтральный язык, например, “Г-жа Смит говорит: ...”, а не фразы типа “Пациентка утверждает, что, якобы...”.
- Нельзя исключать информацию, которая напрямую не относится к медицинским данным, например “Я сама виновата, что он меня ударил, потому что...” или “Я заслужила побои, потому что...”
- При документальном оформлении направления пациентки к другим специалистам в интересах ее безопасности не следует записывать имена, адреса или телефонные номера приютов, которые сообщают пациентке.

Источник: WHO 2003, Warshaw et al 1996

3.3.4. Судебно-медицинская экспертиза

Судебно-медицинская экспертиза определяется как «медицинский осмотр, проведенный с перспективой последующего судебного разбирательства, требующий оформления медицинского заключения". Основной целью судебно-медицинской экспертизы является сбор доказательств, которые смогут помочь подтвердить или опровергнуть связь между лицами и (или) между отдельными лицами и объектами или местами (WHO 2003).

Во всех делах, связанных с гендерным насилием, при наличии состава уголовного преступления, необходимо строго придерживаться тех же принципов сбора проб, что и при расследовании любого другого уголовного дела, а именно:

» отобрать пробы осторожно, не допуская их загрязнения;
» отобрать пробы как можно раньше; спустя 72 часа после нападения значимость доказательного материала резко снижается;
» четко маркировать все собранные образцы;
» высушить все влажные пробы;
» обезопасить пробы от возможности подмены;
» обеспечить непрерывность осмотра;
» документально оформить все процедуры по сбору и обработке проб (WHO 2003).

Медицинские работники должны быть осведомлены о возможностях и потребностях имеющихся в их распоряжении криминалистических лабораторий; нет никакого смысла в сборе проб, которые не могут быть подвергнуты последующему анализу (WHO, 2003).
Перечень проб, которые обычно представляют интерес при расследовании дел о насилии на сексуальной почве, а также пояснения к соответствующим методам сбора и замечания об их актуальности см. в источнике WHO 2003, глава 5.2.

3.3.5. Представление доказательств в суде

Работников здравоохранения могут привлекать как для дачи показаний в виде письменного отчета, так и вызвать в суд в качестве свидетеля-эксперта. Таким образом, ожидается, что (WHO 1999, процитировано в источнике WHO 2003):

» будет обеспечена простая и быстрая связь с медиками;
» они должны быть знакомы с основными принципами и практикой юридической системы, а также соответствующими обязательствами, особенно собственными обязательствами и обязательствами правоохранительных органов, имеющими прямое отношение к сфере их компетенции;
» медицинские работники будут проводить тщательные клинические наблюдения, формирующие основу для взвешенной оценки и фактически подтвержденного экспертного заключения;
» они будут обеспечивать надлежащий сбор проб у пострадавших (результаты правильно выполненного анализа судебно-медицинских проб могут быть использованы в качестве доказательств в ходе ведения расследования и судебного разбирательства).

В то же время, специалисты сферы здравоохранения должны быть осведомлены о следующих подводных камнях и потенциальных проблемных областях:

- предоставление экспертного заключения, практически выходящего или совершенно выходящего за пределы компетенции специалиста;
- предоставление экспертного заключения на основании ложных предположений или неполных фактов;
- предоставление экспертного заключения по данным неполного или ошибочного научного либо медицинского анализа;
- представление предвзятого заключения, сознательно или бессознательно, в пользу той или иной стороны в судебном разбирательстве (WHO 2003).

При подготовке отчетов и при даче показаний в суде, крайне важно, чтобы медицинские работники излагали свои наблюдения и заключения правдиво и беспристрастно, а также давали взвешенную трактовку полученных ими результатов (WHO, 2003). Основные принципы составления отчетов и дачи показаний приведены в Таблице 11

Таблица 11: Дача показаний по делам о насилии на сексуальной почве: основные принципы для медицинских работников:

Составление отчетов	Дача показаний
1. Дайте пояснение увиденному и услышанному.	1. Подготовьтесь.
2. Используйте точную терминологию.	2. Внимательно слушайте.
3. Сохраняйте объективность	3. Говорите четко.
4. Не выходите за рамки своих экспертных знаний.	4. Используйте простые и точные формулировки.
5. Отделяйте факты от теорий.	5. Не выходите за рамки своих экспертных знаний.
6. Подробно опишите все собранные пробы.	6. Отделяйте факты от теорий.
7. Пишите и говорите лишь то, что вы готовы повторить в суде под присягой.	7. Сохраняйте беспристрастность.

Источник: WHO 2003

Медицинские работники, проводящие судебно-медицинскую экспертизу в случаях гендерного насилия, должны проходить соответствующее обучение. При отсутствии специальной подготовки в сфере судебной медицины, специалистам здравоохранения рекомендуется ограничить свои показания сведениями по состоянию здоровья пострадавшей и воздержаться от высказывания своего мнения. В подобной ситуации, суд может обратиться за помощью к соответствующему эксперту для толкования полученных наблюдений (WHO 2003).

3.3.6. Хранение медицинских карт и информации о пациенте и доступ к ним

Медицинские карты и информация о пациенте строго конфиденциальны. Все медицинские работники имеют профессиональные, законные и этические обязательства сохранять и уважать конфиденциальность личной информации пациента и его право на личную жизнь. Медкарты и личная информация не могут быть раскрыты никому, за исключением лиц, непосредственно причастных к данному делу, если иное не предусмотрено нормами местных, региональных и государственных законов (American College of Emergency Physicians 1999, процитировано в WHO 2003).

Все данные о пациентах (как и взятые пробы) должны храниться в надежном месте. Биологические материалы обычно подвергаются охлаждению или заморозке; проконсультируйтесь со специалистами вашей лаборатории относительно конкретных требований к хранению биологических образцов (WHO 2003).

3.4.Оценка рисков и планирование безопасности

Безопасность пациентов, испытавших гендерное насилие, является первоочередной задачей при проведении любых вмешательств со стороны сектора здравоохранения. Насилие со стороны партнеров редко носит единичный характер, высока опасность повторного совершения преступлений. В период расставания или развода риск насилия даже выше: большинство убийств, покушений на убийства и актов опасного насилия совершаются, когда жертвы пытаются разорвать отношения со склонным к насилию партнером. Как это ни парадоксально, иногда женщине безопаснее терпеть насилие в отношениях, чем окончательно их разорвать (WAVE 2006).

Работники здравоохранения могут сыграть важную роль в поддержке пострадавшей, проведя совместную оценку потенциальных рисков повторения насилия, поддерживая ее в планировании мер безопасности, а также предложив направление в приют для женщин (для получения дополнительной информации о направлениях см. главу 4). Для начала специалисты в области здравоохранения должны усвоить факторы риска повторения или эскалации насилия.

3.4.1. Понимание факторов риска повторения или эскалации насилия

Приведенный ниже перечень факторов риска был составлен согласно данным международных исследований и включает факторы риска с высоким уровнем опасности в случаях насилия со стороны интимного партнера (Gondolf 2001, Robinson 2004, Humphreys at al 2005, все источники процитированы в источнике WAVE 2006). Общий принцип гласит, что, чем больше из перечисленных факторов применимо к данному случаю, тем выше риск, что акты насилия будут повторяться или могут существенно участиться или усугубиться (WAVE 2006).

Факторы риска с высокой степенью опасности в случаях насилия со стороны интимного партнера (адаптировано из источника WAVE 2006):

- ☐ **Предшествующие акты насилия в отношении женщины, детей или других членов семьи, а также бывших партнеров:** обратите внимание на историю проявления насилия, виды и формы насильственных действий, а также более ранние обвинения или полицейские отчеты. Особенно опасны нарушители, совершавшие частые, тяжкие акты насилия (например, с применением оружия или удушением жертвы).
- ☐ **Предшествующие акты насилия вне семьи**, например, в отношении сотрудников служб или властных структур, указывают на общую тенденцию использовать насилие также и в пределах дома.
- ☐ **Период разрыва отношений и развода** является временем повышенного риска.
- ☐ **Акты насилия со стороны других членов семьи агрессора**, которые могут быть использованы для контроля над пострадавшей, и сделать невозможным ее побег.
- ☐ **Хранение и (или) применение оружия:** Законное или незаконное хранение оружия увеличивает риск вооруженного насилия, особенно если агрессор уже использовал или угрожал применить оружие во время предыдущих эпизодов насилия.
- ☐ **Злоупотребление алкоголем или наркотиками** само по себе не является причиной насилия, но может снизить порог и тем самым способствовать эскалации насилия.
- ☐ **Необходимо всегда воспринимать угрозы всерьез.** Неверно полагать, что лица, которые «всего лишь» используют угрозы, не опасны – на самом деле, угрозы часто предшествуют жестокому насилию. Особенно серьезно стоит воспринимать угрозы убийства: часто женщины гибнут от руки партнеров, которые до этого неоднократно угрожали им убийством.

- **Экстремальные проявления ревности и собственническое отношение:** Агрессоры, которые убивают или тяжело ранят своих партнерш, часто бывают одержимы желанием полностью контролировать своих партнеров, иногда они могут воспринимать любого мужчину, оказавшегося рядом с его партнершей, как соперника и постоянно обвинять ее в неверности.
- **Крайне патриархальные представления и отношения,** например, женщина или девушка должна повиноваться своему мужу или отцу, который является главой семьи, или следовать жестким правилам в отношении чести и сексуальности.
- **Преследование и психологический террор (Нежелательное навязчивое внимание):** Многие агрессоры не готовы принять разрыв со своим партнером и могут попытаться предотвратить его всеми доступными средствами, включая насилие. Это может привести к проявлению насилия и угрозам даже спустя много лет после расставания.
- **Опасность для детей:** Дети также подвергаются особому риску во время расставания и развода партнеров. Агрессия обидчика против партнера может также распространяться и на детей, и он может начать мстить, совершив в отношении них насильственные действия или убийства. Таким образом, в плане обеспечения безопасности всегда необходимо учитывать интересы детей.
- **Неподчинение предписаниям запретительного приказа, выписанного судом или полицией,** указывает на высокий уровень опасности, т.к. свидетельствует о нежелании агрессора изменить свое поведение.
- **Возможные побудительные причины,** могущие привести к внезапной эскалации насилия, включают в себя изменения в отношениях, например, когда женщина устраивается на работу против воли партнера, обращается за помощью или подает документы на развод.

3.4.2. Оценка рисков

Оценка рисков позволяет органам уголовного правосудия принять решение о привлечении агрессора к ответственности. Она также дает возможность медицинским работникам и другим службам оказывать поддержку пострадавшей в определении мер по повышению уровня ее безопасности и осведомленности об имеющихся угрозах (WAVE 2013).

Для оценки риска повторения или усиления насилия был разработан ряд стандартных инструментов по оценке рисков. Один из инструментов, который часто используется, чтобы оценить, насколько женщине угрожает убийство со стороны нынешнего или бывшего партнера, это «Оценка степени опасности» Кэмпбелл (Danger Assessment by Campbell (2004)). Она состоит из двух элементов: 1) календаря, на котором женщина должна отметить частоту и тяжесть (по шкале от 1-5) инцидентов с применением насилия, произошедших за прошедший год; и 2) списка из 20 вопросов, на которые нужно ответить утвердительно или отрицательно. Вопросы отражают значимые факторы риска, такие как расставание, применение оружия или насилие во время беременности, а также отражают факторы, которые указывают на более низкий уровень риска (например, отсутствие совместного проживания, отсутствие беременностей от агрессора). Инструменты по оценке опасности можно найти в разделе учебно-методических материалов (часть II, модуль 8).

Замечания по проведению оценки рисков (WAVE 2013):

- Медицинские работники должны проходить обучение использованию инструментов оценки риска.
- Крайне важно спросить пострадавшую о ее собственной оценке ситуации. Никакие инструменты по оценке рисков не должны помешать выслушать собственную оценку ситуации со стороны пострадавшей.
- Многие существующие инструменты для оценки степени рисков фокусируются на случаях с высокой степенью риска. Более низкая степень риска не должна послужить поводом для отказа в помощи.

» Большинство существующих инструментов для оценки степени риска применяются в странах Северной Америки и Западной Европы. Представляется целесообразной адаптация данных инструментов для применения их в странах Восточной Европы и Центральной Азии и других регионах с учетом местной специфики.

Следующая аббревиатура может помочь специалистам в сфере здравоохранения для запоминания ключевых факторов или действий при оценке степени рисков. Например, в Великобритании используется аббревиатура "SPECSS", которая расшифровывается следующим образом: разрыв отношений (**S**eparation), беременность (**P**regnancy), Эскалация насилия (**E**scalation of Violence), культурные факторы (**C**ultural Factors), преследование (**S**talking) и сексуальное насилие (**S**exual Assault) (Department of Health, без указания даты, см. вставку 21). Этот список факторов риска не является окончательным. Медицинские учреждения стран Восточной Европы и Центральной Азии, возможно, захотят рассмотреть вопрос о создании собственных аббревиатур, подходящих для использования в местных языках и адаптированные к условиям региона.

Вставка № 21: Пример акронима для запоминания факторов риска: SPECSS

Расставание /связь с ребенком: Расставание со склонным к насилию партнером крайне рискованно; в Лондоне 76% жертв убийств на почве домашнего насилия разорвали отношения с партнером незадолго до убийства.

Беременность (до родов и дети младше 1 года): 30% случаев насилия в семье и жестокого обращения начинается во время беременности.

Эскалация насилия: наличие предыдущих эпизодов насилия в семье является наиболее точным предвестником того, что оно будет происходить и дальше. В 35% домашних хозяйств второй инцидент домашнего насилия случается в течение пяти недель после первого.

Культурные факторы, такие как языковые барьеры, иммиграционный статус и изоляция.

Преследование: По данным исследований, преследователи, находившиеся в близких отношениях с пострадавшими, использовали более опасные способы преследования, чем те, кто не состоял с преследуемыми в близких отношениях.

Сексуальное насилие: Пострадавшая находится в повышенной опасности, если в отношении нее применялось как физическое, так и сексуальное насилие.

Источник: Department of Health, без указания даты

3.4.3. Помощь пострадавшей при разработке плана обеспечения безопасности

Планирование безопасности является частью общего процесса управления рисками, и направлено на предотвращение насилия путем оказания влияния на факторы риска и защитные факторы. Планирование безопасности направлено на улучшение ресурсов пострадавшей, как динамических (т.е. социальная среда), так и статических (т.е. физическая среда, например, замки, видеокамеры и т.д.) (WAVE 2013).

Разработка плана обеспечения безопасности может помочь женщине подготовиться к безопасному уходу от партнера в случае эскалации насилия. Поставщик медицинских услуг должен помочь женщине выяснить, есть ли у нее безопасные места, куда она могла бы отправиться: например, дома друзей и родственников. Пострадавших женщин могут направить в приют или женские организации, где им могут оказать помощь, если, конечно, такие организации существуют в данной местности. Разработка такого плана для женщин с низким доходом может оказаться сложной задачей, в особенности для женщин, проживающих в сельской местности или принадлежащих к этническим меньшинствам. У таких женщин может не быть ресурсов, чтобы уйти от партнера, а при отсутствии приютов у них может не быть к ним доступа или даже средств, чтобы оплатить кратковременное пребывание в гостиницах или гостевых домах. Учреждения здравоохранения должны взять на себя инициативу и наладить сотрудничество с такими организациями, а также организовать перенаправление к ним пациенток, что упростит в дальнейшем оказание поддержки женщинам, которые подвергаются насилию со стороны интимного партнера (WHO 2005, более подробная информация о направлении пациентов к другим специалистам приведена в главе 4). При отсутствии приютов учреждения здравоохранения должны выработать какие-либо практические решения, например, предоставление женщинам возможности краткосрочного пребывания в медицинском учреждении.

В контрольном списке во вставке 22 приводятся дальнейшие инструкции для специалистов в области здравоохранения для использования при разработке плана обеспечения безопасности совместно с пациенткой.

Вставка № 22: Контрольный список для разработки плана обеспечения безопасности вместе с пациенткой.

- Подумайте, кому из соседей Вы можете рассказать о насилии и попросить о помощи, если они услышат шум в квартире.
- Кому из родственников или друзей Вы можете доверять и у кого из них Вы с детьми можете пожить несколько дней в экстренной ситуации?
- Определитесь, куда Вам можно уйти в экстренной ситуации, и составьте план побега (даже если Вы не думаете, что придется уходить).
- Если в доме есть оружие, постарайтесь избавиться от него. Если это невозможно, держитесь подальше от того места, где оно хранится.
- Подготовьтесь к побегу – обследуйте двери, окна, лифт и лестницу.
- Держите наготове сумку с запасными ключами, деньгами, важными документами и необходимой одеждой. Оставьте ее дома у родственников или подруги на случай, если Вам придется срочно убегать из дома.
- Придумайте кодовое слово для детей, семьи, друзей и соседей на случай, когда Вам понадобится экстренная помощь, или если Вам надо будет попросить их позвонить в полицию.
- Руководствуйтесь интуицией. Если ситуация опасная, постарайтесь пойти на уступки обидчику, чтобы его успокоить. Вы имеете право защитить себя и детей.
- Помните, что Вы не заслуживаете насилия и угроз.

Источник: по материалам Heise et al 1999

В разделе учебно-методических материалов (часть II, модуль 8) можно найти шаблон простого плана действий для обеспечения безопасности, который медицинские работники могут составить вместе с пациенткой. Медики также могут помочь женщине составить список ресурсов и шагов, необходимых для того, чтобы обезопасить себя, например, упаковать сумку на случай чрезвычайной ситуации и запомнить место ее хранения, или определить кодовое слово, которое она может использовать в разговоре со своими детьми или соседями, чтобы они могли позвать на помощь. Необходимо также внимательно выбрать место, где она сможет держать свой план обеспечения безопасности, не подвергая опасности ни себя, ни своих детей.

ГЛАВА 4

Создание системы перенаправления пациента внутри системы здравоохранения

В этой главе объясняются отдельные этапы эффективной работы медицинских работников с женщинами, потенциально пострадавшими от насилия; выявление случая ГН (3.1), проведение медицинского осмотра и обеспечение медицинской помощи (3.2), документальное оформление случая ГН (3.3), а также оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности (3.4). Направление пациентов в другие необходимые службы рассматривается в главе 4. В Приложении 2 представлена блок-схема, иллюстрирующая вероятную последовательность этапов вмешательства в рамках реагирования системы здравоохранения на ГН, которая основана на международных примерах и вкратце описана в настоящей главе. В своей повседневной работе медики обязаны следовать протоколам и руководствам, существующим в их странах и отдельных клиниках.

На каждом из этапов вмешательства поставщики медицинских услуг должны соблюдать основные принципы и стандарты оказания услуг (подход, основанный на соблюдении прав человека, подход с учетом гендерной специфики, подход, уделяющий основное внимание интересам женщины), как описано в главе 2.5. В частности, любые действия должны основываться на уважении выбора, желаний, прав и достоинства женщины, пострадавшей от насилия.

4.1. Определение системы перенаправления пациентов

Пострадавшие от гендерного насилия женщины имеют многочисленные и сложные потребности. Это, в том числе, медицинское обслуживание, безопасное проживание, психологическое консультирование, охрана со стороны милиции/полиции и (или) юридические консультации. Таким образом, эффективная борьба с гендерным насилием подразумевает предоставление полного спектра этих услуг. Так как одна организация не в состоянии оказать все вышеперечисленные услуги требуемого качества и в полном объеме, то для решения данной задачи необходимо использовать интегрированный межведомственный подход, позволяющий координировать услуги, оказываемые всеми соответствующими поставщиками услуг, и тем самым оказывать всестороннюю поддержку пострадавшим от гендерного насилия. Перенаправление пациентов является важным элементов в системе ведения больных в рамках межотраслевой работы, наряду с рассмотрением дел в суде, мониторингом и последующей поддержкой пострадавших. Важной предпосылкой для эффективной работы системы перенаправления пациентов является существование юридически закрепленного механизма перенаправления.

В целом, система перенаправления пострадавших подразумевает, что женщина обращается к отдельному специалисту или в учреждение, а специалисты или учреждение, в свою очередь, сотрудничают и обмениваются между собой информацией, чтобы обеспечить пострадавшей всестороннюю поддержку. Партнерами в системе перенаправления пострадавших обычно являются различные правительственные ведомства, женские организации, общественные организации, медицинские учреждения и др. Существует также возможность самостоятельного перенаправления, когда женщина самостоятельно обращается в службы, что маловероятно в случае ограниченной мобильности. Как правило, в надлежащей клинической практике перенаправление должно происходить с согласия самой женщины. Тем не менее, в некоторых случаях оправданным может быть перенаправление пострадавшей в связи с обращением члена семьи или ведомства без ее согласия, особенно в тех случаях, когда ее жизнь находится под угрозой, например, при высоком риске самоубийства, угрозах убийства или детских браков.

Система перенаправления пациентов может быть определена как комплексная институциональная структура, которая объединяет различные организации, с четко определенными и разграниченными (хотя в некоторых случаях дублирующимися) сферами ответственности, обязанностями и полномочиями в единую сеть сотрудничества, целью которой является обеспечение защиты и оказания помощи пострадавшим в достижении ими полного восстановления и расширения их прав и возможностей, предотвращение гендерного насилия и судебное преследование агрессоров (так называемый принцип трех «п»). Механизмы перенаправления пациентов работают на основе налаживания эффективных каналов коммуникации и определяют четкие пути и процедуры перенаправления пострадавших, с указанием ясных и простых схем действий. (UNFPA 2010).

Система перенаправления пациентов должна включать в себя государственные, негосударственные и, в случае необходимости, соответствующие международные организации (обзор соответствующих служб и организаций приведен в главе 4.2). Нормативной базой для их работы, как на уровне межведомственного взаимодействия, так и на уровне отдельного учреждения, должны служить международные принципы и стандарты в области прав человека (см. главы 2.1 и 2,5). Для того чтобы гарантировать, что сотрудничество между всеми вовлеченными сторонами представляет собой устойчивую структуру, а не основывается лишь на усилиях, предпринимаемых отдельными лицами, преданными своему делу, механизмы системы перенаправления пациентов должны быть закреплены в законодательстве или стандартизированных протоколах, где должны быть прописаны роль и обязанности всех участвующих сторон (см. также глава 2.3.2).

Механизмы перенаправления пострадавших могут работать на разных уровнях – национальном, региональном и (или) муниципальном / местном. Местный и (или) региональный механизмы перенаправления пострадавших должны основываться на национальном законодательстве и (или) государственной политике. См. вставку 23, где приведен пример из Кыргызстана, иллюстрирующий пошаговый подход к созданию механизма местного уровня по перенаправлению пострадавших от насилия в семье.

Вставка № 23: Создание механизма перенаправления пострадавших, направленного на предотвращение насилия в семье и реагирование на него на местном уровне, Кыргызстан

С 2010 года ЮНФПА в сотрудничестве с неправительственными организациями и правительством Кыргызстана создало систему межведомственного сотрудничества в целях предотвращения насилия на гендерной почве и реагирования на него на муниципальном уровне. Изначально были предприняты следующие шаги:

- При мэрии г. Бишкека был создан координационный совет; он утвердил план работы на местном уровне по предотвращению насилия в семье и реагированию на него.
- Были разработаны и испытаны в выбранных районах / микрорайонах г. Бишкека пилотные модели межведомственного сотрудничества. Пилотные проекты координировались администрацией соответствующего района / микрорайона.
- Были приняты планы действий для конкретных служб, а также ведомственные инструкции для органов государственного управления в сфере здравоохранения и городской администрации (в том числе милиции, здравоохранения, образования, органов местного управления, включая сферу социальных услуг), с инструкциями по работе с пострадавшими от насилия в семье.
- Все задействованные специалисты прошли обучение, посвященное пониманию природы гендерного насилия, изучению соответствующих местных и международных законов, а также методов эффективного реагирования на гендерное насилие. Обучение медицинских работников проходило как на уровне врачей, так и на уровне медсестер (старшего и среднего медперсонала).
- Были утверждены стандартные формы отчетности и отслеживания насилия в семье для использования учреждениями здравоохранения и городской администрацией.
- Ппри поддержке заместителя мэра и ЮНФПА были организованы ежеквартальные координационные совещания с участием всех задействованных ведомств. В ходе данных совещаний фиксировались выявленные случаи бытового насилия в отношении женщин и детей, после чего поставщики услуг обсуждали и согласовывали дальнейшие меры поддержки пострадавших.
- Был проведен ряд мероприятий по повышению осведомленности общественности. Например, в медицинских учреждениях были организованы информационные стенды для информирования пациентов и медицинских работников о предлагаемых пострадавшим услугах, а также на стендах размещалась контактная информация организаций, оказывающих соответствующую помощь. Департаментами образования был организован ряд мероприятий в школах среди учащихся и детей; пострадавшие от насилия в семье получили психологическую помощь.
- Органы местного самоуправления провели работу по выявлению и предотвращению насилия в семье в рамках своей территории.

В 2012 году разработанная на уровне столицы модель структуры сотрудничества была перенесена на местный уровень путем запуска пилотных проектов в городах Ош и Джалал-Абад:

- Участвующие организации официально оформили свое сотрудничество подписанием Меморандума о взаимопонимании (МОВ), который также включал в себя стандартные процедуры по противодействию гендерному насилию на национальном уровне. Меморандум о взаимопонимании был инициирован подгруппой МПК ООН по вопросам гендерного насилия в ходе этнического конфликта, произошедшего в июне 2010 года, в целях создания национальной сети реагирования и предотвращения гендерного насилия[12] в период после завершения конфликта. Меморандум о взаимопонимании был подписан Министерствами труда, занятости и миграции, социальной защиты, внутренних дел, юстиции и здравоохранения, а также ЮНИСЕФ, ЮНФПА и организацией «ООН-женщины».

- В обоих городах мэриями были организованы Межведомственные координационные советы; они утвердили планы работы по предотвращению насилия в семье на местном уровне. В состав советов вошли заместители мэра, представители кризисных центров для женщин, женских НПО, НПО, предоставляющих юридическую поддержку, отделов здравоохранения, органов местного самоуправления, а также муниципальных правоохранительных органов.
- Сотрудники городской администрации и соответствующих служб прошли обучение применению на практике норм Меморандума о взаимопонимании, а также стандартных процедур по противодействию гендерному насилию в соответствии с Законом о социальной и правовой защите от насилия в семье, принятого в 2003 году.

12 Межучрежденческий постоянный комитет ООН (МПК ООН) представляет собой глобальный механизм для координации усилий международных организаций, работающих по оказанию гуманитарной помощи нуждающимся в ней людям, пострадавшим в результате стихийных бедствий, военных конфликтов, чрезвычайных ситуаций, глобальных продовольственных кризисов и пандемий. Его работа организована по тематическим направлениям; подгруппа по гендерному насилию входит в Рабочую группу по защите (Protection Cluster).

Данные меры привели к следующим результатам по выявлению пострадавших от насилия на гендерной почве и их последующему перенаправлению в другие учреждения:

- В 2012 году Центром по оказанию экстренной медицинской помощи (г. Ош) было зафиксировано 500 случаев насилия в семье, из них 329 случаев насилия в отношении женщин и 171 случаев насилия в отношении мужчин.
- В травматологическом отделении городской больницы (г. Ош) в 2012 году было зарегистрировано 117 жалоб на случаи физического насилия в семье, пострадавшим была оказана медицинская помощь .
- С августа 2012 по март 2013 года три женщины, подвергшиеся насилию в семье, обратились за помощью в отделение неотложной помощи Центра семейной медицины No 1 (г. Ош). В двух случаях женщин направили в Департамент милиции г. Ош.

Несмотря на определенные достижения, предстоит еще немало сделать, чтобы пострадавшие от гендерного насилия получили доступ к всесторонней помощи. Необходимо продолжать работу по повышению квалификации персонала местных учреждений здравоохранения, а также служб, отвечающих за предоставление психосоциальных, юридических услуг и услуг по обеспечению защиты с целью создания устойчивых и хорошо функционирующих каналов перенаправления. Для выявления пострадавших от гендерного насилия в сфере здравоохранения необходимо сделать акцент на восприятии врачами вопроса гендерного насилия как вопроса общественного здравоохранения, а не частного вопроса семьи / личного дела пострадавших. Кроме того, крайне необходимо усовершенствовать инфраструктуру медицинских учреждений. В настоящее время многие медицинские учреждения не имеют отдельных помещений для проведения психологических консультаций с пациентами, которые пережили гендерное насилие. Из-за этого врачи не могут задавать конфиденциальные вопросы, а пострадавшие умалчивают факты такого насилия из-за стыда и страха. Кроме того, необходимо официально закрепить на уровне министерств инструкции по реагированию на гендерное насилие, а для этого необходимо наращивание потенциала сотрудников этих министерств в области гендерного равенства и предотвращения гендерного насилия.

Приобретенный опыт:

- Политическая воля центральных органов власти, обеспечивающих подотчетность органов местного самоуправления, является важной предпосылкой для обеспечения практического применения законов, политики и планов действий, а также для обеспечения необходимыми финансовыми и людскими ресурсами на местном уровне.
- Политическая и финансовая поддержка со стороны городской администрации не только помогает получить средства, необходимые для реализации планов действий, но и служит для создания чувства сопричастности среди лиц, ответственных за их реализацию.
- Координирующие органы должны собираться регулярно, так как это дает возможность осуществлять постоянный контроль реализации планов действий и их мониторинг, а также для своевременного решения текущих вопросов. Желательно, чтобы в состав координирующих органов входили различные правительственные, неправительственные и международные организации.

Дополнительное преимущество создания межведомственного механизма сотрудничества и знакомства с коллегами из других организаций-партнеров хорошо иллюстрирует высказывание инспектора милиции районного отдела г. Ош: «После того как мы начали работать вместе, я понял, что все мы делаем общее дело. Не только мы, но и другие организации также работали над решением проблемы бытового насилия. Теперь, когда мы узнали друг о друге, стало проще. Ведь без этих знаний нельзя было бы просто перенаправить обратившихся в другое ведомство».

Источник: UNFPA 2013, информация предоставлена отделением ЮНФПА в Кыргызстане, июнь 2014 г.

Применение системы перенаправления пациентов выгодно как для пострадавших от гендерного насилия, так для поставщика медицинских услуг. Прохождение пострадавшей через систему перенаправления позволяет ей получить комплексную и специализированную помощь и поддержку с учетом индивидуальных потребностей женщины. С точки зрения специалистов в области здравоохранения установление четких и простых схем перенаправления:

- может снизить загруженность персонала, так как можно рассчитывать на поддержку других партнерских учреждений;
- поможет медикам увереннее задавать вопросы о насилии в семье, что подтверждает следующее высказывание врача общей практики: *«[Я] на самом деле ощутил огромную разницу с появлением [возможности направлять пациентов в специализированную службу по борьбе с насилием в семье]. Теперь мы знаем, что в состоянии предложить помощь, а потому намного проще задавать вопросы, которые могут вскрыть нелицеприятную правду. Это очень помогло нашим пациентам». (Johnson 2010);*

» позволяет им правильно действовать при выявления пострадавших от гендерного насилия, поскольку существование системы перенаправления для получения дальнейшей помощи является основным условием, способным побудить специалистов в области здравоохранения задавать вопросы о гендерном насилии (см. главу 3.1.3); «*[Д]*ействительно, какой смысл спрашивать женщину, подвергалась ли она гендерному насилию, если не существует доступных возможностей по оказанию ей помощи?» (MDAC 2010).

На практике медицинские работники сталкиваются с проблемой ограниченного времени и ресурсов при работе в клинике, поэтому могут считать процесс перенаправления пострадавших от гендерного насилия сложным и отнимающим много времени. В такой ситуации может оказаться полезным такой подход: относиться к гендерному насилию как к любому другому симптому, который в иных случаях медики исследуют, диагностируют, а затем направляют пациентов для лечения к узким специалистам в ходе выполнения своей обычной работы.

Для эффективной работы системы перенаправления, медицинские работники должны соответствовать следующим требованиям:

» **Умеют распознавать и помогают раскрывать информацию о ГН** (см. главу 3.1) **и оказывать первичную помощь** (см. раздел 3.2.1).
» **Умеют оценивать конкретную ситуацию и потребности пациентки,** в частности уровень риска дальнейшего насилия или его усугубления (для получения дополнительной информации по оценке рисков см. главу 3.4), и верно выбрать службу для перенаправления пострадавшей. Если уровень риска оценивается как высокий, то пострадавшая нуждается во вмешательстве в кризисную ситуацию, например, в предоставлении немедленной медицинской или психологической помощи и (или) доступа в приют. Если уровень риска невысок, будет уместнее перенаправить ее в другую службу социальной, психологической или правовой поддержки.
» **Хорошо осведомлены о существующей системе перенаправления и имеющихся услугах и помогают пострадавшей выбрать оптимальные варианты.** Для этого медицинские работники должны иметь под рукой контактную информацию служб, предоставляющих соответствующие услуги, в частности приютов и полиции. Полезным инструментом может послужить база данных системы перенаправления (см. главу 4.3.2 и Приложение 7), в которых также должна быть указана информация о протоколах, необходимых для приема в приюты. В некоторых странах приюты принимают пострадавших только после направления от конкретных государственных ведомств. Мелкие, на первый взгляд, детали могут оказаться крайне важными в момент реального перенаправления. Медицинские работники также должны иметь в виду, что пострадавшие могут быть ограничены в возможности посещения различных служб из-за отсутствия денег, времени и свободы перемещения. Таким образом, они должны попытаться предложить наиболее эффективный маршрут и давать предельно четкие указания, с тем, чтобы свести к минимуму количество контактов и дать пациентке возможность получить максимальное количество внимания и поддержки при первом же приеме.
» **Знают национальное законодательство в сфере ГН**, в том числе определения соответствующих уголовных преступлений, доступные меры обеспечения защиты и все обязательства по представлению отчетности. Для получения дополнительной информации об обязательной отчетности см. главу 2.5.2.
» **Получают согласие потерпевшей до передачи информации** о ее случае другим учреждениям или службам, и соблюдают порядок обеспечения конфиденциальности женщины.

Для обеспечения эффективности системы перенаправления пострадавших на уровне учреждений здравоохранения, необходимо:

» **Постоянное наращивание потенциала** медицинского персонала для обеспечения эффективной работы системы перенаправления и качества оказываемых услуг. Межведомственные тренинги могут послужить в качестве первого шага на пути к созданию рабочего партнерства, а также помочь повысить квалификацию персонала в сфере услуг и обеспечить эффективность работы системы перенаправления пострадавших.

» **координированный механизм мониторинга**, например, общая база данных для мониторинга системы реагирования и повышения качества услуг, оказываемых женщинам. Анализ данных позволит отслеживать использование различных типов услуг отдельными пострадавшими, выявлять женщин, нуждающихся в поддержке в течение длительного периода времени, а также тех, кто оказался за пределами системы помощи, и получить важную информацию для улучшения системы управления и планирования оказания услуг. Особое внимание следует уделять сбору отзывов пострадавших относительно качества предоставленных услуг, а также об уровне обеспечения безопасности и конфиденциальности личных данных пострадавшей. Дополнительную информацию о внедрении системы мониторинга и оценки, можно найти в главе 5 и материалах IPPF 2010.

Вставка № 24: Наращивание потенциала повышает эффективность системы направления пострадавших – пример из Великобритании (проект IRIS)

В ходе реализации проекта IRIS (англ. Identification & Referral to Improve Safety – Выявление случаев насилия и перенаправление как инструмент повышения безопасности) было выявлено, что обучение врачей общей практики в сочетании с предоставлением технической поддержки задействованным группам, а также создание понятного механизма перенаправления пострадавших к специалисту по вопросам насилия в семье привели к улучшению реагирования на насилие в семье на уровне клиники. Исследование проводилось в период с 2007 по 2010 год. В нем принимали участие врачи, медсестры и сотрудники регистратуры в 24 клиниках общей практики в Лондоне и Бристоле, Великобритания. В ходе оценки сравнили результаты работы этой группы медицинских работников (целевой группы) с контрольной группой, состоящей из 24 клиник общей практики, сотрудники которых не принимали участия в тренингах и в программе поддержки. После завершения проекта количество случаев перенаправления, зарегистрированных в клиниках целевой группы, в 21 раз превышало аналогичный показатель контрольной группы. В дальнейшем клиники целевой группы зарегистрировали в 3 раза больше случаев ГН, чем клиники контрольной группы.

Источник: Feder et al 2011

4.2.Основные участники системы перенаправления пострадавших

Система перенаправления пострадавших от гендерного насилия должна включать широкий спектр заинтересованных участников, в том числе представителей правительственных и неправительственных организаций, включая специализированные женские организации. В тех странах, в которых присутствуют международные организации, работающие в области укрепления/ поддержания мира, эти организации также должны быть привлечены к данному процессу. Межведомственные инициативы лучше всего работают на местном уровне, так как ведомства фактически повседневно занимаются совместной работой (WAVE 2006).

В следующих подразделах главы представлен обзор ключевых ведомств и участников, которые должны входить в состав системы перенаправления пострадавших.

4.2.1. Организации, предоставляющие женщинам специализированную помощь

Участие женских организаций в межведомственном процессе реагирования на гендерное насилие особенно важно. Эти организации часто обладают многолетним опытом реагирования на гендерное насилие. Кроме того, благодаря возможности напрямую оказывать ряд специализированных услуг, данные организации могут не только предоставлять целый спектр услуг, но и оказывать поддержку пострадавшим в течение всего процесса. Они дополняют, хоть и не заменяют, общие программы поддержки, предлагаемые государственными органами (см. главу 4.2.2).

Специализированные женские службы поддержки для переживших гендерное насилие могут предоставить различные виды помощи, в том числе, приюты для женщин, женские телефоны доверия, центры для женщин, различные виды помощи без предоставления убежища, а также специальную помощь жертвам сексуального насилия. Эти организации могут оказывать помощь всем пострадавшим от гендерного насилия, либо сосредоточиваться на помощи пострадавшим от конкретных форм насилия (например, насилие со стороны интимного партнера, торговля людьми или сексуальное насилие), либо принадлежащих к определенным группам (например, женщин-мигрантов, девочек-подростков или работниц секс-индустрии).

Вставка № 25: Минимальные стандарты оказания женщинам специализированных услуг

Центры предоставления специализированных услуг для женщин должны:

- Быть доступны на всей территории страны.
- Работать под руководством независимой женской организации, которая борется исключительно за соблюдение интересов пострадавших женщин и не находится под влиянием какого-либо государственного органа, политической партии, религиозной группы или другой организации.
- Получать достаточную финансовую поддержку от государства.
- Специализироваться на двух направлениях 1) поддержка женщин, переживших насилие, и их детей; 2) проблема насилия в отношении женщин как гендерно обусловленной формы насилия.
- В своей работе применять подход, ориентированный на интересы женщин/пострадавших, учитывающий гендерную специфику, основанный на соблюдении прав человека.
- Работать под управлением и обеспечиваться женщинами, чтобы содействовать расширению прав и возможностей пострадавших и предоставлять им возможность преодолеть опыт дискриминации и подчинения мужчине.
- Иметь в своем штате квалифицированных специалистов, специализирующихся на работе с пострадавшими от гендерного насилия, например, социальных работников, педагогов, психологов или психотерапевтов.
- Иметь законно оформленный и оплачиваемый персонал. Добровольцы могут представлять собой важный и ценный ресурс, однако они должны пройти необходимое обучение и получать поддержку сотрудников, работающих на регулярной основе.

Источники: Статья 18 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями, WAVE 2013

☐ **Телефоны доверия для женщин** часто могут стать первичным звеном для пострадавших от насилия, которым нужна информация об имеющихся услугах и правовая консультация. Таким образом, «горячие линии», то есть широко рекламируемые номера телефонов, позвонив по которым можно получить поддержку, помощь в кризисных ситуациях и перенаправление в такие службы, как приюты или полиция, являются важнейшим элементом межведомственного реагирования на ГН. Женские телефоны доверия должны работать 24 часа в сутки, 7 дней неделю, быть бесплатными и анонимными и работать с пострадавшими от всех видов гендерного насилия. Все женщины в стране должны иметь доступ к горячей линии, то есть должен существовать как минимум один национальный телефон доверия, по которому бы оказывалась поддержка на всех основных языках, используемых в стране, по крайней мере в течение значительного количества часов в неделю (WAVE 2013, CoE 2008, Статья 24 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями).

- **Приюты для женщин** обеспечивают место для безопасного пребывания женщины, пострадавшей от ГН, и ее детей в экстренных случаях. Кроме того, они обеспечивают всестороннюю поддержку и способствуют расширению прав и возможностей, помогая пострадавшим от насилия преодолеть печальный опыт, восстановить свою самооценку и заложить основы для дальнейшей самостоятельной жизни. Приюты должны быть доступны 24 часа в сутки, 7 дней неделю. В них должны применяться специальные меры предосторожности, включая оценку вероятности рисков и планирование обеспечения безопасности для каждого конкретного случая. Их расположение должно храниться в секрете, здание должно быть оборудовано системами охраны, чтобы обеспечить безопасность не только клиентов и сотрудников, но и соседей от нападений со стороны агрессоров. Необходимо обеспечить достаточное количество приютов на территории страны (Статья 23 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями, WAVE 2013). Ориентировочно на 10 000 жителей должно приходиться одно семейное место в приюте (CoE 2008). Важной частью работы приюта для женщин является последующая поддержка, чтобы помочь женщинам и девочкам заново вписаться в общество после выхода из приюта. Для этого необходимо учитывать существующие риски, навыки клиентки (получение доходов и средств к существованию), а также другие факторы. Процесс реинтеграции должен проходить под постоянным контролем, женщина и ее дети должны быть в безопасности, а в дальнейшем процесс должен контролироваться социальным работником.
- **Женские центры** (в некоторых странах, также упоминаются как «женских кризисные центры» или «женских консультационные центры») предоставляют широкий спектр услуг, несвязанных с предоставлением жилья (психологическое консультирование, получение правовой или иной информации и консультаций, практическая поддержка, сопровождение в суде и т.д.), для женщин, переживших насилие на гендерной почве и их детей. Особенно важную роль они играют в тех странах или регионах, где не существует женских приютов. Кроме того, они предоставляют информацию и оказывают содействие женщинам, которым не требуется размещение в приюте, но которые нуждаются в получении поддержки и консультаций со стороны иных специалистов (WAVE 2013).
- **Специализированные центры поддержки жертв сексуального насилия** необходимы по причине травматического характера сексуального насилия, требующего крайне осторожного подхода со стороны специально обученных специалистов. Данные услуги включают оказание неотложной медицинской помощи и помощи при травмах, среднесрочную и долгосрочную психологическую помощь, а также возможность проведения судебно-медицинской экспертизы для сбора доказательств, необходимых для представления в суде. Правильным решением будет проведение судебно-медицинской экспертизы независимо от того, собирается ли жертва сообщать в полицию. В любом случае необходимо взять и сохранить пробы, чтобы пострадавшая позже смогла принять решение о том, следует ли сообщать об изнасиловании в полицию.

Службы по оказанию услуг пострадавшим, как правило, включают (Статья 25 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями):

» Центры по оказанию помощи жертвам насилия на сексуальной почве, специализирующиеся на оказании неотложной медицинской помощи, оказании судебно-медицинских услуг и помощи в кризисных ситуациях. Эти центры могут находиться в здании больницы, чтобы можно было оказать помощь после недавнего сексуального насилия, а затем направить женщину в специализированные организации для дальнейшей поддержки или оказания специализированной медицинской помощи.
» Кризисные центры для жертв изнасилований, предлагающие долгосрочную помощь. Услуги могут включать личные консультации, посещения группы поддержки и работы с другими службами. Данные центры также осуществляют поддержку в ходе судебного разбирательства.

Считается, что количество таких учреждений должно составлять не менее одного специализированного центра поддержки на каждые 200 000 жителей (CoE 2008, процитировано в Стамбульской конвенции и Отчете с пояснениями).

Специализированные вспомогательные услуги для жертв сексуального насилия существуют не во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии. Там, где их нет, особое значение имеет обучение медицинских работников, особенно гинекологов и судебно-медицинских экспертов правилам оказания срочной медицинской помощи и помощи при травмах (см. главу 3.2).

4.2.2. Общие услуги в помощь пострадавшим

Общие услуги в помощь пострадавшим – это услуги, оказываемые и финансируемые государством. Такие службы предоставляют поддержку в течение длительного времени, они не создавались исключительно для помощи пострадавшим от насилия, но обслуживают общество в целом. Помимо медицинского обслуживания, это жилищные услуги, финансовая поддержка и другие социальные услуги, услуги по трудоустройству, образованию и охране детства. Их дополняют службы помощи женщинам, которые специализируются на предоставлении помощи и поддержки пострадавшим от ГН. В частности, зачастую учреждения здравоохранения и социальные службы – это те службы, куда в первую очередь обращаются пострадавшие от ГН. Поэтому этим службам необходимо достаточное финансирование, что позволит удовлетворить их долгосрочные потребности. Сотрудники таких служб должны пройти обучение по следующим направлениям: различные формы ГН, особые потребности пострадавших от насилия и способы реагирования на ГН с оказанием поддержки пострадавшим (Статья 20 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями).

4.2.3. Правоохранительные и судебные органы

Полиция и система уголовного правосудия отвечают за расследование случаев ГН и привлечение к ответственности виновников гендерного насилия, которое составляет уголовное преступление в соответствии с национальным законодательством, а также за определение степени уголовной ответственности обвиняемого. В некоторых странах полиция вправе выдавать и обеспечивать принудительное исполнение запретительных приказов. Гражданские суды принимают решения по разводам и опеке над детьми, а в некоторых странах также могут выдавать запретительные судебные приказы, запрещающие агрессору приближаться к пострадавшим. В зависимости от обстоятельств каждого конкретного случая в гражданском и (или) уголовном суде могут также рассматриваться вопросы компенсации за ущерб, понесенный лицом, пострадавшим от ГН.

Чтобы обеспечить доступ пострадавших от ГН к правосудию и фактическую реализацию их законных прав, необходимо проводить обучение сотрудников правоохранительных органов, государственных обвинителей и судей в области ГН и реагирования на гендерное насилие. Кроме этого, пострадавшие должны иметь доступ к соответствующей защите и бесплатной юридической помощи. Чтобы избежать риска дальнейшей травматизации, с пострадавшими необходимо обращаться и опрашивать их деликатно и с уважением. Отдельные комнаты ожидания в здании суда помогут избежать столкновения с агрессором.

4.3.Этапы развития и реализации эффективной системы направления пострадавших в соответствующие службы

4.3.1. Проведение ситуационного анализа и нанесение на карту существующих служб

Сначала рекомендуется провести комплексный анализ существующей ситуации для оценки общей правовой и организационной базы для создания системы направления пострадавших к необходимым специалистам. Кроме того, развитие системы направления не всегда означает создание новых услуг. Это, скорее, выявление существующих услуг и агентств, которые станут частью этой системы. Таким образом, важно получить целостную картину имеющихся услуг и пробелов в обслуживании. Во время этой оценки необходимо выявить «точки доступа», а также потенциальных партнеров, которые будут участвовать в системе направления. Также такая оценка может указать на недостатки в обслуживании, квалификации или ресурсах, которые необходимо устранить, чтобы создать систему направления пострадавших к необходимым специалистам. Необходимо собрать и проанализировать следующие данные:

- характер, причины и масштабы ГН в регионе/стране;
- правовая база, в том числе, уголовное законодательство и отдельные законы о ГН, если такие существуют, а также законы, регламентирующие меры защиты, а также успехи и недостатки в процессе реализации;
- роль, возможности и профессиональный опыт сотрудников полиции, системы уголовного правосудия и гражданских судов в реагировании на ГН;
- общая организация системы здравоохранения;
- существование специальных стратегий и протоколов, регулирующих реагирование системы здравоохранения на ГН;
- наличие специализированных и общих услуг для пострадавших от ГН в стране, регионе и (или) на местном уровне; и
- степень доступа пострадавших к этим услугам и любые препятствия, не позволяющие им это сделать.

Оценка не должна ограничиваться национальным уровнем, следует также рассмотреть ситуацию на местном и региональном уровнях, например, чтобы определить, существуют ли уже региональные или местные системы направления пострадавших в другие службы и если есть, то кто в них принимает участие.

При проведении анализа рекомендуется использовать несколько источников информации, что позволит получить наиболее полную и объективную картину. Хотя в официальные государственные отчеты действительно включена актуальная информация и данные, рекомендуется также учитывать мнение НПО. У этих организаций имеется ценный повседневный опыт работы с жертвами ГН, а вместе с этим НПО могут по-другому воспринимать качество услуг и состояние реализации законодательства по сравнению с государственными организациями.

Рекомендованные средства исследований и методики

Изучение документации Исследователи могут изучить следующие рекомендованные материалы с данными для отдельных стран:

» Официальный сайт Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ): отчеты государств-участников, независимые отчеты НПО и рекомендации Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин государствам-участникам (Заключительные замечания) на английском и русском языках: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/sessions.htm,
» Официальный сайт Специального докладчика ООН по вопросу о насилии в отношении женщин (на английском и русском языках): http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/SRWomenIndex.aspx,
» Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, в частности, страновые отчеты серии "Переходные системы здравоохранения" (Health Systems in Transition (HiT)): http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory,
» Рубрика "Информация по странам" портала ЮНФПА-WAVE: www.health-genderviolence.org,
» Последний на данный момент ежегодный отчет WAVE по странам (на английском языке): http://www.wave-network.org/content/wave-publications,
» The Advocates for Human Rights, Stop Violence against Women, странички отдельных стран (на английском языке): www.stopvaw.org.

Социологические опросы, в ходе которых респондентам предоставляется возможность дать подробный ответ и высказать свое мнение, и обсуждения в фокус-группах с участием поставщиков и потребителей услуг, выявленных в процессе кабинетного анализа. Специальные указания по планированию и осуществлению подобных исследований и методикам в контексте здравоохранения и ГН см. в материалах WHO/PATH 2005. При планировании опросов или обсуждения в фокус-группах следует помнить, что сам по себе процесс поиска партнеров/участников опросов может предоставить полезную информацию. Например, при поиске подходящих государственных и негосударственных партнеров для проведения опросов можно выяснить, насколько четко распределены обязанности в сфере реагирования на ГН между государственными органами, значимость сектора здравоохранения в решении проблемы ГН или уровень квалификации технического и основного персонала НПО, работающих в сфере здравоохранения и противодействия ГН. Помимо этого, сам по себе процесс постановки вопросов – это важная часть информирования, которое выполняют партнеры, участвующие в проведении опроса. При проведении опросов, на которые предполагается получить письменные ответы, рекомендуется до высылки анкеты позвонить руководителям организаций. Так можно повысить шансы на получение ответов.

В Приложениях 4 и 5 приведены две анкеты, в которых можно почерпнуть полезную информацию о нанесении на карту и анализе существующих услуг для пострадавших от ГН путем кабинетного анализа и опросов, направленных на развитие системы перенаправлений. Анкеты можно адаптировать и изменять в соответствии с местным контекстом, например, можно выбрать те пункты, которые соответствуют действительным потребностям, или скомбинировать или сократить отдельные элементы.

4.3.2. Создание каталога организаций для направления пострадавших

После нанесения на карту поставщиков услуг для жертв ГН в соответствующей географической области (глава 4.3.1) собранную информацию необходимо организовать в каталог служб для направления пострадавших. В него должна войти, в частности, контактная информация, а также информация о типе оказываемых услуг, группах населения, которым предоставляется обслуживание, и критерии отбора клиентов. Каталог организаций для пострадавших может быть полезным для медиков, так как знакомит их с существующими вариантами услуг для пострадавших от насилия как в рамках официально существующего механизма перенаправления, так и при отсутствии такового. В Приложениях 4 и 5 приведены две типовые формы, которые можно использовать для составления каталога организаций, в которые можно направлять пострадавших. Руководство учреждений здравоохранения должно предоставить экземпляры этого каталога всем медицинским работникам учреждения, которые взаимодействуют с пациентками. Тогда они смогут использовать этот каталог при направлении пациентов в другие службы. При ограниченности ресурсов в учреждении здравоохранения должен быть хотя бы один экземпляр каталога в удобном, доступном месте (IPPF 2010).

Руководители учреждений должны интересоваться мнением сотрудников о каталоге. Это позволит сделать его удобным для работы и узнать, сталкивались ли медики с какими-либо сложностями при направлении пациенток к другим специалистам. Важно регулярно обновлять каталог, чтобы избежать предоставления женщинам неверной информации, подвергая их возможному риску (IPPF 2010).

4.3.3. Официальное оформление партнерских отношений

Системы направления пострадавших от ГН в другие службы будут более эффективны, если они будут основываться на официально оформленных соглашениях о сотрудничестве между всеми участвующими агентствами. Такое соглашение можно оформить как Меморандум о взаимопонимании или межведомственный протокол. Основная цель такого документа – официально оформить принципы сотрудничества между организациями и определить соответствующие роли и сферу ответственности, основные принципы предоставления услуг и схему перенаправления (к кому направлять пострадавших, когда, где и как). Текст соглашения должны обсудить все участники системы направления, а подписывает его уполномоченный представитель соответствующей организации.

До принятия Протокола партнеры по системе направления должны использовать время, чтобы наладить рабочие отношения, основанные на принципах сотрудничества и взаимном доверии. Для этого в числе прочего необходимо, чтобы все участники согласовали между собой одинаковое понимание того, что такое ГН, и имели общее представление о реагировании на него. Например, необходимо обеспечить общее понимание насилия против женщин всеми агентствами системы направлений как феномена, имеющего гендерную подоплеку, а не только вопроса охраны семьи или примирения в семье. Все партнеры должны быть готовы рассказать коллегам о том, как они работают над проблемой ГН, а также принять к сведению отзывы других участников относительно того, что необходимо изменить, чтобы улучшить предоставление услуг и работать сообща (адаптировано по материалам (Hagemeister et al 2003).

Компоненты эффективной системы направлений

Общее понимание цели сотрудничества, под которым могут подписаться все партнеры, и для которой они готовы выделить ресурсы. Формулировка общего видения должна в одном выражении описывать то, чего хотят достичь партнеры. Процесс выработки общего видения почти так же важен, как и само видение.

Пригодная для работы структура, которая соответствует общим местным структурам и состоит из стратегической группы, уполномоченной на определение целевых показателей для партнерских организаций и в консультациях с ними, а также рабочей группы, которую поддерживают тематические подгруппы. Стратегическое направление и конкретную работу по оказанию услуг необходимо поддерживать эффективным финансированием и механизмами обеспечения ответственности.

Совместная стратегия, описывающая стратегические цели и индикаторы для их достижения, вместе с рабочим планом, в котором определяются основные конечные и непосредственные результаты, ответственные за достижение непосредственных результатов, график проведения работ, бюджет и система внесения изменений и контроль качества.

Участие **стратегического руководящего звена** на уровне стратегического руководства, менеджеров среднего звена, имеющих доступ к сотрудникам на рабочем уровне, и персонал, непосредственно работающий с клиентами на уровне подгрупп, то есть те, кто реализует планы и с кем советуются о возможных действиях. В этом процессе должен принимать участие представитель НПО.

Рабочий план должен дополняться **соответствующими кадровыми и финансовыми ресурсами.**

Координатор обеспечивает выполнение общей задачи, но именно деятельность участвующих организаций позволяет реализовать партнерские отношения.

Обучение всех вовлеченных в работу специалистов, направленное на разрушение существующих мифов, развитие навыков и повышение уверенности среди персонала, отражающее местную специфику, порядок реализации и доступные услуги. Партнеры должны внести вклад в выработку основной идеи тренингов и привлекать менеджеров и руководителей в процесс обучения в качестве участников и в качестве помощников тренера.

Разработка полезного набора данных для реализации и контроля сотрудничества. Это означает согласование базового набора данных в поддержку стратегии, согласование целей и индикаторов и регулярный обзор данных, представленных партнерскими организациями в ходе встреч партнеров.
Наличие стратегий, протоколов и стандартного порядка работы для обеспечения устойчивости и ответственности партнерства (по материалам «Вместе против домашнего насилия» (Standing Together Against Domestic Violence) 2011).

О том, как местный официально оформленный механизм перенаправлений был разработан в Кыргызстане с участием нескольких секторов на национальном уровне, можно прочесть в дополнительном тексте № 23 (глава 4.1).

4.3.4. Предоставление персоналу информационных материалов

Информирование пациентки о возможных услугах – необходимое условие, которое поможет женщине выбрать подходящее решение ее проблемы. Печатные материалы для раздачи женщинам должны быть незаметными, чтобы агрессивным партнерам было трудно их найти.

Примеры информационных материалов, которые учреждения здравоохранения могут предоставлять своим сотрудникам, приведены ниже:

» Каталог организаций для перенаправления пострадавших, в кортом перечисляются соответствующие службы и контактная информация, а также критерии отбора клиентов (см. главу 4.3.2 и Приложение 7);

» Плакаты с отрывными листками, проспекты или буклеты в кабинетах врачей и женских туалетах, чтобы пациентки могли взять их или прочесть вдали от чужих глаз (WHO 2013);

» Карточки с телефонными номерами небольшого размера (чтобы поместились в кармане (WHO 2013; см. рис. 7, где приведен пример карточки размером с ладонь);

» Телефонные номера, напечатанные в виде штрих-кода на наклейках, бальзамах для губ или других мелких предметах, которые бывают у женщин в сумочках, что позволяет предоставлять услуги поддержки с минимальным риском (см. рис. 8); и

» Брелоки для ключей с информацией об услугах поддержки, спрятанной внутри брелока (см. рис. 9) или с личной сигнализацией и фонариком (см. рис. 10).

Рисунок 7: Визитная карточка размером с ладонь с полезными номерами телефонов (Hammersmith and Fulham, London, UK)



London Wide Resources

- 24-hour National Domestic Violence Helpline - Freephone..... 0808 2000 247
- SOLA (DV help line for lesbians)..... 020 7328 7389
- Broken Rainbow (LGBT DV support) 0845 260 4460
- NHS Direct (24 hours).....0845 4647
- NSPCC helpline (24 hours).....0808 800 5000
- Childline (24 hours) 0800 1111
- Police (emergencies)..... 999
- Refugee Council..... 020 7346 6777
- Samaritans (24 hours).....08457 909090
- Shelter Advice Line (24 hours).....0808 800 4444
- Women's Link (housing advice)..... 0800 652 3167

Hammersmith and Fulham Local Resources

- Council - Switchboard..... 020 8748 3020
- Social Services(Children & Families)Daytime..020 8753 5392
- Emergency Housing – Daytime..... 020 8753 4144
- Council - Emergency out of hours..... 020 8748 8588
- H&F Community Law Centre..... 020 8741 4021
- H&F Police..... 020 8563 1212
- Shepherds Bush Advice Service..... 020 8753 5913
- Citizens Advice Bureau Fulham..... 0845 458 2515
- DV Intervention Project Women's Service .. 020 8748 6512
- Victim Support..... 020 7385 6868

Карточка с телефонами служб поддержки карманного размера Источник: "Вместе против домашнего насилия", Великобритания

Рисунок 8: Телефонный номер горячей линии для женщин в виде штрих-кода



Источник: “Вместе против домашнего насилия”, Великобритания

Рисунок 9: Складной брелок-бабочка с информацией о безопасности внутри





Источник: “Вместе против домашнего насилия”, Великобритания

Рисунок 10: Брелоки для ключей с сигнализацией



Источник: “Вместе против домашнего насилия”, Великобритания

4.4. Что могут сделать медицинские работники при отсутствии формального механизма направления пострадавших в соответствующие службы

Хотя наличие формального механизма перенаправления пострадавших является важным условием эффективного направления пострадавших для получения необходимых услуг, такой механизм есть не в каждой стране. В некоторых странах механизмы перенаправления существуют, но имеющиеся поставщики услуг могут испытывать недостаток кадровых ресурсов и (или) инфраструктуры, а потому не всегда способны предоставить весь спектр необходимых качественных услуг. Вот что могут сделать медицинские работники при отсутствии формального механизма направления пострадавших в соответствующие службы:

» Назначать повторный прием, чтобы, не вызывая подозрений, проверить, все ли в порядке с клиентами.
» Рассмотреть возможность создания базовых услуг в самом учреждении, например, групп помощи в кризисных ситуациях или групп поддержки (IPPF 2010). Если женщине небезопасно возвращаться домой, а приютов нет, больницы могут оставить пациентку переночевать, если женщина рассказала, что возвращаться домой для нее опасно.
» Направить женщину к известным поставщикам услуг, используя информацию из каталога направлений (см. главу 4.3.2 и Приложение 7).

Вставка № 26: Предоставление возможности проживания в больницах для пострадавших от ГН в Таджикистане

В июне 2012 года Министерство здравоохранения Таджикистана в сотрудничестве с ЮНФПА создало комнаты поддержки пострадавших от насилия в качестве временного пристанища для женщин, пострадавших от ГН. На сегодня такие комнаты созданы при восьми больницах и роддомах в городах Душанбе, Рашт, Вахдат, Курган-Тюбе, Куляб, Худжанд и Кайраккум. Этот шаг был необходим, учитывая недостаток приютов в стране. Хотя здесь и существует несколько приютов, созданных НПО, из-за отсутствия финансирования их услуги доступны не всегда.

В каждом таком учреждении здравоохранения была создана одна "комната поддержки для пострадавших от насилия", где могут временно проживать женщины и девочки старше 14 лет, подвергшиеся ГН, а также их дети. Пострадавших направляют в такие комнаты медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов и НПО. Прием в комнаты поддержки пострадавших от насилия производится добровольно при информированном согласии женщин. Пострадавшие могут жить в таких комнатах до 5 дней, хотя вопрос длительности пребывания решается гибко. В комнатах имеется мебель, в том числе, детские кроватки, плита, столовые приборы и посуда, постельное белье, полотенца, санитарно-гигиенические товары и подгузники для детей. Во время пребывания в этой комнате пострадавшим предоставляется медицинская и психологическая помощь, прием у психолога можно запланировать на вечер. А также они могут пользоваться информационными и прочими услугами, имеющимися в их городе или районе. Работа комнат поддержки пострадавших от насилия строится в соответствии со стандартными правилами, которые предусматривают, например, предоставление бесплатного или доступного по цене медицинского обслуживания, информирование пострадавших о других услугах или направление к другим специалистам, а также применение определенных протоколов или руководств по таким направлениям как выявление случаев насилия, экстренная контрацепция и профилактика/лечение ИППП. Безопасность комнат обеспечивается благодаря тому, что у всех врачей и медсестер есть мобильные телефоны и в случае возникновения неожиданной ситуации они могут позвонить в местное отделение милиции.

Дополнительное преимущество создания такой услуги при больницах состоит в том, что учтен местный культурный контекст: Женщины, не ночевавшие дома, (например, в приюте) могут столкнуться с непониманием своей семьи или соседей, а ночевка в больнице не вызовет подозрения. Кроме этого, врачи находятся в выгодном положении, поскольку могут узнать, сталкиваются ли пациентки с теми же проблемами после возвращения домой. Сделать это они могут во время последующих приемов, которые назначают для отслеживания ситуации.

По состоянию на май 2014 года услугами временного пребывания в комнатах поддержки воспользовались около 50 женщин. Такой вид услуг – новшество для Таджикистана, а поэтому его необходимо рекламировать среди женщин и девочек.

Эта работа реализована в рамках более широкой инициативы по укреплению существующего механизма направления пострадавших от ГН в Таджикистане для получения необходимых услуг. Это в том числе проводившееся ЮНФПА совместное обучение сотрудников учреждений здравоохранения, работающих в комнатах поддержки, и правоохранительных органов в тех городах, где работают такие комнаты. После тренингов участники стали распространителями опыта, проводя обучение среди своих коллег. Планируется, что Министерство здравоохранения будет создавать комнаты поддержки жертв насилия в других районах.

Источник: Информация предоставлена страновым офисом ЮНФПА в Таджикистане, май 2014 года.

ГЛАВА 5

Мониторинг и оценка участия системы здравоохранения в решении проблемы гендерного насилия

Мониторинг и оценка интервенций, направленных на противодействие ГН, позволяют специалистам системы здравоохранения поддерживать или улучшать качество своей работы. Получаемая информация и данные могут помочь сформулировать «усвоенные уроки», чтобы скорректировать и сделать более эффективным существующие методы работы. Кроме того, системы мониторинга и оценки, основанные на принципе участия в оценке заинтересованных сторон, позволяют сделать систему более прозрачной и подотчетной. В связи с этим мониторинг и оценка должны быть интегрированы в повседневную работу специалистов системы здравоохранения и других поставщиков услуг.

В данной главе содержатся определения концепций мониторинга и оценки (глава 5.1) и объясняются их обоснование и преимущества (глава 5.2). В ней также рассматриваются этические соображения при оценке мер противодействия ГН (глава 5.3) и объясняется, каким образом мониторинг и оценка могут быть интегрированы на разных стадиях вмешательства (глава 5.4). Далее описываются различные подходы к оценке (глава 5.5.) и даются практические советы по разработке и проведению оценки (глава 5.6).

5.1. Понимание мониторинга и оценки

Мониторинг — это непрерывное отслеживание прогресса на протяжении всего процесса реализации мероприятия или вида деятельности. **Оценка** — это периодический, комплексный и систематический анализ мер вмешательства, их разработки, реализации и результатов.

Мониторинг и оценка должны соответствовать каждому мероприятию. Например, мониторинг и оценка будут различаться в случаях проведения:

- профилактической программы в учебных заведениях,
- обучающей программы по систематическому использованию протоколов скрининга сотрудниками сектора здравоохранения,
- применения законодательства в сфере домашнего насилия,
- информационной кампании с целью привлечения мужчин к участию в решении проблемы насилия.

Таб. 12: Различия между мониторингом и оценкой

	Мониторинг	Оценка
Время	Непрерывный процесс в ходе реализации проекта, программы, плана или стратегии	Выполняется либо в ходе реализации проекта, программы, плана или стратегии (среднесрочная оценка), либо по окончании проектов, программ, планов или стратегий (заключительная оценка)
Направление деятельности	Проверка успешности запланированных мероприятий, определение возникающих в процессе трудностей; рекомендации для повышения качества деятельности	Оценка достижения целей, соответствия, эффективности и эффекта мероприятий и их роли в достижении результатов
Цель	Повысить эффективность и результативность; обеспечить получение результатов/конечных продуктов	Рассмотреть запланированные и незапланированные результаты; сформулировать рекомендации для внесения поправок
Содержание	Достижения проекта сравниваются с запланированными показателями	Выполнение (степень и качество) показателей успешности
Кем выполняется	В большинстве случаев сотрудниками организаций, отвечающих за реализацию проекта	В большинстве случаев сторонними специалистами. Иногда сотрудниками организаций, участвующих в проекте, но при этом сотрудники не задействованы в реализации проекта
Для кого	Прежде всего, для исполнителей проекта	Для исполнителей, доноров и получателей, а также всех заинтересованных лиц и научного сообщества, если результаты оценки будут опубликованы

Источник: Международный центр по развитию миграционной политики (ICMPD) 2010

Часто во время проведения мониторинга и оценки оценивают следующие пять критериев: актуальность, **эффективность, результативность, долгосрочный эффект и устойчивость.**

Рисунок 11: Критерии оценки мер вмешательства в рамках мониторинга и оценки



Источник: Комитет по содействию развитию Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР-КСР) 2009

Эти критерии, одобренные Комитетом по содействию развитию Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР-КСР), обобщают некоторые ключевые вопросы, ответы на которые дают мониторинг и оценка. Они представляют собой основу для мониторинга и оценки. Вопросы, перечисленные в главе 5.1.3, позволяют наполнить ее конкретным содержанием.

Актуальность относится к степени, в которой меры вмешательства отвечают приоритетам целевой группы и организаций, реализующих проект, например, учреждений здравоохранения, или соответствует стратегиями, направленным против гендерного насилия.

Результативность определяет, в какой степени действие достигает своей цели.

Эффективность сравнивает вложенные средства (время, деньги, ресурсы) и полученные результаты (качественные и количественные). Этот экономический термин обозначает, насколько возможно достичь желаемых результатов с наименьшей затратой ресурсов.

Долгосрочный эффект подразумевает анализ положительных и отрицательных изменений, возникших в результате принятых мер вмешательства, прямо или косвенно, намеренно или незапланированно. Косвенные результаты — это результаты, выходящие за узкие рамки мероприятия. Например, организация консультационного центра для женщин-жертв насилия может в результате способствовать распространению информации о проблеме среди более широкого круга граждан.

Устойчивость определяет, сохранится ли положительное влияние деятельности, например, после окончания финансирования или по возвращении жертвы насилия в домашнюю обстановку.

5.2.Обоснование и преимущества мониторинга и оценки

Мониторинг и оценка крайне важны для поддержания и повышения **качества мер вмешательства, реализуемых системой здравоохранения в борьбе против гендерного насилия,** и для оценки их эффективности в смысле достижения запланированных целей. Мониторинг позволяет руководству отслеживать ход реализации проектов, программ или стратегий и достижение ими запланированных целей. При использовании новых методов, например, инновационных программ ранней диагностики, особенно важно тщательно отслеживать как запланированные, так и непредусмотренные результаты, а также проверять и перерабатывать ориентировочные расчеты, на которых основаны меры вмешательства. Частью оценки является выявление сильных и слабых сторон проектов, программ или стратегий с целью повышения их эффективности. Оценка – это важный источник информации о достижениях проекта, программы или стратегии, о лицах и организациях, отвечающих за их реализацию.

Мониторинг и оценка могут и должны стать частью ежедневной работы сотрудников сферы здравоохранения и других соответствующих лиц и структур. Разработанные системы мониторинга и оценки могут предоставлять данные и информацию, обеспечивая большую **прозрачность и подотчетность,** и помогать в усвоении **полученного опыта. Эти наработки** можно в дальнейшем применять при **корректировке существующих методов,** чтобы сделать их более эффективными и результативными. В некоторых случаях для создания правильной системы может потребоваться поддержка **приглашенных экспертов в области оценки.** Зачастую оценка, проведенная приглашенными специалистами, также считается более объективной, чем проведенная своими силами.

За последнее десятилетие способы планирования, мониторинга и оценки подверглись значительным изменениям. Многие учреждения и организации **перешли от планирования деятельности** (что мы собираемся делать?) **к планированию окончательных результатов** (чего мы хотим достичь?). Таким образом фокус внимания сместился с затрат (деньги, время, человеческие ресурсы) на результаты и последствия действий и процесс реализации. Этот метод называется **управление, основанное на результатах,** и мониторинг и оценка имеют для него важнейшее значение. Более подробно об этом методе в контексте управления, мониторинга, оценки и отчетности перед донорами можно прочитать в материалах Группы по вопросам развития ООН (UNDG) 2011.

При определении степени, в которой действие, стратегия или мероприятие (например, в области противодействия насилию в отношении женщин) достигли запланированных целей, мы получаем основу для составления точного отчета, усвоения полученного опыта и выявления препятствий. Его можно использовать для планирования новых мер вмешательства, а также для корректировки существующих программ противодействия насилию. Кроме того, мониторинг и оценка — это ценные инструменты планирования и управления. Построение систем мониторинга и планирование оценки на начальной стадии реализации мер вмешательства помогает запланировать и проанализировать задачи и прогнозировать будущие потребности в ресурсах. Благодаря мониторингу и оценке можно определить, в каких случаях запланированные результаты не были достигнуты, или даже, когда были получены незапланированные результаты, которые могут быть как положительными, так и отрицательными.

Мониторинг и оценка являются важнейшими инструментами поддержания процесса обучения внутри организаций и за их пределами, поскольку помогают нам увидеть, какие действия имеют успех и почему. Таким образом, крайне важно представлять результаты мониторинга и оценки как внутри организаций-исполнителей, так и за их пределами: практикующим специалистам, представителям органов управления и, если необходимо, донорам.

Для реализации всесторонней системы мониторинга и оценки в области гендерного насилия необходимо собрать данные анкет (анкеты, где нужно дать развернутый ответ или выбрать подходящий вариант из нескольких предложенных), опросов, опросов в фокус-группах (клиенты или сотрудники), клинических наблюдений, оценки существующих данных (например, обзор случайно выбранных записей), оценки документов по планированию и стратегии и индивидуальных собеседований с жертвами насилия. Общее описание количественных и качественных научных стратегий и методологий в контексте гендерного насилия и охраны здоровья можно найти в документе «Исследование насилия в отношении женщин. Практическое руководство для исследователей и активистов (WHO/PATH (2005)). Данное руководство обеспечивает исследователей, активистов, общественных деятелей и поставщиков услуг, заинтересованных в прикладном исследовании, общей информацией и инструментами для применения принятых в системе здравоохранения исследовательских методов для изучения гендерного насилия, причем основное внимание уделяется развивающимся странам и оказанию помощи в условиях скудных ресурсов. После обращения к этическим соображениям в отношении исследований в области гендерного насилия, пособие предлагает руководство по созданию исследовательской стратегии. Кроме того, в нем дается обзор качественного и количественного подходов в исследовании, подсказки по разработке моделей и инструменты и советы по сбору качественных и количественных данных и их анализу.

Ниже даны примеры вопросов, ответы на которые могут дать мониторинг и оценка (Виртуальный центр знаний «ООН-женщины»).

☐ **Мониторинг и оценка инициатив в сфере противодействия насилию в отношении женщин помогут нам ответить на следующие вопросы:**

» Какие меры вмешательства и стратегии эффективны для предупреждения насилия в отношении женщин и девочек и решении этой проблемы в рамках системы здравоохранения?
» Какие услуги необходимы для помощи женщинам и девочкам, пострадавшим от насилия?
» Какова может быть роль различных секторов и, в частности, сектора здравоохранения в противодействии насилию и его профилактике?
» Какие факторы (социальные, экономические, политические, культурные и т.д.) усугубляют уязвимость перед насилием или препятствуют доступу к службам поддержки?
» Какие виды вложений дают более перспективные результаты, и как велики затраты?

☐ **Если говорить конкретнее, по результатам мониторинга можно сделать следующие выводы:**

» Реализуются ли меры вмешательства в соответствии с разработанными планами?
» Какие услуги оказаны, кому, когда, как часто, как долго, в каких обстоятельствах?
» Соответствует ли требованиям качество обслуживания? Охвачены ли целевые группы?
» Не подвергались ли женщины дальнейшему насилию или его опасности из-за реализованных мер вмешательства?
» Не наблюдалось ли непредвиденных последствий деятельности?
» Ведет ли деятельность к ожидаемым результатам?
» Есть ли необходимость каким-либо образом дополнить или изменить меры вмешательства и исходные предположения?
» Какие результаты наблюдаются?

☐ **Кроме того, из оценки можно извлечь следующие уроки:**

» Почему мероприятия были/не были проведены в соответствии с планами или были изменены?
» Имеет ли мера воздействия долгосрочный эффект? Почему/почему нет? Как и на кого она оказала воздействие?
» В какой степени учтенные или наблюдаемые изменения могут быть отнесены на счет реализованной меры воздействия?
» Наблюдались ли какие-то непреднамеренные последствия мероприятия?
» Можно ли назвать меру воздействия экономически эффективной? Можно ли было достичь результата с меньшими вложениями?

Если меры вмешательства были успешным, можно ли повторить их в других условиях, и если да, то в каких? Можно ли изменить их, дублировать или расширить, чтобы увеличить охват или масштаб (для более широких групп населения или для другого региона)?

В следующей таблице приводится пример оценки мероприятия по противодействию домашнему насилию в области материнского и сексуального здоровья в одной из больниц Великобритании (Вставка 27)

Вставка 27: Оценка проекта женского благополучия MOZAIC, Великобритания

Проект MOZAIC реализован с 2004 по 2007 годы совместными усилиями служб материнского и сексуального здоровья Фонда Guy's and St. Thomas Foundation Trust и проекта 170 Community project (общественной организации, предоставляющей выездную помощь пострадавшим от домашнего насилия). В рамках проекта было разработано клинические руководящие принципы и проведен тренинг для повышения знаний о домашнем насилии в среде профессиональных медиков с целью обучить их распознавать и регистрировать случаи насилия и направлять пострадавших в службу женского благополучия MOZAIC (Women's Wellbeing Service), предлагающую выездную поддержку и психологическую помощь. Пациенты мужского пола, сообщавшие о случаях насилия, тоже получали помощь психолога. В данном случае проводился обычный опрос женщин о домашнем насилии[13] (Bacchus et al. 2010). В 2007 году была проведена оценка. После завершения проекта партнерство не прекратилось: партнеры использовали результаты оценки для повышения качества своей работы.

При проведении оценки были учтены интересы и сотрудников больниц, и потребителей услуг. При оценке использовались следующие методы:

- полуструктурированные опросы потребителей и поставщиков услуг (задавались вопросы, требующие развернутого ответа),
- обсуждения в фокус-группах среди поставщиков услуг,
- анализ историй болезней пациентов,
- анкетирование медицинских работников перед обучением, непосредственно после обучения и спустя шесть месяцев по окончании обучения.

Помимо прочего, оценка выявила следующее:

- Подавляющее большинство участников отметили, что уровень их знаний после тренинга повысился «значительно» или «довольно сильно». В то же время анкетирование, проведенное шестью месяцами позже, выявило ряд факторов в повседневной клинической практике, которые служили помехой при оказании помощи, например, присутствие партнеров или членов семьи во время консультаций, языковой барьер, нехватка времени на прием в заполненных посетителями клиниках или нежелание некоторых женщин довериться медицинским работникам.
- Совместное обучение специалистов родильных отделений и сотрудников служб сексуального здоровья не дало результата в основном потому, что представителям служб сексуального здоровья требовались особые умения, не включенные в программу тренинга, например, работа с пациентами мужского пола, подвергавшимися домашнему насилию.
- Оказалось, что службы материнского и сексуального здоровья не являются отправными точками, с которых начинается предупреждение домашнего насилия. Наоборот, некоторые женщины-пациентки этих служб рассказывали о том, что в течение длительного времени подвергались насилию со стороны своих партнеров. Таким образом, выяснилось, что эти организации скорее являются благоприятной возможностью для пострадавших от насилия на разных стадиях обратиться за помощью и получить ее.
- Доверие и деликатность со стороны медиков были положительно оценены пациентами в ситуациях, когда они сомневались, сообщать ли о насилии. Это подтверждается словами одной из пациенток службы охраны материнства (31 год): «*...я была вся в слезах, а она заметила синяки у меня на руке... и начала задавать вопросы, а я сказала, что у меня все в порядке. А она сказала: «Мне вы можете рассказать, что случилось», – и она продолжала спрашивать, пока я не рассказала ей*».
- Пострадавшие от насилия сообщили, что поддержка MOZAIC послужила толчком к переоценке их личной ситуации и приобретению уверенности в своей способности изменить ее. Они смогли что-то попробовать сделать для себя, например, временно уехать от агрессивного партнера, связаться с полицией, обратиться за юридической помощью. В то же время, на их способность принимать решения повлияли качество и доступность альтернативных возможностей, таких как наличие жилья и финансовой помощи, а также сложности положения иммигранта.
- Оценка выявила также потенциальные источники угроз в клинической практике, например, негативное или стереотипное отношение со стороны медиков, неумение правильно документально оформить случаи насилия или нарушение конфиденциальности.

Источник: Bacchus et al. 2010

13 Клинические и руководящие принципы ВОЗ 2013 г. не рекомендуют проводить обычный опрос, но этот метод может рассматриваться в случаях охраны материнского здоровья (см. гл. 3.1.1)

5.3.Этические критерии оценки мер, направленных против гендерного насилия

Сбор данных по таким щекотливым темам как гендерное насилие часто поднимает ряд **этических вопросов и опасений по поводу безопасности.** Это особенно характерно для случаев, когда проводится опрос пострадавших от насилия. В центре внимания всегда должны находиться следующие моменты: гарантия безопасности респондентов, которые часто живут со своими обидчиками; защита конфиденциальности, поскольку ее нарушение может повлечь за собой новое нападение агрессора; обеспечение такой обстановки при опросе пострадавших, в которой они не испытывают страданий из-за дискриминации. Неизбежный риск при сборе информации для мониторинга и оценки может быть оправдан, только если опрос используется для предоставления информации о доступных услугах, и если его результаты используются для привлечения внимания общественности к проблеме и повышения качества услуг для женщин, испытавших насилие. **Полное понимание риска, этических проблем и реальной обстановки позволят свести к минимуму опасность и риск повторной травматизации участников. Кроме того, в такой ситуации выше вероятность, что женщины предоставят актуальную и точную информацию, и службы поддержки получат отзывы о своей работе.**

Рекомендации, перечисленные ниже, основаны на Руководстве ВОЗ для проведения опроса с женщинами-жертвами торговли людьми и Рекомендациях по этике и безопасности исследований в области насилия в отношении женщин и адаптированы в соответствии с данным контекстом. Здесь нет явного описания рисков и обязательств при опросе девушек-подростков, хотя многие из принципов подойдут к данной ситуации. Рекомендации нужно использовать параллельно с существующими профессиональными стандартами, применимыми к проводимой работе.

Вставка 28: Принципы этики и безопасности

1 **Безопасность и благополучие** респондентов и персонала превыше всего, поэтому во всех решениях нужно, в первую очередь, руководствоваться этим принципом.

2 Большая часть получаемой информации будет иметь очень личный характер. Защита **конфиденциальности** крайне важна, чтобы гарантировать безопасность женщин и качество данных. Вместо личных имен в анкетах нужно использовать уникальные коды.

3 Обстановка при проведении опроса должна гарантированно исключать **любую вероятность причинения участникам страданий**. Респонденты должны всегда иметь возможность прервать опрос или не отвечать на определенные вопросы. При озвучивании вопросов о насилии и его последствиях важно демонстрировать поддержку и не выказывать осуждения. Кроме того, необходимо позаботиться о том, чтобы вопросы анкеты не заставили респондента думать, что его осуждают, обвиняют или считают его действия позорными.

4 Очень важно **внимательно слушать и относиться с уважением** к тому, как каждая женщина оценивает свою ситуацию и угрозы своей безопасности. Нужно понимать, что у каждого человека есть свои страхи, и то, как он их представляет, может отличаться от того, как их могут оценивать другие.

5 Отбор **сотрудников**, проводящих опросы, нужно проводить очень внимательно и обеспечивать их специальную подготовку и постоянную поддержку. Таких сотрудников нужно обучать, как определить и преодолеть собственные предубеждения, страхи и стереотипы в отношении женщин, пострадавших от насилия.

6 В идеале, мониторинг и оценка полностью отделены от управления и реализации проекта. Однако на медработников может быть возложена **двойная задача:** опрос женщин для сбора информации - в этом случае в центре внимания находятся мониторинг и оценка, - и психологическая помощь женщинам. Поэтому по возможности рекомендуется работать вдвоем, тогда один сотрудник может задавать вопросы, а второй при необходимости – оказывать психологическую помощь.

7 **Полученные данные** должны быть правильно интерпретированы и использованы для повышения уровня (организационных) стратегий и практических действий. В контексте мониторинга и оценки собранные данные нужно использовать для повышения эффективности работы организаций по противодействию насилию в отношении женщин.

Источник: WHO 2003a

5.4.Мониторинг и оценка на разных стадиях реализации меры вмешательства

5.4.1. Цикл реализации меры вмешательства

Проводить мониторинг и оценку нужно на всех стадиях меры вмешательства, от планирования до реализации и далее. На рисунке 12 показаны разные этапы работы, основанные на концепции проектного цикла. Эту концепцию можно применять и к другим мерам вне рамок проекта, например, более крупномасштабным действиям в учреждениях здравоохранения, сообществах и на уровне правительств.

Рис. 12: Пять этапов проектного цикла



Этап 1 - это **стадия предварительной оценки**. Ситуацию надо проанализировать, выделить проблемы в сфере охраны здоровья и прав человека и сосредоточить на них внимание.

Этап 2 — это стадия **стратегического планирования**. Стороны, участвующие в реализации проекта, определяют цели, которых стремятся достичь в процессе предлагаемых мероприятий. Для этого исполнители должны быть уверены в том, что получили всю возможную информацию, необходимую для принятия решений относительно распределения финансов и усилий для достижения намеченных целей. На этом этапе закладывается основа для проведения мониторинга и оценки, и эти подходы необходимо прописать и распланировать.

Этап 3 — это **стадия разработки проекта**. Мера вмешательства может быть создана с нуля или быть уже существующим проектом, программой или стратегией, которые нужно пересмотреть или адаптировать для достижения определенных целей. На этом этапе нужно ответить на следующие вопросы: Какие стратегии нужно использовать в ходе реализации проекта для достижения поставленных целей? Мониторинг и оценка могут включать в себя пилотное тестирование и оценку эффективности и пригодности альтернативных методов предоставления услуг, например, методы ранней диагностики или эффективные механизмы перенаправления.

Этап 4 — это **стадия реализации и мониторинга**. На этом этапе сотрудники организаций-исполнителей начинают реализацию действий. Они могут изменять их в соответствии с обстоятельствами, решать возникающие проблемы и совершенствовать проект до тех пор, пока он не начнет работать безотказно. Нужна информация о том, как идет работа, и как можно повысить ее качество: в какой степени выполнение действий соответствует планам? Насколько различается реализация действий на разных объектах? Как можно повысить результативность и эффективность действий?

Заключительный этап 5 — это **стадия итоговой оценки**. Проект реализован, теперь нужна информация о том, насколько достигнуты его основные цели. Для успешного мониторинга и оценки стратегическое планирование и разработка стратегии мониторинга и оценки должны быть неразрывно связаны.

Хотя система мониторинга и оценки должна быть сформирована на этапе стратегического планирования и проектирования, оценка, в отличие от мониторинга, который ведется непрерывно на протяжении всего периода реализации, проводится в определенные моменты проектного цикла.

» **Оценка в начале стадии планирования** (известна как предварительная оценка): в центре внимания здесь находится оценка запланированных действий на соответствие требованиям, выполнимости, потенциального эффекта или ожидаемых положительных результатов. Оценка – это как бы еще одно мнение о жизнеспособности проекта. На этом этапе проверяют, оценены ли должным образом потребности сторон, достаточно ли разработаны стратегии и планы. В контексте деятельности сектора здравоохранения по противодействию насилию предварительная оценка может оценивать частоту и виды насилия, национальные стратегии, механизмы сотрудничества и направления клиентов к другим специалистам, а также сопоставлять запланированные стратегии меры вмешательства с международным положительным опытом.

» **Промежуточная оценка (после реализации половины мероприятий или в другое время):** здесь в центре внимания находится наблюдение за ходом и реализацией проекта и выявление изменений в окружающей обстановке, способных повлиять на его результативность. Оценка включает в себя сбор и анализ данных по показателям, чтобы выяснить, в какой степени проект достигает ожидаемых результатов. Иногда промежуточная оценка проводится для выяснения причин необычного явления (например, данные мониторинга показали тревожную или чем-то примечательную тенденцию). Например, новая инициатива сектора здравоохранения, направленная против насилия, привела к повышению числа сообщений о случаях насилия. Промежуточная оценка может помочь медикам выяснить, является ли это явление следствием распространения информации и доступности консультационных услуг или же на самом деле чаще совершается насилие. В последнем случае необходимо изменить стратегию (например, больше внимания уделять мерам профилактики). В ходе оценки также можно понять, какие изменения необходимо внести в работу, чтобы сократить число случаев насилия, о которых поступают сообщения в соответствующие органы.

» **В конце реализации проекта** (также известна, как заключительная оценка): на этом этапе рассматривается полный цикл вмешательства: история вопроса, цели, результаты, деятельность и затраты. При оценке определяют, насколько удачно реализован проект в точки зрения ожидаемых результатов, насколько устойчивыми кажутся эти результаты, и какие факторы привели к таким результатам. В этом случае должны быть оценены все критерии, согласованные на международном уровне (см. гл. 5.1.1, рис. 11).

По возможности оценка должна стать также учебным мероприятием. К этому можно прийти, организовав, например, семинары для всех участников с целью обобщить информацию, обсудить основные выводы и опыт, полученные в ходе оценки.

5.4.2. Разработка и реализация оценки — этапы и принципы

При планировании оценки должны быть учтены следующие этапы:

Подготовка технического задания на проведение оценки: определение предмета и целей оценки, обозначение источников данных, выбор методологии и средств связи, отбор членов команды, осуществляющей оценку, и разработка рабочего плана и бюджета.

Проектирование оценки: изучение меры вмешательства и необходимых данных, выбор основного предмета оценки и ключевых вопросов, отбор соответствующих методов сбора данных и анализа и информирование о результатах.

Выполнение оценки: сбор и анализ данных, изучение результатов и отчетность.

Деятельность по результатам оценки: составление плана действий в зависимости от результатов оценки, мониторинг его выполнения и управление всей последующей деятельностью или изменениями.

Вот несколько ключевых принципов, которые должны применяться при проектировании и реализации оценки.

- **Свободный и открытый процесс оценки.** Оценка должна проводиться независимо от управления и реализации проекта. Все шаги оценки должны быть частью прозрачного процесса. Для повышения доверия и прозрачности в оценке должны участвовать независимые эксперты, процесс привлечения которых должен быть полностью открытым. Смешанные команды внешних и внутренних оценщиков могут положительно повлиять на доверие к результатам внутри организаций и содействовать обучению и положительной культуре организаций в области **мониторинга и оценки.**
- **Этика оценки.** Оценка должна проводиться непредвзято и честно. Все стороны, которые наблюдают за проведением оценки, управляют процессом и осуществляют оценку, должны уважать права человека, культурное многообразие, традиции, религиозные убеждения и отправления религиозных обрядов.
- **Партнерство и взаимная ответственность.** По-видимому, партнеры ощущают возросшую ответственность и изъявляют готовность извлекать уроки из оценки, когда сами являются активными процесса оценки. Следовательно, чтобы повысить ответственность и надежность, добиться более эффективного использования и построить отношения взаимной ответственности, нужно применять метод партнерства на ранних стадиях процесса оценки. Это, например, означает, что разные организации, затронутые проблемой или работающие над ней, например, эффективно выявляющие жертв насилия, также должны получить возможность высказаться до, во время и после завершения процесса оценки. Оценка, поведенная в партнерстве с другими заинтересованными сторонами, повышает степень понимания, обучения и применения рекомендаций.
- **Координация и унификация.** Координация целей оценки проводится для того, чтобы снизить операционные издержки, способствовать укреплению партнерства, усилить взаимную отчетность и унифицировать требования. Таким образом, по возможности, при оценке нужно принимать во внимание национальные и местные планы оценки и соответствующую деятельность и стратегии; в тех случаях, когда это уместно, оценка должна основываться на них и рассматривать их, как мобилизующие благоприятные возможности.

- **Наращивание потенциала.** По необходимости потенциал учреждений здравоохранения должен стимулировать ответственность и принятие процесса и результатов и содействовать повышению уровня знаний в организации. Нужно подчеркнуть, что оценка способствует повышению знаний и накоплению опыта.
- **Гарантия качества.** За обеспечение качества несет ответственность команда, отобранная для проведения конкретной оценки. В договоре с группой экспертов, выполняющей процесс оценки, необходимо предусмотреть обеспечение качества. Это замечания по запланированным методам оценки, перекрестная проверка данных и разработка связного и удобочитаемого отчета, который содержит информацию об извлеченных уроках и соответствующие рекомендации.

Источник: OECD-DAC 2010

5.5.Методы оценки

Многие методы мониторинга и оценки основаны на линейных **моделях причинно-следственных связей.** Эти модели имеют целью логически связать вложенные ресурсы и деятельность с результатами и конечными продуктами, а также **связать изменения** с реализованными мерами вмешательства. Одной из наиболее выдающихся моделей является логико-структурный подход (описан ниже). Сила этого подхода состоит в том, что он придает прозрачность положениям, положенным в основу проекта. Кроме того, он позволяет всем сторонам, задействованным в проекте, получить единое понимание логической основы проекта (т. е. связи между вложенными ресурсами, деятельностью и результатами). Однако такие линейные модели имеют и свои ограничения, в частности, когда речь заходит о такой теме, как насилие в отношении женщин. Иногда логическая структура не позволяет отобразить все сложности реального мира и вклад разных участников в реализацию запланированных изменений.

Таким образом, при разработке рамок мониторинга и оценки работники сектора здравоохранения могут заинтересоваться альтернативными методами. Три основных альтернативных подхода — это **метод наиболее значимых изменений, картирование результатов** и **метод заряженной батареи для определения качества жизни.** Эти методы сосредоточены на вкладе участников в изменение ситуации, но не связывают изменения только с участием одного какого-нибудь лица (отнесение). Более того, они не работают с предопределенным набором показателей, но стремятся быть более гибкими в измерении достигнутого эффекта.

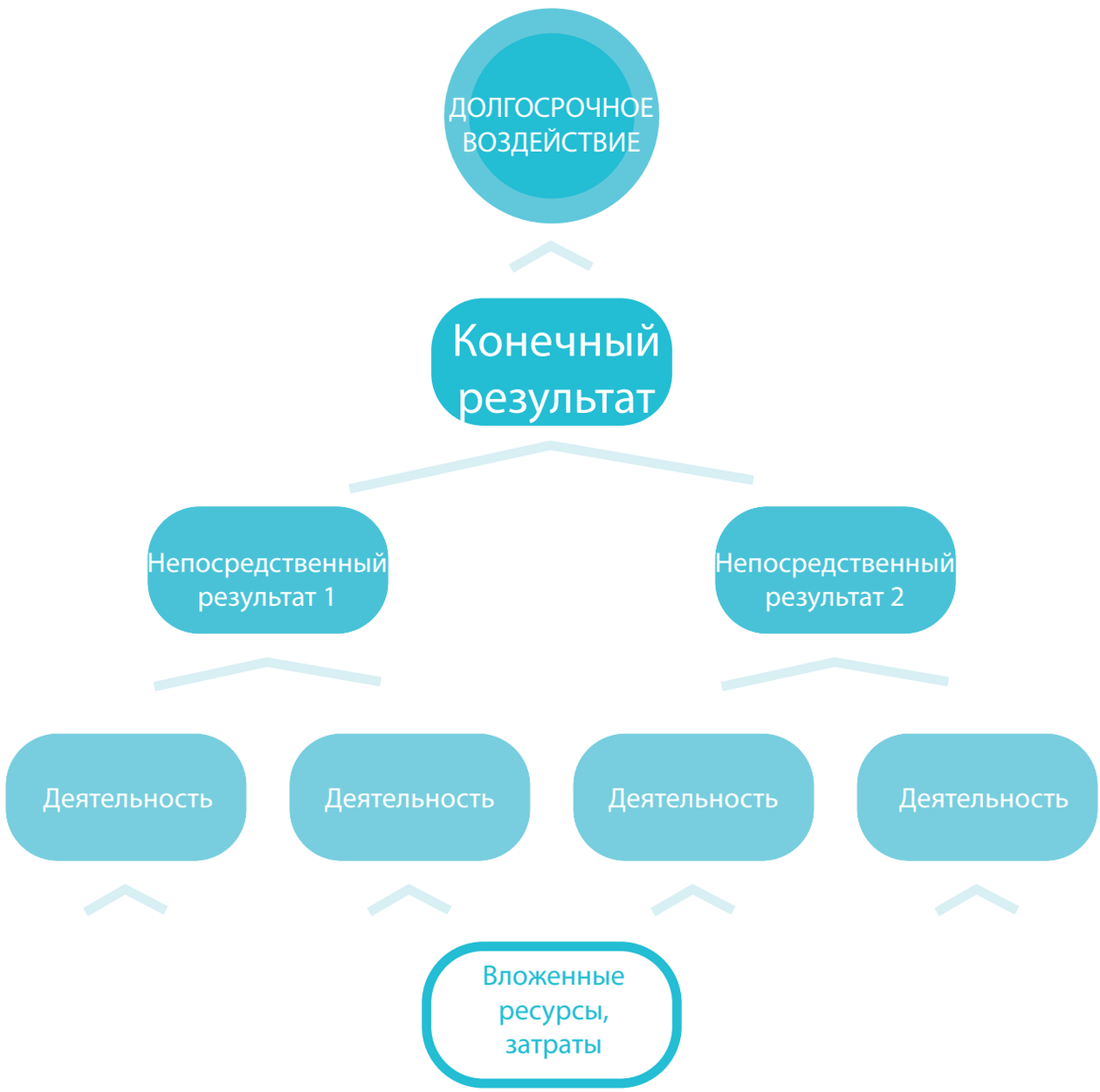
Рекомендуется принимать в расчет преимущества и недостатки различных методов и там, где это уместно, **адаптировать и комбинировать методы так, чтобы они** полнее отвечали нуждам соответствующих проектов и условиям их реализации.

5.5.1. Логико-структурный подход

Логико-структурны подход (ЛСП) — это инструмент управления, используемый на этапах проектирования, мониторинга и оценки проектов международного развития. **Логическая структура объединяет все ключевые компоненты проекта, программы, стратегии или другой меры вмешательства.** Присутствие всех ключевых компонентов проекта в систематическом, точном и последовательном виде помогает прояснить и показать, как должен работать проект. А точнее, он может помочь связать действия с различными уровнями результатов (целей, конечных результатов и непосредственных результатов). ЛСП может прояснить и разделить эти различные уровни результатов для четкого различия между затратами, деятельностью, полученными результатами и задачами (см.рис.13). Для достижения четкого понимания всеми участвующими сторонами настоятельно рекомендуется совместно разработать логическую

структуру и обсудить все предположения и возможные риски. Документ в дальнейшем послужит в качестве рекомендации для всех сторон и сотрудников, участвующих в реализации проекта.

Рисунок 13: Логическая модель



Источник: WAVE, на основе OECD-DAC 2009

Логическая структура представляет собой таблицу четыре на четыре. Четыре строки используются для описания четырех различных типов результатов, являющихся целью проекта: **задачи, долгосрочные результаты, непосредственные результаты** и **виды деятельности** (OECD-DAC 2009). **Задачи —** это общие результаты, достижению которых должна содействовать реализация проекта, например, более качественное обслуживание пострадавших от насилия женщин или снижение показателей повторных случаев насилия. **Конечные результаты —** это краткосрочный и среднесрочный эффект достигнутых в результате выполнения проекта непосредственных результатов, например, повышение уровня знаний среди медицинского персонала. **Непосредственные результаты —** это продукты и услуги, созданные в результате реализации проекта, например, курс обучения или стандарты для сектора здравоохранения. Конечные и непосредственные результаты должны быть ясными, простыми и содержать только одну идею. О том, как сформулировать результаты, можно прочитать в документе UNFPA 2011b.

В четырех колонках содержится разнообразная информация о результатах каждого ряда. Первая колонка — это **описание.** Во второй перечисляются **объективно проверяемые индикаторы (ОПИ)** этих вмешательств. В третьей колонке описаны способы проверки (СП), т. е. источник получения объективных данных, например, национальная статистика, оценка обучения, опросы. В четвертой колонке содержатся **прогнозы или предположения.** Это внешние факторы, которые, как считается, могут влиять (положительно или отрицательно) на события, описанные в первой колонке. Перечень предположений должен включать те факторы, которые потенциально могут повлиять на успешность проекта, но не могут напрямую контролироваться руководством проекта. При правильной разработке вмешательства проектировании должна быть возможность обосновать предположения, особенно те из них, которые с большей вероятностью могут вызвать негативные последствия.

Логическая структура обычно разрабатывается сверху вниз (**направление размышлений), а** затем в ходе мониторинга оценивается снизу вверх (**направление действия).**

Таблица 13: Примерная логическая структура вмешательства в области сексуального и репродуктивного здоровья, направленного против гендерного насилия

Описание	Индикаторы	Способ контроля	Предположения
Цель: улучшить положение жертв гендерного насилия в стране X			
Результат 1: Усиление потенциала организаций-участниц по предоставлению услуг жертвам гендерного насилия в рамках существующих служб сексуального и репродуктивного здоровья	• Изменение знаний, отношения и практики работы медиков в отношении гендерного насилия • Изменение инфраструктуры, организационных стратегий и ресурсов • Процент поставщиков, способных идентифицировать жертву гендерного насилия и дать соответствующее направление (внутреннее и внешнее) по типам персонала • Число женщин, получивших помощь, имеющую отношение к проблеме гендерного насилия, по типам услуг • Восприятие клиентом услуг, предоставленных организацией	• Опрос поставщиков услуг • Документ с описанием медучреждений • Статистика услуг • Обсуждения в фокус-группах с сотрудниками • Итоговый опрос клиентов	• Организации заинтересованы в повышении своего потенциала и предоставляют время и место для реализации мер, направленных на повышение потенциала.

Результат 2: Повышение информированности поставщиков услуг в сфере репродуктивного здоровья об эффективным мерах решения проблемы гендерного насилия	• Изменения знаний, убеждений, отношения к проблеме гендерного насилия среди медицинского персонала • Руководства, ресурсы, стандарты разработаны, протестированы на практике и реализованы • Извлечены, задокументированы и распространены уроки и выводы	• Подробные опросы медперсонала • Документы организаций • Комментарии по материалам ведомственного этического комитета	• Сотрудники сектора здравоохранения готовы работать с проблемой гендерного насилия.
Непосредственные результаты, связанные с результатом 1: Усиленный организационный и индивидуальный потенциал в сфере борьбы с гендерным насилием	• Увеличен индивидуальный потенциал • Созданы организационные механизмы и кодекс поведения	• Оценки обучения • Документация организационных механизмов	• Финансовые средства не ограничивают возможность расширения обслуживания
Непосредственные результаты, связанные с результатом 2: Информационные материалы доступны и протестированы поставщиками услуг	• Руководства, ресурсы, стандарты разработаны, протестированы на практике и реализованы • Извлечены, задокументированы и распространены уроки	• Руководства, инструменты и оценки тестирования • Публикации об опыте и выводах и перспективных практиках	• Лучшая информированность ведет к более качественному обслуживанию
Деятельность по результату 1: Оценка потребностей в обучении Разработка учебных программ Проведение тренингов Разработка кодекса поведения Создание механизмов сотрудничества Совместные встречи для обсуждения механизмов сотрудничества среди руководителей соответствующих заинтересованных сторон			
Деятельность по результату 2: Оценка информационных пробелов у поставщиков услуг Оценка имеющихся материалов Разработка и предоставление информационных материалов Разработка механизмов перенаправления Выработка перспективных методов и извлечение уроков Проведение межведомственной конференции по проблеме гендерного насилия			

Следующий перечень содержит **примеры результатов мер вмешательства для прекращения гендерного насилия.** Хотя руководители проектов могут пожелать использовать эти примеры при постановке результатов, нужно помнить о том, что запланированные результаты нужно разрабатывать в соответствии с обозначенными потребностями.

☐ Поддержка правовых и организационных структур:

» Приведение национального законодательства в области гендерного насилия в соответствие с международными стандартами в области прав человека
» Уточненные процедуры применения механизмов национального реагирования на проблему
» Ввод в действие национальных механизмов перенаправления пострадавших от насилия для лечения
» Совершенствование структур помощи жертвам насилия и их реабилитации
» Гарантия финансовой поддержки качественного медицинского обслуживания для пострадавших от насилия

☐ Профилактика:

» Повышение информированности медработников, учителей и социальных работников о проблеме насилия в отношении женщин
» Доля населения, охваченного профилактической информационной кампанией против насилия в отношении женщин
» Повышение уровня знаний о видах насилия среди населения региона
» Организация горячей линии для распространения информации о службах поддержки
» Доля девушек, способных отказаться от половой активности
» Повышение частоты раннего задержания агрессоров

☐ Защита и поддержка:

» Усиление защиты жертв насилия
» Усовершенствование стандартов выявления пострадавших и работы с ними
» Усиление правовых механизмов защиты пострадавших
» Доля учреждений здравоохранения, где работает, по меньшей мере, один сотрудник, прошедший подготовку для работы с жертвами насилия
» Усовершенствование методов работы с несовершеннолетними жертвами насилия
» Увеличение числа пунктов помощи жертвам насилия
» Расширенное и комплексное обслуживание (медицинские, юридические, социальные) для жертв насилия
» Доля людей, которые могут помочь женщине, которую избивает партнер
» Доля жертв изнасилования, которые получили комплексную медицинскую помощь

☐ Привлечение к ответственности:

» Укрепление правовой системы для преследования виновных в совершении насилия
» Увеличение числа случаев передачи в суд дел о домашнем насилии
» Увеличение числа сообщений в соответствующие органы о случаях насилия.

Для реализации логико-структурного подхода необходимы индикаторы, на основе которых можно будет определить, достигнуты ли запланированные результаты. Показатели должны следовать логике мер вмешательства (конечные, непосредственные результаты). Кроме того, они обеспечивают специфический, поддающийся измерению и наблюдению параметр, который показывает, как изменяется или развивается проект с точки зрения достижения целей, например, сокращения частоты случаев домашнего насилия. Выбор индикаторов определит, каким образом будут собираться, интерпретироваться и распространяться данные. Индикаторы должны быть максимально разделены на составные части (мужчины/женщины, возраст, сельское/городское население, этническая принадлежность...). Даже если сам индикатор не разделен на части, необходимо произвести разбивку собранных данных, чтобы оценку можно было проводить в сопоставлении с конкретными группами населения.

Индикаторы должны соответствовать определенным критериям качества». Необходимо удостовериться, что показатели соответствуют критериям «SMART» и «SPICED»:

Вставка 29: Показатели SMART и SPICED

Показатели SMART

Specific and simple (конкретные и простые): Необходимо обозначить конкретные мероприятия или действия, которые будут реализованы

Measurable (измеряемые): Необходимо определить количество ресурсов, деятельность или изменения, которые должны быть затрачены и достигнуты

Appropriate and achievable (целесообразные и достижимые): Логически связаны с общей постановкой проблемы и желаемым результатом мер вмешательства

Realistic (реалистичные): Обеспечить реалистичность проекта: то, чего можно достичь, имея доступные ресурсы, и планы реализации

Time-bound (с четко установленными сроками): Указать сроки достижения поставленных целей

Индикаторы SPICED

Subjective (субъективные): Учитывайте особое положение позицию или опыт источников, которые позволяют им получать уникальную информацию

Participatory (участие): Показатели разрабатывайте совместно с теми, кто лучше всего может их оценить

Interpreted and communicable (интерпретированные и поддающиеся распространению): Определяйте точное значение каждого индикатора, поскольку в разных контекстах он может иметь разное значение

Cross-checked and compared (перепроверенные и сопоставленные): Оценивайте правильность оценки путем перепроверки и использования разных источников информации, методов и исследователей

Empowering (Расширение возможностей): Процесс определения и оценки индикаторов должен сам по себе расширять возможности групп и отдельных лиц, чтобы они смогли критически осмыслить меняющуюся ситуацию

Diverse and disaggregated (разнообразные и с разбивкой на части): Необходимо прикладывать усилия для поиска различных показателей из ряда групп, особенно групп мужчин и женщин. Информацию нужно регистрировать таким образом, чтобы эти различия можно было оценить в долгосрочной перспективе.

Источник: MDF 2005

В целом, сочетание количественных и качественных показателей поможет отобразить планируемые изменения наиболее адекватно и позволит провести триангуляцию полученных данных. Описанные далее показатели — это примеры, которые можно использовать в практической работе. Однако источники и основные данные или проценты являются примерными и должны быть доказаны достоверными данными конкретной ситуации или заменены ими. Помните, что индикаторы, будь то качественные или количественные показатели, должны быть сопоставимы с указанными в проекте конечными результатами.

☐ **Количественные индикаторы — это статистические критерии.** Они помогают измерить результаты с помощью (ICMPD 2010):

» **Цифр**…например: число жертв насилия, ежегодно получавших помощь в специализированных учреждениях здравоохранения, выросло с 78 (исходные данные 2012 года) до 100 человек (к концу 2015 года) (источник: статистика НГО).

» **Процентов**… например: число звонков на горячую линию выросло на 25% к концу 2015 года (источник: статистика горячей линии). Или: число случаев домашнего насилия, переданных в суд, выросло на 20% в 2014 году (источник: статистика Министерства юстиции, по данным 2012 года). Или: доля учреждений здравоохранения, которые задокументировали и приняли стандарт клинического ведения жертв насилия в отношении женщин и девочек (источник: статистика Министерства здравоохранения).

» **Пропорций**… например: доля жертв повторного насилия снизилась на 25% в период с 2012 до 2015 года (источник и исходные данные 2012 года: статистика учреждений здравоохранения и полиции). Или: доля женщин, которым задавали вопросы о физическом и сексуальном насилии во время посещения ими учреждений здравоохранения.

☐ **Качественные показатели** отображают людские суждения, мнения, восприятие и отношение к данной ситуации или предмету. Они могут измерять изменения в восприятии, удовлетворенности, влиянии, осведомленности, понимании, отношении, качестве, диалоге или чувстве благополучия. Качественные показатели измеряют результаты с точки зрения (ICMPD 2010):

» **Соблюдения международных/национальных стандартов, законодательства, процедур и пр**. Например, национальная правовая база в отношении гендерного насилия соответствует подписанным конвенциям и стандартам к 2015 году (источник: независимые отчеты)

» **Качества**… например: 80% опрошенных (потенциальных) жертв оценивают качество предоставленного медицинского обслуживания как достаточное и соответствующее особенностям их пола и возраста (источник: опрос о качестве). Или: в 2017 году 80% жертв были удовлетворены полученной от разных органов помощью (источник: проведенный опрос о качестве). 80% женщин, охваченных программами реабилитации, оценили программы, как соответствующие их нуждам (источник: анкетирование).

» **Уровня**… например: Уровень знаний о гендерном насилии среди участников тренингов повысился (источник: анкетирование). Или: уровень координации между соответствующими сторонами (представителями государственных и общественных организаций) в деятельности, направленной против насилия, повысился (источник: расписание регулярных заседаний и протоколы, опрос мнений среди участвующих сторон). Или: информированность населения о деятельности правительства в области борьбы с насилием повысилась (источник: опросы и число загрузок отчетов по мониторингу).

» **Степени**… например: Степень регулярного совместного анализа результатов мониторинга значительно возросла к концу 2011 года (источник: анонимное анкетирование участвующих сторон). Степень соблюдения правил опроса пострадавших возросла к концу 2011 года (источник: отчеты полиции, протоколы опросов, исходные данные 2010 года). Степень участия НПО в национальных мерах, направленных против торговли людьми, значительно возросла к концу 2011 года (источник: опрос, проведенный среди НПО). Рекомендации по разработке индикаторов можно найти в документе UNFPA 2011b.

Описываемое ниже исследование, проведенное в России, показывает на примере, как сочетать качественные и количественные индикаторы для проведения оценки (Вставка 30).

Вставка 30: Исследование, проведенное организацией “Врачи детям” в России

В Санкт-Петербурге разные организации использовали различные количественные и качественные данные для оценки эффективности своей работы. Таким образом, была создана совместная модель идентификации пострадавших от домашнего насилия в учреждениях здравоохранения. Сегодня, если в процессе скрининга выявляется жертва домашнего насилия, ее отправляют к специалистам, затем снабжают номерами телефонов ближайших кризисных центров и информацией об услугах психологов. Для оценки эффективности перенаправления были собраны данные по количеству выявленных жертв насилия и количеству тех из них, кто обратился в кризисный центр после получения соответствующей информации.

Затем данные были проанализированы в соответствии со следующей формулой: **E = (B/A) x 100%.**

Где
E – это эффективность выявления жертв и мер вмешательства;
B – это число женщин, пострадавших от насилия, которые были выявлены в процессе скрининга;
A – это число тех из них, которые обратились в кризисный центр за получением дополнительной помощи.

В данном случае для того, чтобы показатель перенаправления считался удовлетворительным, эффективность должна составить не менее 70%.

Например, в течение месяца медработниками были выявлены 70 жертв домашнего насилия. Были приняты меры вмешательства, и пострадавшие получили информацию о кризисных центрах. В течение того же месяца 50 женщин обратились в кризисный центр после того, как им была оказана помощь в медучреждении. На основании вышеприведенной формулы эффективность в данном случае может быть оценена следующим образом:

Показатель	Кол-во
A. Число выявленных жертв	70
B. Число пострадавших, которые впоследствии обратились в кризисный центр	50
E. Эффективность: 50/70 x 100% = 71%.	

Поскольку показатель E превышает 70%, в данном примере целевой показатель процента перенаправления будет считаться эффективным.

Источник: информация предоставлена Национальным центром по предотвращению насилия «АННА», Россия 2011 г.

5.5.2. Метод наиболее значимых изменений

В этом разделе предлагается обзор метода наиболее значимых изменений. Данная публикация не ставит своей целью дать полное описание этого метода, поэтому здесь предлагается общее введение в данный метод. За более подробной информацией читатели могут обратиться к изданию Davies/Dart 2005, которое также является основным литературным источником данного раздела.

“Метод наиболее значимых изменений — это форма коллективного мониторинга и оценки. Она является коллективной, поскольку многие участники проекта вовлечены как в процесс выбора видов изменений для регистрации, так и в анализ данных. Это форма мониторинга, поскольку происходит на протяжении всего цикла программы и дает информацию, которая полезна в управлении программой. Этот метод полезен для проведения оценки, поскольку обеспечивает данные о воздействии и результатах, которые можно использовать для оценки результативности программы в целом” (Davies/Dart 2005).

Фактически, процесс включает в себя **сбор историй о значительных изменениях** из каждодневной практики. На начальной стадии назначенные сотрудники и заинтересованные стороны получают задание «обнаружить» эффект принятых мер вмешательства. Как только изменения были выявлены, соответствующие стороны и сотрудники начинают вместе зачитывать истории вслух и регулярно и подробно обсуждать ценность изменений. Затем группы назначенных заинтересованных лиц принимают

участие в **систематическом отборе наиболее значимых из этих историй.** Если техника применена успешно, команды медработников или социальных работников сосредотачивают внимание на воздействии мер вмешательства, а не только на понесенных затратах.

В отличие от логико-структурного подхода данная техника **не работает с предопределенными показателями,** особенно такими, которые нужно исчислять или измерять. Эта техника задает следующий основной вопрос: **«Оглянувшись на несколько месяцев назад, какое изменение вы бы назвали самым значимым?»**

Техника обычно состоит из **десяти шагов;** однако в нее можно вносить изменения для соответствия конкретному контексту:

1. Пробудить и повысить интерес среди ключевых участников
2. Обозначить область, в которой произошли изменения
3. Определить отчетный период
4. Собрать истории о наиболее значимых изменениях
5. Отобрать среди них наиболее интересные истории
6. Дать комментарий по результатам отборочного процесса
7. Заверить подлинность историй
8. Определить количество историй
9. Провести повторный анализ и мета-мониторинг
10. Переработать систему

На первом этапе данной методики обычно **представляют саму технику** ряду заинтересованных лиц с тем, чтобы заинтересовать их и получить их согласие участвовать. Второй шаг – **определить область, в которой происходят** изменения, которые будут подвергнуты мониторингу. В данном случае, это изменения в результате мер, направленных против насилия в отношении женщин. Отобранные участники на данном этапе выделяют направления, в которых происходят изменения (например, улучшенный доступ к медицинскому обслуживанию для пострадавших от насилия или лучшие механизмы перенаправления). Третьим шагом будет обозначение того, **как часто нужно отслеживать** изменения, имеющие место по данным направлениям.

Истории о значительных изменениях собирают те, кто напрямую участвует в проекте, например, участники и сотрудники на местах. Для этого задается простой вопрос, например: *«Какие, по Вашему мнению, произошли наиболее значимые изменения для участников проекта за последний месяц?»* Изначально респонденты сами решают, поместить ли их истории в какую-либо категорию (например, повышенная информированность, лучшее перенаправление, усовершенствованные услуги). В дополнение к этому, респондентам предлагается рассказать о том, почему они считают какие-то конкретные изменения наиболее значимыми.

Далее **истории анализируются и отфильтровываются** на различных уровнях руководителей данной организации или проекта. На каждом иерархическом уровне проверяется серия полученных от нижнего уровня историй и выбирается единственный наиболее значимый случай изменений в каждой сфере. Затем каждая группа посылает отобранные истории на следующий уровень иерархии проекта, таким образом, число историй уменьшается в ходе

систематического и прозрачного процесса. Как только истории отбираются, критерии их отбора документируются и распространяются среди всех заинтересованных сторон, и так каждый последовательный этап сбора и отбора историй будет основан на комментариях, собранных на предыдущих этапах. Организация эффективно фиксирует и регулирует направление дискуссии и, соответственно, реализации.

После применения этого процесса в течение, например, года, руководством организации самого верхнего уровня составляется сборник избранных историй для каждого направления. Причины отбора именно этих историй также должны быть упомянуты. Доноров проекта просят оценить истории и отобрать те из них, которые наилучшим образом иллюстрируют результаты, которые они предпочитают финансировать. Их также просят изложить причины их выбора. Эта информация **возвращается обратно** к менеджерам проекта.

Достоверность избранных историй можно проверить, посетив места, где происходили описанные события. Здесь преследуются две цели: проверить, насколько точно и честно были изложены события, и дать возможность собрать более подробную информацию о случаях, которые представляются наиболее значимыми. Если такое посещение происходит после того, как событие произошло, оно также дает возможность увидеть, как развивались события после того, как о случае было написано.

Следующая ступень — это определение количества историй, что можно выполнить в два этапа. Когда случай изменений описывается впервые, наряду с качественной информацией (например, Какие характеристики были упомянуты, чтобы показать такое изменение?) можно включить и количественную (например, как много человек показали, что сотрудничество между разными сторонами, работающими с жертвами домашнего насилия, возросло?). Также возможно дать сравнение между этими показателями, полученными из разных мест и условий. После определения количества следующим шагом будет **мониторинг самой системы мониторинга.** На этом этапе рассматривается, кто принимал участие в деятельности, как они повлияли на содержание, и анализируется, как часто сообщается о разных типах изменений. Последняя ступень — это **переработка** модели отбора наиболее значимых изменений с учетом того, какие уроки были извлечены непосредственно в результате ее использования и при анализе ее использования.

5.5.3. Картирование результатов

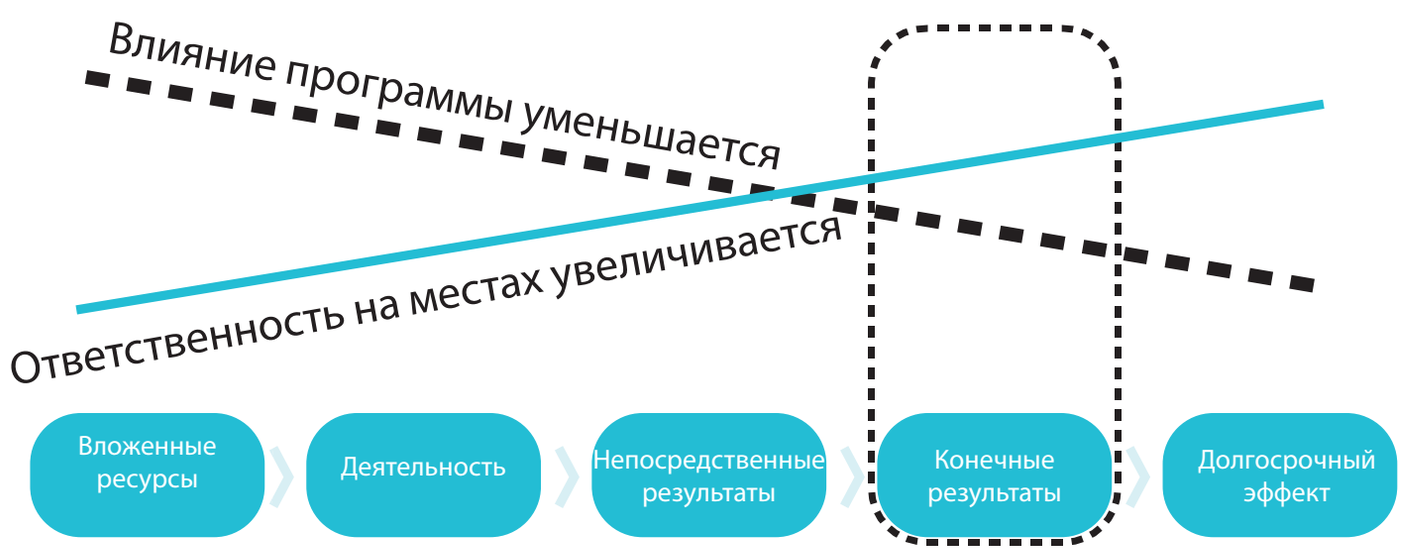
В этом подразделе предлагается обзор метода картирования результатов. Сам метод выходит за границы данной публикации, поэтому здесь и представлено лишь общее введение в данный метод. За более подробной информацией читатели могут обратиться к Patton 2010, который также является основным литературным источником данного подраздела, а также онлайн-платформе Образовательного сообщества картирования результатов (Outcome Mapping Learning Community (www.outcomemapping.ca).

Метод картирования результатов состоит в **определении изменений в поведении людей**, с которыми непосредственно работает данный проект. Примерами таких изменений в поведении могут служить расширение механизмов сотрудничества между центрами здравоохранения и кризисными центрами или повышение уровня знаний о различных формах насилия среди медперсонала. Основная разница между логико-структурным методом и данным подходом состоит в том, что первый учитывает общие цели (например, ликвидацию насилия в отношении женщин), тогда как второй акцентирует внимание **исключительно на тех результатах, которые находятся строго в рамках влияния** конкретных мер вмешательства (например, повышение качества навыков обученных медицинских работников). Таким образом, картирование результатов учитывает только ту деятельность, на которую напрямую повлияли меры вмешательства. Этот метод относится только к одному типу результатов: изменению поведения; он ориентирован на социальное и организационное обучение.

Метод картирования результатов работает со **смежными партнерами,** т. е. теми лицами, группами и организациями, с которыми проект взаимодействует напрямую, и на которых он может оказать влияние. Например, проект в области здравоохранения может поддержать учреждения здравоохранения, чтобы улучшить уровень обслуживания пострадавших от насилия в этих организациях. Чтобы обеспечить также оказание социальных и юридических услуг, учреждение здравоохранения сотрудничает с общественными организациями и представителями госорганов (партнерами). Исходя из подхода картирования результатов, эти партнеры должны сами оценивать собственные услуги вместо того, чтобы полагаться полностью на проект.

Основное предположение картирования результатов состоит в том, что **прямое влияние мер вмешательства уменьшается на каждом уровне запланированных изменений,** как показывает график на рисунке 14. Вместо этого возрастает ответственность каждой из участвующих сторон. Возросшая ответственность участников также рассматривается как предпосылка к устойчивости. Например, меры вмешательства имеют целью усиление механизмов перенаправления. Больница может предоставлять информацию о службах поддержки и направлять пострадавшего от насилия в приют. Однако больница не может дать гарантию, что женщина действительно воспользуется этими услугами, или что предоставленные ей услуги будут соответствовать стандартам больницы. Последнее зависит от поставщиков услуг и от приюта. Следственно, больница будет измерять свое перенаправление, а поставщики услуг сами будут оценивать свои услуги. Как показывает само название, фокус картирования результатов как метода мониторинга и оценки лежит на уровне результата.

Рис. 14: Изменения во влиянии мер вмешательства и ответственность на местах на различных уровнях цепи результатов



Метод картирования состоит из трех этапов, в каждом - двенадцать шагов:

Первый этап — это планирование. Оно помогает обеспечить согласованные взгляды участников на ожидаемые изменений на макроуровне и спланировать стратегии для дальнейшего использования. С этой целью задают четыре вопроса:

- **Почему?** Достижению какой цели будут способствовать меры вмешательства?
- **Кто?** Кто является смежным партнером проекта?
- **Что?** Какие изменения планируются в результате?
- **Как?** Как программа будет содействовать процессу изменений?

Планируемые изменения описываются как результаты, обозначенные в маркерах хода реализации. Маркеры хода реализации определяют изменение поведения смежных партнеров. Эти изменения описаны и измерены на трех уровнях (изменение поведения, которое мы планируем увидеть, изменение поведения, которое мы хотим увидеть, и изменение поведения, которое нам нравится видеть).

Вторая стадия — это мониторинг результатов и качества работы. Эта стадия очерчивает рамки непрерывного мониторинга действий проекта и успехов смежных партнеров в смысле достижения результатов. В большой степени эта стадия основана на систематизированной самооценке. Она предлагает следующие инструменты для сбора данных для элементов, определенных на стадии планирования (цель, миссия, смежные партнеры, маркеры хода реализации): «журнал результатов», «журнал стратегии» и «журнал хода реализации». Журнал результатов используется для отслеживания запланированных результатов и маркеров хода реализации. Журнал стратегии регистрирует изменения в стратегии и деятельности. Журнал хода реализации используется для наблюдения за практической работой организации.

Третья стадия — планирование оценки, помогает определить приоритеты оценки и разработать план оценки.

Следующий пример из практики (Вставка 31) показывает, как метод картирования результатов использовался в проекте, направленном на оздоровление женщин и девочек в сельских районах Индии.

Вставка 31: Оздоровление женщин и девочек в сельских районах Индии

Проект «Сваямсидха», реализованный в течение пяти лет (2000-2005) был направлен на оздоровление женщин и девочек в сельских районах Индии и расширение их возможностей. В проекте приняли участие девять партнерских организаций в шести штатах. Финансирование проекта осуществляли совместно Канадское агентство международного развития (CIDA) и Центр исследования международного развития (IDRC). Проект должен был охватить 75 деревень и принести пользу женщинам из местных организаций и членам их семей. Цель проекта — способствовать изменению поведения на разных уровнях: среди сообщества в целом; среди женщин, с которыми проект работал непосредственно; через создание и укрепление организаций на местном уровне; а также среди групп, реализующих проект и в рамках их организаций. Команда «Сваямсидха» использовала метод картирования результатов для определения смежных партнеров, трудностей и маркеров хода реализации проекта. Отзывы сотрудников: «Картирование результатов — это полезный инструмент, позволяющий рассматривать процесс изменений как последовательную цепь многих малых изменений» и «картирование результатов может повысить уровень планирования и мониторинга.»

Источник: Earl, без указания даты

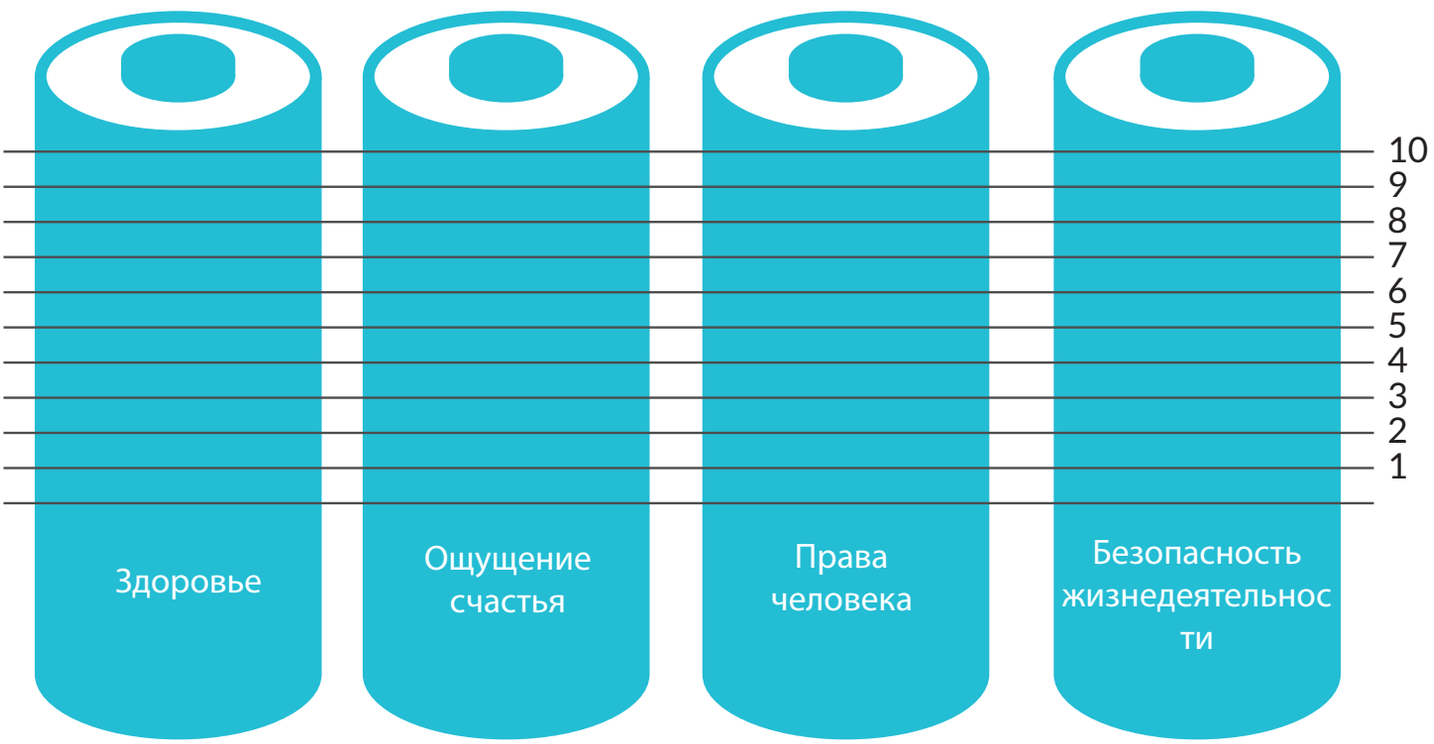
5.5.4. Метод заряженной батареи для определения качества жизни

В этом разделе предлагается обзор метода заряженной батареи для определения качества жизни. В рамках данной публикации невозможно дать целостное представление о данном подходе, поэтому здесь дается лишь общее введение в данный метод. За более подробной информацией читатели могут обратиться к Jones 2010, который также является основным литературным источником данного раздела.

Метод заряженной батареи для определения качества жизни — это простой подход, использующий метафору заряженной или разряженной батареи, с помощью которого можно изучить, что означает качество жизни для получателей и выявить изменения разных сторон их жизни, возникшие в результате реализации проекта. Эта методология была разработана Клодой Бирн для поддержки партнеров при оценке изменений в жизни получателей проекта и для повышения участия клиентов в планировании и мониторинге проектов. Впервые метод был опробован организацией Образования и поддержки людей

с ВИЧ/СПИД в Камбодже (CHEC). Для работы с жертвами гендерного насилия метод можно адаптировать. Информацию, полученную из этого метода оценки, можно использовать и клиентам, и сотрудникам программы для проверки реализации и определения будущих мероприятий, которые могут проводить клиенты в рамках данной программы. С помощью анализа данных также можно выяснить, существует ли комплексное решение проблемы, и действительно ли оно повышает качество жизни клиентов.

Рис. 15: Пример метода заряженной батареи для определения качества жизни



В данный инструмент включены три основных этапа:

1. Участники определяют ключевые элементы высокого качества жизни и распределяют их по определенным сферам (например, здоровье, эмоциональное благополучие, права человека, безопасность жизнедеятельности). В процессе реализации проекта участники заполняют две батареи: одну для оценки своего качества жизни в конце проекта и вторую — для оценки жизни до начала проекта.

2. Используя образ батареи, участники оценивают изменения в разных сферах своих жизней в течение действия программы и изучают причины изменений.

3. Данные анализируются и собираются комментарии о том, как программа может продолжить повышать качество жизни.

Этап 1: Определение ключевых элементов

Качество жизни для разных людей имеет разный смысл и зависит от личных взглядов и социального окружения, в котором человек живет. Факторы, делающие одних людей счастливыми и удовлетворенными, могут не иметь того же воздействия на других людей. Основные области для определения качества жизни - это здоровье, психосоциальное благополучие, права человека и безопасность жизнедеятельности. Эти категории нужно адаптировать соответственно контексту. Вопрос состоит в том, какие элементы вам нужны для полноценной счастливой жизни?

Этап 2: Определение уровня заряженной батареи и отображение причин, лежащих в основе

В соответствии с этой методикой участники должны оценить качество собственной жизни с двух или более позиций одновременно, пользуясь изображением заряженной/разряженной батареи. В идеале это нужно сделать на разных стадиях реализации проекта. В противном случае это может быть ретроспективный процесс, когда участник оценивает свое качество жизни в настоящем, а затем вспоминает, каким оно было в прошлом. Сравниваются два и более набора батарей, каждый для определенного момента времени. Каждая батарея поделена на уровни от одного до десяти, представляя высокие и низкие уровни энергии, с помощью которых можно измерить и зарегистрировать оценки. Важно, что участники рассматривают свою собственную ситуацию, а не случаи их родственников, партнеров или людей, о которых они заботятся. Присваивая энергетические уровни своим батареям, участники должны указывать причины, по которым выбрали тот или иной уровень. Важная часть процесса состоит в регистрации этих причин. Эти объяснения не только помогают отдельным лицам обдумывать действия, которые они могли бы совершить, чтобы улучшить качество жизни; процесс также можно использовать для изменения будущей работы программы.

Описанный ниже случай иллюстрирует, как метод заряженной батареи для определения качества жизни был использован в контексте здравоохранения в слегка измененном виде (Вставка 32):

Вставка 32: Случай из практики: медицинские миссионеры Марии, Аддис-Абеба, Эфиопия

Вместо использования диаграмм батарей, участники программы в Аддис-Абебе воспользовались стаканами для напитков, чтобы изобразить батареи, и подкрашенной водой для обозначения уровня энергии. Это было сделано с целью оценки воздействия программы здравоохранения на отдельных участников. В процессе также учитывалось ощущение участниками качества жизни до того, как они присоединились к программе. Участники наполняли свои «сегодняшние стаканы» и обсуждали причины, по которым выбрали определенный уровень. Затем они наливали воду в свои «вчерашние стаканы» и обсуждали разницу между уровнями. Организаторы использовали карточки с отмеченными на них десятью уровнями для измерения уровня жидкости и записывали уровни для каждой области. Затем организаторы перенесли данные на диаграмму с батареями и задокументировали их вместе с обоснованием причин.

Источник: Jones 2010

Этап 3: Интерпретация данных

Важным шагом является аккуратное сравнение и анализ данных после завершения «процесса заполнения батарей» (этап 2). Являясь полезным инструментом индивидуальной проверки и планирования, этот этап обеспечивает также более широкую применимость оценочной программы, когда данные ряда клиентов собираются и анализируются. Во время процесса и количественные (баллы уровня заряженности батарей), и качественные (причины выставления таких баллов) данные собираются сотрудниками и оценщиками. Рассмотрение случаев отдельных клиентов в течение определенного периода времени позволяет руководителям программы выявить потенциальные направления, по которым программа повлияла на качество их жизней. Если это были незапланированные изменения, программу можно изменить. Рекомендуется перепроверять анализ с респондентами и собирать их рекомендации о том, как нужно улучшить программу.

5.6.Разработка и реализация системы мониторинга и оценки

Система мониторинга и оценки, в значении «уточнение того, что должно оцениваться, кем, как и когда», **должна быть создана на этапе планирования** или, самое позднее, в самом начале реализации. Основательный анализ проблемы и ее контекста должны быть выполнены в рамках разработки и планирования стратегии и могут служить отправной точкой для последующего мониторинга и оценки. Если такой анализ не проведен, важно провести его на более поздней стадии и внести необходимые изменения в запланированные мероприятия.

Система мониторинга — это способ направления и организации мониторинга таким образом, чтобы на его выполнение уходило меньше времени и усилий. Системы мониторинга различаются по уровню сложности от простой записи на листе бумаги, в нескольких блокнотах или файлах до электронной системы учета и баз данных. Но самое важное заключается не в уровне сложности системы, а в том, собрана ли информация, необходимая для принятия решений, проверена ли она и использовали ли ее для необходимых изменений и доработок.

Удачно спроектированная и организованная система сможет гарантировать сбор **правильных данных** в **правильное время** в течение реализации проекта и после того, как она завершилась, а также то, что эти данные помогут управлять реализацией и стратегическим принятием решений. Она также будет гарантией того, что сотрудники проекта и все задействованные стороны не будут перегружены количеством собранных данных, а денежные и временные затраты на сбор и анализ, сравнение данных и отчет о них останутся в разумных пределах.

5.6.1. Шаги по созданию системы мониторинга и оценки

Для создания системы мониторинга и оценки сотрудники медучреждений должны осуществить **следующие шаги и ответить на следующие вопросы:**

1. Что нам нужно оценить?	Определить цель и охват системы мониторинга и оценки

Цель может включать в себя такие вопросы, как отчетность перед финансирующими организациями, партнерами и получателями; информирование о стратегических направлениях и внесение изменений по необходимости; информирование об оперативных направлениях и внесение изменений по необходимости; расширение возможностей ключевых партнеров. Каждая цель по-разному влияет на процесс (например, если цель состоит в расширении возможностей партнеров, процесс будет коллективным и ориентированным на обучение). Под охватом мы имеем в виду требуемый уровень детализации, уровень участия партнеров и уровень имеющегося финансирования (например, вы хотите добиться коллективной деятельности, но имеющиеся средства ограничивают возможность вовлечения партнеров).

2. Чего мы хотим достичь?	Пересмотреть концепцию и задачи проекта

Здесь нужно задать следующие вопросы: В чем смысл данных мер вмешательства? Какая в основе их лежит теория действий? Каковы прогнозы?

3. Кому и какая информация нужна?	Оценить основные потребности сторон в информации

Самый главный вопрос: Что и когда должны знать руководители, другие сотрудники, получатели и остальные заинтересованные стороны?

4. На что мы обращаем внимание при измерении достижений? Где мы находимся сегодня относительно наших целей? Когда и чего мы хотим достичь?	Разработать индикаторы и другие требования к данным

Вы должны разработать список критериев для измерения эффективности и результативности, а также определить тип данных (количественные и качественные), которые вам понадобятся для реализации данного измерения (например, «число жертв, обратившихся за поддержкой» и «причины, по которым некоторые не обратились»). Качество показателей затем будет оценено в соответствии с критериями SMART и SPICED (см.гл.5.5.1 о логико-структурном подходе, Вставка 29 «Индикаторы»).

5. Кто отвечает за сбор данных? В какой последовательности?	Организовать сбор и анализ данных

Какие методы вы будете использовать, чтобы гарантировать сбор и анализ верных данных? Кто будет за это нести ответственность? Методы могут быть качественными/количественными, индивидуальными/групповыми, коллективными/традиционными. Как разные стороны будут привлечены к этому процессу?

6. Как мы поступаем по отношению к нашим целям? Почему? Чего мы достигли, и что нужно сделать?	Организовать критическое осмысление мероприятий и процессов

Критическое осмысление означает, что должны задаваться не только вопросы о том «что случилось» и «почему», но и «что это значит» и «что мы будем с этим делать». Это помогает в изучении и управлении воздействием.

7. Как мы можем гарантировать, что информация распространяется систематически и используется для извлечения уроков?	Разработать процесс коммуникации и отчета

Вы должны решить, кто вам нужен для связи и кому отчитываться во время процесса мониторинга и оценки, и как это делать. Помните, что разные партнеры имеют разные потребности в информации и разные требования к отчетности. Результаты оценки должны быть представлены в доступном формате, подходящем для систематического распространения в рамках организации и далее — для образовательных целей и последующих действий и гарантии прозрачности. В свете уроков, полученных в процессе оценки, определяются третьи стороны, заинтересованные в проекте, и они становятся получателями информации для расширения возможностей применения соответствующих открытий проекта.

8. Какие виды потенциала нужны и должны быть усилены?	Оценить потенциал и условия для реализации системы

Нужно четко представлять свои потребности в смысле кадровых ресурсов, материального поощрения, структур, процедур и финансов. Вам также нужно оценить потенциальные риски в процессе сбора данных, регистрации и сообщения о них в отчетах. Речь, например, идет о повторной травматизации жертв насилия или рабочих перегрузках сотрудников. Обучение сотрудников методам коллективного сбора данных поможет повысить кадровый потенциал и будет для них стимулом при вовлечении их в коллективный процесс мониторинга и оценки. Низкий уровень поддержки проекта будет иметь последствия для возможностей и условий, необходимых для проведения мониторинга, оценки и оценки последствий, поэтому, возможно, необходимо обдумать, как объяснить всем участникам важность их работы.

5.6.2. Преодоление проблем при проведении мониторинга и оценки

Мониторингу и оценке инициатив, направленных на борьбу против насилия в отношении женщин, могут помешать несколько препятствий. Это нужно учесть при разработке системы мониторинга и оценки. Этот раздел посвящен основным препятствиям и путям их преодоления:

- **Нехватка сопоставимых определений**, индикаторов и инструментов, особенно в области проблемы распространенности форм насилия. В такой ситуации сложно производить сопоставление разных регионов. Следовательно, при разработке системы мониторинга и оценки нужно четко определить концепции и термины, если это возможно, в соответствии с международными или национальными стандартами.
- Многие исследования измеряют **процессы и результаты, но не последующее воздействие.** Например, есть данные по числу обученных медиков, но нет данных по тому, как тренинг повлиял на их поведение или конкретные организационные процедуры. Изменения часто оцениваются на индивидуальном уровне, а не на уровне общества. Для управления, ориентированного на результаты, важно расширять фокус и измерять общее воздействие. Например, при обучении медперсонала важность состоит не просто в сборе оценочных форм, но, скорее, в определении, повысилось ли качество услуг в результате усовершенствования навыков обученного на тренингах медперсонала.

- Многие индикаторы **изменения поведения опираются на** сообщения жертв или виновников насилия о самих себе. В силу особой деликатности темы гендерного насилия эта информация может быть необъективной. Многие участники могут использовать социально приемлемые ответы вместо упоминания о случаях насилия. Более того, существует «культура молчания», окружающая гендерное насилие, и в некоторых случаях агрессивное поведение рассматривают как «нормальное» или «адекватное». Поэтому есть большая опасность сокрытия информации, особенно когда факты насилия утаиваются, как в случаях убийства женщин или торговли женщинами. Более того, **точные статистические методы** часто не используются, т. к. сбор и анализ данных обходятся дорого. При анализе таких данных это нужно принимать во внимание.
- При любой возможности нужно попытаться провести **триангуляцию данных** через другие способы сбора данных.
- **Разные типы мер вмешательства** (политические и юридические реформы; усовершенствование медицинских, юридических услуг, услуг безопасности и поддержки; мобилизация общественности; информационные кампании) и разные контексты требуют **разных инструментов и методов оценки.** По возможности рекомендуется получить консультацию опытного специалиста по оценке для определения наиболее подходящих исследовательских методов.
- Часто сложно определить конкретный **вклад отдельных учреждений или стратегий** в наблюдаемый результат или воздействие, особенно в случае сложных, многоотраслевых или интегрированных проектов. В этом случае мы должны представить аргументы, обосновывающие нашу уверенность в том, что наша деятельность вызвала изменения.
- Сложно определить, **что означает успех, и как он выглядит.** Эту проблему нужно решить еще на стадии разработки системы мониторинга и оценки либо путем определения целей и показателей (см. логическая структура), либо, выбрав альтернативные методы, что предусматривает гибкое определение целей через целевую группу (см. картирование результатов и наиболее значимые изменения). Более подробно о методах оценки можно прочитать в главе 5.4.
- Планы мониторинга и оценки часто лишены **четкой и целесообразной концептуальной логической структуры.** По возможности рекомендуется обратиться к специалисту по мониторингу и оценке для создания такой системы, которая в дальнейшем может быть реализована собственными сотрудниками.
- **Интерпретация данных** часто вызывает вопросы и требует значительного опыта и возможностей, которых может не быть у сотрудников организаций.
- Бюджетных средств часто не хватает, и на проведение мониторинга и оценки не **выделяется достаточно ресурсов**, а это от 10 до 40 процентов всего бюджета проекта в зависимости от целей и задач программы, масштаба и типа мер вмешательства и деятельности. Учитывая важность роли, которую полноценный мониторинг и оценка могут сыграть в повышении эффективности проекта, выделение достаточных средств на этот процесс — это выгодное вложение.
- Определенные методы, которые обычно используют для оценивания эффекта мер вмешательства в контексте проблемы насилия в отношении женщин могут оказаться **неэтичными**. Например, жертвы насилия могут столкнуться с дискриминацией или повторной травматизацией в ходе оценочных опросов, если специфика их положения не принимается во внимание организаторами опроса. Благополучие респондентов должно всегда быть в центре внимания любого мероприятия в рамках мониторинга и оценки (см. гл. 5.2 об этических соображениях).
- Изменение поведения — это **долгосрочное изменение**, которое часто не может быть замечено в краткосрочных проектах. Системы мониторинга и оценки должны быть нацелены на измерение как краткосрочного, так и долгосрочного эффекта и, таким образом, должны быть запланированы как непрерывный процесс, сопровождающий проекты в области противодействия насилию.

(С изменениями и дополнениями на основе материалов Виртуального центра знаний «ООН-женщины», в которых процитированы следующие источники: Gage and Dunn 2009, Frankel and Gage 2007, Watts 2008, WHO 2005)

5.6.3. Практические советы по планированию и реализации мониторинга и оценки

Практические советы - мониторинг

» Убедитесь в том, что время и затраты на систему мониторинга сопоставимы с общим сроком реализации и затратами вмешательства.
» Объедините мониторинг с рабочим планом.
» Привлеките заинтересованные стороны к процессу мониторинга. Это поможет создать понимание, ответственность и готовность участвовать в изменении рабочего плана.
» Решите, какие данные нужно собирать, а также как организовать сбор, обработку и анализ данных вместе со сторонами, участвующими в проекте.
» Организуйте коллективное обучение всех участников во время процесса мониторинга.
» Используйте данные мониторинга как инструмент управления, особенно на уровне деятельности (вложенные ресурсы, деятельность, непосредственные результаты/ожидаемые результаты), чтобы сообщить руководству и заинтересованным сторонам о необходимых действиях.
» Обеспечьте качественную и своевременную подачу отчетов руководству и заинтересованным сторонам, учитывая их информационные потребности.

Практические советы - оценка

» Оценка – это запланированные оценочные мероприятия с целью определить, насколько проект достиг поставленных целей.
» Убедитесь, что насколько это возможно, оценка рассматривается исполнителями проекта и заинтересованными сторонами как механизм обучения для усиления стратегического и оперативного управления. Если она воспринимается только в качестве внешнего контроля, готовность реагировать на важные вопросы может быть ограничена, а оценка становится чисто академическим упражнением без какого-либо дальнейшего эффекта.
» Тщательно планируйте оценку в начале проекта, лучше всего вместе с заинтересованными сторонами, убедившись, что для проведения оценки достаточно ресурсов, также как и для создания заинтересованности и готовности участвовать.
» Разрабатывайте процесс оценки в сотрудничестве с заинтересованными сторонами, учитывая их специфические информационные потребности и мнение о сборе и анализе информации. Это положительно отразится на актуальности, долгосрочном воздействии, применимости, доступности, устойчивости, эффективности и результативности.
» Вопросы оценки должны быть сформулированы широко и должны привлекать внимание к необходимым данным, как положительным, так и отрицательным.
» Привлекайте заинтересованные стороны к процессу оценки (например, создав оценочную комиссию заинтересованных сторон и проводя для них семинары).
» Рассматривайте оценку как отличную возможность для обучения и взаимодействия заинтересованных сторон.
» Соотносите рекомендации, выработанные в ходе оценки, с исходными вопросами оценки.

Часть II

Сборник учебно-методических материалов для медицинских работников по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

1 Об этом сборнике учебно-методических материалов

Цель этого сборника учебных материалов

Задача этого сборника – углубить знания и усовершенствовать навыки медицинских работников по таким направлениям как понимание гендерного насилия (ГН), выявление пострадавших от ГН и предоставление им необходимого ухода и поддержки, а также направление пострадавших к соответствующим специалистам. Сборник ставит своей целью снабдить тренеров готовым и простым в использовании инструментом, который поможет им проводить обучающие занятия для медицинских работников в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Всесторонняя теоретическая информация, содержащаяся в части I, представлена здесь в виде десяти практических обучающих модулей.

В каждом модуле тренер найдет следующее:

- Общий план учебного занятия, в том числе, задачи и основные идеи обучения;
- Ссылки на соответствующие главы Части I, в которых тренеры могут найти справочную информацию, а также, в соответствующих случаях, другие важные документы;
- Презентацию в формате PowerPoint, раздаточные материалы и упражнения для работы в группах. Для удобства в каждой презентации даются ссылки на раздаточные материалы. Для этого используется символ в форме звездочки с буквой «Р» и номером соответствующего раздаточного материала.

Тренерам рекомендуется адаптировать учебную программу с учетом имеющегося времени и целей обучения конкретной целевой группы.

Целевая группа

Цель сборника – предоставить всестороннюю информацию о гендерном насилии (ГН) и мерах реагирования со стороны системы здравоохранения на эту проблему. Таким образом, сборник рассчитан на аудиторию, практически не знакомую с этой темой.

Сборник учебных материалов составлен для медицинских работников, напрямую контактирующих с пострадавшими от ГН. Это не только врачи, но и медсестры и акушерки, которые играют особенно важную роль в отдаленных сельских регионах. Сборник главным образом рассчитан на уровень неспециализированной первичной помощи. Именно на этом этапе происходит первый и самый важный контакт пострадавших от насилия женщин с медиками. Кроме того, сборник также может оказаться полезным для специализированных лечебных учреждений вторичного звена, куда могут направить пострадавших женщин медицинские работники первичного уровня.

Он пригодится медикам, работающим в больницах, клиниках или медицинских центрах, врачам-интернам, а также другим медицинским работникам.

Структура сборника учебно-методических материалов

Вначале в сборнике приводится ряд практических советов и рекомендаций по подготовке к занятиям (глава 2), затем предлагается учебная программа из 10 модулей, рассчитанная на обучение в течение двух с половиной дней (глава 3). Каждый день тренинга включает 6 – 6,5 часов занятий. Рекомендуется предусмотреть перерыв на обед (1 час) и две кофе-паузы по 15 минут (на усмотрение тренера). Здесь предлагается общая структура тренинга, которую тренер может изменять в соответствии с конкретными условиями обучения. Например, можно добавить разминочные упражнения, настраивающие участников на рабочий лад, или упражнения для создания непринужденной атмосферы общения.

Название учебного модуля	Предлагаемая длительность
День 1	
Представление и знакомство участников	45 минут
Что такое гендерное насилие?	2,5 часа
Роль системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие	2 часа
Принципы и стандарты оказания услуг	1 час 15 минут
День 2	
Подведение итогов первого дня (обобщение, оставшиеся вопросы)	15 минут
Выявление случаев гендерного насилия	2 часа
Медицинский осмотр и оказание медицинской помощи	1,5 часа
Документальное оформление случаев гендерного насилия	1,5 часа
Оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности	1 час
День 3	
Подведение итогов второго дня (обобщение, оставшиеся вопросы)	15 минут
Оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности (продолжение: ролевая игра)	1 час
Направление пациентов к другим поставщикам услуг	1 час 45 минут
Оценка и завершение тренинга	45 минут

2 Подготовка к тренингу

Квалификация тренера (тренеров)

Тренеры должны обладать знаниями о гендерном насилии и мерах реагирования на него со стороны системы здравоохранения. Команда из двух тренеров с разным опытом (один тренер, специализирующийся на вопросах ГН и (или) услугах для женщин, второй тренер с медицинским образованием) сможет успешно провести обучение в соответствии с учебной программой и потребностями целевой группы.

Если один из тренеров иностранец, предпочтительно, чтобы с ним/с ней в паре работал местный тренер, знакомый со спецификой конкретной страны и (или) региона.

В идеале размер группы не должен превышать 25 человек. Это позволит наладить общение между тренером и участниками, а также среди участников тренинга.

Адаптация сборника учебных материалов с учетом местных условий

Комплект учебных материалов задает общие рамки для проведения тренингов в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) на региональном уровне и на уровне страны. При подготовке занятий тренерам следует адаптировать материалы с учетом местных условий, в которых проводится обучение. Рекомендуется собрать следующую полезную информацию:

» Распространенность ГН в данной стране;
» Общие принципы организации системы здравоохранения в стране;
» Любые существующие стратегии или протоколы, касающиеся реагирования системы здравоохранения на ГН;
» Национальные законы в этой области, например, определение ГН в системе уголовного права или отдельные законодательные акты о ГН, или требование к медицинским работникам сообщать о случаях ГН;
» Наличие системы направления пациентов к другим специалистам, в частности, наличие специализированных услуг для женщин, например, приютов или телефонов доверия;
» Любые исследования, анализирующие реагирование системы здравоохранения страны на насилие.

Для сбора такой справочной информации тренеры могут воспользоваться следующими источниками:

» Официальный сайт Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ): отчеты государств-участников, независимые отчеты НПО и рекомендации Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин государствам-участникам (Заключительные замечания) на английском и русском языках: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/sessions.htm;
» Официальный сайт Специального докладчика ООН по вопросу о насилии в отношении женщин (на английском и русском языках): http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/SRWomenIndex.aspx;
» Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, в частности, страновые отчеты серии «Переходные системы здравоохранения» (Health Systems in Transition (HiT)) на английском и русском языках: http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory;

» Рубрика «Информация о странах» портала ЮНФПА-WAVE: www.health-genderviolence.org;
» Сайт Региональный офис ЮНФПА для стран ВЕЦА, раздел о правах человека и гендерном равенстве: http://eeca.unfpa.org/topics/human-rights-and-gender-equality (на английском языке);
» Последний на данный момент ежегодный отчет Сети WAVE по странам (на английском языке): http://www.wave-network.org/content/wave-publications;
» The Advocates for Human Rights, Stop Violence against Women, странички отдельных стран (на английском языке): www.stopvaw.org.

Организационные вопросы

При подготовке учебных занятий тренер или организация, занимающаяся подготовкой тренинга, должны позаботиться о следующем (по материалам Ganley 1998):

» Определить место проведения тренинга;
» Дать рекламу и организовать регистрацию участников тренинга;
» Обеспечить наличие необходимого оборудования, например, микрофонов или компьютера, проектора и экрана для показа презентаций в формате PowerPoint;
» Организовать внутреннее пространство в помещении (расставить столы по кругу, в форме буквы "П" или малыми группами. Такое расположение предпочтительнее обычной расстановки столов, так как позволяет наладить более тесное общение между участниками);
» Организовать перевод, если это необходимо: пригласить переводчиков с необходимым оборудованием (кабинки для переводчиков-синхронистов, микрофоны, наушники), организовать перевод печатных материалов;
» Предоставить канцтовары, например, писчую бумагу, ручки и материалы для выполнения упражнений (например, флипчарты (презентационные блокноты), бумажные карточки, цветные фломастеры);
» Подготовить, размножить и распространить программу тренинга и раздаточные материалы;
» Подготовить, раздать и собрать анкеты для оценки тренинга (см. учебный модуль № 12 – образец оценочной анкеты);
» Подготовить свидетельство об участии в тренинге (на усмотрение организатора).

Распределение времени

При планировании тренинга необходимо убедиться, что в программе предусмотрено достаточно времени для обсуждения и взаимодействия с участниками тренинга. Это важно, поскольку позволит членам группы обменяться опытом, познакомиться с другими участниками и т.д. Кроме того, участникам нужно время, чтобы усвоить материал, обратиться за разъяснениями или вернуться к какому-то вопросу, чтобы тренер или другие участники предоставили им недостающую информацию (Ganley 1998).

Распределяя время между различными модулями, тренерам следует принимать во внимание потребности и уровень знаний участников группы. Например, если это медицинские работники, которые ранее не изучали тему ГН, необходимо уделить достаточно времени прохождению модуля 2, «Что такое гендерное насилие?». Это позволит заложить надежную основу для раскрытия остальных тем обучения, а также обеспечить участников базовой информацией, необходимой для дальнейшего совершенствования их навыков и клинической практики. Для слушателей, ранее участвовавших в тренингах, посвященных теме ГН, можно сократить модуль 2 и вместо этого уделить внимание изучению других модулей, например, посвященных проблеме выявления случаев ГН (модуль 6) или оценке риска и составлению плана обеспечения безопасности (модуль 8).

Также рекомендуется выделить в течение дня 30-60 минут, во время которых участники могли бы обсудить любые животрепещущие проблемы и задать оставшиеся вопросы.

Использование нескольких методик

Тренеры должны применять разные методы обучения и обеспечивать равновесие между лекциями и интерактивными упражнениями. Это позволит участникам высказать свои взгляды и поделиться опытом, поднять вопросы и предложить свои идеи и решения. Примеры интерактивных методик: обсуждение в группах (больших и малых), мозговой штурм, изучение практических примеров и ролевые игры.

Тренеры должны учитывать, что некоторые участники, возможно, не имеют опыта использования интерактивных методик или очень редко с ними сталкивались. Из-за этого участники могут стесняться, отвечая на вопросы тренера, обращенные к группе, или не будут активно участвовать в пленарных обсуждениях или ролевых играх. Поэтому с самого начала занятий и в течение всего тренинга следует постоянно говорить участникам, что они здесь, чтобы учиться друг у друга и на тренинге нет такого понятия как «неправильный» ответ. Тренерам следует внимательно следить за аудиторией и гибко подходить к таким ситуациям. Главное, чтобы все участники чувствовали себя комфортно. Например, при проведении ролевых игр тренеры могут разделить участников на небольшие группы и попросить их поделиться своим опытом с большей группой.

При планировании упражнений в небольших группах следует продумать размер групп и необходимое время, чтобы решить, сколько будет рабочих групп. Следует помнить, что большее количество мелких групп позволяет провести содержательный обмен мнениями, но требует больше времени для отчета о результатах обсуждения в группах.

Также полезно задавать вопросы группе во время показа презентаций. Тогда участники смогут задать свои вопросы и поделиться опытом. Тренеры могут задать такие вопросы: «У вас есть аналогичный опыт в вашей организации/стране?» «Согласитесь ли Вы с таким утверждением?» или «У кого из Вас есть предложения, как решить эту проблему?»

О чем необходимо помнить во время обучения?

- ☐ Прислушивайтесь к участникам: есть ли среди них непонимание относительно определения и причин ГН или мнения, свидетельствующие о вредных представлениях и обвинении самих пострадавших. Обсудите и проясните эти вопросы со всеми участниками, см. модуль 2.
- ☐ Поощряйте участников, пусть они попытаются что-то улучшить в своей повседневной работе для реагирования на ГН. Столкнувшись с непониманием и сопротивлением аудитории, попробуйте сравнить ГН с любым другим заболеванием, которое медики в обычных условиях диагностируют, лечат и с которым направляют к узким специалистам.
- ☐ Напомните участникам, что изменение – это процесс, происходящий во времени, как с медицинскими работниками, так и с пациентами. Предложите реальные действия, которые медики-практики могут предпринять уже сегодня, на этой неделе, в этом месяце.
- ☐ Укажите на успехи отдельных специалистов, которые смогли изменить стратегию и порядок ведения пациентов за счет разработки протоколов, и подчеркните, что помощь пострадавшим от ГН можно улучшать как на индивидуальном, так и на системном уровне.

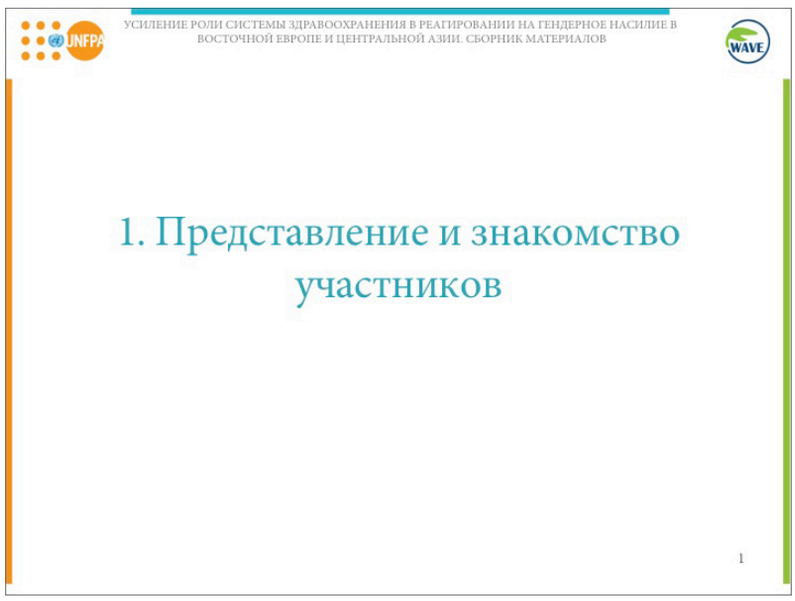
3 Учебные модули

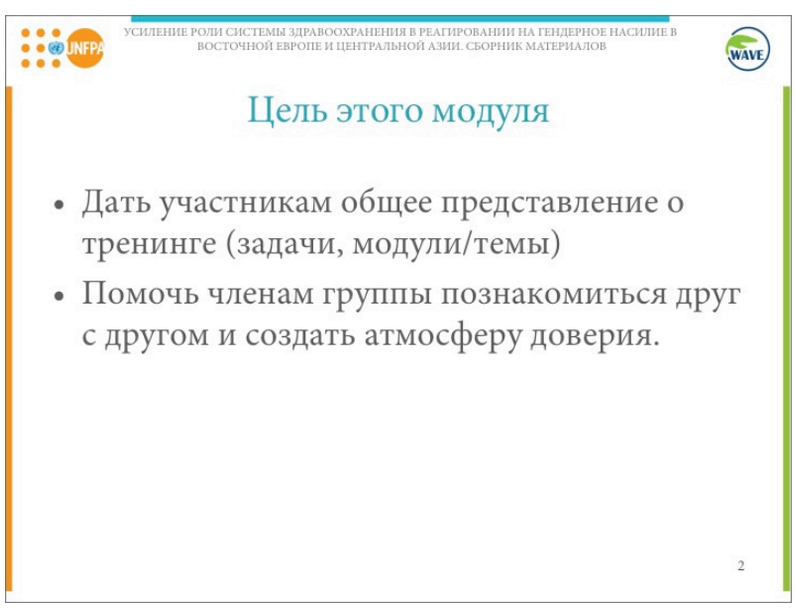
3.1.Модуль 1: Представление и знакомство участников

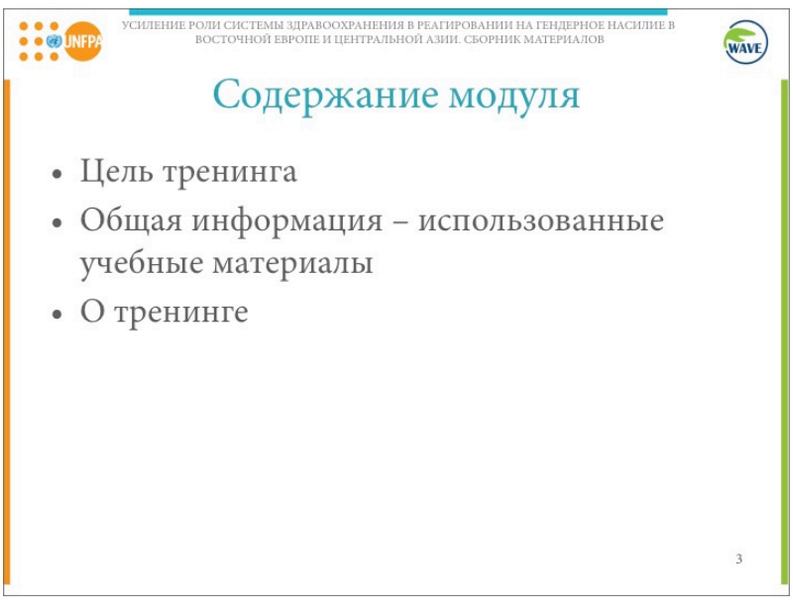
3.1.1. Общая схема модуля

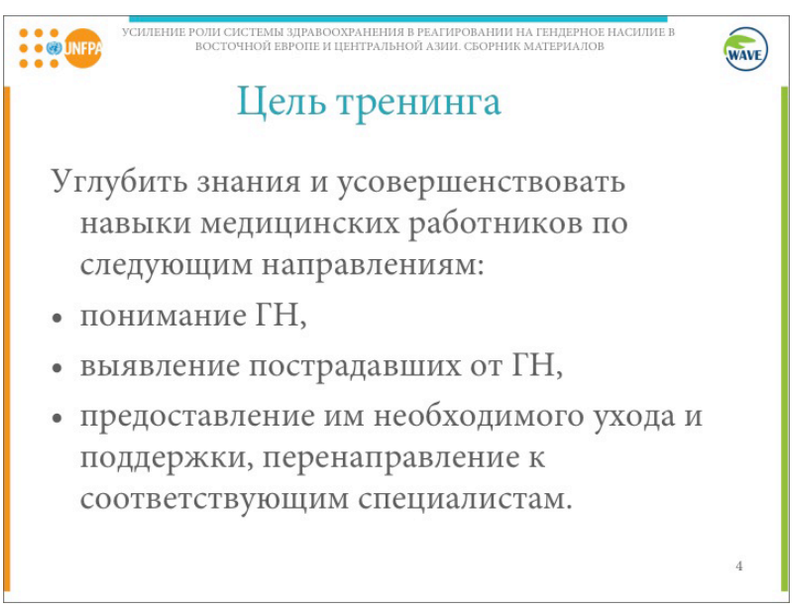
Длительность модуля	45 минут
Цель модуля	• Дать участникам общее представление об обучении (задачи, модули/темы) • Помочь членам группы познакомиться друг с другом и создать атмосферу доверия • “Растопить лед”, предложив участникам высказаться перед всей группой в неформальной обстановке
Основные элементы модуля и методика	• Введение (проводит тренер) • Презентация (проводит тренер): обзор тренинга (задачи, график, перерывы, модули/темы; слайды 1 – 6) • Групповое упражнение: Упражнение 1: Представьте коллегу
Примечания для тренеров	Следует адаптировать содержание презентации для этого модуля с учетом имеющегося времени на обучение и выбранных модулей. **Упражнение: Представьте коллегу** (30 минут) Попросите членов группы разбиться на пары и узнать друг у друга имя, профессию в настоящее время и место работы, а также опыт работы в прошлом. В зависимости от обстановки можно добавить один более личный вопрос, например, любимое блюдо человека, какой фильм он или она видел(а) недавно, или попросить назвать прилагательное на первую букву его/ее имени, которое лучше всего его/ее описывает (например, Анна – “амбициозная” или Эвелина – “энергичная”). Запишите вопросы на флипчарте или включите их в презентацию. Дайте участникам 5 минут на выполнение этого упражнения. Затем участники возвращаются в группу, и каждый представляет своего коллегу.
Материалы для тренинга	**Презентация**: Презентация в формате PowerPoint – Модуль 1

3.1.2. Презентация в формате PowerPoint






УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Содержание модуля
• Цель тренинга
• Общая информация – использованные учебные материалы
• О тренинге
3


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Цель тренинга
Углубить знания и усовершенствовать навыки медицинских работников по следующим направлениям:
• понимание ГН,
• выявление пострадавших от ГН,
• предоставление им необходимого ухода и поддержки, перенаправление к соответствующим специалистам.
4

Общая информация – использованные учебные материалы

- Учебные материалы, разработанные организацией "Женщины против насилия в Европе" (WAVE) в сотрудничестве с ЮНФПА, Региональным бюро Фонда ООН в области народонаселения для стран Восточной Европы и Центральной Азии
- Документы доступны на сайте www.health-genderviolence.org

5

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Содержание тренинга

1. Представление и знакомство участников
2. Что такое гендерное насилие (ГН)?
3. Роль системы здравоохранения в реагировании на ГН
4. Принципы и стандарты обслуживания
5. Выявление случаев ГН
6. Медицинский осмотр и оказание медицинской помощи
7. Документальное оформление случаев ГН
8. Оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности
9. Направление пациентов в другие службы
10. Оценка и завершение тренинга

6

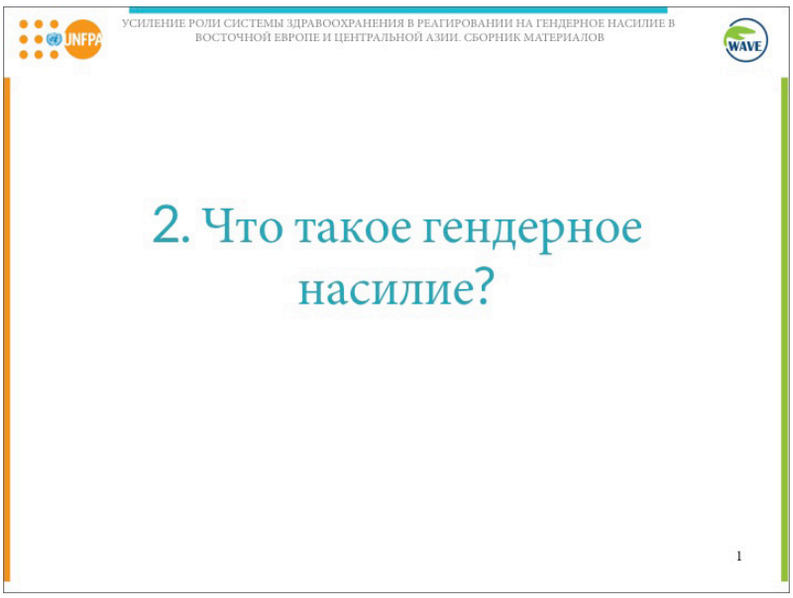
3.2.Модуль 2: Что такое гендерное насилие?

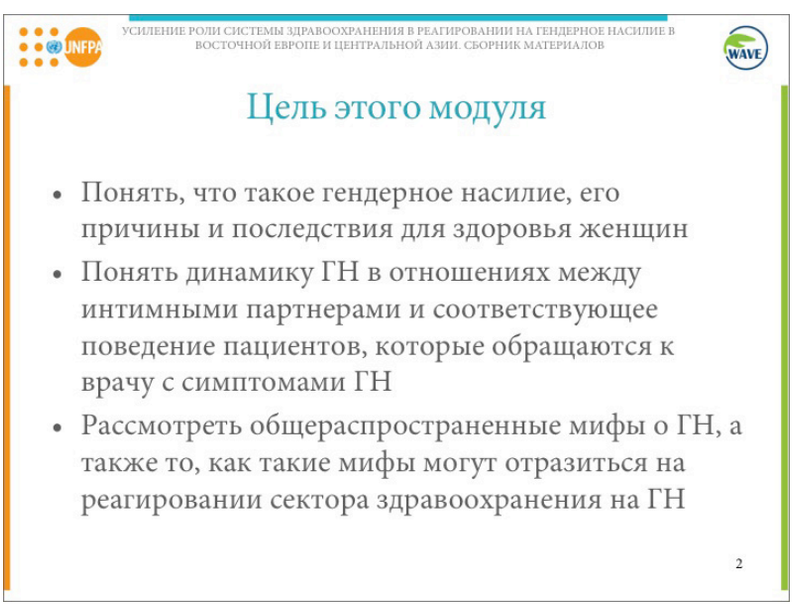
3.2.1. Общая схема модуля

Длительность модуля	2,5 часа
Цель модуля	Дать участникам возможность • понять, что такое гендерное насилие, его причины и последствия для здоровья женщин, • понять динамику ГН в отношениях между интимными партнерами и последующее поведение пациентов с симптомами ГН, • поразмышлять об общепринятых мифах, окружающих ГН, о соответствующих фактах, а также о том, как такие мифы могут отразиться на реагировании сектора здравоохранения на ГН.
Основные идеи обучения	Насилие над женщинами • происходит на гендерной почве, коренится в неравном соотношении сил (неравноправных отношениях) между мужчинами и женщинами и нарушает права человека, • влияет на общественную и личную жизнь женщин и включает физическое, сексуальное, психологическое и экономическое насилие; • затрагивает женщин во всем мире и в странах Восточной Европы и Центральной Азии; • имеет несколько причин и требует комплексного реагирования, в котором сектор здравоохранения играет важную роль; • может несоразмерно сильно затрагивать женщин, принадлежащих к маргинализированным группам: они больше подвержены насилию или сталкиваются с характерными препятствиями при доступе к обслуживанию; • серьезно отражается на женщинах и девочках в течение всего жизненного цикла и подрывает их физическое, сексуальное, психологическое здоровье и поведение, • в отношениях между интимными партнерами всегда затрагивает детей: они становятся либо свидетелями насилия, либо его прямыми объектами.
Литература	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 1
	Дополнительная литература: Декларация об искоренении насилия в отношении женщин, Общая рекомендация № 19 к Конвенции о ликвидации дискриминации женщин, WHO et al 2013, WHO/LSHTM 2010, UN Secretary General 2006.
Основные элементы модуля и методика	• Мозговой штурм: Определение ГН • Презентация (проводит тренер) (слайды 1-27, раздаточные материалы №№ 1-3) • Опрос и обсуждение в группе: Мифы о ГН (раздаточный материал № 6) • Презентация (проводит тренер) (слайды 28-42, раздаточные материалы №№ 7-8)

Примечания для тренеров	**Мозговой штурм: Определение ГН – длительность 20 минут** Попросите участников методом мозгового штурма определить действия или поведение, которые на их взгляд составляют ГН. Запишите ответы на флипчарте. После мозгового штурма обсудите результаты и только после этого предложите принятые в мире определения ГН (слайды 4-7) Источник: по материалам Roks/Myterna, без указания даты, процитировано в источнике *WAVE 2008* **Опрос и обсуждение в группе: Мифы о ГН - 40 минут** Вариант 1: Раздайте участникам раздаточный материал № 5 и попросите их ответить на вопросы самостоятельно или в парах (10 минут). Затем организуйте обсуждение в большой группе по вопросам из раздаточного материала № 5. Раздайте материал № 6, где сравниваются факты и мифы о насилии (30 минут). Вариант 2: Раздайте материал № 5 и разделите участников на небольшие группы. Выделите 3-5 мифов для каждой группы и попросите каждую группу обсудить вопросы для обсуждения, перечисленные в раздаточном материале № 5 (20 минут). Затем организуйте обсуждение в большой группе. Раздайте раздаточный материал № 6, в котором представлены факты и мифы о насилии (также см. слайды 27-29) (20 минут). Источник: адаптировано по материалам источника Fröschl/Löw, процитировано в источнике WAVE 2008
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint – Модуль 2
	Раздаточные материалы (в хронологическом порядке в соответствии со структурой презентации в формате PowerPoint): Раздаточный материал № 1: Примеры гендерного насилия в отношении женщин Раздаточный материал № 2: Примеры гендерного насилия, зафиксированного в странах Восточной Европы и Центральной Азии Раздаточный материал № 3: Исследования распространенности насилия со стороны интимного партнера и других форм домашнего насилия в странах Восточной Европы и Центральной Азии Раздаточный материал № 4: Колесо власти и контроля Раздаточный материал № 5: Опрос: Мифы или факты о гендерном насилии? Раздаточный материал № 6: Мифы и факты о гендерном насилии Раздаточный материал № 7: Последствия ГН для здоровья Раздаточный материал № 8: Домашнее насилие: последствия для детей

3.2.2. Презентация в формате PowerPoint





Содержание модуля

- Определения и формы ГН
- Масштабы ГН (в мире и в странах Восточной Европы и Центральной Азии)
- Причины ГН
- Динамика развития отношений, в которых присутствует насилие
- Мифы и факты о ГН
- ГН и дискриминация по нескольким признакам
- Последствия ГН для здоровья

3

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Определения и формы ГН

4

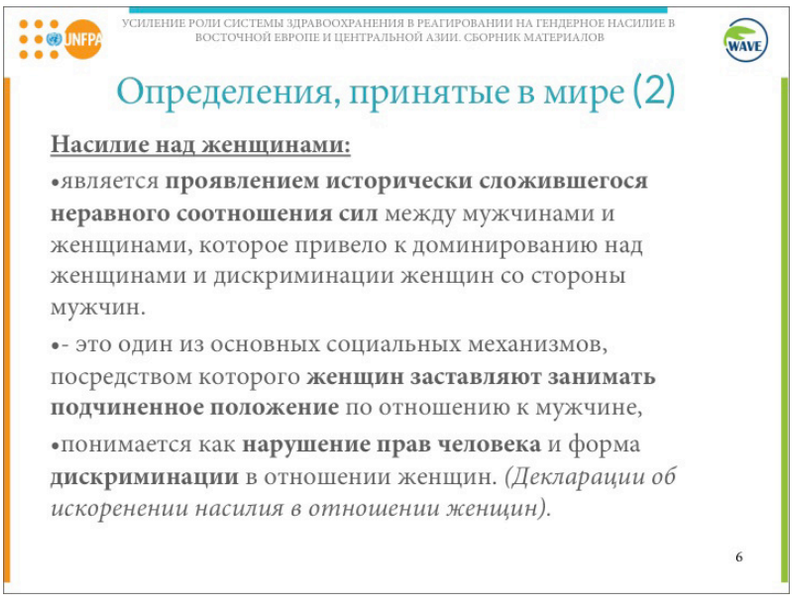
УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

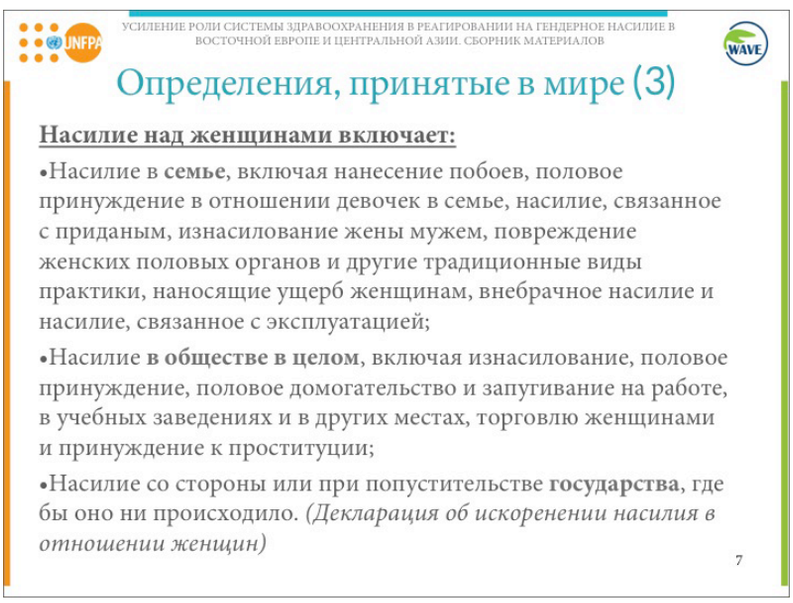
Определения, принятые в мире (1)

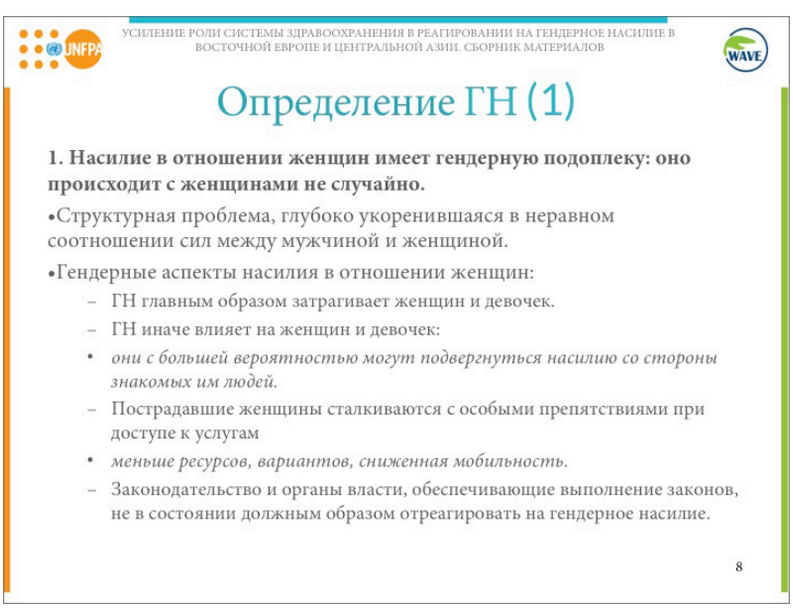
Насилие в отношении женщин: «Любой акт насилия **по гендерному признаку**, который приводит или может привести к **физическому, сексуальному, психологическому или экономическому ущербу или страданиям** в отношении женщин, включая угрозы таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, **независимо от того, происходит ли это в публичной или частной жизни**". *Декларация об искоренении насилия в отношении женщин (1993 г.)*

Гендерное насилие: Насилие, которое направлено на женщину, **потому что она является женщиной**, или же **несоразмерно затрагивает женщин"**. *Общая рекомендация № 19 к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) (1992 г.)*

5


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Определения, принятые в мире (2)
Насилие над женщинами:
•является проявлением исторически сложившегося неравного соотношения сил между мужчинами и женщинами, которое привело к доминированию над женщинами и дискриминации женщин со стороны мужчин.
•- это один из основных социальных механизмов, посредством которого женщин заставляют занимать подчиненное положение по отношению к мужчине,
•понимается как нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин. (Декларации об искоренении насилия в отношении женщин).
6


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Определения, принятые в мире (3)
Насилие над женщинами включает:
•Насилие в семье, включая нанесение побоев, половое принуждение в отношении девочек в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование жены мужем, повреждение женских половых органов и другие традиционные виды практики, наносящие ущерб женщинам, внебрачное насилие и насилие, связанное с эксплуатацией;
•Насилие в обществе в целом, включая изнасилование, половое принуждение, половое домогательство и запугивание на работе, в учебных заведениях и в других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции;
•Насилие со стороны или при попустительстве государства, где бы оно ни происходило. (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин)
7


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Определение ГН (1)
1. Насилие в отношении женщин имеет гендерную подоплеку: оно происходит с женщинами не случайно.
•Структурная проблема, глубоко укоренившаяся в неравном соотношении сил между мужчиной и женщиной.
•Гендерные аспекты насилия в отношении женщин:
– ГН главным образом затрагивает женщин и девочек.
– ГН иначе влияет на женщин и девочек:
• они с большей вероятностью могут подвергнуться насилию со стороны знакомых им людей.
– Пострадавшие женщины сталкиваются с особыми препятствиями при доступе к услугам
• меньше ресурсов, вариантов, сниженная мобильность.
– Законодательство и органы власти, обеспечивающие выполнение законов, не в состоянии должным образом отреагировать на гендерное насилие.
8

Определение ГН (2)

2. Гендерное насилие – это нарушение прав человека и одна из форм дискриминации женщин.

- Какие права человека нарушаются:
  - Право на жизнь
  - Право не подвергаться пыткам или жестокому, негуманному или унижающему достоинство обращению или наказанию
  - Право на здоровье
  - Право на равную защиту в соответствии с законом

9

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Определение ГН (3)

3. Женщины подвергаются ГН во всех сферах жизни: как частной, так и общественной.

- НО преимущественно насилие происходит в семье:
  - 30% всех женщин, которые когда-либо имели отношения с мужчиной, испытывали физическое или сексуальное насилие со стороны партнера (WHO 2013).
  - Женщины составляют две трети всех лиц, убитых интимным партнером (и при этом всего 20% жертв убийств, UNODC 2014).

10

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Определение ГН (4)

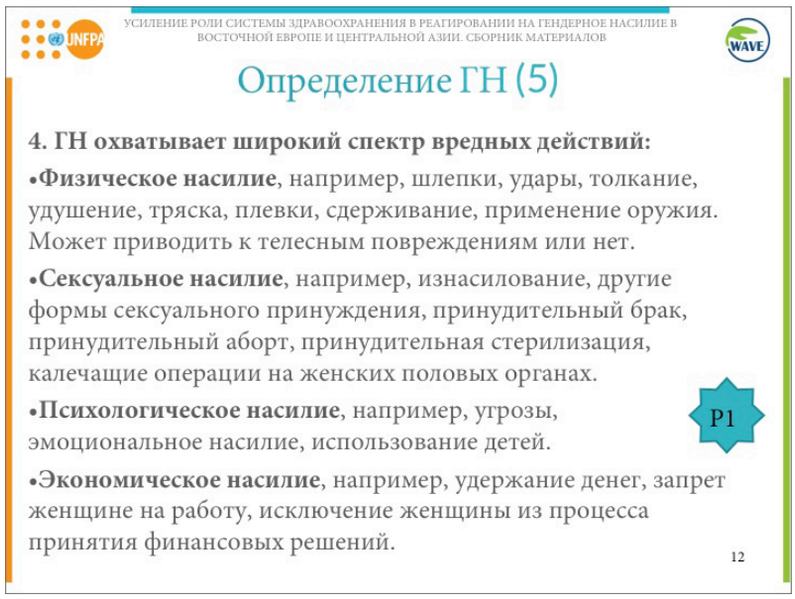
Домашнее насилие Физическое, сексуальное, психологическое или экономическое насилие

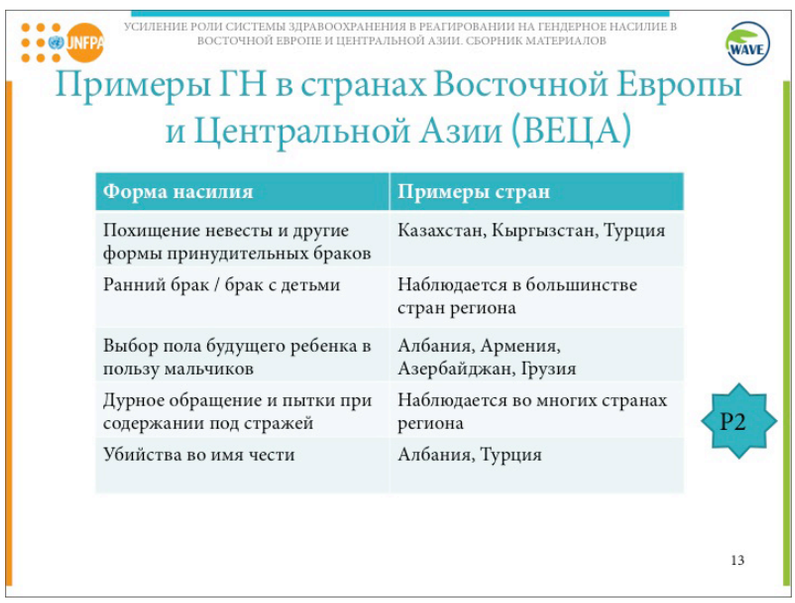
- **в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами**
- вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими (Статья 3 Стамбульской конвенции)

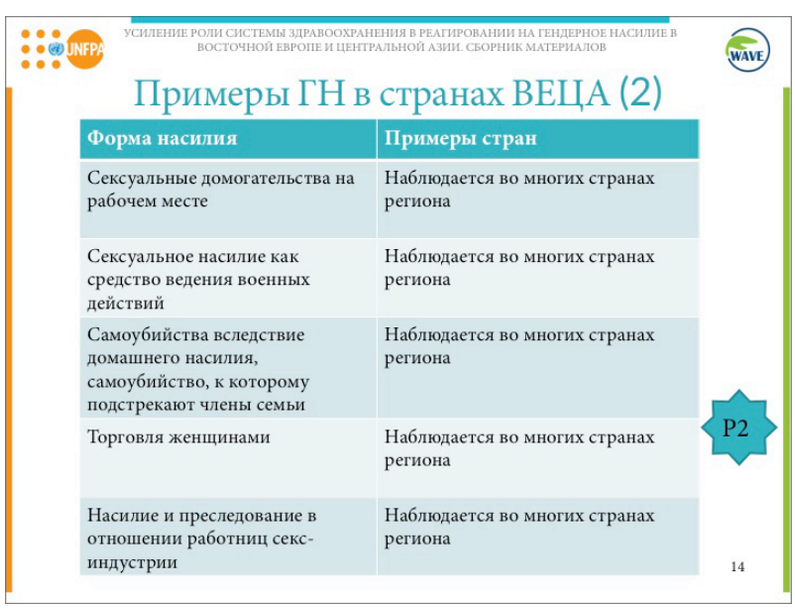
Насилие со стороны интимного партнера Поведение в рамках интимных отношений,

- причиняющее физический, сексуальный или психологический ущерб,,
- включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения.
- Это насилие **как со стороны нынешних, так и бывших супругов и интимных партнеров**. (WHO et al 2013)

11


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Определение ГН (5)
4. ГН охватывает широкий спектр вредных действий:
•Физическое насилие, например, шлепки, удары, толкание, удушение, тряска, плевки, сдерживание, применение оружия. Может приводить к телесным повреждениям или нет.
•Сексуальное насилие, например, изнасилование, другие формы сексуального принуждения, принудительный брак, принудительный аборт, принудительная стерилизация, калечащие операции на женских половых органах.
•Психологическое насилие, например, угрозы, эмоциональное насилие, использование детей.
•Экономическое насилие, например, удержание денег, запрет женщине на работу, исключение женщины из процесса принятия финансовых решений.
P1
12


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Примеры ГН в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА)
Форма насилия | Примеры стран
Похищение невесты и другие формы принудительных браков | Казахстан, Кыргызстан, Турция
Ранний брак / брак с детьми | Наблюдается в большинстве стран региона
Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков | Албания, Армения, Азербайджан, Грузия
Дурное обращение и пытки при содержании под стражей | Наблюдается во многих странах региона
Убийства во имя чести | Албания, Турция
P2
13


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Примеры ГН в странах ВЕЦА (2)
Форма насилия | Примеры стран
Сексуальные домогательства на рабочем месте | Наблюдается во многих странах региона
Сексуальное насилие как средство ведения военных действий | Наблюдается во многих странах региона
Самоубийства вследствие домашнего насилия, самоубийство, к которому подстрекают члены семьи | Наблюдается во многих странах региона
Торговля женщинами | Наблюдается во многих странах региона
Насилие и преследование в отношении работниц секс-индустрии | Наблюдается во многих странах региона
P2
14

Масштабы гендерного насилия

15

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Оценочные данные о распространенности ГН в мире и в регионе (WHO et al 2013)

Коэффициент распространенности за срок всей жизни	В мире	в Европе *)
% женщин, когда-либо подвергавшихся **насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию со стороны иного лица**	35%	27,2%
% женщин, **состоявших в отношениях** и испытавших **насилие со стороны интимного партнера**	30%	25,4%
% женщин, испытавших **сексуальное насилие со стороны не партнера**	7,2%	5,2%

P3

- Данные о распространенности насилия в отдельных странах Восточной Европы и Центральной Азии см. в раздаточном материале № 2.

"Европа" означает страны с низким и средним уровнем доходов в Европе и Центральной Азии.

16

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Причины гендерного насилия

17

Экологическая схема для понимания ГН

- Причина ГН – это **сочетание нескольких факторов**, которые повышают риск совершения насилия мужчиной и риск стать жертвой насилия для женщины.



Источник: Heise 1998

18

Экологическая схема

Факторы на уровне личности

→ *Биологические, личный опыт*

- Низкий уровень образования
- Юный возраст (ранний брак)
- Опыт насилия в прошлом
- Беременность
- Использование алкоголя (недостаточно данных, чтобы установить причинно-следственную связь)
- Восприятие насилия как приемлемого поведения

Уровень отношений

→ Отношения с партнерами, семьей, сверстниками

- Мужчины, у которых несколько партнерш
- Супружеские отношения с низким уровнем удовлетворенности партнеров или постоянными ссорами
- Различия в уровне образования партнеров
- Семья обвиняет в сексуальном насилии женщину, а не мужчину

Source: WHO/LSHTM 2010

19

Экологическая схема

Уровень местного сообщества

→ *Социальные отношения, например, в школе, на рабочем месте или между соседями*

- В сообществах, где существует ответственность за насилие, наблюдается самый низкий уровень насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия
- Бедность скорее можно рассматривать как "индикатор", а не как фактор, сам по себе повышающий риск насилия

Факторы на уровне общества

→ Культурные и социальные нормы, формирующие гендерные роли

- Уровень насилия со стороны интимного партнера выше, когда мужчины наделены экономическими полномочиями и принимают решения на уровне домохозяйства
- Идеология, наделяющая мужчин сексуальными правами
- Социальная разобщенность в ситуациях конфликтов или катастроф.

Source: WHO/LSHTM 2010

20

Домашнее насилие - Понимание динамики отношений, в которых присутствует насилие

21

Важность понимания динамики отношений, в которых присутствует насилие

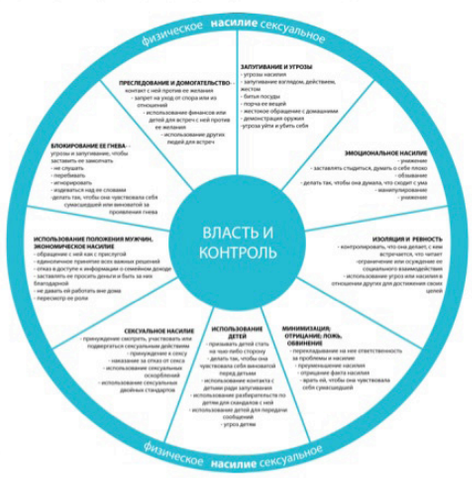
- Многие медики разделяют нормы, убеждения и отношения общества, в котором живут.
- Негативное отношение к пострадавшим может причинить им дополнительный вред.
- Непонимание динамики насилия может привести к такой ситуации, что медицинские работники начнут задаваться вопросом, почему женщина не уходит от агрессивного партнера, а потом могут подумать , что ей не нужна помощь или что она такой помощи не заслуживает.

→ **Выказывать поддержку, не осуждать и подтверждать важность сказанного пострадавшими**.

22

Колесо власти и контроля

Источник: "Проект вмешательства в ситуации домашнего насилия" (Domestic Abuse Intervention Project), Duluth. (см. также: Раздаточный материал)



P4

23

Цикл насилия
(Walker 1978)



- Со временем периоды насилия становятся более напряженными и длительными, а периоды "медового месяца" укорачиваются.
- Женщины вырабатывают стратегию выживания (отрицание насилия, отказ от предлагаемой помощи и защита агрессора).

24

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Стокгольмский синдром
(Grahams, Rawlings 1988)

- Объясняет, почему женщины, состоящие в отношениях с агрессивными партнерами, привязываются к агрессору и отождествляют себя с ним
- Впервые такой феномен наблюдался в Стокгольме в 1973 году (захват заложников)
- 4 условия:

- Жизнь жертвы под угрозой.
- Жертва не может освободиться или считает, что это невозможно.
- Жертва изолирована от других людей.
- Похититель демонстрирует некоторую степень доброго отношения к жертве.

25

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Concept of normalization of violence
(Lundgren, 1993)

- Женщины могут воспринимать эпизоды насилия как **проявление собственной несостоятельности.**
- Женщины, испытавшие насилие, ощущают сильное **внутреннее сопротивление и не хотят воспринимать себя как "избитых женщин"**, а своих партнеров как "агрессоров".
- **Преуменьшение серьезности** пережитого насилия - это один из вариантов **стратегии выживания** для женщин.
- Только уйдя от агрессивного партнера, женщина сможет описать свои отношения как отношения, в которых присутствовало насилие (**"процесс возврата к нормальному состоянию"**).

26

Мифы о ГН

27

Почему медицинские работники должны знать мифы о ГН?

Мифы и стереотипное отношение к ГН

•вредны, поскольку перекладывают вину с агрессора на пострадавших

•формируют восприятие и реагирование общества и сектора здравоохранения

•могут помешать медицинским работникам выявить эпизод ГН и оказать помощь

→ **Медики должны отличать мифы от реальности и сохранять профессиональное и непредвзятое отношение.**

P5

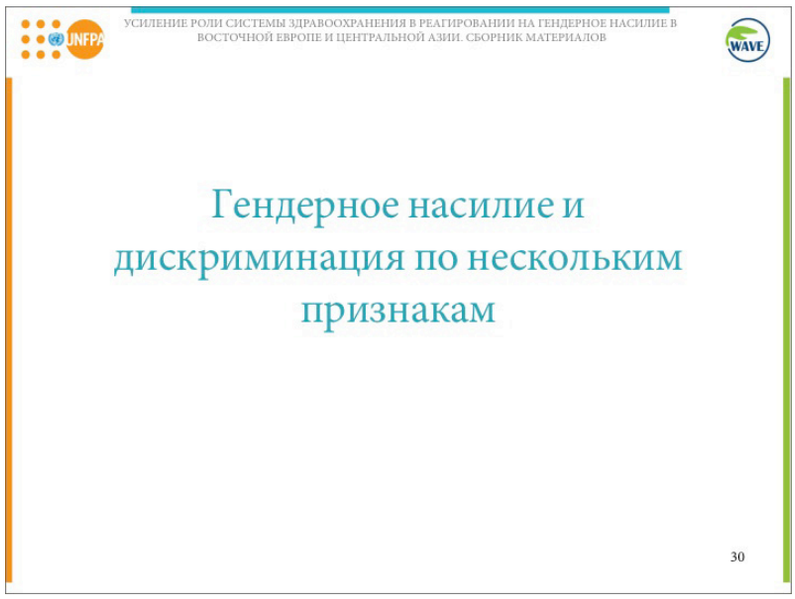
28

Примеры мифов о ГН

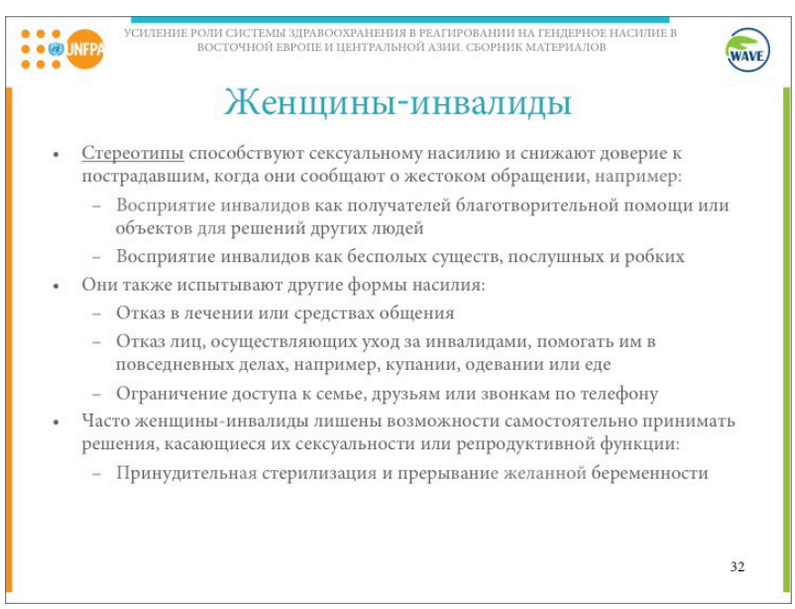
- Избиение – это не преступление. Мужчины имеют право контролировать поведение своей жены и дисциплинировать ее.
- Некоторые женщины заслуживают насилия.
- Женщины, которых избивают, сами позволяют партнерам совершать насилие. Если бы они на самом деле захотели, то ушли бы от таких партнеров.
- Конфликты и срывы - это нормальная часть любых отношений.
- Домашнее насилие - это частное дело семьи, поэтому государство не имеет права вмешиваться в такие вопросы.

H6

29


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Гендерное насилие и дискриминация по нескольким признакам
30


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Женщины в условиях военных конфликтов или в послевоенных условиях
Виновники насилия
• Военные
• Вооруженные формирования
• Пограничники
• Группы сопротивления
• Беженцы мужчины
• Другие лица
Последствия
• Повышен риск нежелательной беременности, ИППП и ВИЧ, а также тяжелых нарушений сексуального и репродуктивного здоровья
Ресурсы
• Несоответствующая инфраструктура
• Отсутствие специалистов
• Отсутствие основных лекарств и медикаментов
• Ограничение мобильности женщин и свободы передвижения
•Заявления о случаях насилия поступают реже из-за:
•Страха расправы
•Высокого уровня стигматизации
•Страха быть изгнанной из местного сообщества
31


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Женщины-инвалиды
• Стереотипы способствуют сексуальному насилию и снижают доверие к пострадавшим, когда они сообщают о жестоком обращении, например:
– Восприятие инвалидов как получателей благотворительной помощи или объектов для решений других людей
– Восприятие инвалидов как бесполых существ, послушных и робких
• Они также испытывают другие формы насилия:
– Отказ в лечении или средствах общения
– Отказ лиц, осуществляющих уход за инвалидами, помогать им в повседневных делах, например, купании, одевании или еде
– Ограничение доступа к семье, друзьям или звонкам по телефону
• Часто женщины-инвалиды лишены возможности самостоятельно принимать решения, касающиеся их сексуальности или репродуктивной функции:
– Принудительная стерилизация и прерывание желанной беременности
32

Женщины-инвалиды

- Неофициальный сектор - домашние работники, занятые в сельском хозяйстве, секс-индустрии
  - Нет правовой защиты
- Ограниченный доступ к правосудию и здравоохранению
  - Языковой барьер
  - Отсутствие информации о правах и возможности выбора
  - Исключение из системы национального медицинского страхования
- Страх потерять вид (разрешение) на жительство
  - Может помешать уйти от агрессивного партнера или работодателя
- Женщины-мигранты без документов:
  - Боязнь депортации препятствует получению доступа к услугам по поддержке и защите

33

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Девочки-подростки

Риск	Последствия	Ресурсы	Реже сообщают о насилии
• Брак с ребенком • Инцест • Сексуальное насилие • Торговля людьми • Насилие со стороны интимного партнера	• Низкая масса тела новорожденных • Повышенная антенатальная, неонатальная и младенческая смертность • Болезненность • Осложнения беременности	• Меньшая информированность об услугах • Недостаток финансовых средств для доступа к услугам • Сомневаются, обращаться ли за помощью из-за отсутствия конфиденциальности	• Могут не понимать, что поведение партнера/иного человека является насилием • Боятся, что им не поверят или не воспримут серьезно

34

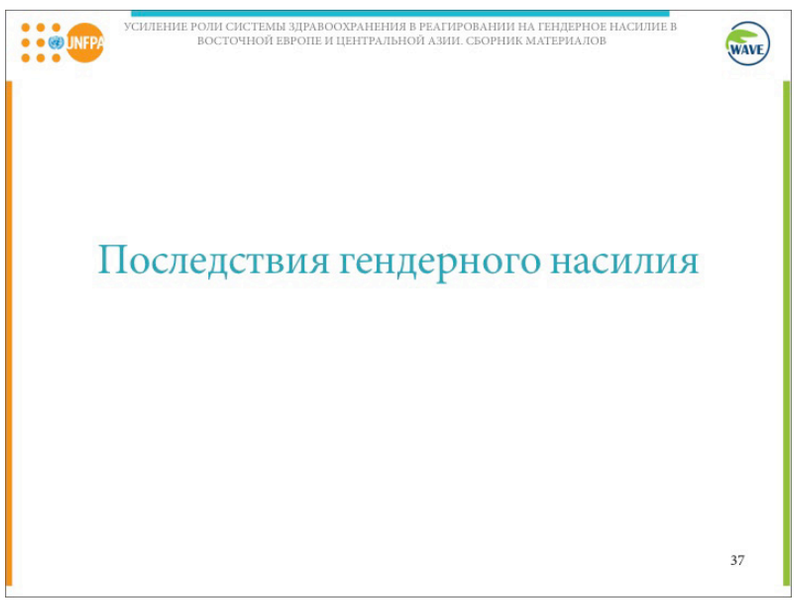
УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Пожилые женщины

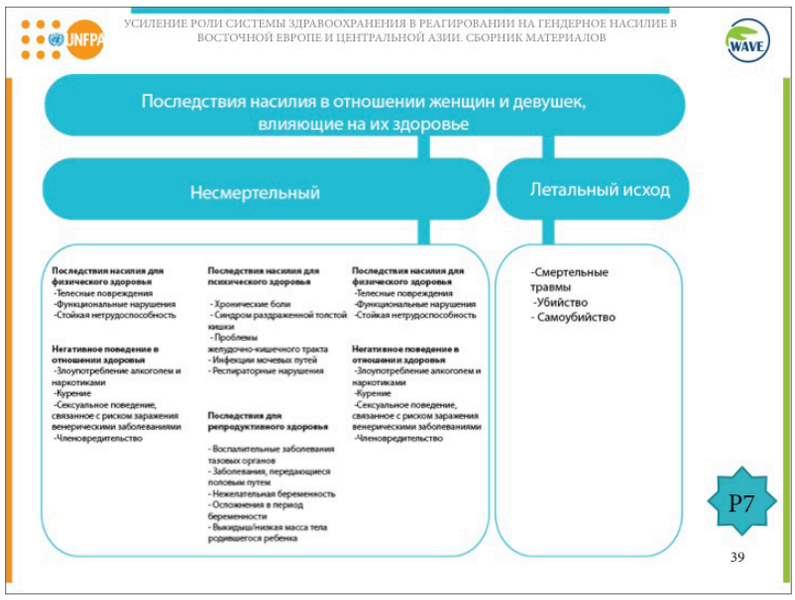
Последствия	Ресурсы	Реже сообщают о насилии
• Страх • Гнев • Депрессия • Обострение имеющихся заболеваний • Смятение и страдания • Угрожающие жизни травмы • Экономическое насилие	• Знание агрессора или зависимость от него ограничивает доступ к соответствующим услугам • Отсутствие информации об услугах • Недостаток ресурсов	• Страх, что им не поверят • Жалобы могут не принять всерьез, приняв их за симптомы болезни или амнезии • Они могут со временем привыкнуть к жестокому обращению или не признавать жестокое поведение как домашнее насилие

35


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Сельские женщины
Риск
• Насилие
• Сексуальная эксплуатация
• Торговля людьми
• Принудительный труд
Причины
• Ниже уровень образования и грамотности
• Традиционное восприятие о подчиненной роли женщины (характерно для села)
Ресурсы
• Отсутствие услуг
• Ограниченный доступ к услугам из-за удаленности и отсутствия транспорта
Реже сообщают о насилии
• Из-за отсутствия конфиденциальности в малых деревнях
36


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Последствия гендерного насилия
37

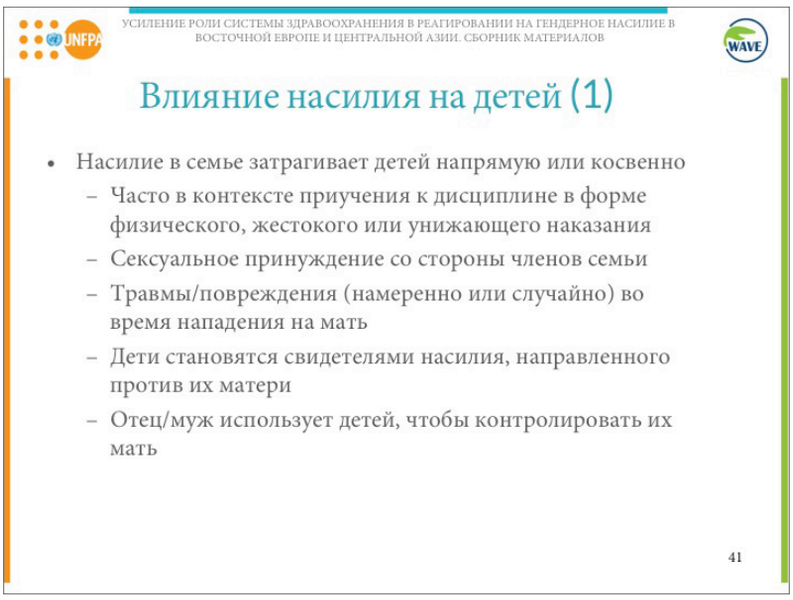

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Последствия ГН для здоровья
Физическое здоровье
Сексуальное и репродуктивное здоровье
Психическое здоровье
Изменения поведения
38

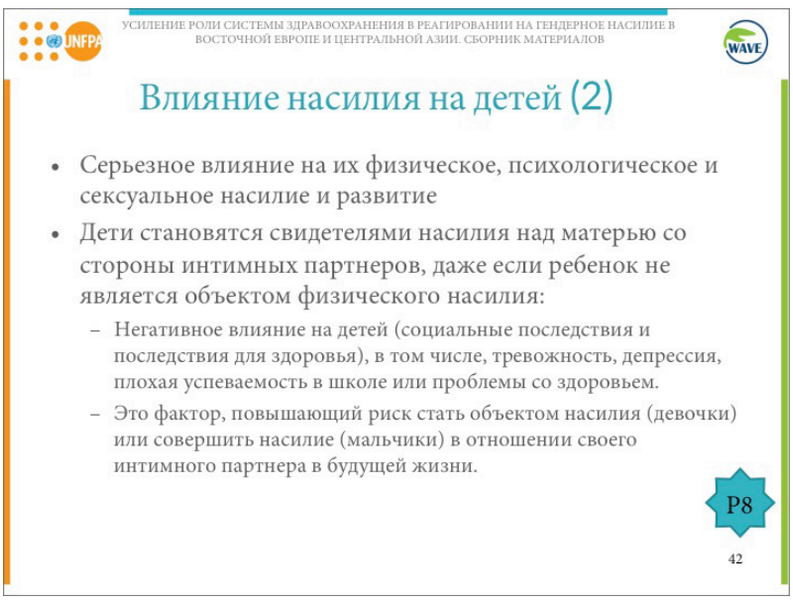


Примеры последствий насилия со стороны интимного партнера на здоровье женщины (WHO 2013)

- **42%** женщин, переживших физическое или сексуальное насилие со стороны партнера, страдают от соответствующих **травм**
- на **16%** выше вероятность родить ребенка с **пониженной массой тела при рождении**
- Более чем **вдвое выше вероятность искусственного аборта**
- Более чем **вдвое выше вероятность** депрессии
- **Повышен риск** заражения **ВИЧ (в 1,5 раза)** и **сифилисом (1,6 раза)**

40


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Влияние насилия на детей (1)
• Насилие в семье затрагивает детей напрямую или косвенно
– Часто в контексте приучения к дисциплине в форме физического, жестокого или унижающего наказания
– Сексуальное принуждение со стороны членов семьи
– Травмы/повреждения (намеренно или случайно) во время нападения на мать
– Дети становятся свидетелями насилия, направленного против их матери
– Отец/муж использует детей, чтобы контролировать их мать
41


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Влияние насилия на детей (2)
• Серьезное влияние на их физическое, психологическое и сексуальное насилие и развитие
• Дети становятся свидетелями насилия над матерью со стороны интимных партнеров, даже если ребенок не является объектом физического насилия:
– Негативное влияние на детей (социальные последствия и последствия для здоровья), в том числе, тревожность, депрессия, плохая успеваемость в школе или проблемы со здоровьем.
– Это фактор, повышающий риск стать объектом насилия (девочки) или совершить насилие (мальчики) в отношении своего интимного партнера в будущей жизни.
P8
42

3.2.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 1: Примеры гендерного насилия в отношении женщин

Физическое насилие	Применение физической силы, приводящее к телесным повреждениям, боли или травмам. Тяжесть травмы варьируется от минимального повреждения тканей, перелома костей до тяжелых увечий и смерти. К физическому насилию относятся: • шлепки, толкание, отталкивание, удары кулаком, избиение, царапины, удушение, укусы, хватание, тряска, плевки, ожоги, выкручивание части тела, насильственное принуждение к употреблению нежеланного вещества, • ограничение свободы женщины с целью помешать ей обратиться за медицинской или другой помощью; • использование бытовых предметов, чтобы нанести удар или колющую рану женщине, использование оружия (ножи, огнестрельное оружие).
Сексуальное насилие	Любой сексуальный акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но, не ограничиваясь ими (WHO 2002, цитата из материалов WHO 2013). К сексуальному насилию относятся: • изнасилование, другие формы сексуальных преступлений, • сексуальные приставания или сексуальное запугивание (в том числе, требование секса взамен на продвижение по службе или по карьерной лестнице или для получения более высоких отметок или оценок), • торговля людьми в целях сексуальной эксплуатации, • принуждение к порнографии, • принудительные беременность, стерилизация, аборты, • принуждение к браку, ранние браки, браки с детьми, • калечащие операции на женских половых органах, • проверка девственности, • инцест.
Психологическое (или эмоциональное) насилие	Действие или ряд действий, напрямую нарушающих психологическую неприкосновенность женщины. К психологическому насилию относятся: • угрозы насилия и причинения вреда женщине или близкому ей человеку на словах или посредством действий (например, преследование или демонстрация оружия), • домогательства и преследования на рабочем месте, • унижение и оскорбительные замечания, • изоляция и ограничение общения (например, запереть женщину дома, заставить ее уйти с работы и запретить женщине обращаться к врачу), • использование детей интимным партнером, совершающим насилие, чтобы контролировать женщину или причинить ей вред (например, нападение на ребенка; принуждение детей к тому, чтобы они смотрели, как нападают на их мать; угрозы забрать детей или похищение ребенка). Эти действия представляют собой одновременно насилие над детьми и над женщинами.
Экономическое насилие	Применяется с целью запрета или контроля доступа женщины к ресурсам, в том числе, времени, деньгам, транспорту, пище или одежде. К экономическому насилию относятся: • запрет на работу для женщины, • исключение женщины из процесса принятия решений в семье, • удержание денег или финансовой информации, • отказ оплачивать счета или содержать женщину или детей, • разрушение совместно нажитого имущества.

Источники: по материалам Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003, WHO 2013.

Раздаточный материал № 2: Примеры гендерного насилия, зафиксированного в странах Восточной Европы и Центральной Азии

В этой таблице представлен краткий обзор примеров ГН, зарегистрированных в странах Восточной Европы и Центральной Азии. В таблицу не вошли примеры некоторых форм домашнего насилия и насилия со стороны интимного партнера, которые рассматриваются в ряде отдельных национальных исследований по проблеме распространенности данного явления (см. раздаточный материал № 3). Эта таблица включает не все возможные виды насилия; кроме того, а также здесь не подразумевается, что определенные формы насилия встречаются только в странах Восточной Европы и Центральной Азии и (или) только в странах, перечисленных в качестве примеров.

Форма насилия	Определение	Примеры стран
Похищение невесты и другие формы принудительных браков	Похищение невесты – это похищение женщины или девушки против ее воли путем обмана или силой, а также применение физического или психологического принуждения, чтобы заставить ее выйти замуж за одного из похитителей (HRW 2006). Брак по принуждению – это союз двух лиц, из которых по крайней мере одно не дало свое полное и свободное согласие на брак (CoE PA 2005).	Казахстан, Кыргызстан, Турция[1]
Ранний брак / брак с детьми	Брак с несовершеннолетними – это союз двух лиц, из которых по крайней мере одно моложе 18 лет (CoE PA 2005).	Наблюдается в большинстве стран региона[2]
Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков	Выбор пола будущего ребенка, который может происходить до установления беременности, во время беременности путем определения пола будущего ребенка и избирательных абортов или после рождения ребенка путем убийства младенцев или неисполнения родительских обязанностей по отношению к ребенку (OHCHR/UNFPA/UNICEF/UN Women/WHO 2011).	Албания, Армения, Азербайджан, Грузия[3]
Дурное обращение и пытки при содержании под стражей	Насилие, совершаемое по отношению к женщинам, содержащимся под стражей (например, в камерах предварительного содержания, тюрьмах и центрах временного содержания нелегальных иммигрантов). Формы насилия по отношению к женщинам в условиях содержания под стражей включают: сексуальное насилие, в том числе, изнасилование; незаконное наблюдение во время приема душа или раздевания; обыск с полным раздеванием, проводимый мужчинами или в присутствии мужчин, а также вербальное сексуальное преследование или требования вступить в половую связь в обмен на привилегии, товары или вещи первой необходимости (UN Secretary-General 2006). Кроме того, сотрудники служб охраны правопорядка могут применять жестокое обращение, внесудебную казнь, пытки, изнасилование или сексуальное насилие при содержании женщин под стражей, чтобы заставить женщин выдать место пребывания их родственников мужского пола или “сознаться” в преступлениях (UN Special Rapporteur VAW 2006).	Наблюдается во многих странах региона.

14 Инициативы женских и феминистских НГО по КЛДЖ – Казахстан 2014; HRW 2006; Сообщество ООН в Кыргызской Республике/UNFPA 2008, CEDAW 2010.
15 UNFPA 2014.
16 CoE PA 2011.

Убийства во имя чести	Практика убийства женщин или девушек, подозреваемых в том, что они опорочили честь своей семьи недостойным поведением. Такое убийство может совершить брат, отец, дядя или другой родственник, который таким образом восстановит честь семьи. Убийства во имя чести совершаются в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи. Тогда женщину убивает родственник-мужчина, чтобы восстановить честное имя семьи в обществе. Даже подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, а поэтому этого достаточно, чтобы оправдать убийство женщины. Обычно мужчины, совершившие убийство, остаются безнаказанными или получают меньший срок (UN Women Virtual Knowledge Centre).	Албания, Турция[4]
Сексуальные домогательства на рабочем месте	Преследование лица из-за ее или его пола как посредством нежелательных сексуальных домогательств, так и посредством других форм дискриминации по половому признаку, которые означают для жертвы преследования потерю доходов, психологические страдания и т.д. (UN Women Virtual Knowledge Center).	Наблюдается во многих странах региона
Сексуальное насилие как средство ведения военных действий	Сексуальное насилие, используемое или поощряемое в качестве тактики ведения военных действий, умышленно нацеленное на гражданское население, или совершаемое в рамках широко распространенного или систематического нападения на гражданское население (Security Council 2008).	Наблюдается во многих странах региона
Самоубийства вследствие домашнего насилия, самоубийство, к которому подстрекают члены семьи	Самоубийства, совершаемые женщинами, чтобы избавиться от насилия и угнетения; иногда к самоубийствам подстрекают члены семьи, упрекая женщину в “несоответствующем” или “недостойном” поведении. В некоторых случаях зарегистрированные случаи самоубийства могут на самом деле прикрывать фактические убийства (UN Special Rapporteur VAW 2007).	Наблюдается во многих странах региона
Торговля женщинами	Наем, перевозка, передача, укрывательство или прием женщины путем угроз или применения силы или других форм принуждения, захвата, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимым положением или совершения или приема платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего женщину, с целью эксплуатации. Эксплуатация включает, как минимум, эксплуатацию проституции других лиц или другие формы сексуальной эксплуатации, принудительный труд или обслуживание, рабство или практики, аналогичные рабству, порабощение или удаление органов (UN 2000).	Наблюдается во многих странах региона
Насилие и преследование в отношении работниц секс-индустрии	Применение преследования или насилия: психологического, физического, сексуального или экономического против работниц секс-индустрии. Сексуальное насилие также может включать принуждение к половому акту без презерватива (PROI 2011).	Наблюдается во многих странах региона

Раздаточный материал № 3: Исследования распространенности насилия со стороны интимного партнера и других форм домашнего насилия в странах Восточной Европы и Центральной Азии

АЛБАНИЯ

Албанский институт статистики, ПРООН (2013), Домашнее насилие в Албании: Национальное исследование с участием населения

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
14,70%	23,70%	5,00%	7,90%	52,80%	58,20%	4,30%	7,40%	-	-	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 3598 женщин в возрасте от 15 до 55 лет	2013	Интимным партнером	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

Албанский институт статистики, ПРООН (2009), Домашнее насилие в Албании: Национальное исследование с участием населения

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	39,10%	-	12,70%	-	31,20%	-	-	-	0,2-13,8%	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2590 домашних хозяйств. 2590 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2007-2008 гг.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

АРМЕНИЯ

ЮНФПА, Национальная статистическая служба (2011 г.), Национальное исследование домашнего насилия в отношении женщин в Армении 2008 - 2010 г.

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	8,90%	-	3,30%	-	25,00%	-	-	-	2,30%	-	0,10%	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Объем: Город Объем: 2763 женщин в возрасте от 15 до 59 лет	2008-2010 гг.	Интимным партнером Другим лицом / не партнером	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

АЗЕРБАЙДЖАН

ЮНФПА, Доклад о Национальном исследовании насилия в отношении женщин в Азербайджане

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими лицами							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Эмоциональное* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
5,00%	15,00%	3,00%	7,00%	-	25,00%	-	-		11,00%	-	5,00%	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Объем: 9 регионов Объем: 4760 домашних хозяйств. 3000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2008	Интимным партнером Другим лицом	Физическое Эмоциональное Сексуальное	Полу, возрасту, региону и типу отношений

*81% всех женщин, когда-либо имевших партнера, включенных в исследование, сообщили, что подвергались какой-либо из форм контролирующего поведения.

БЕЛАРУСЬ

Представительство ООН в Беларуси, Центр социологических и политических исследований Белорусского государственного университета (2008 г.), Основные результаты оценки домашнего насилия в Республике Беларусь в 2008 году

Результаты исследования*

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	24,20%	-	13,10%	-	83,20	-	22,50%	-	-	-	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 512 женщин в возрасте от 18 до 60 лет и 488 мужчин	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

* Информация предоставлена Страновым отделением ЮНФПА в Беларуси, июль 2014 г.

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Агентство гендерного равенства Боснии и Герцеговины (2013 г.), Распространенность и характеристики насилия в отношении женщин в Боснии и Герцеговине

Результаты исследования

Насилие в отношении женщин со стороны нынешнего партнера*								Насилие, совершаемое другими членами семьи или родственниками (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное** насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
2,10%	7,70%	-	5,10%	10,20%	25,70%	-	-	13,90%	0,70%	-	-	2,80%	14,90%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 3300 женщин старше 18 лет	2012	Интимным партнером Другими членами семьи или родственниками Другими лицами	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

* Данные рассчитаны на основании ответов женщин, имевших партнеров на момент проведения исследования.
** Данные о сексуальном насилии основаны на ответах о нынешних и бывших партнерах.

ГРУЗИЯ

ЮНФПА, Национальное исследование в области домашнего насилия в отношении женщин в Грузии															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
3,90%	6,90%	1,95%	3,90%	-	14,30%	-	-	-	2,00%	-	0,20%	-	-	-	-
Дополнительная информация															

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2 385 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2009	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

КАЗАХСТАН

Агентство статистики Республики Казахстан, ЮНИСЕФ, ЮНФПА (2012), Мультииндикаторное кластерное исследование в Республике Казахстан, 2011 – 2012 гг.															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
7,10%	15,40%	1,30%	3,70%	8,50%	13,70%	-	7,00%	-	-	-	-	-	-	-	-
Дополнительная информация															

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный (города и сельская местность) Объем: 10.581 женщин в возрасте от 15 до 49 лет	2010-2011	Интимным партнером	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, типу отношений, месту проживания (город/ сельская местность), региону, уровню образования, уровню материального благосостояния

*Из отчета невозможно извлечь данные о насилии, совершаемом другими членами семьи (не партнерами).

КОСОВО (Резолюция СБ ООН 1244)

Агентство по гендерному равенству (2008), Безопасность начинается дома: Исследование для сбора данных, которые будут использоваться при разработке первой национальной стратегии и плана действий по противодействию домашнему насилию в Косово

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	1,30%	18,00%	-	3,50%	10,30%	30,00%	-	15,00%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1 256 домашних хозяйств. 636 женщин и 620 мужчин старше 18 лет	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

КЫРГЫЗСТАН

Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, компания ICF International (2012), Демографическое и медицинское обследование в Республике Кыргызстан

Результаты исследования

Насилие в отношении женщин								Насилие со стороны супругов							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
13,00%	23,00%	-	3,00%	-	-	-	-	17,00%	25,00%	3,00%	4,00%	10,00%	14,00%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 8208 женщин и 2413 мужчин в возрасте от 15 до 49 лет	2012	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, региону, уровню образования, семейному положению и типу отношений

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ

Правительство Республики Македония (2012), Отчет о Национальном исследовании проблемы насилия в семье

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие*		Экономическое насилие**	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев*	в течение всей жизни	12 месяцев**	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	-6,1%	-	-1,5%	-	-	-	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 2100 женщин и мужчин в возрасте от 15 лет	2012	Другими Членами семьи	Физическое Сексуальное Психологическое, включая экономическое	Полу, возрасту, типу занятости и уровню доходов, уровню образования, этнической принадлежности, месту проживания, количеству домочадцев/ детей

* Показатель распространенности психологического насилия: 36,86% (без разбивки по полу).

** В этом исследовании экономическое насилие рассматривается как часть психологического насилия.

Ассоциация эмансипации, солидарности и равенства женщин Республики Македония - ESE (2007), “Жизнь в тени”

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое* насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	17,70%	-	10,60%	-	56,40%	-	-	-	-	-	-	-	-		

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1432 женщин в возрасте от 18 до 65 лет	2006	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

*В отношении психологического насилия в 88,7% случаев виновник насилия – нынешний или бывший партнер/муж.

МОЛДОВА

Национальное бюро статистики Республики Молдова, ПРООН, «ООН-Женщины», ЮНФПА (2011), «Насилие в отношении женщин в семье в Республике Молдова"

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
9,00%	40,00%	4,00%	19,00%	26,00%	60,00%	4,20%	10,00%	1,00%	5,90%	-	-	-	-		

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1 575 женщин в возрасте от 15 до 65 лет	2010	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

РУМЫНИЯ

Centrul de Sociologie Urbana si Regionala (2008), Violenta Domestica in Romania, Ancheta Sociologica la Nisel National

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	4,70%	13,50%	0,50%	2,50%	10,40%	18,50%	2,40%	5,30%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 854 женщины и 450 мужчин старше 18 лет	2008	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Экономическое Психологическое Сексуальное	Полу, региону и возрасту

СЕРБИЯ

ГРУППА SeConS (2010), Картирование случаев домашнего насилия в отношении женщин в Центральной Сербии

Результаты исследования

Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое членами семьи (в том числе, партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	10,10%	21,60%	1,20%	3,80%	31,80%	48,70%	15,80%	11,40%

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный (кроме Воеводина и Косово) Объем: 2500 женщин в возрасте от 18 до 75 лет	2010.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное Экономическое	Полу, возрасту, типу занятости, проживанию в городе/ сельской местности

ТАДЖИКИСТАН

Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения Таджикистана, ICF International (2013), Демографическое и медицинское обследование 2012 г.

Результаты исследования

Насилие над женщинами								Насилие со стороны супругов							
Физическое насилие*		Сексуальное насилие**		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
13,00%	19,00%	-	4,00%	-	-	-	-	15,00%	20,00%	3,00%	4,00%	10,00%	11,00%	-	-

Дополнительная информация

Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 9656 женщин в возрасте от 15 до 49 ле	2012	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту, региону, уровню образование, семейному положению и типу отношений

* В 69% случаев физическое насилие совершал нынешний муж или партнер, а в 13% случаев – бывший муж/партнер.

** Что касается сексуального насилия, в 90% случаев насилие совершает нынешний или бывший муж/партнер.

ТУРЦИЯ

Главное управление по положению женщин при Премьер-министре Турецкой республики (2009), Национальное исследование по вопросам домашнего насилия в отношении женщин в Турции															
Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
10,00%	39,00%	7,00%	15,00%	25,00%	44,00%	-	-	-	18,00%	4,00%	3,00%	-	-	-	-
Дополнительная информация															
Выборка				Год(ы) исследования				Насилие, совершаемое				Формы насилия			
Охват: национальный Объем: 12 795 женщин в возрасте от 15 до 59 лет				2008				Интимным партнером Другими членами семьи				Физическое Психологическое Сексуальное			
Данные с разбивкой по															
Полу, возрасту и типу отношений															

УКРАИНА

ПРООН (2010), Распространенность насилия в украинских семьях

Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими членами семьи (не партнерами)							
Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,00%	-	1,00%	-	35,00%		

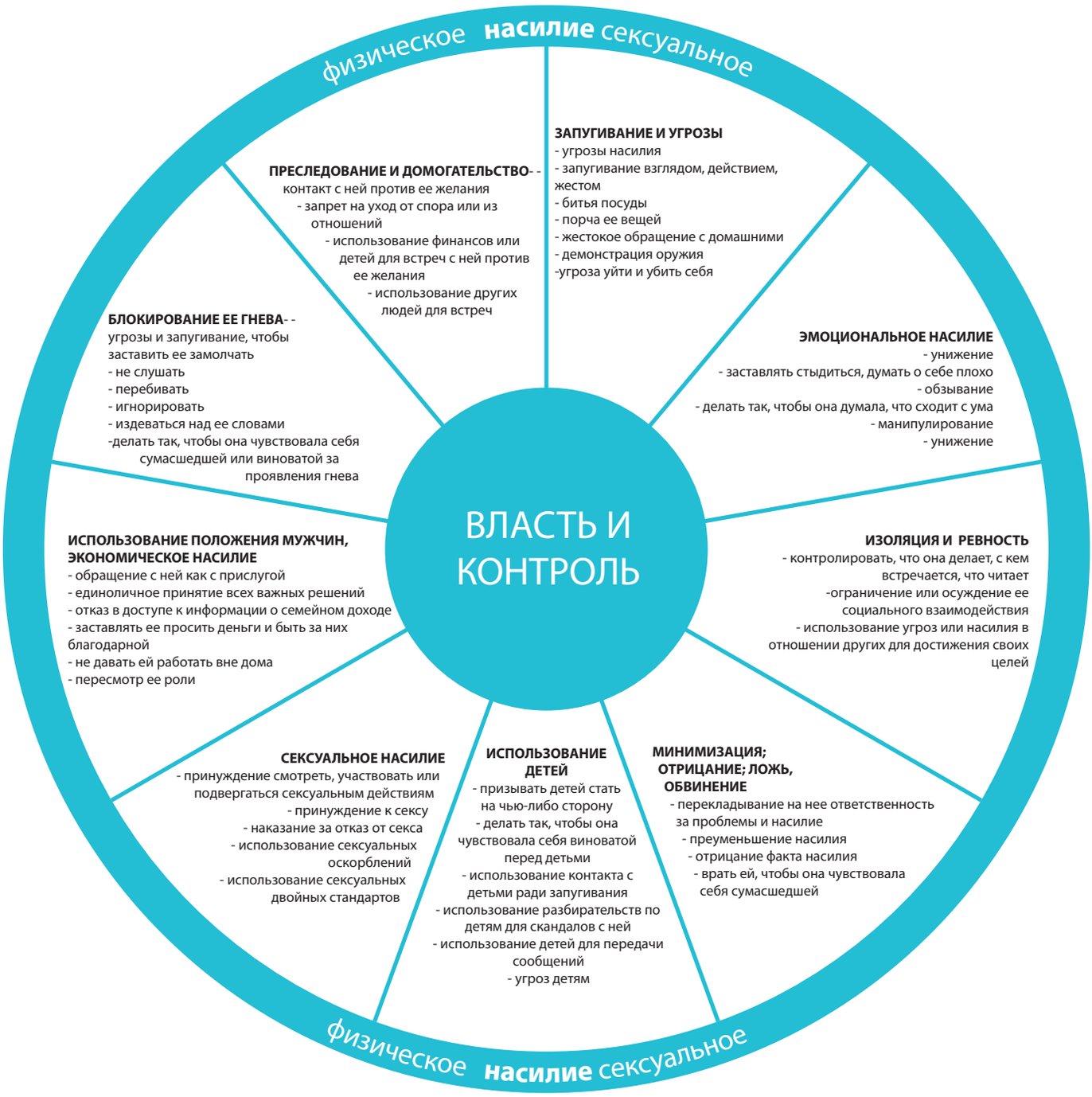
Дополнительная информация				
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 1800 мужчин и женщин старше 18 лет	2009-2010 гг.	Интимным партнером Другими членами семьи	Физическое Психологическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

Украинский центр социальных реформ, Государственный статистический комитет Украины, Министерство здравоохранения Украины, компания Macro International Inc. (2008), Украинское демографическое и медицинское обследование 2007 г.

Результаты исследования															
Насилие со стороны интимного партнера								Насилие, совершаемое другими людьми (в том числе, партнерами)							
Физическое насилиет		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие		Физическое насилие		Сексуальное насилие		Психологическое насилие		Экономическое насилие	
12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни	12 месяцев	в течение всей жизни
10,40%	12,70%	2,20%	3,30%	-	22,40%	-	-	8,80%	16,90%	-	5,40%	-	-	-	-

Дополнительная информация				
Выборка	Год(ы) исследования	Насилие, совершаемое	Формы насилия	Данные с разбивкой по
Охват: национальный Объем: 6842 женщин и 3178 мужчин в возрасте от 15 до 59 лет	2007	Интимные партнеры Другие члены семьи	Физическое Психологическое Экономическое Сексуальное	Полу, возрасту и типу отношений

Раздаточный материал № 4: Колесо власти и контроля



Источник: по материалам Программы предотвращения домашнего насилия, Дулут, штат Миннесота

Раздаточный материал № 5: Опрос: Мифы или факты о гендерном насилии?

Инструкции для участников:

Прочтите следующие утверждения и отметьте правильный на ваш взгляд ответ: «верно» или «неверно».

1. Женщины позволяют интимным партнерам совершать в отношении себя сексуальное насилие. Если бы они действительно хотели, могли бы уйти от партнера-агрессора.
   ❑ верно ❑ неверно

2. Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений.
   ❑ верно ❑ неверно

3. Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу.
   ❑ верно ❑ неверно

4. Домашнему насилию подвергаются только личности определенного типа.
   ❑ верно ❑ неверно

5. Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).
   ❑ верно ❑ неверно

6. Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками.
   ❑ верно ❑ неверно

7. Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.
   ❑ верно ❑ неверно

8. Домашнее насилие – это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Обращение мужчины с женой никого не касается.
   ❑ верно ❑ неверно

9. Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования.
   ❑ верно ❑ неверно

10. Мужчина не может изнасиловать свою жену.
    ❑ верно ❑ неверно

11. В большинстве случаев гендерное насилие совершают посторонние люди.
    ❑ верно ❑ неверно

Вопросы для обсуждения:

Пересмотрите эти утверждения в свете следующих вопросов:
- Верно или неверно это утверждение?
- Почему оно верно или неверно?
- Откуда оно взялось?
- Как это влияет на формы работы с пациентами в вашей повседневной деятельности?

Источник: по материалам Roks/Myterna, без указания даты, процитировано в источнике WAVE 2008

Раздаточный материал № 6: Мифы и факты о гендерном насилии

Миф № 1: Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора.

Факты: Женщина ни в коем случае не заслуживает насилия. Международное сообщество признало насилие в отношении женщин нарушением прав человека, которое не может быть оправдано и требует соответствующей реакции со стороны государства. Как объясняется в ряде теорий о развитии отношений между жертвой и агрессором, таких как «стокгольмский синдром» или "Колесо власти и контроля", агрессоры используют сочетание тактик контроля и насилия, что сильно затрудняет для женщин возможность избежать его. Важно также понимать, что женщины, подвергшиеся насилию со стороны интимного партнера и стремящиеся разорвать такие отношения, чтобы обеспечить безопасность себе и своим детям, парадоксальным образом сталкиваются с еще большим риском повторения и даже эскалации насилия. Кроме того, разорвать насильственные отношения им не дают чувства стыда и вины, отсутствие безопасного пристанища или убеждение в том, что развод нанесет вред детям (по материалам Hagemeister et al 2003).

Миф № 2: Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений.

Факты: «Любой человек может сорваться» – это обычное оправдание насилия со стороны интимного партнера. Однако насилие это не «потеря» контроля. Это, скорее, «завладение» контролем через угрозы, запугивание и насилие, как показано на схеме "Колесо власти и контроля". Насилие в отношениях между партнерами не нормально – это проявление исторически сложившегося неравного соотношения сил в отношениях между мужчинами и женщинами (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин).

Миф № 3: Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу.

Факты: Большинство пострадавших от гендерного насилия, в особенности, со стороны интимного партнера, это женщины и девушки. Согласно мировой статистике, почти половина (47%) всех убитых женщин в 2012 году стали жертвами своих сексуальных партнеров или членов семьи. В то же время среди мужчин таких случаев только 6% (Управление ООН по наркотиками и преступности - УНП ООН, 2013). По данным, собранным в странах Евросоюза, 67% случаев физического насилия и 97% сексуального насилия в отношении женщин совершают мужчины (Агентство ЕС по основным правам, 2014). Этот факт подтверждается и исследованиями, проведенными в регионе. Например, исследование, проведенное в Молдове, показывает, что виновными в насилии в отношении женщин часто оказываются их родственники, причем подавляющее большинство из них это мужья или бывшие мужья (73,4%), на втором месте отцы или отчимы (13,7%) (Специальный докладчик ООН по вопросу о насилии в отношении женщин: UN Special Rapporteur VAW 2009).

Миф № 4: Домашнему насилию подвергаются только личности определенного типа.

Факты: Гендерное насилие – это глобальная проблема, разросшаяся до масштабов пандемии. Тридцать пять процентов женщин по всему миру хотя бы раз испытали физическое и/или сексуальное насилие со стороны своего интимного партнера или сексуальное насилие со стороны лиц, не являющихся их партнерами (WHO et al, 2013). Хотя существуют факторы, которые могут увеличить риск гендерного насилия, домашнее насилие затрагивает всех женщин, независимо от их социально-экономического положения, уровня образования, этнической принадлежности, религиозной или сексуальной ориентации (Межведомственная рабочая группа по гендерным вопросам (IGWG), без указания даты). Согласно некоторым исследованиям, женщины, живущие в условиях бедности, непропорционально часто

становятся жертвами насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия, но остается неясным, является ли бедность, как таковая, фактором, повышающим риск насилия, или же к этому приводят другие факторы, сопутствующие бедности.

Миф № 5: Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).

Факты: Физическое насилие – это только одно из проявлений насилия. Международное право определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам» (Декларация об искоренении насилия в отношении женщин, статья 1). Например, исследование распространенности ГН в Румынии показало, что 18,5% женщин испытали психологическое насилие со стороны членов семьи, в том числе, интимных партнеров; а процент экономического насилия составил 5,3% (Centrul de Sociologie Urbana si Regionala 2008). Некоторые исследования показывают, что женщины часто оценивают психологическое насилие и унижение как более разрушительное, чем физическое (Casey 1988, процитировано в Heise and al 1994).

Миф № 6: Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками.

Факты: Несмотря на то, что злоупотребление различными веществами часто сопутствует домашнему насилию и снижает способность подавления агрессии, это только сопутствующий фактор, но не причина насилия (см. также гл. 1.3). Нельзя принимать злоупотребление алкоголем или наркотиками в качестве оправдания насилия (IGWG, без указания даты). Не все виновные в насилии принимают наркотики или алкоголь, и не все злоупотребляющие наркотиками или алкоголем совершают насилие (Roberts 1984, процитировано в источнике Hagemeister et al 2003).

Миф № 7: Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.

Факты: Любая женщина имеет право на безопасность, чувство собственного достоинства и жизнь без насилия. Каждая женщина, подвергшаяся гендерному насилию, имеет право самостоятельно решить, оставаться ли ей со своим партнером-агрессором или уйти от него. В любом случае она имеет право на получение помощи и защиты от государства. Аргумент в пользу того, что женщина должна сохранять отношения с агрессивным партнером, часто оправдывают благополучием детей. Однако давно установлено, что на безопасности и здоровье детей негативно сказывается то, что они подвергаются насилию или становятся свидетелями насилия в семье. Государственная поддержка программ, обучающих мужчин-агрессоров ненасильственному поведению в межличностных отношениях, это ключ к предотвращению дальнейшего насилия и изменению насильственных поведенческих моделей (Статья 16 Стамбульской конвенции). Это особенно важно в тех случаях, когда женщина не хочет или не может прекратить такие отношения, например, в силу экономической зависимости от агрессора или из-за риска подвергнуться осуждению со стороны окружения, в особенности в сельской местности. Тем не менее, мероприятия по работе с агрессорами должны дополнять, но никак не заменять работу служб поддержки женщин или отнимать ресурсы, отведенные на нее.

Миф № 8: Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой.

Факты: Насилие в отношении женщины – это нарушение прав человека, происходит ли это в семье или в общественной жизни. Согласно международному законодательству в области прав человека, например, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) или Стамбульской конвенции, государства не просто имеют право на искоренение всех форм насилия против женщин, но обязаны делать это.

Миф № 9: Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования.

Факты: Международные определения изнасилования и других форм сексуального насилия (WHO 2013) акцентируют внимание на типах актов насилия, при этом не учитывается тип личности насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любой мужчина, принуждающий женщину к половому акту против ее воли, совершает изнасилование, независимо от профессии женщины. Исследование, проведенное в Боснии и Герцеговине, свидетельствует о большом числе работниц секс-индустрии, подвергавшихся насилию: каждые три женщины из пяти опрошенных заявляли о перенесенном сексуальном насилии (PROI 2011).

Миф № 10: Мужчина не может изнасиловать свою жену.

Факты: Как упоминалось ранее, изнасилование определяется действием, а не личностью насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любое насильственное сексуальное сношение является изнасилованием, независимо от того, являются ли жертва и насильник супругами или нет. Это утверждение также основано на определениях, данных в международном законодательстве в области прав человека, которое охватывает все формы физического, сексуального, психологического или экономического насилия в отношении женщин независимо от того, имеют ли они место в семье или вне ее. Хотя международное право в области прав человека обязывает государства установить уголовную ответственность и преследовать в судебном порядке за изнасилование, не во всех странах изнасилование в браке признают уголовным преступлением, что ведет к безнаказанности изнасилований, совершаемых интимными партнерами.

Миф № 11: В большинстве случаев виновники гендерного насилия — посторонние люди.

Факты: Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей, что подтверждается данными Глобального исследования по проблеме убийств 2013 года. По оценкам 79% среди людей, погибших от рук своих интимных партнеров, составляют женщины . Более того, 47% всех убитых в 2012 году женщин погибли от рук членов своих семей или интимных партнеров. Для мужчин значение этого же параметра составляет 6% (UNODC 2014). Этот факт подтверждается, например, исследованием, проведенным в Кыргызстане, согласно которому 3% опрошенных женщин подвергались сексуальному насилию, при этом в 98% случаев преступниками были их нынешние или бывшие партнеры или мужья (Национальный статистический комитет 2012).

Раздаточный материал № 7: Последствия гендерного насилия для здоровья



Источник : Hellbernd et al. 2004, (информация взята и адаптирована из CHANGE 1999) , цитата из руководства PRO TRAIN 2007)

Раздаточный материал № 8: Домашнее насилие: последствие для детей и подростков

Домашнее насилие и развитие детей	
Ожидаемое развитие ребенка	Потенциальные последствия домашнего насилия
Младенчество (от рождения до 1 года) Доверие – недоверие (Эриксон) Привязанность; выживание (Боулби), Невербальная/ сенсомоторная стадия (Пиаже) Основное развитие мозга	Слабое здоровье Нарушение сна Излишнее беспокойство, плач, крики Непредсказуемый или нарушенный уход за ребенком, приводящий к невозможности обеспечить основные потребности Возможно, насилие нарушает или изменяет развитие мозга Замедленное развитие моторных навыков, таких как умение сидеть, ползать, ходить
Преддошкольный возраст (от 1 года до 3 лет) Начинает проявлять инициативу Основное развитие мозга Предоперациональная/ символическая стадия (Пиаже)	Нарушения / изменения развития мозга Задержки в развитии речевых и коммуникативных навыков Эмоциональная и физическая дисрегуляция Сложности с регуляцией сна и приучением к туалету
Дошкольный возраст (3-6 лет) Магическое мышление Предоперациональная/символическая стадия (Пиаже) Самостоятельность – стыд и сомнение (Эриксон) Причинно-следственное мышление не развито	Признаки страха / ужаса; визг/крики Раздраженное поведение/настроение Склонность прятаться Дрожание, заикание Психологические переживания Соматические жалобы Регрессия к поведению, свойственному предыдущим этапам развития Принятие на себя вины за проблемы дома, в семье
Младшие школьники (6-12 лет) Заметные изменения когнитивного развития Подпериод конкретных операций (Пиаже) Трудолюбие – чувство неполноценности (Эриксон) Ориентированность на обучение и отношения со сверстниками	Плохие отношения со сверстниками и сложности с налаживанием дружеских отношений; слабые навыки общения с людьми Плохая успеваемость «Школьная фобия» Соматические жалобы Регрессия к поведению, свойственному предыдущим этапам развития Настороженность, скрытность; отрицание Тревожность и возбуждение Демонстрация гнева и враждебности Раздраженность, зачастую сопровождаемая депрессией
Подростки (12 -17 лет) Самотождественность «Я» – ролевое смешение (Эриксон) Отношения и отождествление со сверстниками выше отождествления с семьей Период формальных операций (Пиаже)	Плохие отношения со сверстниками Использование агрессии для решения проблем Проецирование вины на других Тревожность и отсутствие удовлетворенности собой и легкости в отношениях Манипуляция матерями Агрессия по отношению к матери Насилие во время свиданий – виновник или жертва Побеги Преступность несовершеннолетних Прогулы Незаконченное школьное образование Злоупотребление алкоголем и наркотиками

Ранняя зрелость (18-20 лет) Объединение в пары Развитие интимных отношений Близость – изоляция (Эриксон) Период формальных операций (Пиаже) Отделение собственной личности от семьи родителей Развитие выбранной семьи Решение о беременности	Насилие при ухаживании / на свиданиях Отношения с проявлением насилия или жестокого обращения Конфликт в отношениях между партнерами или супругами Трудности с отделением от семьи родителей Трудности с воспитанием детей Несоответствующее обращение с детьми / детьми других людей Проблемы с трудоустройством Злоупотребление алкоголем и наркотиками Проблемы с жильем

Источник: по материалам Hagemeister et al 2003

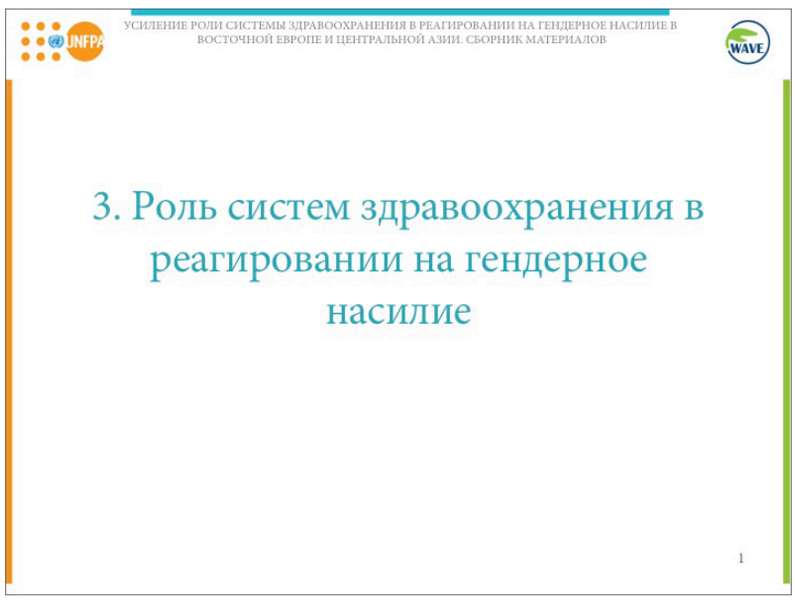
3.3.Модуль 3: Роль системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие

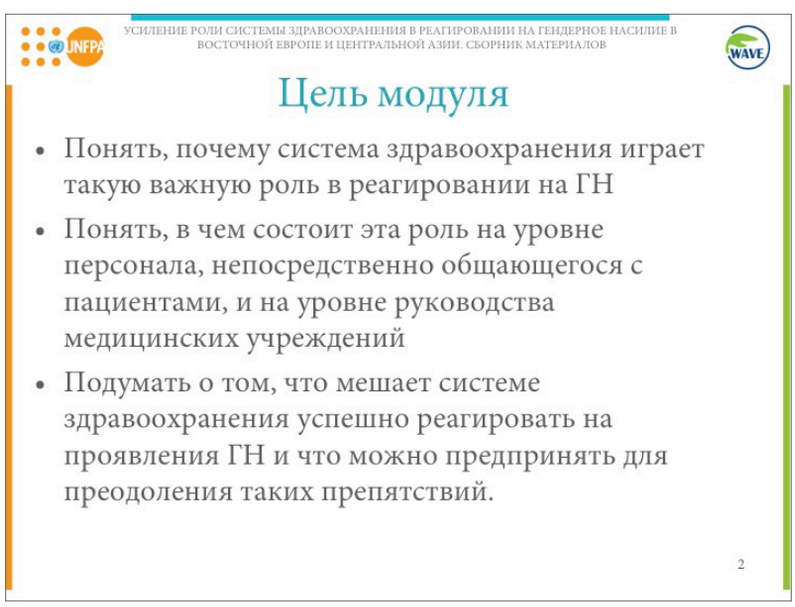
3.3.1. Общая схема модуля

Длительность модуля	2 часа
Цель модуля	Дать участникам возможность • понять, почему роль сектора здравоохранения так важна в реагировании на ГН, • понять, в чем заключается эта роль, как на уровне персонала, непосредственно общающегося с пациентами, так и на уровне руководства медицинских учреждений, • подумать над тем, что мешает системе здравоохранения успешно реагировать на проявления ГН как на уровне общения между пациентом и медиком, так и с точки зрения преодоления таких препятствий.
Основные идеи обучения	• В соответствии с международным законодательством в области прав человека государства обязаны улучшить реагирование системы здравоохранения на ГН. • Медики – это первая и порой единственная «точка контакта» для женщин, пострадавших от ГН, когда они обращаются за помощью. • Медицинские работники, обладающие знаниями и необходимыми навыками для реагирования на ГН, могут сделать очень много, чтобы пациентка стала здоровее, чтобы ее жизнь стала более благополучной и безопасной. В то же время отсутствие у медиков соответствующих знаний и навыков может нанести еще больший вред женщине и подвергнуть ее дополнительному риску. • В учреждениях здравоохранения необходимо создать организационную структуру для управления повседневной деятельностью медицинского персонала, устранения любых препятствий, мешающих обеспечить эффективное реагирование, а также для обеспечения устойчивости принимаемых мер.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов UNFPA-WAVE, Часть I, главы 2.1 – 2.4
	Дополнительная литература: КЛДЖ, Стамбульская конвенция, IFFP 2010, UNFPA 2001, WHO 2013
Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды 1-15, раздаточный материал № 8) • Групповое упражнение: Роль медицинских работников (раздаточный материал № 9) • Презентация (проводит тренер) (слайды 16-23, раздаточный материал № 10) • Групповое упражнение: Препятствия, затрудняющие медицинское обслуживание: с точки зрения пострадавших от ГН и медицинских работников (раздаточный материал № 11) • Презентация (проводит тренер) (слайды 24-25, раздаточный материал № 12)

Примечания для тренеров	При подготовке к тренингу зайдите на сайт Стамбульской конвенции Совета Европы и поищите там обновленную информацию о подписании и ратификации Конвенции странами, представители которых участвуют в тренинге. **Групповое упражнение: Роль медицинских работников (раздаточный материал № 10) – длительность: 45 минут** Раздайте участникам раздаточный материал № 9. Разделите участников на небольшие группы и попросите их прочесть описание практического примера и ответить на вопросы после текста в своих группах (20 минут на работу в группах). В каждой группе участники должны назначить докладчика, который запишет ответы на флипчарте и представит их группе (максимум 5 минут на одно выступление). Подведите итоги упражнения, опираясь на слайд 20 презентации. **Групповое упражнение: Что мешает системе здравоохранения эффективно реагировать на ГН (раздаточный материал № 12) - длительность: 45 минут** Раздайте участникам раздаточный материал № 12. Поделите участников на небольшие группы, попросите прочесть вопросы и ответить на них. Каждая группа должна определить: • препятствия, не позволяющие женщинам, пострадавшим от ГН, получить доступ к медицинскому обслуживанию и само обслуживание (препятствия для пострадавших), • препятствия, не позволяющие медицинским работникам оказывать эффективную помощь и обеспечивать лечение пациентов, подвергшихся ГН (препятствия для поставщиков услуг). Предлагается распределить препятствия для пострадавших и медиков между группами (например, если всего в тренинге участвуют 4 группы, первая и вторая группа могут заняться препятствиями для пострадавших, а третья и четвертая группа – препятствиями для медиков). Кроме того, каждая группа должна попытаться предложить 2-3 возможных решения: что могли бы сделать медики в своей повседневной работе, чтобы устранить такие препятствия. Попросите группы подвести итоги обсуждения и записать их на флипчарте. Дайте участникам 20 минут на выполнение этого упражнения. В каждой группе необходимо назначить одного докладчика, который представит всем участникам тренинга результаты обсуждения, записанные на флипчарте (максимум 5 минут на 1 группу). На этапе представления итогов обсуждения в группах используйте слайды 24-25 и раздаточный материал № 13.
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint - Модуль 3 **Раздаточные материалы** Раздаточный материал № 9: Обязательства государств в соответствии с международным законодательством в области прав человека по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие Раздаточный материал № 10: Групповое упражнение: Роль медицинских работников в реагировании на гендерное насилие Раздаточный материал № 11: Типы клинических правил и протоколов, рекомендованных для учреждений здравоохранения Раздаточный материал № 12: Групповое упражнение: Препятствия, затрудняющие эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие Раздаточный материал № 13: Препятствия, затрудняющие эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие

3.3.2. Презентация в формате PowerPoint





Содержание модуля

1. Международные обязательства государств согласно законам о правах человека
2. Почему медицинские работники играют важную роль в реагировании на гендерное насилие?
3. Три уровня, требующих внимания:

- Роль медицинского персонала
- Роль медицинских учреждений – руководства
- Роль высших должностных лиц и государственной администрации

4. Препятствия, мешающие наладить эффективное реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие, и пути их устранения

3

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международные обязательства государств по искоренению ГН

4

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международные обязательства государств по искоренению ГН - правило трех «П»



Также подразумевают обязательство улучшать реагирование сектора здравоохранения на ГН.

4

Международные обязательства государств по искоренению ГН (2)

Основные международные конвенции и декларации в сфере прав человека:

- Конвенция ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ, 1979)
- План действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР) в Каире (1994)
- Согласованные заключения 57-ой сессии Комиссии по положению женщин (2013)
- Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбульская конвенция, 2011)
- Решение Министерского совета ОБСЕ № 15/05 "Предотвращение и борьба с насилием в отношении женщин" (2005)

6

Конвенция Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), 1979 г.

- **Юридически обязательна**
- Ратифицирована всеми странами региона Восточной Европы и Центральной Азии
- Государства-участники обязаны положить конец дискриминации женщин в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской и любой другой сфере.
- **Насилие в отношении женщин / гендерное насилие прямо не упоминаются, но:**
- Общая рекомендация Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин № 19 по вопросам насилия в отношении женщин (1992 г.): **Гендерное насилие – это форма дискриминации женщин, а поэтому на него распространяются положения Конвенции.**

7

Общая рекомендация Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин № 19 (ГН, 1992 г.)

Определяет обязательства государств-участников КЛДЖ по реагированию на ГН, например:

- Обеспечить наличие и действие **законов** против ГН, гарантирующих надлежащую защиту для всех женщин (штрафные санкции, гражданские иски, компенсации)
- Создать или оказать поддержку в предоставлении услуг по **защите и поддержке пострадавших** (приюты, консультирование, специально обученные медицинские работники и т.д.)
- Обеспечить **обучение** государственных чиновников и медицинских работников с учетом гендерных аспектов
- Принять меры, чтобы **предупредить** вредное отношение, обычаи и практики
- **Собрать статистические данные и данные научных исследований** (масштабы, причины и влияние ГН, эффективность вмешательств)

8

Общая рекомендация Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин № 24 (здравоохранение, 1992 г.)

Определяет обязательства государств-участников КЛДЖ по реагированию на ГН в области систем здравоохранения, например:

- Ввести в действие и реализовать **законы, политику, протоколы и порядок** реагирования на ГН, а также оказать пострадавшим соответствующую помощь.
- **Устранить все препятствия**, затрудняющие доступ женщин к медицинской помощи.
- Обеспечить доступ женщин к медицинской помощи, при этом обеспечить уважение права женщины на **достойное обращение, независимость, конфиденциальность, информированное согласие и право выбора.**
- Обеспечить **обучение** государственных чиновников и медицинских работников с учетом гендерных аспектов

9

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Решение Совета министров ОБСЕ № 15/05

"Предотвращение и борьба с насилием в отношении женщин"

Политически обязательна для всех стран ВЕЦА



10

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Конвенция Совета Европы по предотвращению и борьбе с насилием в отношении женщин и насилием в семье (Стамбульская конвенция, 2011)

- **Юридически обязательна**, действует с 2014 года
- В странах Восточной Европы и Центральной Азии (по состоянию на июнь 2014 г.)
  - Ратифицирована: Албанией, Боснией и Герцеговиной, Черногорией, Сербией, Турцией
  - Подписана: Грузией, бывшей югославской Республикой Македонией, Украиной

P 8

11

Стамбульская декларация – примеры обязательств (1)

Интегрированная политика и сбор данных

•Принять и осуществить на практике комплексную и скоординированную политику по предотвращению ГН и борьбе со всеми его формами, которая

- уделяет первоочередное внимание правам пострадавших,
- реализуется путем эффективного сотрудничества между всеми вовлеченными организациями

•Собирать необходимые статистические данные с разбивкой и поддерживать исследования в области ГН.

•Оказывать поддержку соответствующим НПО и работать с ними в партнерстве

Предупреждение ГН:

•Обеспечить подготовку для соответствующих специалистов, работающих с пострадавшими от насилия, по вопросам гендерного равенства, предупреждению и выявлению такого насилия, потребностям и правам пострадавших, а также предотвращения повторной виктимизации.

12

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Стамбульская декларация - примеры обязательств (2)

Защита и поддержка

•Обеспечить доступ пострадавших к соответствующим услугам по поддержке. Медицинские и социальные службы должны иметь соответствующие ресурсы и квалифицированный персонал.

•Создать соответствующим образом оборудованные и легкодоступные приюты и службы поддержки пострадавших от сексуального насилия в достаточном количестве

•Создать национальные круглосуточные телефонные "горячие линии“ (оказывающие бесплатные, конфиденциальные услуги)

•Обеспечить получение пострадавшими должной и своевременной информации об имеющихся службах поддержки и правовых мерах на понятном для них языке

•Основные принципы оказания услуг

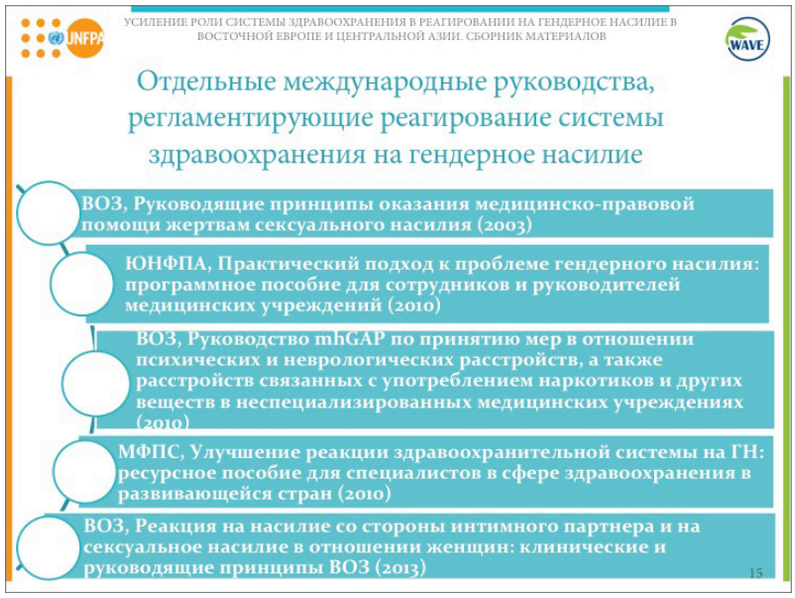
13

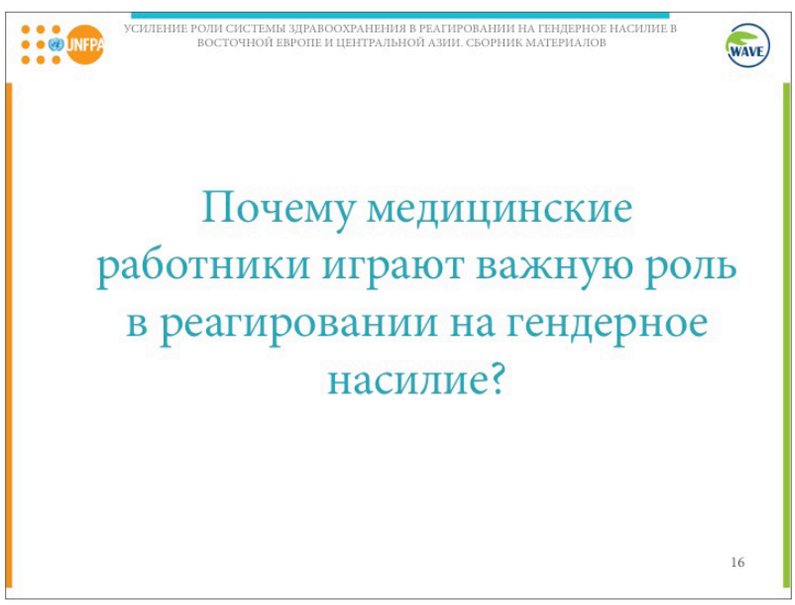
УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Согласованные выводы о ликвидации и предотвращении насилия в отношении женщин и девочек , 57-я сессия Комиссии ООН о положению женщин (2013 г.)

- Более четкое выполнение законов и политики:
  - Разработка эффективной многоотраслевой политики
  - Выделение достаточных ресурсов
- Устранение коренных причин и факторов риска ГН: дискриминации, структурного насилия
- Оказание доступных, комплексных многоотраслевых услуг
  - Полиция, суды, юридическая помощь, здравоохранение, консультационные услуги – важная роль женских организаций
  - Обучение медицинских работников по вопросам ГН
- Исследования и всеобъемлющий сбор данных

14


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Отдельные международные руководства, регламентирующие реагирование системы здравоохранения на гендерное насилие
ВОЗ, Руководящие принципы оказания медицинско-правовой помощи жертвам сексуального насилия (2003)
ЮНФПА, Практический подход к проблеме гендерного насилия: программное пособие для сотрудников и руководителей медицинских учреждений (2010)
ВОЗ, Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств, а также расстройств связанных с употреблением наркотиков и других веществ в неспециализированных медицинских учреждениях (2010)
МФПС, Улучшение реакции здравоохранительной системы на ГН: ресурсное пособие для специалистов в сфере здравоохранения в развивающейся стран (2010)
ВОЗ, Реакция на насилие со стороны интимного партнера и на сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и руководящие принципы ВОЗ (2013)
15


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Почему медицинские работники играют важную роль в реагировании на гендерное насилие?
16


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Почему медицинские работники играют важную роль в реагировании на гендерное насилие?
ГН - это проблема общественного здравоохранения.
Медицинские работники часто являются первичным звеном, с которым сталкиваются пострадавшие от насилия на гендерной почве.
Судебная медицина играет важную роль в сборе доказательств для обвинения
Осведомленность о положении женщины помогает диагностировать заболевания и вылечить их.
Реагирование на ГН позволяет улучшить качество медицинской помощи в целом.
Медицинские работники занимают стратегически выгодное положение, позволяющее им выявить женщин, переживших насилие или подвергающихся риску насилия.
17

Уровни реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие, требующие внимания

18

Уровни реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие, требующие внимания



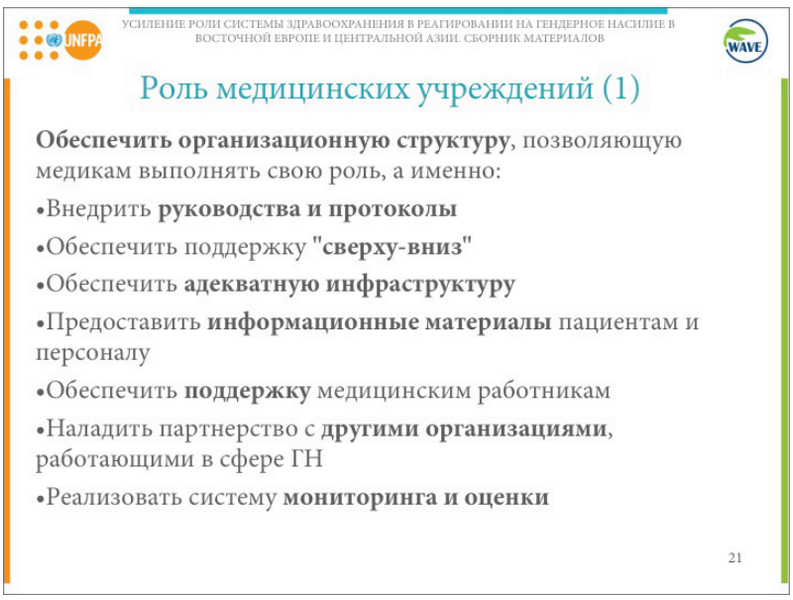
19

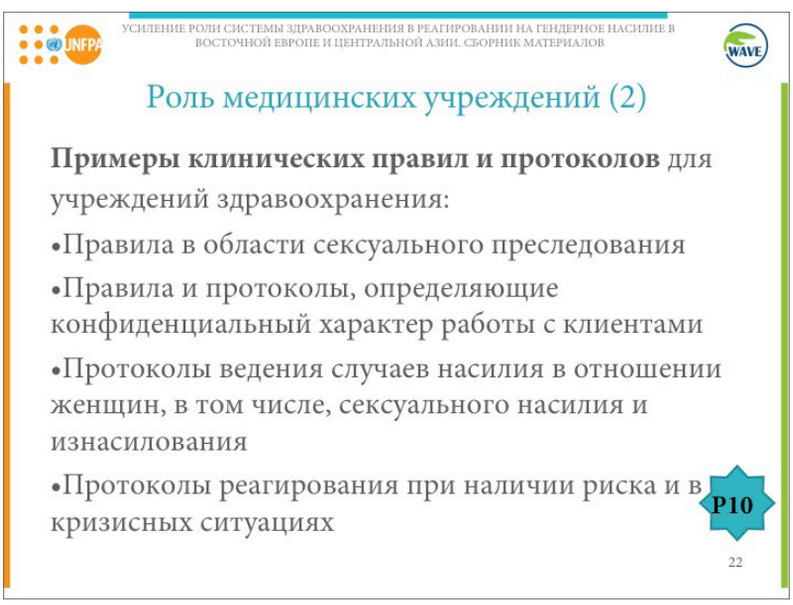
Роль медицинского персонала

- **Понимать, что такое гендерное насилие, и предоставить пациентам информацию** о ГН и его последствиях для здоровья женщин
- **Спросить о ГН** при наличии клинических симптомов
- Создать **дружелюбную и конфиденциальную обстановку**
- Собрать **анамнез** пациента
- Провести медицинский **осмотр**
- Оказать **медицинскую и психологическую помощь**
- **Документально** оформить последствия ГН
- При необходимости **направить** пострадавших к другим поставщикам услуг
- Помогать пациентам составить **план обеспечения безопасности**
- Обеспечить **последующий** уход

P10

20


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Роль медицинских учреждений (1)
Обеспечить организационную структуру, позволяющую медикам выполнять свою роль, а именно:
•Внедрить руководства и протоколы
•Обеспечить поддержку "сверху-вниз"
•Обеспечить адекватную инфраструктуру
•Предоставить информационные материалы пациентам и персоналу
•Обеспечить поддержку медицинским работникам
•Наладить партнерство с другими организациями, работающими в сфере ГН
•Реализовать систему мониторинга и оценки
21


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Роль медицинских учреждений (2)
Примеры клинических правил и протоколов для учреждений здравоохранения:
•Правила в области сексуального преследования
•Правила и протоколы, определяющие конфиденциальный характер работы с клиентами
•Протоколы ведения случаев насилия в отношении женщин, в том числе, сексуального насилия и изнасилования
•Протоколы реагирования при наличии риска и в кризисных ситуациях
P10
22


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Уровень должностных лиц в сфере здравоохранения и государственной администрации
• Создать рамочную концепцию, которая будет регламентировать реагирование учреждений здравоохранения и медицинских работников на ГН
– Интеграция в более широкие стратегии и планы действий в области ГН, например, Стратегический план действий по борьбе с гендерным насилием, Армения (2011 - 20155 гг.)
– Принятие специальных протоколов или стратегий министерствами здравоохранения, например, Специальный протокол по защите и и обращению с женщинами, пострадавшими от насилия, Республика Сербия
• Реализация политики требует:
– Широкое распространение информации
– Обучение медицинского персонала их реализации
23

Препятствия, затрудняющие оказание медицинской помощи

24

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Препятствия, затрудняющие оказание медицинской помощи - примеры

Пациентки	Медицинские работники
• Чувство стыда, вины • Страх негативной реакции, быть обвиненной, незнание следующих шагов • Страх эскалации насилия • Социальная изоляция • Отсутствие безопасных вариантов для самих женщин и ее детей • Невозможность физического доступа, в особенности в отдаленных районах • Языковые и культурные препятствия	• Недостаток знаний о ГН и квалифицированном ведении случаев насилия • Недостаток времени • Недостаток институциональной поддержки, например, стандартных протоколов и официально закрепленного обучения • Собственное отношение и ложные представления о ГН

P12
P13

25

3.3.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 9: Обязательства государств в соответствии с международным законодательством в области прав человека по улучшению реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие

Конвенция Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций (ООН) в 1979 году. Эта Конвенция представляет собой юридически обязательные рамки для принятия мер на уровне государства с целью предотвратить дискриминацию женщин во всех сферах жизни: политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой сфере. Все государства Восточной Европы и Центральной Азии ратифицировали КЛДЖ и поэтому обязаны выполнять ее положения в своих странах.

Любопытно, что в Конвенции явно не упоминается насилие в отношении женщин. Это связано с тем, что в 70-х годах прошлого века, когда составлялся проект текста конвенции, гендерное насилие и, в частности, насилие в быту еще не рассматривалось как нарушение прав человека. Комитет КЛДЖ исправил это упущение в 1992 году, приняв Общую рекомендацию № 19 о насилии в отношении женщин. Этот документ поясняет, что насилие в отношении женщин является одной из форм "дискриминации", а поэтому входит в сферу действия Конвенции (определение ГН, данное Комитетом КЛДЖ, приведено в главе 1.1). В 1994 году Комитет КЛДЖ принял еще один важный документ – Общую рекомендацию № 24 о женщинах и здоровье, где описываются обязательства государств остановить дискриминацию женщин в области здравоохранения и обеспечить равный доступ женщин к медицинским услугам. Очень важно, что в Общей рекомендации № 24 также рассматривается роль сектора здравоохранения в реагировании на ГН. В обеих общих рекомендациях определены обязательства государств-участников КЛДЖ по искоренению ГН, включая усиление мер реагирования со стороны системы здравоохранения:

Стандарты эффективного реагирования на ГН на уровне государства в соответствии с КЛДЖ (Общая рекомендация № 19):

- Обеспечение того, чтобы **законы,** направленные против гендерного насилия, гарантировали **надлежащую защиту** всем женщинам. Эффективные правовые меры включают в себя уголовные санкции, гражданско-правовые средства защиты и предоставление компенсации.
- Внедрение гендерных аспектов **подготовки** государственных чиновников, включая работников судебных и правоохранительных органов.
- Обеспечение для женщин, подвергшихся насилию, **действенных процедур подачи жалоб и средств правовой защиты**, включая выплату компенсаций.
- Создание и поддержка соответствующих **защитных и вспомогательных услуг** для женщин, ставших жертвами или подверженных риску насилия, изнасилования, сексуальных посягательств и других форм гендерного насилия. Это в том числе приюты, группы специально подготовленных медицинских работников, службы по реабилитации и предоставлению консультаций, а также обеспечение доступности этих услуг для женщин, проживающих в сельской местности.
- Проведение **профилактических** мероприятий, в том числе общественных информационных и образовательных программ, для **преодоления взглядов, обычаев и практик, которые закрепляют насилие в отношении женщин**.

» **Сбор статистических данных и исследования** о масштабах, причинах и последствиях насилия, а также об эффективности мер по предотвращению и пресечению насилия.

Стандарты КЛДЖ для усиления реагирования системы здравоохранения на ГН (Общая рекомендация № 24):

» Принятие и реализация **законов, политики, протоколов и процедур** по борьбе с насилием в отношении женщин и девочек и обеспечения надлежащих медицинских услуг.
» Внедрение **комплексной национальной стратегии по укреплению здоровья женщин в течение всей их жизни, в том числе мероприятий в ответ на насилие в отношении женщин** и обеспечение доступа к высококачественным и доступным медицинским услугам, включая услуги, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья.
» **Устранение всех препятствий для доступа женщин** к медицинским услугам, образованию и информации.
» Обеспечение **доступа женщин к медицинскому обслуживанию**, которое должно быть совместимо с правами человека у женщин, включая их право **на автономию**, **неприкосновенность частной жизни**, **конфиденциальность**, **информированное согласие и право выбора**. Кроме того, услуги должны предоставляться таким образом, чтобы они уважали **достоинство женщин** и отвечали **потребностям и чаяниям женщин.** Это означает, среди прочего, что формы принуждения, такие как стерилизация без получения согласия или обязательная проверка на венерические заболевания, должны быть запрещены.
» Уделяющая внимание гендерным аспектам **подготовка**, позволяющая медицинским работникам выявлять и устранять последствия гендерного насилия для здоровья. Учебные программы должны включать в себя обязательные комплексные гендерные курсы по вопросам здоровья и прав человека у женщин, в частности, вопросы насилия на гендерной почве.
» Обеспечение **надлежащей защиты и медицинского обслуживания,** включая лечение травматических заболеваний и консультирование женщин, находящихся **в особо трудных обстоятельствах,** таких как женщины в ситуациях вооруженного конфликта и женщины-беженцы.
» Обеспечение **процедуры рассмотрения жалоб и санкций** в отношении медицинских работников, виновных в совершении оскорбительных действий сексуального характера в отношении своих пациенток.

Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбульская конвенция)

7 апреля 2011 года Комитет министров Совета Европы принял новую Конвенцию о предупреждении и пресечении насилия в отношении женщин и бытового насилия. Поскольку она была принята в Стамбуле, ее часто называют «Стамбульской конвенцией». Конвенция вступит в силу 1 августа 2014 года. По состоянию на 30 июня 2014 года ее ратифицировали 11 стран, в том числе, следующие страны региона Восточной Европы и Центральной Азии: Албания, Босния и Герцеговина, Черногория, Сербия и Турция. Бывшая югославская Республика Македония и Украина подписали конвенцию, но пока не ратифицировали ее. Стамбульская конвенция также открыта для стран, не входящих в Совет Европы. Таким образом, такие страны как Беларусь или государства Центральной Азии также могут присоединиться к Конвенции.

Стамбульская конвенция содержит подробные, комплексные и юридически обязательные стандарты для государственных мер по искоренению насилия в отношении женщин в следующих областях:

☐ **Комплексная политика и сбор данных:** Включает обязательство по принятию и реализации комплексной и скоординированной политики по предотвращению и борьбе со всеми формами насилия, ставящие права жертвы в центр всех мер и реализуемые на основе эффективного сотрудничества между всеми соответствующими организациями (Статья 7); обязательство поддерживать и эффективно сотрудничать с соответствующими неправительственными организациями (Статья 9); а также обязательство по сбору соответствующих дезагрегированных статистических данных и поддержке научных исследований по проблеме насилия в отношении женщин (Статья 11).

- **Предупреждение:** Среди прочего, Конвенция устанавливает обязанность обеспечить подготовку для соответствующих специалистов, работающих с жертвами насилия, по вопросам гендерного равенства, предупреждению и выявлению такого насилия, потребностей и прав потерпевших, а также в отношении того, как предотвратить повторную виктимизацию. Такая подготовка должна также включать скоординированное межведомственное сотрудничество в целях обеспечения комплексного и соответствующего подхода к этим услугам (Статья 15).
- **Защита и поддержка:** Государства должны обеспечить доступ жертвы к соответствующим услугам поддержки для облегчения их восстановления после пережитого насилия. Они включают медицинские услуги и социальные службы, которые располагают достаточными ресурсами и укомплектованы профессионалами, подготовленными для оказания помощи пострадавшим и направлять их в соответствующие службы (статья 20). Кроме того, Конвенцией также предусматривается наличие соответствующих доступных приютов и центров помощи жертвам изнасилования или сексуального насилия, которые должны существовать в достаточном количестве (Статьи 23, 25), и общегосударственных круглосуточных горячих телефонных линий, которые работают бесплатно и предоставляют конфиденциальные консультации (Статья 24). Государства должны обеспечивать получение пострадавшими должной и своевременной информации об имеющихся службах поддержки и правовых мерах на понятном для них языке (Статья 19). Конвенцией также устанавливается перечень основных принципов обслуживания (Статья 18, см. главу 2.5, вставка 8).

Т Конвенция также устанавливает обязательства государств в области законодательства; расследования, преследования и защитных мер; миграции и убежища, а также международного сотрудничества.

Раздаточный материал № 10: Групповое упражнение: Роль медицинских работников в реагировании на гендерное насилие

Инструкции для участников:

Прочтите практический пример, приведенный ниже, и обсудите в своей рабочей группе следующие вопросы:

1. В чем, на ваш взгляд, заключается роль врача при общении с такой пациенткой как Анна? Перечислите несколько вариантов возможных действий врача.

2. Чего, на ваш взгляд, врач не должен делать?

Каждая группа должна записать ответы на флипчарте и назначить докладчика, который представит результаты обсуждения в большой группе (максимум 5 минут для каждой группы).

Практический пример - история Анны:

Анна, 45 лет, живет в небольшой деревне в стране Х. Она замужем, у нее трое детей; Анна живет с семьей с родителями мужа. Однажды Анна обратилась за медицинской помощью в отделение неотложной помощи больницы в ближайшем к ней городе. У нее кровотечение из уха, несколько синяков на животе и ногах; когда врач/медсестра спросила ее о причине травм, она ответила, что упала с лестницы. Из медицинской карты Анны видно, что за последнее время она несколько раз обращалась в больницу с необъяснимыми симптомами (хроническая боль в животе и инфекции мочевого пузыря); она также дважды обращалась по поводу экстренной контрацепции из-за нежелательной беременности. Врач обеспокоен здоровьем пациентки и считает, что эти симптомы могут быть последствием насилия со стороны интимного партнера. Он не знает, что делать, понимая, что Анна не желает говорить о причине этих проблем со здоровьем.

Раздаточный материал № 11: Типы клинических правил и протоколов, рекомендованных для учреждений здравоохранения

Тип правила или протокола	Почему важен такой тип правил или протокола и его содержание
Правила в отношении сексуального преследования	В каждом медицинском учреждении должны быть письменные правила, запрещающие сексуальное преследование сотрудниками учреждения других сотрудников и клиентов. В такой стратегии необходимо: • указать виды запрещенных действий, • дать четкое определению сексуальному преследованию, • указать, как сообщать о случае сексуального преследования, • определить последствия нарушения правил. Организации здравоохранения не могут должным образом бороться с ГН, если не в состоянии обеспечить уважение прав собственных сотрудников и клиентов. Поэтому правила, запрещающие сексуальное преследование, с четко описанным порядком наказания виновных являются важным элементом этой работы.
Правила и протоколы, определяющие конфиденциальный характер работы с клиентами	В каждом учреждении здравоохранения должны существовать письменные правила, объясняющие, как сотрудники должны охранять конфиденциальность клиентов. Эти правила должны охватывать следующие вопросы: • где в клинике и при каких обстоятельствах сотрудникам разрешается обсуждать информацию о клиентах с другими сотрудниками и с самими клиентами, • обстоятельства, при которых медикам позволено делиться информацией о клиентах с другими лицами, в том числе, членами семьи, • конфиденциальность медицинской документации, • требуется ли согласие родителей на оказание определенных услуг и • могут ли подростки сохранять конфиденциальность личной или медицинской информации и скрывать ее от родителей.
Протоколы ведения случаев насилия в отношении женщин, в том числе, сексуального насилия и изнасилования	В идеале учреждения здравоохранения должны разработать протоколы ухода за женщинами, пострадавшими от ГН, в том числе, ставшими жертвами изнасилования. Эти протоколы могут оказаться полезными для специалистов-медиков: они могут узнать как отреагировать, проявляя участие и поддержку, если женщина сообщает о случае насилия, не нарушая при этом ее законные права. В случаях сексуального насилия, например, в протокол необходимо включить рекомендации о предоставлении экстренной контрацепции и обследовании на ИППП. Благодаря таким протоколам возрастает вероятность, что женщины получат соответствующее лечение, в особенности, если медицинский работник неправильно понимает такие вопросы как сексуальное насилие, экстренная контрацепция и ИППП/ВИЧ.
Протоколы реагирования при наличии риска и в кризисных ситуациях	В организациях здравоохранения, желающих усилить реагирование на проблему насилия в отношении женщин, следует разработать протоколы ухода за женщинами, которые подвергаются риску, или женщинами в кризисных ситуациях. Это в том числе клиенты, которые, по всей видимости, подвергаются высокому риску самоубийства, убийства, получения травмы или сильнейшего эмоционального потрясения. В протоколе действий при наличии риска и в кризисных ситуациях необходимо указать следующее: • как определить факторы риска, • как обеспечить получение женщинами, по крайней мере, элементарной помощи, в которой они нуждаются, и • какие сотрудники учреждения могут предоставлять психологическую помощь и составлять планы обеспечения безопасности.

Источник: IPPF 2010

Раздаточный материал № 12: Групповое упражнение: Препятствия, затрудняющие медицинское обслуживание: с точки зрения пострадавших от ГН и медицинских работников

В своей рабочей группе определите препятствия, мешающие обеспечить эффективное реагирование здравоохранения на ГН.

Группа (ы), работающая(ие) над определением препятствий для пострадавших:

- ☐ Какие препятствия, не позволяющие женщинам, пострадавшим от ГН, получить доступ к медицинскому обслуживанию и само обслуживание (препятствия для пострадавших)?
- ☐ Что Вы как медик можете сделать в своей повседневной работе, чтобы устранить эти препятствия? (2-3 варианта)
- ☐ Какая помощь со стороны администрации Вашего учреждения Вам нужна, чтобы справиться с этими препятствиями?
- ☐ Что Вы как медик можете сделать в своей повседневной работе, чтобы устранить эти препятствия? (2-3 варианта)

Группа (ы), работающая(ие) над определением препятствий для поставщиков услуг:

- ☐ Назовите препятствия, не позволяющие медицинским работникам оказывать эффективную помощь и обеспечивать лечение пациентов, подвергшихся ГН (препятствия для поставщиков услуг).
- ☐ Какая помощь со стороны администрации Вашего учреждения Вам нужна, чтобы справиться с этими препятствиями?

Запишите эти препятствия и свои предложения на флипчарте. На обсуждение в группах отводится 20 минут.

В каждой группе необходимо назначить одного докладчика, который представит всем участникам тренинга результаты обсуждения, записанные на флипчарте (максимум 5 минут на 1 группу).

Раздаточный материал № 13: Препятствия, затрудняющие медицинское обслуживание, с точки зрения пострадавших от ГН и медицинских работников

Препятствия, с которыми сталкиваются пострадавшие женщины при попытке получить доступ к медицинскому обслуживанию и раскрыть информацию о насилии

1 Указанные ниже причины могут помешать женщинам, подвергавшимся ГН, получить доступ к медицинскому обслуживанию и сообщить о насилии медицинскому работнику:

» Стыд, чувство вины, ощущение исключительно или частично собственной ответственности за перенесенное насилие: Женщина, перенесшая насилие со стороны интимного партнера, может быть убеждена, что сможет остановить насилие, если будет слушаться агрессора и “поработает” над собой.
» Страх наказания со стороны агрессора: Женщины, живущие с агрессивным партнером, могут опасаться большего насилия и дальнейших угроз, так как партнеры-агрессоры обычно запрещают женщинам говорить о насилии с кем-либо еще, угрожая применить в таком случае насилие.
» Страх позора и социальной изоляции со стороны семей и местного сообщества.
» Социальная изоляция и ощущение, что им придется без чьей-либо помощи решать проблему насилия.
» Неоднократные случаи жесткого обращения в прошлом, которые могли настолько подорвать уверенность женщины в себе и самоуважение, что им становится сложно обращаться за поддержкой и принимать ее.
» Отсутствие безопасных вариантов для детей и страх потерять право опеки над ребенком.
» Страх привлечь внимание к статусу иммигранта или потерять статус иммигранта после разлучения с агрессивным супругом.
» Отсутствие реалистичных вариантов дальнейших действий, например, финансовых ресурсов, жилья, работы или безопасности.

Хоть эти препятствия характерны для уровня отношений между партнерами, в семье и на уровне местного сообщества и требуют вмешательства не только на уровне системы здравоохранения, тем не менее, специалисты-медики должны осознавать их существование. Тогда они смогут обеспечить эффективную помощь и направить пострадавших к поставщикам тех услуг, которые необходимы в каждом конкретном случае, например, в приюты, кризисные центры или центры психологической помощи. Эти организации могут помочь женщинам в преодолении некоторых препятствий за счет обеспечения жильем, консультациям по правовым вопросам и другой помощи.

2 Другие барьеры, с которыми сталкиваются женщины, можно и нужно устранять в рамках системы здравоохранения:

» Отсутствие физического доступа к медицинской помощи для женщин, проживающих в отдаленных территориях;
» Страх получить отказ от местных поставщиков услуг и также быть обвиненной в том, что не ушла от агрессивного партнера, в особенности в тех случаях, когда женщина ранее сталкивалась с неправильной реакцией других служб, в том числе, обвинением жертвы насилия в случившемся;
» Незнание схемы дальнейших действий медработников, например, будут ли они сообщать о случившемся в полицию и будут ли связываться с агрессором;
» Языковые и культурные препятствия, с которыми сталкиваются женщины-мигранты и женщины этнических меньшинств, а также

» Особенности ситуации психологической помощи и лечения, например, несоответствующие материальные условия учреждения или некорректное поведение врачей и младшего медперсонала.

Препятствия, с которыми сталкиваются медицинские работники при оказании качественных услуг пострадавшим от ГН

Приведенные ниже причины не позволяют медикам определить ГН как причину имеющихся симптомов, спросить пациентов о насилии и (или) оказать эффективную помощь и поддержку

» Недостаток знаний о причинах, последствиях и динамике ГН: Если медицинские работники не спрашивают о ГН или не могут распознать симптомы насилия, они могут поставить пострадавшим неправильный диагноз или предложить неподходящую помощь.
» Собственные отношения и неверные представления о ГН, которые могут вылиться в восприятие насилия со стороны интимного партнера как частного дела или обвинение жертв насилия.
» Собственный опыт ГН в прошлом.
» Отсутствие клинических навыков реагирования на ГН. Как следствие, медицинские работники могут неохотно задавать вопросы о ГН, чтобы "не открывать ящик Пандоры" (McCauley et al 1998, как процитировано в PRO TRAIN 2009). Отсутствие знаний и навыков также могут поставить под угрозу безопасность, жизнь и благополучие пациента, например, если медицинские работники выказывают свое негативное отношение к пациентке, подвергшейся изнасилованию, или обсуждают травмы женщины так, что это может услышать потенциально агрессивный супруг за дверью кабинета.
» Отсутствие информации о существующих службах поддержки и соответствующих контактов со специалистами, которые могли бы пригодиться для направления пациентов в необходимые службы.
» Отсутствие времени для оказания медицинской помощи, а также несоответствующее финансирование консультационных услуг. Бывает сложно оценить, насколько долгой окажется беседа, и медицинские работники опасаются, что у них не хватит времени на других пациентов.
» Отсутствие поддержки внутри учреждения, как-то: стандартных протоколов, форм документов или обучения для персонала по вопросам общения с пострадавшими от ГН.
» Неопределенность в смысле юридических обязательств, например, правил соблюдения конфиденциальности или необходимости сообщать о случившемся.
» Отсутствие стандартных процедур, политики и протоколов, которые обеспечили бы реагирование медиков на случаи ГН в соответствии с правилами и стандартами хорошей клинической практики.

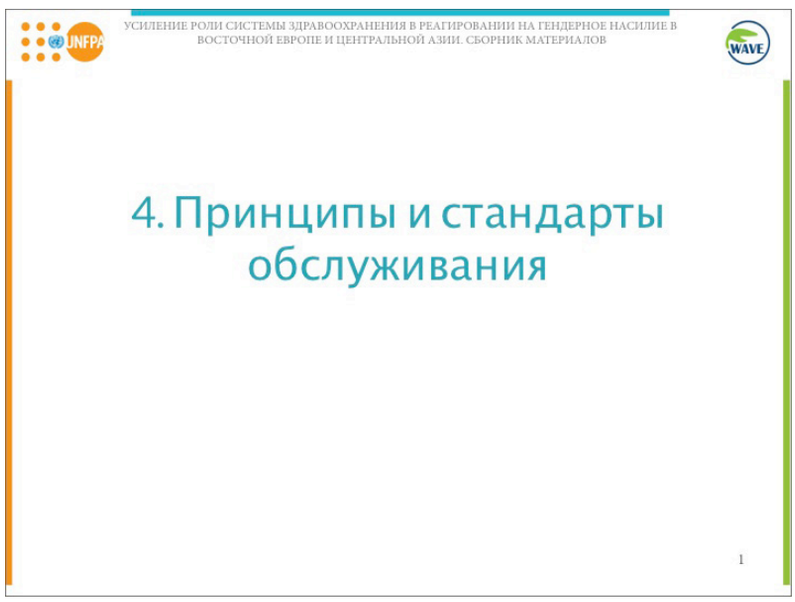
Источники: по материалам Ganley 1998 и Hellbernd 2006, процитировано в PRO TRAIN 2009, IPPF 2010, Warshaw/Ganley 1996

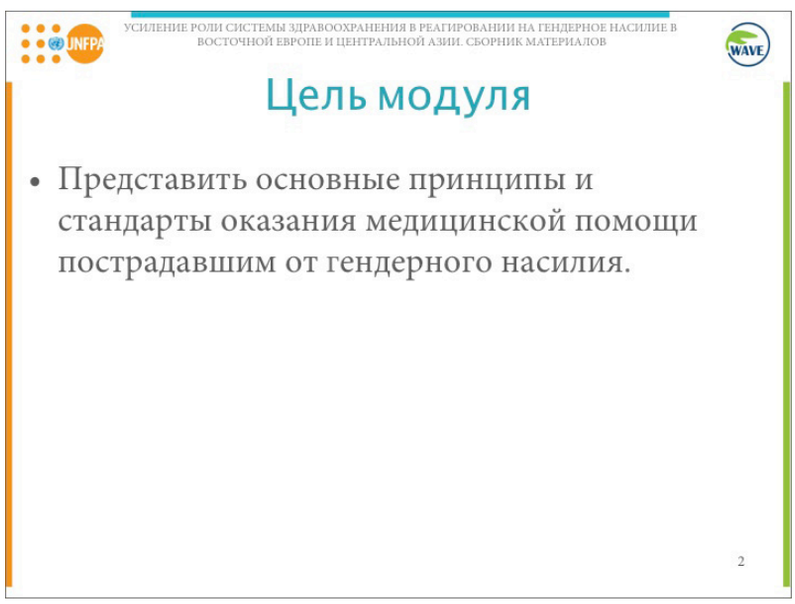
3.4.Модуль 4: Принципы и нормы обслуживания

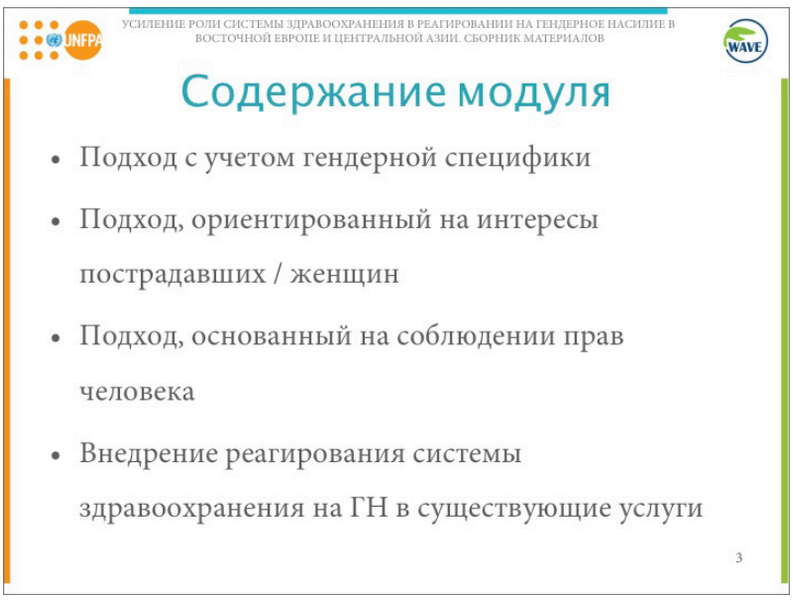
3.4.1. Общая схема модуля

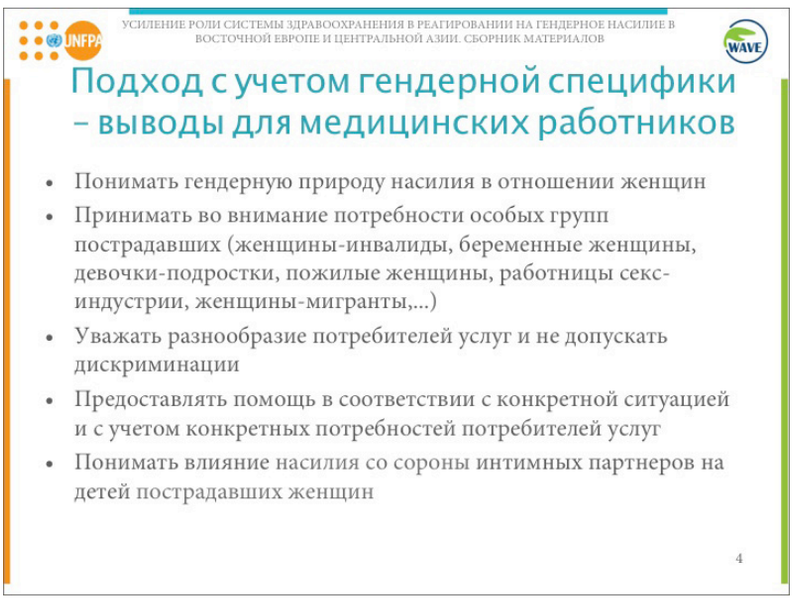
Длительность модуля	1 час 15 минут
Цель модуля	Представить участникам обзор основных принципов и правил оказания медицинской помощи пострадавшим от ГН с использованием следующих подходов: • подход с учетом гендерной специфики, • подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин, • подход, основанный на соблюдении прав человека, • внедрение механизма реагирования на случаи ГН в рамках существующего медицинского обслуживания.
Основные идеи обучения	• Подход с учетом гендерной специфики подразумевает, что медицинские работники должны хорошо разбираться в проблеме ГН, его причинах и последствиях, а также в том, как оно влияет на женщин из маргинализированных групп. • Подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин, ставит во главу угла права, потребности и пожелания пострадавших от ГН. В частности такой подход требует принятия мер, для обеспечения безопасности, достоинства, неприкосновенности и конфиденциальности личной информации пациентки, а также для расширения ее прав и возможностей, усиления ее самостоятельности и участия в процессе. • Подход к работе, основанный на соблюдении прав человека, ориентирован на устранение нарушений прав человека, которые являются причинами и последствиями ГН. Он основан на универсальных принципах прав человека и означает, что государства и поставщики услуг (“ответственные лица”) несут ответственность за выполнение своих обязательств перед частными лицами (“правообладателей”). • Включение механизма реагирования со стороны системы здравоохранения на случаи ГН в существующее медицинское обслуживание, а не предложение услуг пострадавшим от ГН отдельно, позволяет обеспечить удобный доступ к комплексному обслуживанию, а также обеспечить устойчивость, в особенности в условиях ограниченных средств.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов UNFPA-WAVE, Часть I, главы 1.6 и 2.5 **Дополнительная литература:** Стамбульская конвенция и Отчет с пояснениями, WHO 2013, IPPF 2010, UNFPA 2010b
Методика	Презентация (проводит тренер) (слайды 1-9, раздаточный материал № 14-18)
Примечания для тренеров	Раздавая участникам описания практического примера (раздаточные материалы № 16 – 18), вкратце остановитесь на основных моментах каждого документально оформленного случая. Затем можно организовать обсуждение, задав группам вопрос о том, известны ли им примеры включения механизма реагирования на случаи ГН в систему здравоохранения в своей стране или в других странах.
Материалы для тренинга	**Презентация**: Презентация в формате PowerPoint – Модуль 4 **Раздаточные материалы** Раздаточный материал № 14: Стандарты качества по оказанию медицинской помощи женщинам, пострадавшим от ГН Раздаточный материал № 15: Сравнение различных моделей оказания помощи пострадавшим от гендерного насилия женщинам Раздаточный материал № 16: Создание групп поддержки пострадавших при больницах – пример из Австрии Раздаточный материал № 17: Предоставление возможности временного проживания в больницах пострадавшим от ГН – пример из Таджикистана Раздаточный материал № 18: Интеграция механизма реагирования на домашнее насилие в услуги по охране материнства и сексуального здоровья – пример из Великобритании

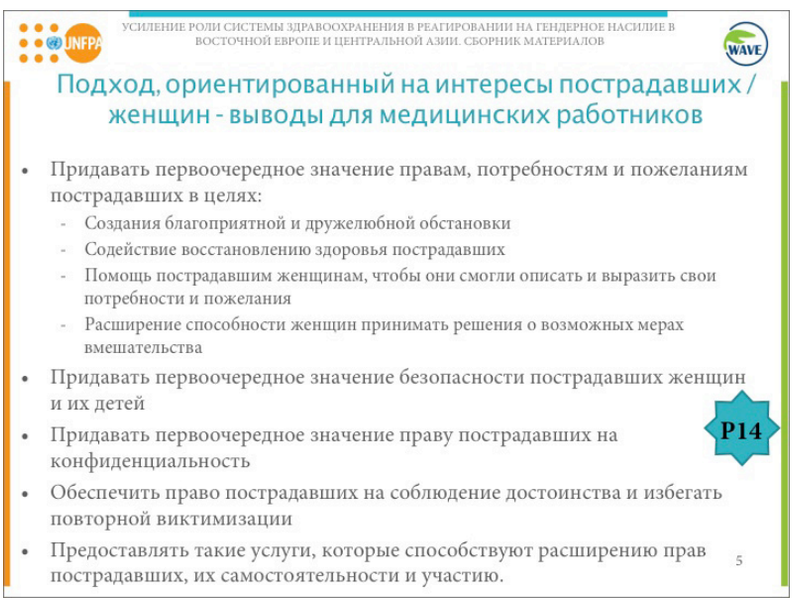
3.4.2. Презентация в формате PowerPoint






УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Содержание модуля
• Подход с учетом гендерной специфики
• Подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин
• Подход, основанный на соблюдении прав человека
• Внедрение реагирования системы здравоохранения на ГН в существующие услуги
3


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Подход с учетом гендерной специфики – выводы для медицинских работников
• Понимать гендерную природу насилия в отношении женщин
• Принимать во внимание потребности особых групп пострадавших (женщины-инвалиды, беременные женщины, девочки-подростки, пожилые женщины, работницы секс-индустрии, женщины-мигранты,...)
• Уважать разнообразие потребителей услуг и не допускать дискриминации
• Предоставлять помощь в соответствии с конкретной ситуацией и с учетом конкретных потребностей потребителей услуг
• Понимать влияние насилия со сороны интимных партнеров на детей пострадавших женщин
4


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Подход, ориентированный на интересы пострадавших / женщин - выводы для медицинских работников
• Придавать первоочередное значение правам, потребностям и пожеланиям пострадавших в целях:
- Создания благоприятной и дружелюбной обстановки
- Содействие восстановлению здоровья пострадавших
- Помощь пострадавшим женщинам, чтобы они смогли описать и выразить свои потребности и пожелания
- Расширение способности женщин принимать решения о возможных мерах вмешательства
• Придавать первоочередное значение безопасности пострадавших женщин и их детей
• Придавать первоочередное значение праву пострадавших на конфиденциальность
• Обеспечить право пострадавших на соблюдение достоинства и избегать повторной виктимизации
• Предоставлять такие услуги, которые способствуют расширению прав пострадавших, их самостоятельности и участию.
P14
5

Подход, основанный на соблюдении прав человека

- Подход к решению проблемы ГН с упором на соблюдение прав человека ставит своей целью устранить нарушения прав человека, которые являются одновременно и причиной, и следствием насилия.
- Дополнительная ценность подхода:
  - **легитимизирует** любые меры вмешательства, так как основывается на **принципах и стандартах соблюдения всеобщих прав человека**
  - Уходит от "парадигмы благотворительности", устанавливая права человека отдельных лиц (**"правообладателей"**) и соответствующие обязательства государства и негосударственных поставщиков услуг (**"гарантов прав"**)
  - Поддерживает создание механизмов **подотчетности**
  - Охватывает **все гражданские, политические, экономические, культурные и социальные права**

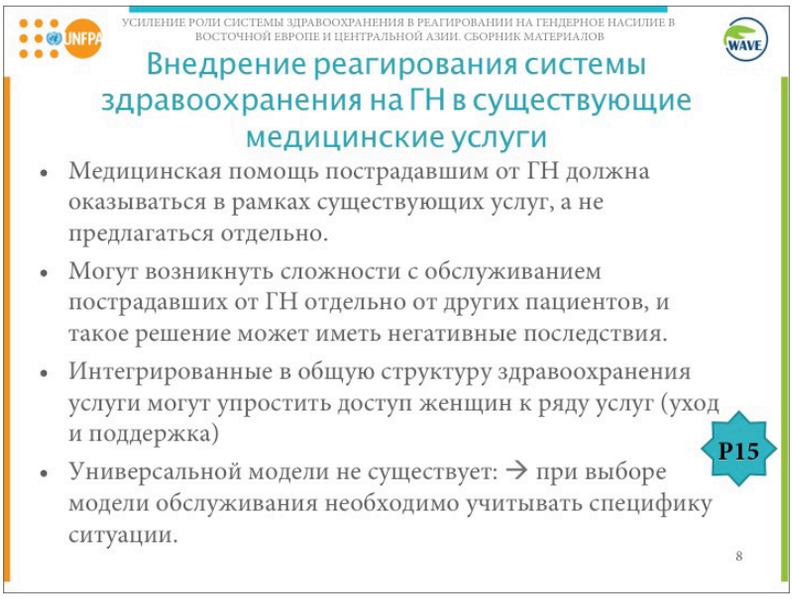
6

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Подход, основанный на соблюдении прав человека – выводы для учреждений здравоохранения и медицинских работников

- Любая политика, протоколы, программы и меры вмешательства должны соответствовать стандартам в сфере прав человека.
- Медицинская помощь направлена на расширение прав пострадавших.
- Медицинская помощь основана на оценке способности
  - пострадавших женщин - получить доступ к медицинской помощи,
  - медицинских работников – исполнить свои обязанности в отношении пострадавших.
- Процессы и результаты реагирования системы здравоохранения на ГН подвергаются мониторингу и оценке на основе стандартов в области прав человека.
- В пределах страны установлена ответственность гарантов прав за несоблюдение международных и национальных стандартов.

7


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Внедрение реагирования системы здравоохранения на ГН в существующие медицинские услуги
• Медицинская помощь пострадавшим от ГН должна оказываться в рамках существующих услуг, а не предлагаться отдельно.
• Могут возникнуть сложности с обслуживанием пострадавших от ГН отдельно от других пациентов, и такое решение может иметь негативные последствия.
• Интегрированные в общую структуру здравоохранения услуги могут упростить доступ женщин к ряду услуг (уход и поддержка)
• Универсальной модели не существует: → при выборе модели обслуживания необходимо учитывать специфику ситуации.
P15
8


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Внедрение реагирования системы здравоохранения на ГН в существующие медицинские услуги - примеры
• Создание **групп поддержки пострадавших** при больницах – пример из Австрии
P16
• Предоставление **возможности проживания в больницах** пострадавшим от ГН – пример из Таджикистана
P17
• Интегрирование мер реагирования на насилие в семье в **услуги системы здравоохранения по охране материнства и сексуального здоровья** – проект MOZAIC (Великобритания)
P18
9

3.4.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 14: Стандарты качества по оказанию медицинской помощи женщинам, пострадавшим от гендерного насилия

Стандарты услуг по поддержке пострадавших (в соответствии со Стамбульской конвенцией Совета Европы, Статья 18)

- Услуги основываются на **гендерном понимании** насилия в отношении женщин и сосредоточены на соблюдении прав человека и обеспечении безопасности жертвы.
- Услуги основываются на **комплексном подходе,** который учитывает взаимоотношения между пострадавшими, лицами, совершающими акты насилия, детьми и более широким общественным окружением.
- Услуги направлены на то, чтобы **избежать вторичной виктимизации**.
- Услуги направлены на **расширение возможностей и экономическую независимость** женщин, пострадавших от насилия.
- Целесообразно, **чтобы различные службы по защите пострадавших и оказанию поддержки** размещались **в одном помещении**.
- Услуги учитывают конкретные потребности **уязвимых лиц,** в том числе пострадавших детей, и доступны для них.

Элементы помощи, ориентированной на интересы женщин / пострадавших (Клинические и стратегические руководства ВОЗ 2013)

- ☐ Женщинам, рассказавшим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуального нападения со стороны любого лица, необходимо предложить **помощь немедленно.**
- ☐ Как минимум, если женщины сообщили о насилии, медицинские работники должны предложить первичную **помощь.**
- ☐ Первичная помощь подразумевает следующее:
  - **не осуждать, проявлять участие и признавать значимость** сказанного женщиной;
  - оказать **практическую помощь** и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
  - **спросить женщину о насилии в прошлом,** внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем с участием переводчиков);
  - **помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах,** включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
  - **помочь женщине при необходимости обезопасить** себя и детей; а также
  - предоставить или обеспечить помощь социальных служб.
- ☐ Медработники должны обеспечить:
  - проведение консультации без **посторонних** и
  - **конфиденциальность**, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы о случаях насилия).
- ☐ Если медицинские работники не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться).

Раздаточный материал № 15: Сравнение различных моделей оказания помощи пострадавшим от гендерного насилия женщинам

Учреждение	Преимущества	Недостатки
Медицинские центры и клиники	• Располагаются по месту жительства • Могут предоставить ряд базовых услуг • Улучшают доступ к службам дальнейшей поддержки пострадавших • При создании хорошей партнерской сети может улучшить доступ к ряду различных услуг, в том числе: правовой помощи, социальной и т.д.	• Может быть не в состоянии обеспечить лечение серьезных травм и осложнений • Может не быть своей лаборатории или специализированной службы • Если службы находятся в небольших населенных пунктах, где врачи и другой медицинский персонал проживают вместе с пострадавшими, может возникнуть проблема соблюдения конфиденциальности, а также врачи могут опасаться мести
Районные и областные больницы	• Предоставляют медицинскую помощь круглосуточно • Есть специализированные услуги • Могут находиться в одном отделении (отделение скорой помощи, гинекология, репродуктивное здоровье, ВИЧ/ИППП) или располагаться по всей больнице	• Возможно, усложнится доступ к обслуживанию • Если различные услуги будут оказывать в разных отделениях, это может иметь негативные последствия, в особенности, если некоторые услуги предоставляют только в рабочее время
Центр, оказывающий все виды услуг	• Более эффективное и согласованное обслуживание • Предоставление полного спектра услуг (иногда здесь также присутствуют полиция, прокурор, социальный работник, психологи, служба психологической поддержки и т.д.)	• Требуется больше места и ресурсов • Загруженность может быть низкой (например, в сельских районах), что заставляет задуматься об экономической эффективности • Может вызвать отток сотрудников и ресурсов из других служб • Может не полностью интегрироваться в общую систему медицинского обслуживания • Если управление таким центром будут осуществлять представители системы правосудия, центр может уделять слишком много внимания преследованию нарушителей в ущерб здоровью женщин • Большие затраты на содержание

Источник: WHO 2013

Раздаточный материал № 16: Создание групп поддержки пострадавших при больницах - пример из Австрии

В 2011 году Закон Австрии о медицинских учреждениях был дополнен новым положением о создании так называемых "групп защиты пострадавших от насилия" при больницах[18] . Законом предусматривается создание отдельных групп для детей и взрослых, пострадавших от домашнего насилия. В исключительных случаях также допускается создание одной группы поддержки в больнице для взрослых и для детей или объединенных групп для пациентов разных больниц. Законом определяются две основные цели создания групп защиты пострадавших (раннее выявление насилия и привлечение внимания поставщиков медицинских услуг к проблеме домашнего насилия) и состав групп (по меньшей мере два врача, специализирующихся в области экстренной хирургии и гинекологии/акушерства, а также медсестры и медработники, специализирующиеся в области психологии или психиатрии). Этот закон основывается на уже существовавшей в некоторых больницах страны практике, которая приобрела статус правового обязательства.

На сегодняшний день группы поддержки пострадавших созданы в нескольких больницах, в том числе, при Общей больнице г. Вены (AKH) – крупнейшей больнице Австрии. В этой больнице в 2011 году была создана группа поддержки пострадавших от насилия , установлен регламент ее работы и определены подробные цели и задачи группы, в том числе: предоставление рекомендаций поставщикам медицинских услуг, которые контактируют с пострадавшими от домашнего насилия, привлечение внимания работников системы здравоохранения к проблеме насилия, разработка стандартных процедур и руководств по реализации мер вмешательства, организации тренингов и координации работы различных отделений и ведению дел.

Хотя создание групп поддержки пострадавших от насилия приветствуется, все еще сохраняется ряд трудностей. Участвующие в работе специалисты-практики определили, что именно необходимо для успешной работы групп поддержки пострадавших от насилия: разработка специальных стандартов работы таких групп для всей страны, выделение необходимых кадровых и финансовых ресурсов, обязательное обучение в сфере ГН для работников сферы здравоохранения, обеспечение более сильной организационной поддержки, чтобы избежать такого положения вещей, при котором улучшенная система реагирования держится только лишь на ответственном отношении преданных делу сотрудников, а также эффективное сотрудничество как внутри системы здравоохранения, так и с внешними участниками, например, приютами, полицией или врачами общей практики.

Источники: Закон Австрии об учреждениях здравоохранения; Регламент работы группы поддержки пострадавших от насилия при Общей больнице г. Вены; информация предоставлена Аннелизой Эрдемгиль-Брандстэттер, обучающий проект «Домашнее насилие – роль сектора здравоохранения", 2014

18 В частности, законом устанавливается обязательство парламентов 9 провинций Австрии принимать в своих провинциях законы о создании таких групп. Причиной этого является федеративное устройство Австрии, при котором вопросы системы здравоохранения решаются на уровне провинций (земель).

Раздаточный материал № 17: Предоставление возможности проживания в больницах пострадавшим от ГН – пример из Таджикистана

В июне 2012 года Министерство здравоохранения Таджикистана в сотрудничестве с ЮНФПА создало комнаты поддержки пострадавших от насилия в качестве временного пристанища для женщин, пострадавших от ГН. На сегодня такие комнаты созданы при восьми больницах и роддомах в городах Душанбе, Рашт, Вахдат, Курган-Тюбе, Куляб, Худжанд и Кайраккум. Этот шаг был необходим, учитывая недостаток приютов в стране. Хотя здесь и существует несколько приютов, созданных НПО, из-за отсутствия финансирования их услуги доступны не всегда.

В каждом таком учреждении здравоохранения была создана одна "комната поддержки для пострадавших от насилия", где могут временно проживать женщины и девочки старше 14 лет, подвергшиеся ГН, а также их дети. Пострадавших направляют в такие комнаты медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов и НПО. Прием в комнаты поддержки пострадавших от насилия производится добровольно при информированном согласии женщин. Пострадавшие могут жить в таких комнатах до 5 дней, хотя вопрос длительности пребывания решается гибко. В комнатах имеется мебель, в том числе, детские кроватки, плита, столовые приборы и посуда, постельное белье, полотенца, санитарно-гигиенические товары и подгузники для детей. Во время пребывания в этой комнате пострадавшим предоставляется медицинская и психологическая помощь, прием у психолога можно запланировать на вечер. А также они могут пользоваться информационными и прочими услугами, имеющимися в их городе или районе. Работа комнат поддержки пострадавших от насилия строится в соответствии со стандартными правилами, которые предусматривают, например, предоставление бесплатного или доступного по цене медицинского обслуживания, информирование пострадавших о других услугах или направление к другим специалистам, а также применение определенных протоколов или руководств по таким направлениям как выявление случаев насилия, экстренная контрацепция и профилактика/лечение ИППП. Безопасность комнат обеспечивается благодаря тому, что у всех врачей и медсестер есть мобильные телефоны и в случае возникновения неожиданной ситуации они могут позвонить в местное отделение милиции.

Дополнительная выгода такого решения (услуги на базе больницы) заключается в том, что учитывается местный контекст: женщины, не ночевавшие дома, (например, в приюте) могут столкнуться с непониманием своей семьи или соседей, а ночевка в больнице не вызовет подозрения. Кроме этого, врачи находятся в выгодном положении, поскольку могут узнать, сталкиваются ли пациентки с теми же проблемами после возвращения домой. Сделать это они могут во время последующих приемов, которые назначают для отслеживания ситуации.

По состоянию на май 2014 года услугами временного пребывания в комнатах поддержки воспользовались около 50 женщин. Такой вид услуг – новшество для Таджикистана, а поэтому его необходимо рекламировать среди женщин и девочек.

Эта работа реализована в рамках более широкой инициативы по укреплению существующего механизма направления пострадавших от ГН в Таджикистане для получения необходимых услуг. Это в том числе проводившееся ЮНФПА совместное обучение сотрудников учреждений здравоохранения, работающих в комнатах поддержки, и правоохранительных органов в тех городах, где работают такие комнаты. После тренингов участники стали распространителями опыта, проводя обучение среди своих коллег. Планируется, что Министерство здравоохранения будет создавать комнаты поддержки жертв насилия в других районах.

Источник: Информация предоставлена страновым офисом ЮНФПА в Таджикистане, май 2014 года.

Раздаточный материал № 18: Интеграция механизма реагирования на домашнее насилие в услуги по охране материнства и сексуального здоровья – пример из Великобритании

Проект MOZAIC реализован с 2004 по 2007 годы совместными усилиями служб материнского и сексуального здоровья Фонда Guy's and St. Thomas Foundation Trust и проекта 170 Community project (общественной организации, предоставляющей выездную помощь пострадавшим от домашнего насилия). В рамках проекта было разработано клиническое руководство и проведен тренинг для повышения знаний о домашнем насилии в среде профессиональных медиков с целью обучить их распознавать и регистрировать случаи насилия и направлять пострадавших в службу поддержки женщин MOZAIC (Women's Wellbeing Service), предлагающую выездную поддержку и психологическую помощь. Пациенты мужского пола, сообщавшие о случаях насилия, тоже получали помощь психолога. В данном случае проводился обычный опрос женщин о домашнем насилии[19] (Bacchus et al. 2010). В 2007 году была проведена оценка. При проведении оценки были учтены интересы и сотрудников больниц, и потребителей услуг. После завершения проекта партнерство не прекратилось: партнеры использовали результаты оценки для повышения качества своей работы.

Помимо прочего, оценка выявила следующее:

- Подавляющее большинство участников оценили повышение уровня своих знаний по итогам тренинга как "намного" или "довольно сильно". В то же время анкетирование, проведенное шестью месяцами позже, выявило ряд факторов в повседневной клинической практике, которые служили помехой при оказании помощи, например, присутствие партнеров или членов семьи во время консультаций, языковой барьер, нехватка времени на прием в заполненных посетителями клиниках или нежелание некоторых женщин довериться медицинским работникам.
- Совместное обучение специалистов родильных отделений и сотрудников служб сексуального здоровья не дало результата в основном потому, что представителям служб сексуального здоровья требовались особые умения, не включенные в программу тренинга, например, работа с пациентами мужского пола, подвергавшимися домашнему насилию.
- Оказалось, что службы материнского и сексуального здоровья не являются отправными точками, с которых начинается предупреждение домашнего насилия. Наоборот, некоторые женщины-пациентки этих служб рассказывали о том, что в течение длительного времени подвергались насилию со стороны своих партнеров. Таким образом, выяснилось, что эти организации скорее являются благоприятной возможностью для пострадавших от насилия на разных стадиях обратиться за помощью и получить ее.
- Доверие и деликатность со стороны медиков были положительно оценены пациентами в ситуациях, когда они сомневались, сообщать ли о насилии. Это подтверждается словами одной из пациенток службы охраны материнства (31 год): «...я была вся в слезах, а она заметила синяки у меня на руке... и начала задавать вопросы, а я сказала, что у меня все в порядке. А она сказала: «Мне вы можете рассказать, что случилось», – и она продолжала спрашивать, пока я не рассказала ей».
- Пострадавшие от насилия сообщили, что поддержка MOZAIC послужила толчком к переоценке их личной ситуации и приобретению уверенности в своей способности ее изменить. Они смогли что-то попробовать сделать для себя, например, временно уехать от агрессивного партнера, связаться с полицией, обратиться за юридической помощью. В то же время, на их способность принимать решения повлияли качество и доступность альтернативных возможностей, таких как наличие жилья и финансовой помощи, а также сложности положения иммигранта.
- Оценка выявила также потенциальные источники угроз в клинической практике, например, негативное или стереотипное отношение со стороны медиков, неумение правильно документально оформить случаи насилия или нарушение конфиденциальности.

Источник: Bacchus et al. 2010

19 ВОЗ 2013 не рекомендуют проводить обычный опрос, но этот метод может рассматриваться в случаях охраны материнского здоровья (ВОЗ 2013)

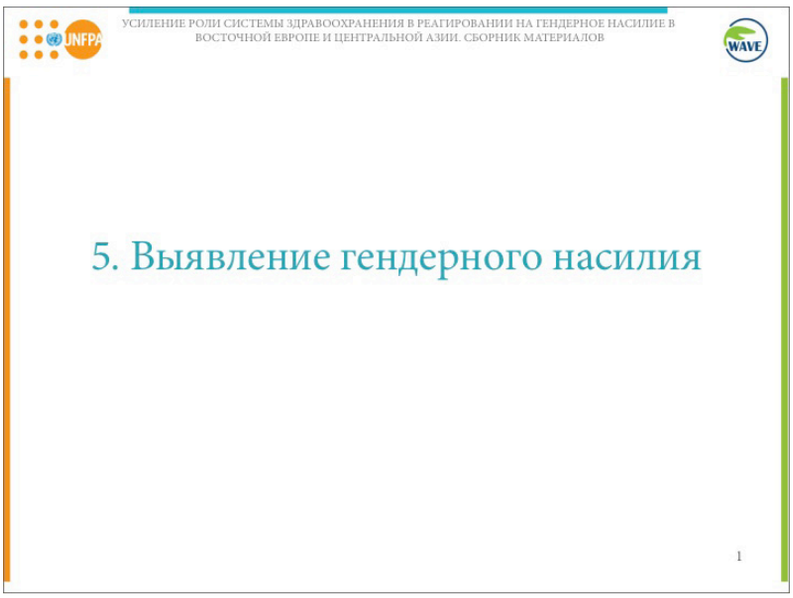
3.5.Модуль 5: Выявление случаев гендерного насилия

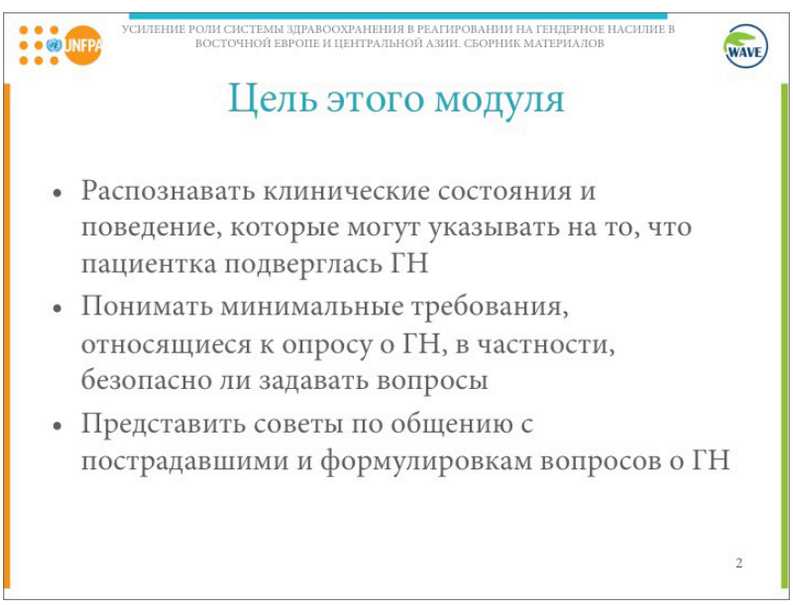
3.5.1. Общая схема модуля

Длительность модуля	2 часа
Цель модуля	Дать участникам знания и навыки, чтобы они смогли • распознавать клинические состояния и поведение, которые могут указывать на ГН, • понимать минимальные требования к опросу пациенток о ГН, в частности определять безопасно ли задавать вопросы, • общаться с пострадавшими без осуждения и предлагать им поддержку, • формулировать вопросы о ГН.
Основные идеи обучения	• Когда медицинские работники деликатно спрашивают о ГН, шансы на успех возрастают. • Клинический опрос (то есть вопросы о ГН с учетом клинического состояния) предпочтительнее обычного опроса (когда всех женщин, приходящих на прием, спрашивают о ГН). • Отдельные клинические состояния и поведение должны вызывать подозрение и служить подсказкой медицинским работникам, что следует задать вопросы о ГН. • Прежде чем задавать вопросы о ГН, медицинские работники должны установить, насколько безопасно проводить опрос. • Медики должны соблюдать следующие рекомендации при общении с пострадавшими: Демонстрируйте не осуждающее отношение и поддержку; » Будьте терпеливы, внимательно слушайте и признавайте значимость сказанного пациенткой; » Спрашивая о ГН, начните с общего вводного вопроса, а потом перейдите к более конкретным, прямым вопросам; » Не принуждайте пациентку рассказывать все, а если она не говорит, предложите ей вернуться еще раз, » Подчеркните, что женщине доступна помощь.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 3,1 **Дополнительная литература:** WHO 2013
Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды 1-6) • Обсуждение в группе: Как распознать гендерное насилие • Презентация (проводит тренер) (слайды 7-16, раздаточные материалы №№ 19-22) • Ролевая игра: Расспросы о гендерном насилии – случай Наташи (раздаточный материал № 23) • Презентация (проводит тренер) (слайды 17-19)

Примечания для тренеров	**Обсуждение в группе: Как распознать гендерное насилие (длительность: 15 минут)** Прежде чем рассказать о клинических признаках ГН, попросите участников подумать о ситуациях из их личного профессионального опыта, когда им казалось, что они столкнулись со случаем гендерного насилия. Какие признаки заставили вас подумать о ГН? Организуйте обсуждение в группе и подведите итоги, используя слайд 8 презентации и раздаточный материал № 19. **Ролевая игра - Как задавать вопросы о гендерном насилии? (раздаточный материал № 23; длительность: 30-45 минут):** Раздайте участникам раздаточный материал № 23 с инструкциями. Спросите, если ли добровольцы, чтобы сыграть четыре роли: пациентки, ее маленького сына, врача/медсестры, наблюдателя. Если группа большая, ее можно поделить на более мелкие (в таком случае следует отвести больше времени на обсуждение результатов). Дайте участникам 10-15 минут на выполнение упражнения "ролевая игра". Если времени достаточно, участники могут поменяться ролями. После ролевой игры необходимо организовать обсуждение (15-20 минут): • Вопросы к участнику, играющему пострадавшую женщину: Как Вы себя ощущали в этой роли? Какие вопросы были полезны и помогали рассказать больше о случившемся? Какие вопросы были не так полезны? Что врач мог бы сделать иначе? • Вопросы к участнику, играющему врача/медсестру: Как Вы себя ощущали в этой роли? Что я сделал(а) хорошо? Что для меня было сложнее всего? Что бы я мог(ла) сделать иначе? • Попросите наблюдателя поделиться своим мнением и наблюдениями. • Начните обсуждение в группе.
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint – Модуль 5
	Раздаточные материалы: Раздаточный материал № 19: Понимание признаков гендерного насилия Раздаточный материал № 20: Безопасно ли задавать вопросы о гендерном насилии? Раздаточный материал № 21: Как спрашивать о гендерном насилии - примеры вопросов Раздаточный материал № 22: Рекомендации "Как общаться с пострадавшими от насилия – что можно и чего нельзя делать" Раздаточный материал № 23: Ролевая игра – Как задавать вопросы о гендерном насилии – случай Наташи

3.5.2.Презентация в формате PowerPoint





Содержание модуля

- Сравнение обычного опроса с клиническим
- Признаки ГН
- Минимальные требования к опросу о ГН
- Как спрашивать о ГН
- Ресурсы, которые помогут раскрыть информацию о ГН

3

Основные мысли

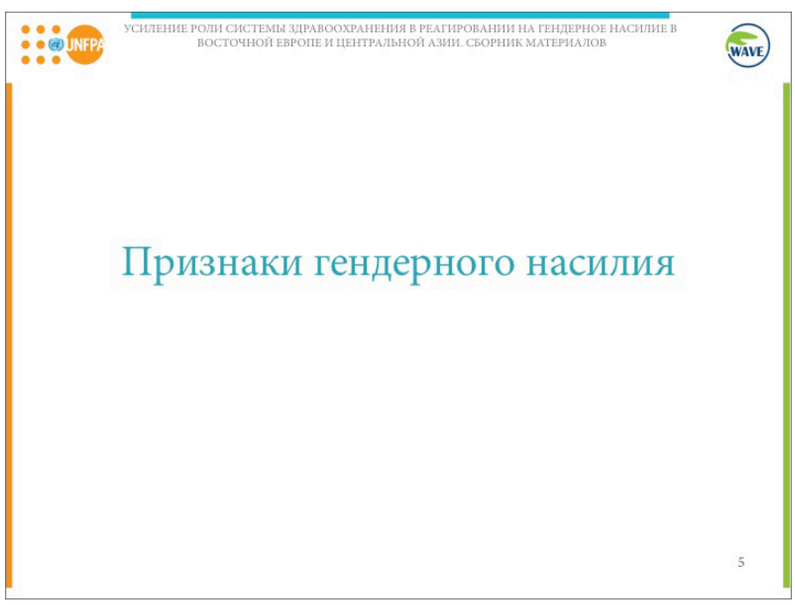
- Если медицинские работники деликатно спрашивают о ГН, шансы на успех возрастают. Такой подход помогает разорвать порочный круг изоляции, чувства вины и стыда, свойственных многим пациенткам, пережившим ГН, и донести до женщин мысль, что им помогут.
- Если не задать вопросы или если их задавать неправильно, можно только усугубить положение.
- Прежде чем спрашивать о ГН, медики должны убедиться, что в данный момент и в этом месте задавать вопросы безопасно.

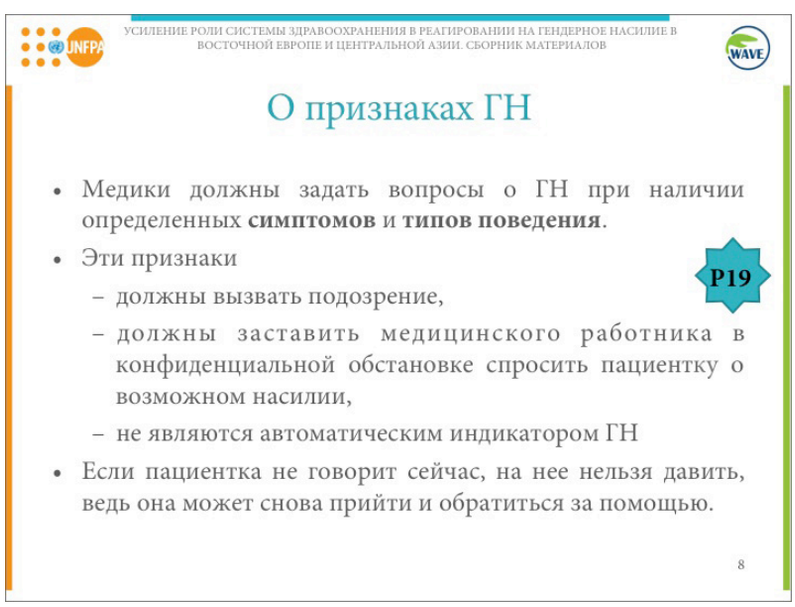
4

Сравнение обычного опроса с клиническим

5


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Задавать все вопросы или только некоторые?
Обычный опрос
• (или: обычный скрининг)
• Опрос **ВСЕХ** женщин, обратившихся в медицинское учреждение, о возможном насилии со стороны интимного партнера
• ВОЗ **не** рекомендует проводить такой опрос, за исключением особых ситуаций
Клинический опрос
• (или: Выявление случаев)
• Опрос женщин для выявления случаев насилия со стороны интимного партнера на основании **наблюдаемого состояния**
6


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Признаки гендерного насилия
5


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
О признаках ГН
• Медики должны задать вопросы о ГН при наличии определенных **симптомов** и **типов поведения**.
• Эти признаки
– должны вызвать подозрение,
– должны заставить медицинского работника в конфиденциальной обстановке спросить пациентку о возможном насилии,
– не являются автоматическим индикатором ГН
• Если пациентка не говорит сейчас, на нее нельзя давить, ведь она может снова прийти и обратиться за помощью.
P19
8

Минимальные требования к опросу о ГН

9

Минимальные требования к опросу о ГН

- Наличие протокола или стандартной процедуры.
- Медицинский работник убедился, что говорить можно без опасений.
- Медицинские работники прошли обучение и знают, как задавать вопросы и отвечать женщинам, которые рассказали о насилии.
- Существует система перенаправлений.
- Медицинские работники могут направлять женщин к необходимым специалистам с использованием имеющихся ресурсов и услуг.

10

Безопасно ли задавать вопросы о ГН?

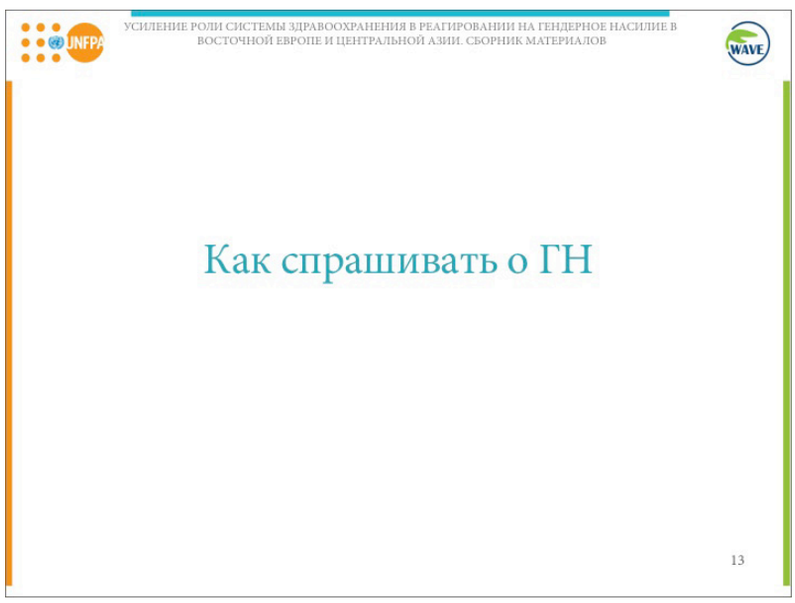
- Вы в тихом и уединенном месте?
- Сопровождает ли женщину партнер/супруг, член семьи или ребенок старше 2 лет?
- Если женщина не говорит на языке страны,
  - Присутствует ли при разговоре профессиональный переводчик?
  - Комфортно ли женщине общаться через переводчика?

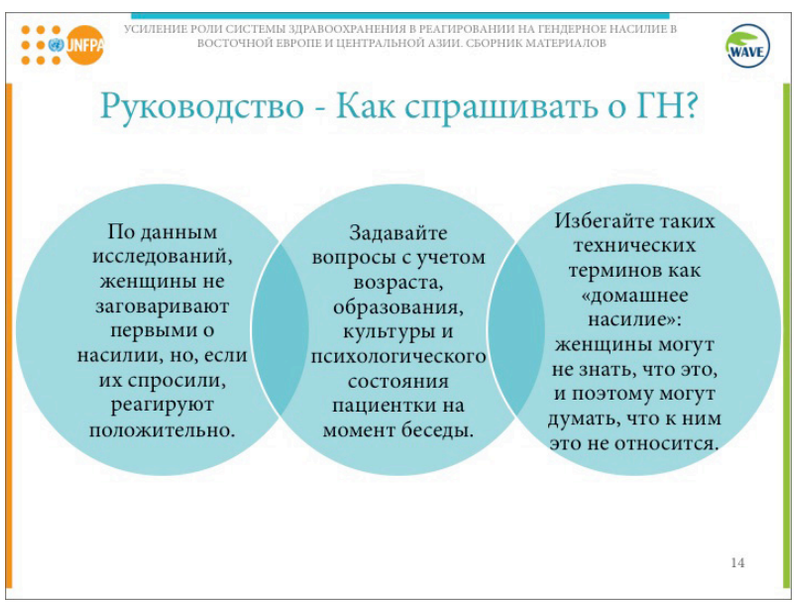
P20

→ **ЕСЛИ ХОТЯ БЫ НА ОДИН ИЗ ЭТИХ ВОПРОСОВ ВЫ ОТВЕТИЛИ "НЕТ", РАССПРАШИВАТЬ ЖЕНЩИНУ НЕБЕЗОПАСНО.**

11


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Требования к опросу через переводчика
Избегайте помощи членов семьи, которые готовы выступить в качестве переводчика
Убедитесь, что пациентке комфортно общаться через переводчика
Убедитесь, что переводчик владеет темой гендерного насилия
12


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Как спрашивать о ГН
13


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Руководство - Как спрашивать о ГН?
По данным исследований, женщины не заговаривают первыми о насилии, но, если их спросили, реагируют положительно.
Задавайте вопросы с учетом возраста, образования, культуры и психологического состояния пациентки на момент беседы.
Избегайте таких технических терминов как «домашнее насилие»: женщины могут не знать, что это, и поэтому могут думать, что к ним это не относится.
14

Как спрашивать о ГН – последовательность действий

1. Начните с более общего вводного вопроса
   - Объясните, что ГН затрагивает многих женщин, и как оно влияет на здоровье женщин
   - Например, *"Мы знаем, что многие женщины зачастую испытывают насилие и жестокое обращение в быту и что это подрывает их здоровье. Скажите, пожалуйста, подвергались ли Вы когда-либо насилию дома?"*
2. После этого перейдите к конкретным и более прямым вопросам
   - *"Скажите, Ваш нынешний или бывший партнер бил Вас или близкого Вам человека когда-нибудь?"*

P21

15

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Что можно и чего нельзя делать, спрашивая о ГН?

Что можно

- Не осуждать и поддерживать пациентку;
- Будьте терпеливы, внимательно слушайте и признавайте значимость сказанного пациенткой;
- Подчеркните, что женщина может получить помощь.

Чего делать нельзя?

- Не спрашивайте женщину в присутствии партнера, члена семьи или друга/подруги.
- Не обвиняйте женщину.
- Не принуждайте женщину рассказывать о насилии.

P22
P23

16

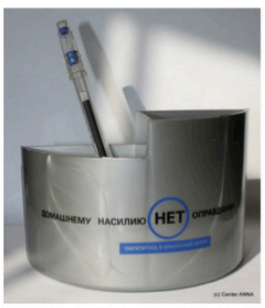
УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Ресурсы, которые помогут раскрыть информацию о ГН

17

Ресурсы, которые помогут раскрыть информацию о ГН

- Ресурсы, которые помогут женщинам заговорить о насилии
- Например, канцтовары, постеры, брошюры/ буклеты в комнатах ожидания или женских туалетах



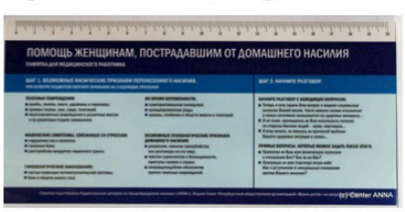
Центр "Анна" (Россия) разработал подставку для письменных принадлежностей с надписью "Домашнему насилию НЕТ оправдания! Обратитесь в кризисный центр".

18

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Ресурсы, которые помогут раскрыть информацию о ГН

- Ресурсы, которые помогут сотрудникам запомнить клинические индикаторы ГН, советы о том, как задавать вопросы...
- Например, заламинированные раздаточные материалы / карточки или канцтовары



Центр "АННА" (Россия) разработал для врачей линейку, на которой перечислены 5 этапов выявления ГН и оказания помощи пострадавшим.

19

3.5.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 19: Понимание признаков гендерного насилия

Ниже приведен перечень симптомов, при наличии которых медики должны задуматься о необходимо расспросить пациентку о ГН, в особенности - о насилии со стороны интимного партнера.

☐ **Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера**

- Симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стрессового расстройства, нарушения сна
- Суицидальность или причинение себе вреда
- Употребление алкоголя и других веществ
- Необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе, боли в области таза, сексуальные расстройства
- Нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности, позднее обращение к врачу во время беременности, нежелательные результаты родов
- Необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе, частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие
- Неоднократные кровотечения из влагалища и инфекции, передаваемые половым путем
- Хронические боли (необъяснимые)
- Травматические повреждения, в частности, неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями
- Расстройства центральной нервной системы - головные боли, сложности восприятия, утрата слуха
- Частые консультации врача без четкого диагноза
- Присутствие на приеме врача навязчивого партнера или врача

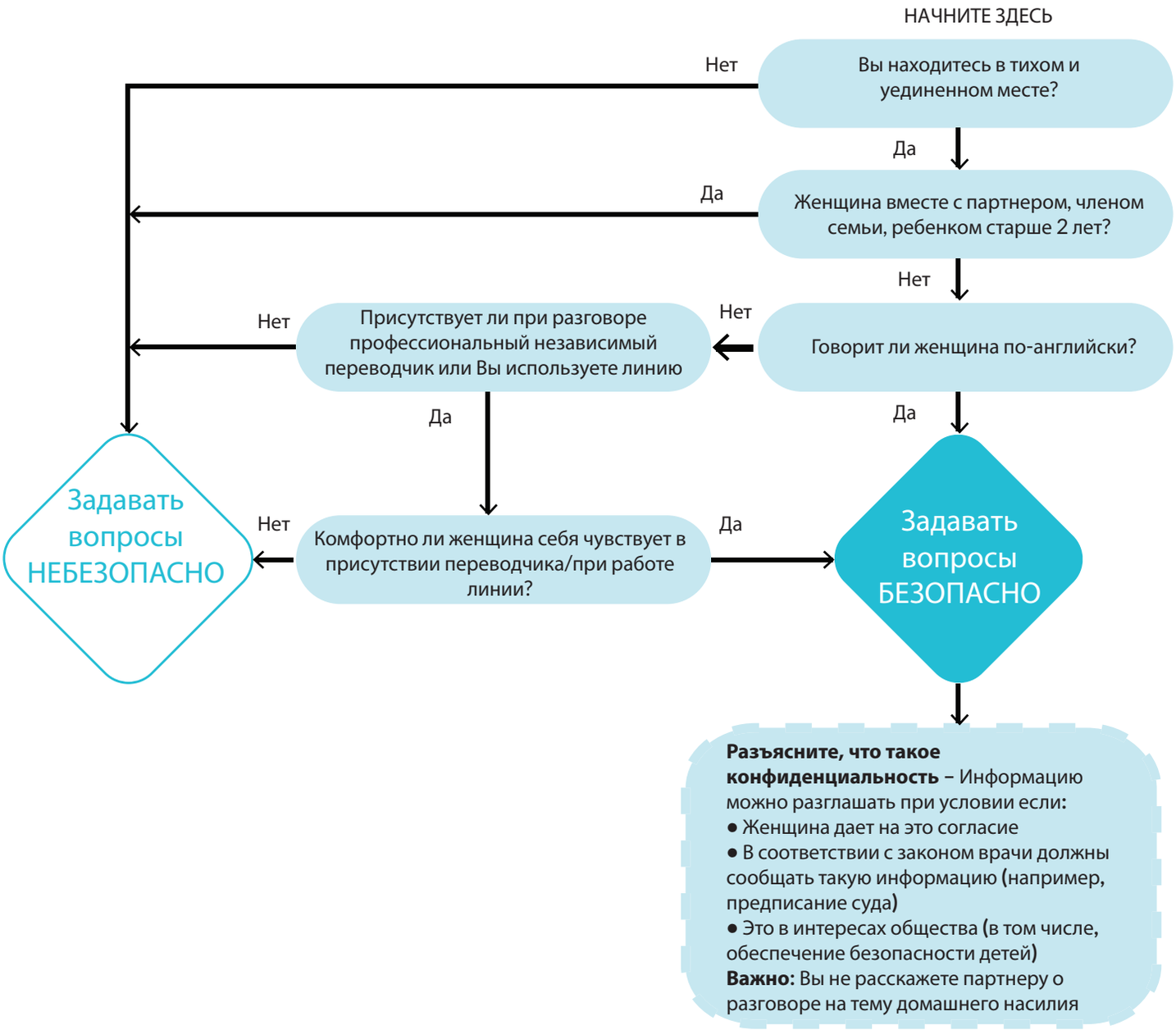
Источник: по материалам Black 2011, процитировано в материалах ВОЗ 2013.

☐ **Примеры поведения, которые могут указывать на насилие со стороны интимного партнера**

- Частое обращение к врачу с неясными симптомами
- Повреждения, не соответствующие рассказу пострадавшей
- Женщина пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность
- Партнер женщины часто приходит с ней без необходимости
- Женщина не хочет говорить в присутствии партнера
- Невыполнение назначений врача
- Частый пропуск приемов врача
- Несколько травм на разных стадиях заживления
- Пациентка выглядит испуганной, тревожной или подавленной
- Женщина пассивна или боится говорить в присутствии партнера
- Партнер агрессивный или доминирующий, говорит за женщину или отказывается выйти из кабинета
- Редкое посещение/ непосещение женской консультации
- Преждевременная выписка из больницы по собственному желанию

Источник: Департамент здравоохранения 2005

Раздаточный материал № 20: Безопасно ли задавать вопросы о гендерном насилии?



Источник: “Вместе против домашнего насилия”, Великобритания

Раздаточный материал № 21: Как спрашивать о гендерном насилии – примеры вопросов

Начиная разговор о насилии, рекомендуется начать с вводного вопроса. Прежде чем задавать прямые и более конкретные вопросы, объясните пациентке, что многие женщины страдают от ГН, а также расскажите о влиянии насилия на женское здоровье.

☐ **Примеры вводных вопросов:**

» "Я знаю по собственному опыту, что многие женщины страдают от жестокого обращения и насилия в быту. Есть ли у Вас похожая проблема?"

» "Мы знаем, что многие женщины зачастую испытывают насилие и жестокое обращение в быту и что это подрывает их здоровье. Скажите, пожалуйста, подвергались ли Вы когда-либо насилию дома?"

» "Мы знаем, что насилие в отношении женщин - очень распространенная проблема. Около 30% женщин в стране подвергаются насилию со стороны своего партнера. Случалось ли с Вами подобное?"

» "Некоторые женщины считают, что заслуживают насилия, потому что не соответствуют ожиданиям партнера. Но, неважно, что человек сделал или не сделал, никто не заслуживает избиения. Вас когда-нибудь били или угрожали насилием за то, что Вы сделали или не сделали?"

» "Многие мои пациентки подвергаются насилию, живя с агрессивными партнерами. Некоторые из них слишком боятся или стесняются, чтобы заговорить об этом. Вы когда-нибудь подвергались насилию со стороны партнера?"

☐ **Примеры прямых вопросов:**

» "Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то делает Вам больно?"

» "Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?"

» "Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?"

» "Скажите, Ваш нынешний или бывший партнер бил Вас или близкого Вам человека когда-нибудь?»

» "Ваш партнер когда-нибудь принуждал Вас к сексу, когда Вы не хотели этого? Он когда-либо отказывался от безопасного секса?"

» "Ваш партнер часто унижает Вас, оскорбляет и обвиняет?"

» "Ваш партнер когда-либо пытался ограничить Вашу свободу или не позволял Вам делать то, что важно для Вас (например, посещать школу, работать, встречаться с друзьями и семьей)?"

Источник: по материалам Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996.

Раздаточный материал № 22: Рекомендации “Как общаться с пострадавшими от насилия – что можно и чего нельзя делать”

Что нужно делать?	Чего делать нельзя?
• Брать на себя инициативу и задавать вопросы о насилии. Не ждите, когда женщина заговорит сама. Так вы покажете, что вы как специалист берете на себя ответственность за сложившуюся ситуацию, а это поможет установить доверие. • Объясните, что информация останется конфиденциальной, а также расскажите женщине об ограничениях конфиденциальности. • Смотрите женщине в глаза и сосредоточьте на ней все свое внимание. Старайтесь в это время ничего не писать. • Следите за своими жестами и движениями. То, как вы стоите и держите руки и голову, выражение лица и тон голоса могут дать женщине четкое представление о том, как вы воспринимаете ситуацию. • Не осуждайте и будьте участливы, а также подтверждайте важность того, что говорит женщина. • Говорите доброжелательно, чтобы успокоить пациентку. • Внимательно слушайте женщину и скажите, что ее чувства оправданны. • Покажите, что верите тому, что говорит женщина. • Будьте терпеливы, общаясь с женщинами и девочками, пострадавшими от ГН, учтите, что они переживают кризис и могут испытывать противоречивые чувства. • Подчеркните, что произошедшее насилие не ее вина, и что ответственность за агрессивное поведение несет виновник насилия. • Используйте такие фразы как “Мне жаль, что это произошло” или “Да, Вы очень много пережили”. Такие фразы могут помочь женщине рассказать больше. • Подчеркните, что у нее есть выбор, имеются службы и ресурсы . Попытайтесь вместе с женщиной подыскать необходимые услуги. Оставьте “двери” открытыми, чтобы женщина могла вернуться к вам.	• Не спрашивайте о насилии в присутствии партнера, члена семьи или друга/подруги. Помните, что самое важное - безопасность пациентки. • Избегайте пассивной роли слушателя, делайте замечания. Если вы будет пассивны, женщина может подумать, что вы ей не верите и что она не права, а агрессор прав. • Не обвиняйте женщину. Избегайте таких вопросов: “Почему Вы от него не ушли?”, “Ругались ли вы перед тем, как произошло насилие?”, “Что Вы делали на улице одна?”, “Как Вы были одеты?” Вместо этого уверенно скажите, что гендерное насилие недопустимо. • Избегайте жестов, которые могут свидетельствовать о том, что вы раздражены, не верите, вам неприятна пациентка или вы злитесь на нее. • Не осуждайте поведение пострадавшей на основании культуры или религии. • Не принуждайте женщину рассказывать о насилии. Если женщина не рассказывает о насилии, скажите ей, почему у вас возникла мысль о насилии. Документально оформите свои сомнения и факты, которые породили эти сомнения. Объясните женщине, что она может снова обратиться за помощью. Вернитесь к этому разговору во время следующего приема.

Раздаточный материал № 23: Ролевая игра – Как задавать вопросы о гендерном насилии – случай Наташи

Прочтите инструкции и сценарий, приведенные ниже. Затем начните ролевую игру в соответствии с полученными ролями.

☐ **Инструкции для проведения ролевой игры:**

- Цель ролевой игры - поучиться на практических примерах выявлять случаи ГН и задавать вопросы о насилии, придерживаясь принципов, о которых шла речь на тренинге.
- В ролевой игре принимают участие 4 человека: Наташа (женщина, пострадавшая от насилия), Иван (ее двухлетний сын), врач/медсестра и наблюдатель.
- Ситуация: Наташа пришла в медицинский центр со своим маленьким сыном Иваном, чтобы посоветоваться с врачом. Врач/медсестра подозревает, что пациентка, возможно, пострадала от гендерного насилия, и пытается завести об этом разговор.
- Максимальная продолжительность беседы между врачом/медсестрой и пострадавшей: 15 минут.
- После ролевой игры вернитесь к остальным участникам и расскажите о своих впечатлениях (пациентка, врач/медсестра, наблюдатель), а потом выскажутся другие члены группы.

☐ **Сценарий:**

Наташа, 35 лет, приходит в медицинский центр со своим двухлетним сыном Иваном. Ребенок беспокоен и часто плачет по ночам. Обсуждая состояние ребенка, врач заметил темные пятна на запястьях у Наташи. Врач некоторое время колеблется, но затем спрашивает о них. Сначала Наташа отвечает, что эти синяки появились у нее от того, что ночью она носит ребенка на руках по квартире. По-видимому, Наташа чувствует себя неуютно, обсуждая этот вопрос, и не желает продолжать. Врач/медсестра говорит, что по опыту знает, что такие синяки могут появиться вследствие физического насилия. Наташа ничего не отвечает, и врач боится, что она сейчас выскочит из кабинета.

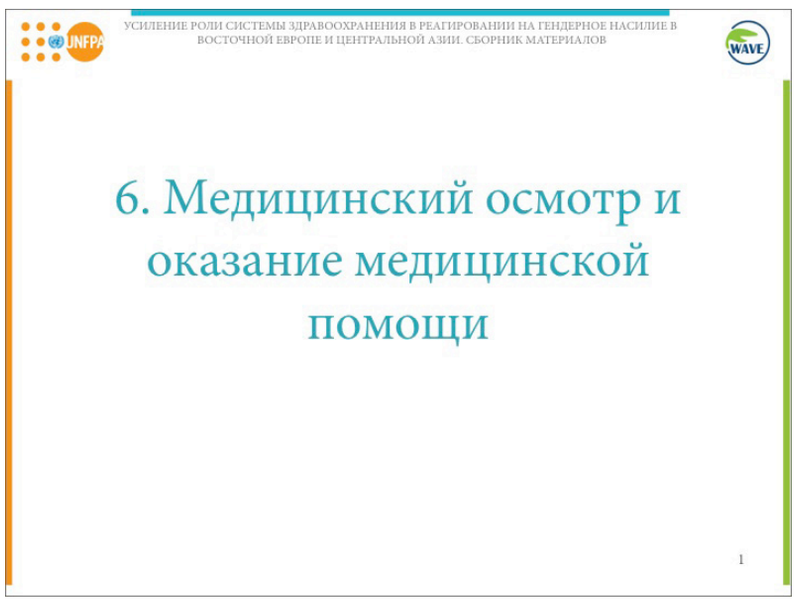
Источник: по материалам Ganley 1998

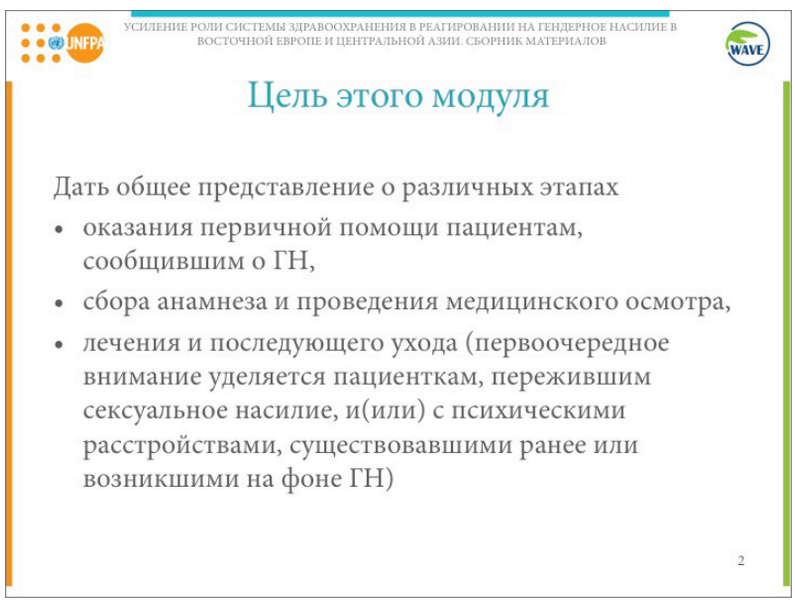
3.6.Модуль 6: Медицинский осмотр и оказание медицинской помощи

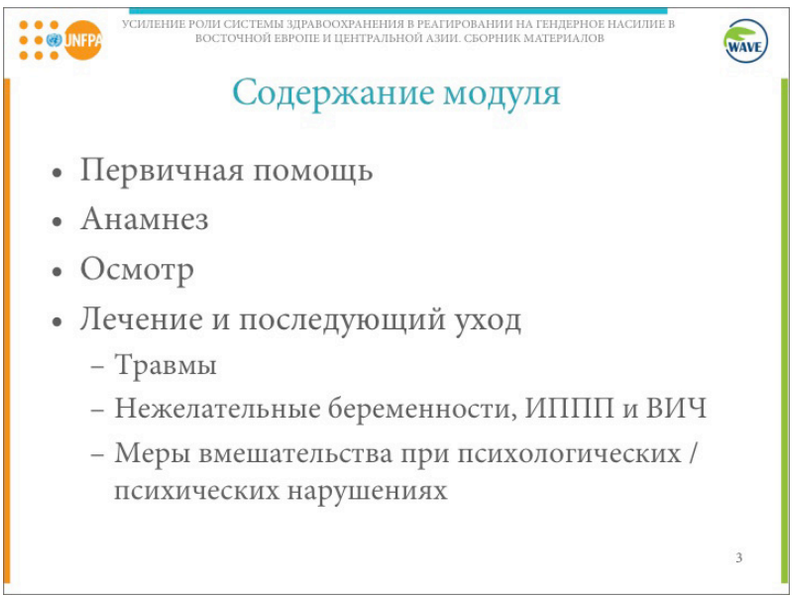
3.6.1. Общая схема модуля

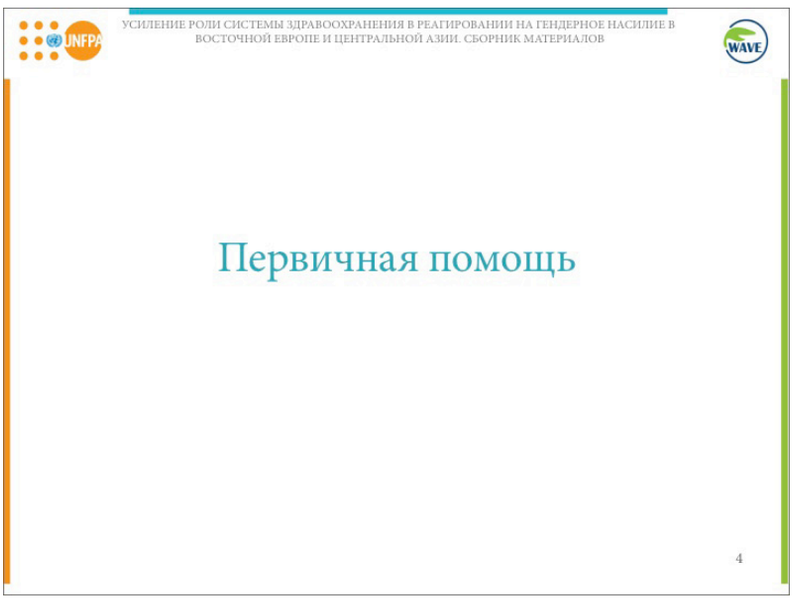
Длительность модуля	1,5 часа
Цель модуля	Дать участникам общее представление о различных этапах • оказания первичной помощи пациентам, сообщившим о ГН, • сбора анамнеза и проведения медицинского осмотра, • лечения и последующего ухода (первоочередное внимание уделяется пациенткам, пережившим сексуальное насилие, и (или) с психическими расстройствами, существовавшими ранее или возникшими на фоне ГН)
Основные идеи обучения	После того, как пациентка расскажет о ГН, медицинские работники должны • оказать первичную помощь, • получить информированное согласие пациентки в отношении всех аспектов консультации, • собрать полный анамнез, • провести полный медицинский осмотр, • пролечить повреждения, • для пострадавших от сексуального насилия: предложить экстренную контрацепцию и постконтактную профилактику ВИЧ и ИППП, • для пострадавших с ранее существовавшими диагностированными или возникшими в результате ГН психическими расстройствами: оказать психиатрическую помощь в соответствии с Руководством ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 3,2
	Дополнительная литература: WHO 2003, WHO 2010a, WHO 2013
Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды 1-10, раздаточный материал № 24) • Презентация (проводит тренер) (слайды 11-13, раздаточный материал № 25) • Презентация (проводит тренер) (слайды 14-17)
Примечания для тренеров	Пока участники получают памятку для проведения осмотра (раздаточный материал № 24), можно организовать обмен мнениями в группе, чтобы участники смогли рассказать о своем практическом опыте. Например, можно задать присутствующим такие вопросы: Пригодится ли Вам в работе эта памятка? Сталкивались ли Вы с трудностями при осмотре пострадавших от ГН? Как их можно преодолеть?
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint – Модуль 6
	Раздаточные материалы: Раздаточный материал № 24: Памятка для осмотра пострадавших от гендерного насилия Раздаточный материал № 25: Руководство ВОЗ по предупреждению нежелательной беременности, ВИЧ и ИППП

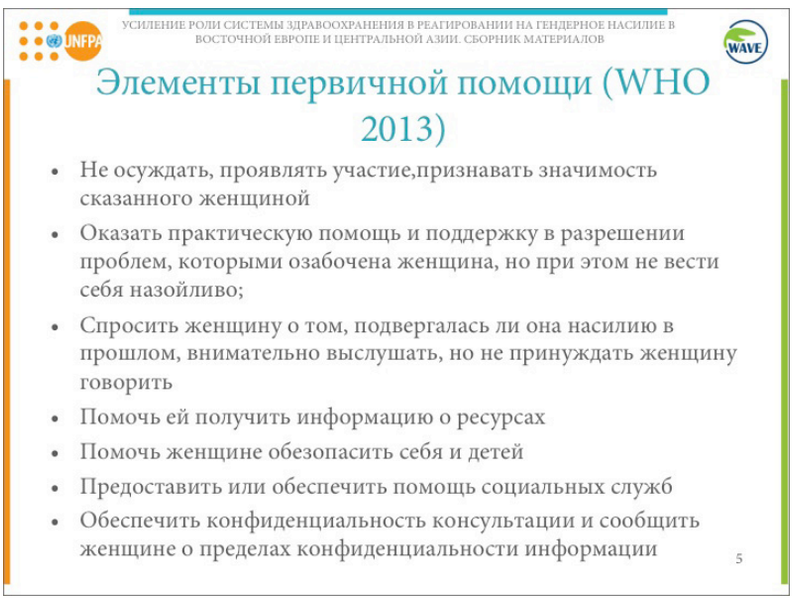
3.6.2. Презентация в формате PowerPoint






УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Содержание модуля
• Первичная помощь
• Анамнез
• Осмотр
• Лечение и последующий уход
– Травмы
– Нежелательные беременности, ИППП и ВИЧ
– Меры вмешательства при психологических / психических нарушениях
3


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Первичная помощь
4


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Элементы первичной помощи (WHO 2013)
• Не осуждать, проявлять участие,признавать значимость сказанного женщиной
• Оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
• Спросить женщину о том, подвергалась ли она насилию в прошлом, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить
• Помочь ей получить информацию о ресурсах
• Помочь женщине обезопасить себя и детей
• Предоставить или обеспечить помощь социальных служб
• Обеспечить конфиденциальность консультации и сообщить женщине о пределах конфиденциальности информации
5

Анамнез

6

Процесс составления анамнеза

1. Получите информированное согласие

- Объясните пациентке всё о врачебной консультации
- Расскажите об ограничениях конфиденциальности
- При необходимости попросите пациентку подписать информированное согласие

2. Составьте полный анамнез

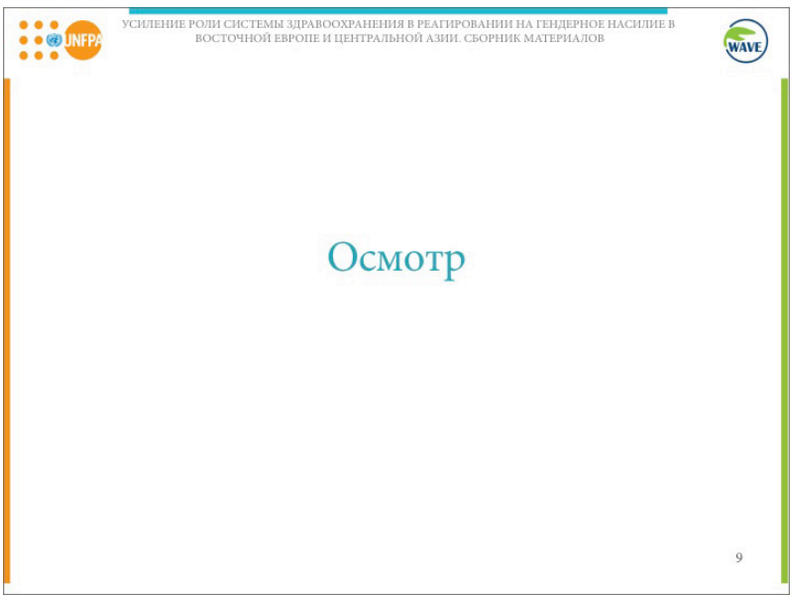
- Время, прошедшее после нападения и тип нападения
- Риск беременности
- Риск заражения ВИЧ и другими ИППП
- Психическое состояние женщины

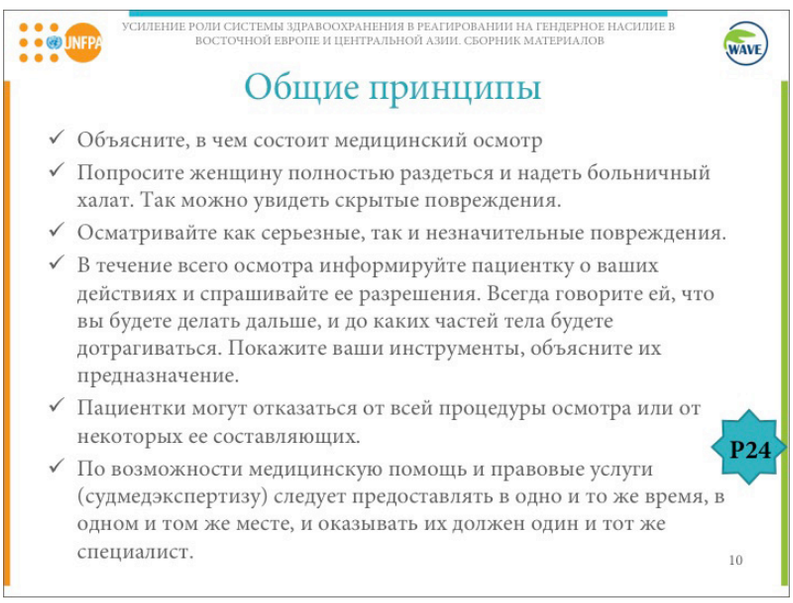
7

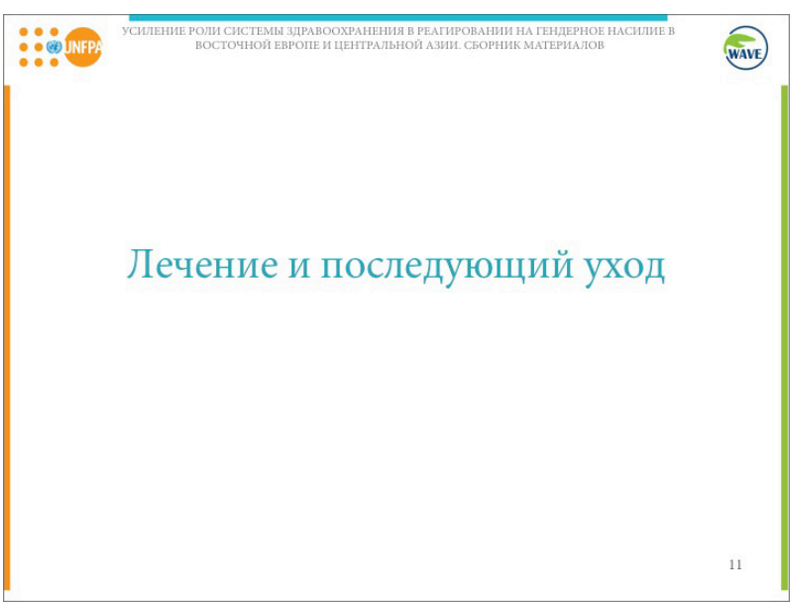
Рекомендации по ведению опроса

- Попросите женщину описать собственными словами, что произошло.
- Не прерывайте пациентку без необходимости.
- Будьте внимательны к деталям: некоторые пациенты из-за стеснения опускают неприятные подробности происшествия (например, упоминание орального или анального секса)
- Задавайте вопросы, требующие развернутого ответа, и избегайте вопросов, начинающихся со слов "Почему...", так как в них заложена определенная степень осуждения.
- Задавайте вопросы и выражайте озабоченность без осуждения (спокойным голосом, глядя пациентке в глаза и избегая внешних проявлений потрясения или недоверия)

8


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Осмотр
9


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Общие принципы
✓ Объясните, в чем состоит медицинский осмотр
✓ Попросите женщину полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
✓ Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
✓ В течение всего осмотра информируйте пациентку о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
✓ Пациентки могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих.
✓ По возможности медицинскую помощь и правовые услуги (судмедэкспертизу) следует предоставлять в одно и то же время, в одном и том же месте, и оказывать их должен один и тот же специалист.
P24
10


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Лечение и последующий уход
11

Лечение травм

- Немедленно направьте в отделение неотложной помощи пациенток в тяжелом состоянии, с угрожающими жизни нарушениями.
- Постарайтесь оказать медицинскую помощь пациенткам с менее тяжелыми травмами (порезы, синяки, поверхностные раны) на месте.
- Можно назначить следующее:
  - антибиотики для профилактики инфицирования ран
  - активную противостолбнячную иммунизацию или вакцинацию (в соответствии с действующими протоколами)
  - лекарственные препараты: анальгетики, седативные или снотворные

12

Профилактика нежелательной беременности, ИППП и ВИЧ

- Экстренная контрацепция
- Постконтактная профилактика ВИЧ
- Постконтактная профилактика ИППП



13

Медицинская помощь в случае психологических нарушений / психических расстройств в результате насилия (1)

- При возможности перенаправления пациентов: **направьте** пострадавших с ранее диагностированными или связанными с насилием со стороны интимного партнера психическими расстройствами **в специальные службы**, предоставляющие психологическую/психическую помощь.
- Некоторые виды помощи также могут оказывать **медики первичного звена**, руководствуясь принципами ВОЗ (Глобальная программа действий по психическому здоровью. Это руководство разработано для неспециализированных медицинских учреждений и врачей общей практики).
- Если возможности перенаправления пациентов ограничены или отсутствуют, окажите пострадавшим **первичную психологическую поддержку**.

14

Медицинская помощь в случае психологических нарушений / психических расстройств в результате насилия (2)

Для пострадавших от насилия со стороны интимного партнера (или в случае психических расстройств вследствие насилия не со стороны партнера)

- Пострадавшие с *ранее диагностированными психическими расстройствами или психическими расстройствами, связанными с насилием со стороны интимного партнера*, должны получать психиатрическую помощь в соответствии с Руководством ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью.
- Лечение психотропными лекарственными препаратами кормящих или беременных женщин должно предоставляться после консультации со специалистом.
- Женщины, *уже не подвергающиеся насилию со стороны интимного партнера, но все еще страдающие от посттравматического стресса*, должны пройти курс психотерапии (когнитивной поведенческой терапии или десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок).
- Вмешательства для *матери и ребенка* (хотя не всегда осуществимы): Детям, ставшим свидетелями насилия со стороны интимного партнера, необходимо предложить помощь психотерапевта в присутствии матери и без нее.

15

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Медицинская помощь в случае психологических нарушений / психических расстройств в результате насилия (3)

Для пострадавших от сексуального насилия

1. В течение первых дней после эпизода насилия
   - продолжать оказывать первичную помощь, но не применять психологический дебрифинг
   - предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса
2. В течение трех месяцев после травмы
   - продолжать оказывать первичную помощь
   - применять "динамическое наблюдение" в течение 1-3 месяцев после эпизода насилия
   - организовать когнитивную поведенческую терапию или десенсибилизацию и коррекцию переработки информации с помощью движения глазных яблок (только в тех случаях, когда это необходимо)
   - оказать помощь в соответствии с Руководством ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью, если у пациентки наблюдаются любые другие расстройства психики
3. После истечения трех месяцев после травмы
   - должны оценить расстройства психики
   - если пострадавшие страдают посттравматическим стрессовым расстройством, организовать лечение этого расстройства с помощью когнитивной поведенческой терапии или десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок

16

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Медицинская помощь в случае психологических нарушений / психических расстройств в результате насилия (4) Общие принципы

- Обеспечить получение информированного согласия и безопасность пациентов
- Терапию должен проводить квалифицированный специалист-медик с глубоким пониманием проблемы сексуального насилия
- Необходимо принимать во внимание ранее существовавшие психические расстройства
  - Вероятность таких расстройств выше среди пострадавших от изнасилования
- Необходимо принимать во внимание травмы, полученные ранее (сексуальное преследование в детстве, насилие со стороны интимного партнера, эмоциональные травмы в связи с военными действиями)

17

3.6.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 24: Памятка для осмотра пострадавших от гендерного насилия

» Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациентке возможность задать вопросы.
» Спросите пациентку, хочет ли она, чтобы осмотр проводила женщина-врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
» Нельзя оставлять пациентку одну (например, когда она ожидает осмотра).
» Попросите ее полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
» Особенно тщательно необходимо осмотреть области, скрытые под одеждой и волосами.
» Если женщина подверглась сексуальному насилию, осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
» Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
» Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
» В течение всего осмотра информируйте пациентку о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
» Пациентки могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациентки контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.
» Во время осмотра необходимо отобрать как обычные образцы, так и образцы для судмедэкспертизы. Это должен делать специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины. Проведение медицинского осмотра и сбора доказательств судмедэкспертизы в одном месте и в одно время, одним специалистом, сокращает количество осмотров, которые пациентка должна пройти и отвечает ее потребностям.

Источник: Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996, WHO 2003

Раздаточный материал № 25: Руководство ВОЗ по предупреждению нежелательной беременности, ВИЧ и венерических заболеваний в случае сексуального насилия

Экстренная контрацепция

Медицинские работники должны предлагать пострадавшим от сексуального насилия экстренную контрацепцию, как описано ниже:

- Экстренную контрацепцию следует назначать как можно раньше после эпизода насилия. Такая контрацепция наиболее эффективна в течение первых 3 дней, но ее можно назначать в течение 5 дней (120 часов).
- Медицинские работники должны предложить женщине левоноргестрел (рекомендованная доза: 1,5 мг однократно).
- При отсутствии левоноргестрела можно предложить комбинацию эстрогенов с прогестагенами и противорвотные средства, если такие имеются.
- При отсутствии препаратов для оральной контрацепции и, если это разумно в сложившейся ситуации, женщинам, которые нуждаются в постоянной контрацепции, можно предложить медьсодержащие внутриматочные спирали (ВМС). Принимая во внимание риск ИППП, ВМС можно устанавливать в течение максимум 5 дней после сексуального насилия при отсутствии медицинских противопоказаний согласно критериям ВОЗ (WHO 2010a).

В соответствии с национальным законодательством следует предложить женщине безопасный аборт, если

- женщина приходит на прием после истечения срока для экстренной контрацепции (5 дней),
- экстренная контрацепция оказывается неэффективной или
- женщина забеременела в результате изнасилования.

Постконтактная профилактика ВИЧ

Если женщина пришла на прием в течение 72 часов после эпизода сексуального насилия, медики должны рассмотреть возможность постконтактной профилактики ВИЧ. Решение о постконтактной профилактике ВИЧ в каждом конкретном случае должны принимать вместе врач и женщина. При оценке риска заражения ВИЧ следует учитывать следующие факторы:

- заболеваемость ВИЧ в данной местности,
- ограничения постконтактной профилактики,
- ВИЧ-статус и характеристики агрессора, если они известны,
- особенности эпизода насилия, в том числе, количество насильников,
- побочное действие антиретровирусных препаратов, используемых для постконтактной профилактики ВИЧ, а также
- вероятность заражения ВИЧ.

При использовании постконтактной профилактики ВИЧ медицинские работники должны:

- начать терапию как можно скорее и до истечения 72 часов после изнасилования,
- провести тестирование на ВИЧ и психологическое консультирование во время первого приема,
- обеспечить регулярное последующее наблюдение за пациенткой и
- проинформировать пациентку о важности соблюдения назначенной схемы приема препаратов.

Последний пункт крайне важен, поскольку многие женщины, пострадавшие от сексуального насилия, не проходят полный 28-дневный курс профилактики, который необходим для успешного предотвращения ВИЧ. Все дело в том, что курс постконтактной профилактики ВИЧ вызывает тошноту и рвоту, может заново вызвать в памяти болезненные воспоминания об изнасиловании. Кроме того, пострадавшие могут озаботиться другими вопросами и забыть о приеме антиретровирусных препаратов.

Обычно предпочтителен прием двух препаратов (комбинированный препарат с фиксированной дозой), а не трех, причем выбирают препараты с меньшим числом побочных эффектов. При выборе препаратов и схемы приема необходимо руководствоваться соответствующими национальными рекомендациями. До назначения постконтактной профилактики ВИЧ рекомендуется направить пострадавших от сексуального насилия для обследования на ВИЧ. Тем не менее, необходимо предложить пациентам пройти курс постконтактной профилактики ВИЧ. Лицам с ВИЧ-инфекцией постконтактная профилактика ВИЧ не нужна. Вместо этого им нужно обеспечить уход и антиретровирусную терапию.

Постконтактная профилактика инфекций, передающихся половым путем:

Медицинские работники должны предложить женщинам, пострадавшим от сексуального насилия, постконтактную профилактику следующих инфекций, передающихся половым путем:

- хламидиоз,
- гонорея,
- трихомониаз,
- сифилис (в зависимости от распространенности заболеваний).

При выборе препаратов и схемы приема необходимо опираться на национальные руководства. Чтобы избежать необоснованных задержек, вместо обследования на ИППП предпочтительно презумптивное лечение (лечение наиболее вероятных ИППП). В связи с этим не рекомендуется проводить обследование на ИППП до начала лечения.

В соответствии с национальными руководствами следует предложить вакцинацию от гепатита В без иммуноглобулина. До первой вакцинации медицинские работники должны сделать анализы крови, чтобы определить концентрацию в крови антител к гепатиту В. При достаточном уровне антител дальнейшая вакцинация не требуется.

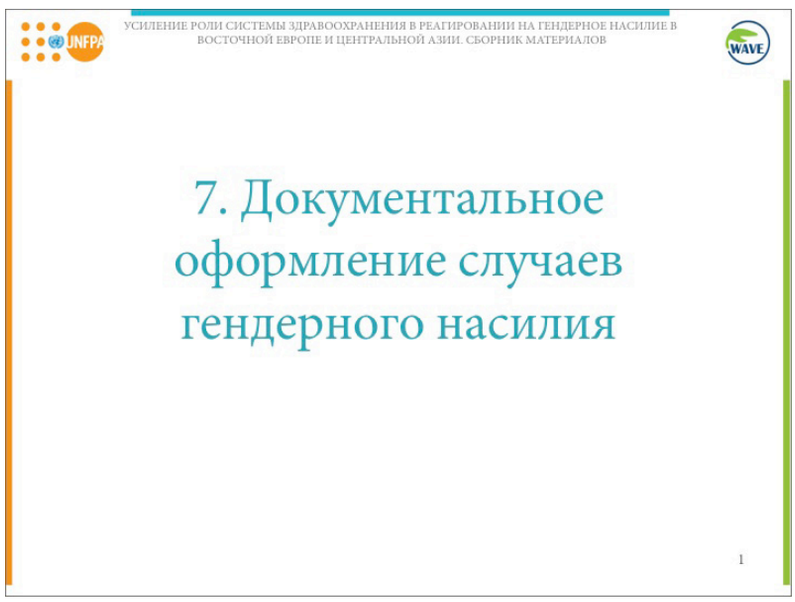
Источник: WHO 2013, Rec. 13-20.

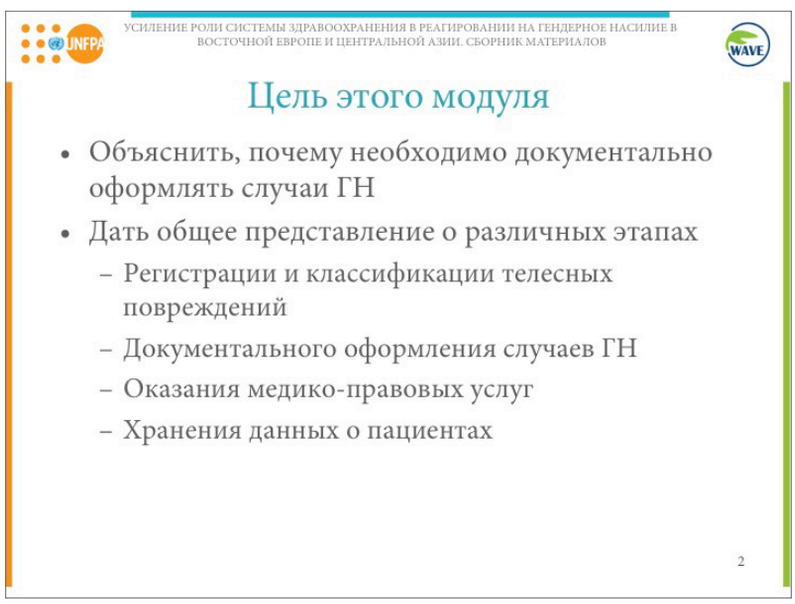
3.7.Модуль 7: Документальное оформление случаев гендерного насилия

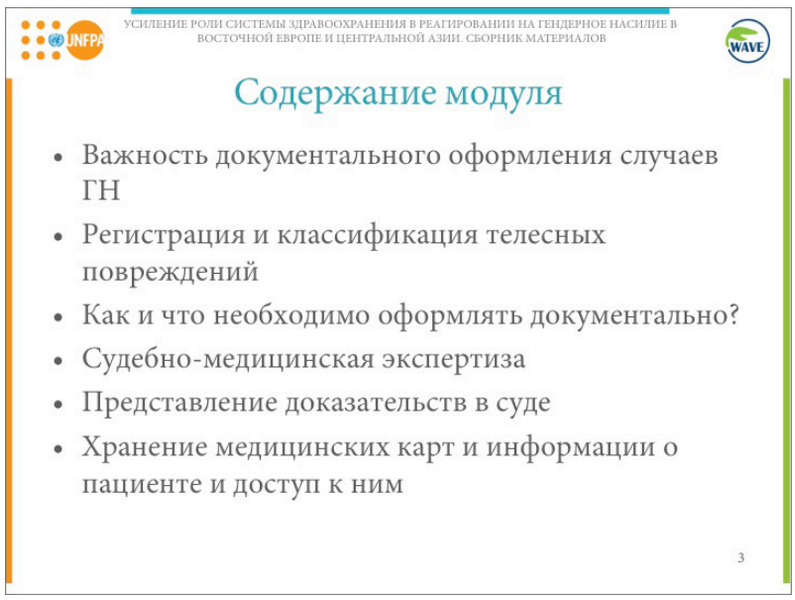
3.7.1. Общая схема модуля

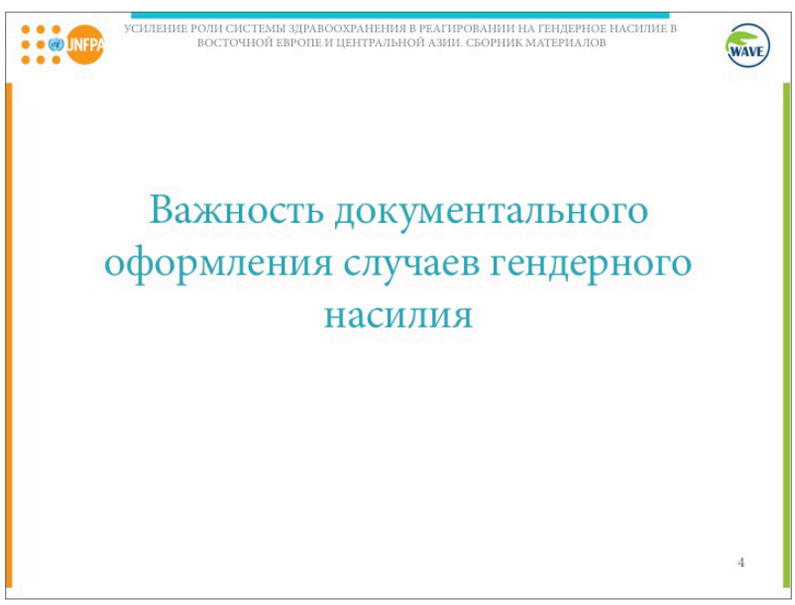
Длительность модуля	1 час
Цель модуля	• Объяснить, почему необходимо документально оформлять случаи ГН. • Дать участникам общее представление о различных этапах » оформления и классификации телесных повреждений, » документального оформления эпизода ГН, » предоставления медико-правовых услуг (проведение судебно-медицинской экспертизы, дача показаний в суде), » хранения медицинских карт пациентов.
Основные идеи обучения	• Документальное оформление ГН необходимо для медицинских работников, пациентов и обеспечения качественной медицинской помощи. • Медики должны детально описать все рассмотренные повреждения, в том числе, их тип, число и расположение повреждений с помощью схемы тела. • Интерпретацию повреждений для медико-правовых целей должен проводить квалифицированный специалист в области судебной медицины. • Для документального оформления приема у врача используются такие приемы: записи от руки, схемы, изображения схемы тела и фотографирование. Фотографии могут дополнять, но не заменять другие способы документального оформления указанных выше результатов. • Если было совершено уголовное преступление, образцы для судебно-медицинской экспертизы необходимо отбирать осторожно и как можно раньше. • Карты пациентов и информация о них должны храниться в надежном месте с соблюдением конфиденциальности.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 3,3
	Дополнительная литература: WHO 2003
Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды презентации 1-11, раздаточные материалы 26-28, Приложение 8) • Презентация (проводит тренер) (слайды 12-18)
Примечания для тренеров	Пока участники получают памятку (контрольный список) для документального оформления ГН (раздаточный материал № 26) и образцы документов (раздаточные материалы №№ 27-28), можно организовать обмен мнениями в группе, чтобы участники смогли рассказать о своем практическом опыте. Например, можно задать присутствующим такие вопросы: Пригодится ли Вам в работе эта памятка? Используете ли Вы аналогичные документы в своей обычной работе? Сталкивались ли Вы с трудностями при документальном оформлении ГН? Как их можно преодолеть?
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint – Модуль 7
	Раздаточные материалы: Раздаточный материал № 26: Памятка (контрольный список) для документального оформления случаев гендерного насилия Раздаточный материал № 27: Памятка (контрольный список) при использовании фотографирования для документального оформления гендерного насилия Раздаточный материал № 28: Форма для документального оформления случаев гендерного насилия – пример из Австрии Приложение 8: Форма ВОЗ для документального оформления случаев сексуального насилия

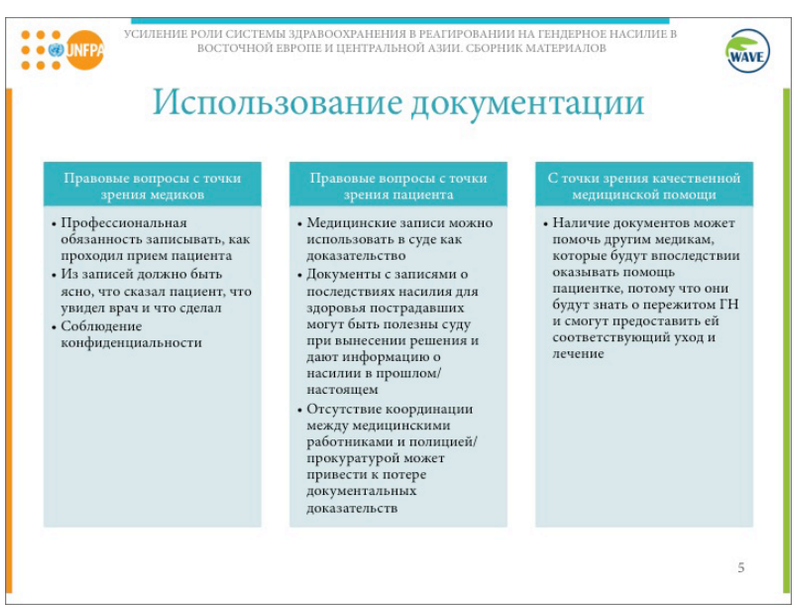
3.7.2. Презентация в формате PowerPoint






УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Содержание модуля
• Важность документального оформления случаев ГН
• Регистрация и классификация телесных повреждений
• Как и что необходимо оформлять документально?
• Судебно-медицинская экспертиза
• Представление доказательств в суде
• Хранение медицинских карт и информации о пациенте и доступ к ним
3


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Важность документального оформления случаев гендерного насилия
4


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Использование документации
Правовые вопросы с точки зрения медиков
• Профессиональная обязанность записывать, как проходил прием пациента
• Из записей должно быть ясно, что сказал пациент, что увидел врач и что сделал
• Соблюдение конфиденциальности
Правовые вопросы с точки зрения пациента
• Медицинские записи можно использовать в суде как доказательство
• Документы с записями о последствиях насилия для здоровья пострадавших могут быть полезны суду при вынесении решения и дают информацию о насилии в прошлом/настоящем
• Отсутствие координации между медицинскими работниками и полицией/прокуратурой может привести к потере документальных доказательств
С точки зрения качественной медицинской помощи
• Наличие документов может помочь другим медикам, которые будут впоследствии оказывать помощь пациентке, потому что они будут знать о пережитом ГН и смогут предоставить ей соответствующий уход и лечение
5

Регистрация и классификация телесных повреждений

6

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Регистрация и классификация телесных повреждений

- Регистрация - подробно опишите все травмы и повреждения
  - Тип, количество повреждений и их расположение на схеме тела человека
  - В случае, если пострадавшие отказываются рассказывать о получении телесных повреждений, специалисты-медики должны записать, соответствуют ли имеющиеся травмы полученным от женщины объяснениям
- Интерпретация повреждений включает определение давности полученной травмы, способа нанесения или силы, необходимой для нанесения такой травмы (для целей судебного расследования)
- При отсутствии точной документации и экспертного анализа в выводы о получении травмы могут закрасться серьезные неточности.

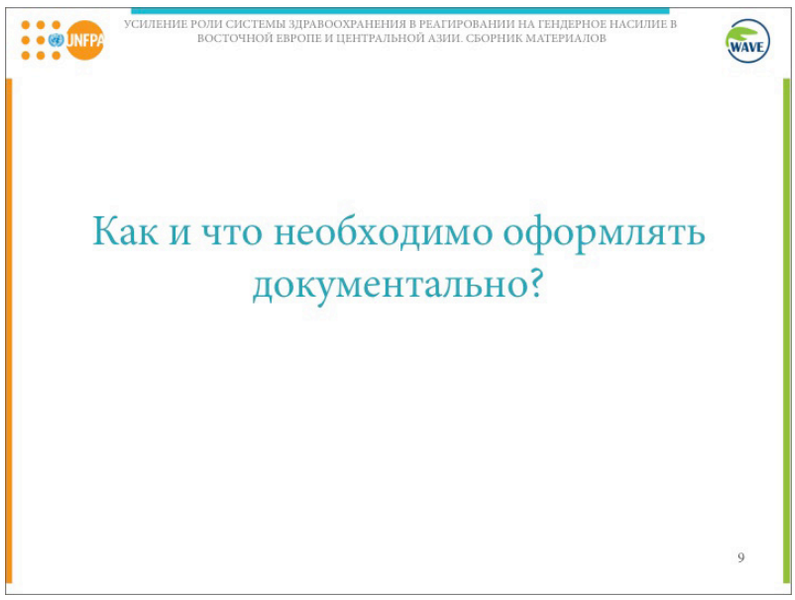
7

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

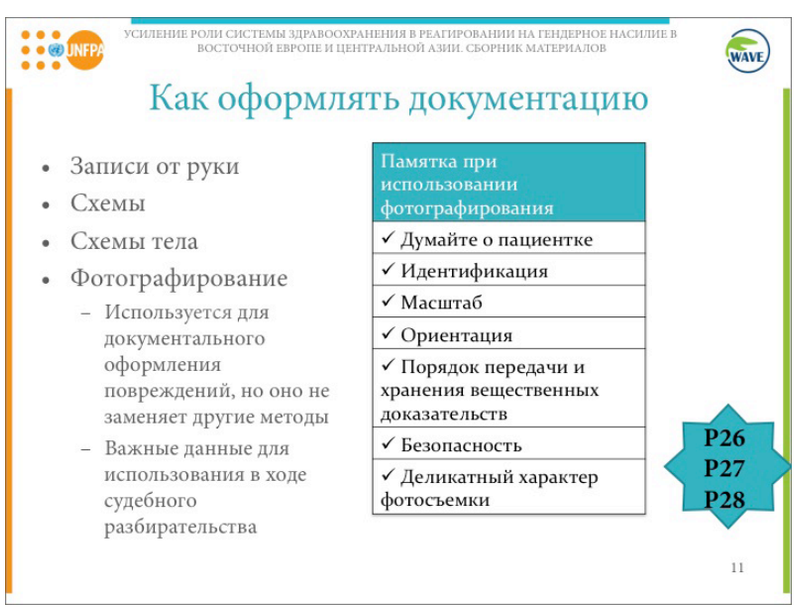
Нельзя интерпретировать травмы при отсутствии соответствующей подготовки

- Специалистам в области здравоохранения, **не имеющим специального образования** области в анализа телесных повреждений, рекомендуется:
  - используя стандартную терминологию, **документально оформить** телесные повреждения в соответствии с судебно-медицинскими руководствами ВОЗ по работе с жертвами насилия на сексуальной почве (т.е. ссадины, ушибы, разрывы, порезы, колотые раны или огнестрельные ранения)
  - интерпретацию повреждений должен проводить **специалист по судебной медицине**.

8


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Как и что необходимо оформлять документально?
9


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Что необходимо документально оформлять в случае сексуального насилия
Следующие данные:
▪ демографическая информация и образование пациентов
▪ полученные согласия
▪ анамнез (то есть общий и гинекологический анамнез)
▪ рассказ об эпизоде насилия
▪ результаты медицинского осмотра
▪ обследования и результаты тестов
▪ план лечения
▪ принятые или назначенные лекарственные препараты
▪ направления пациентов к другим специалистам
10


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Как оформлять документацию
• Записи от руки
• Схемы
• Схемы тела
• Фотографирование
– Используется для документального оформления повреждений, но оно не заменяет другие методы
– Важные данные для использования в ходе судебного разбирательства
Памятка при использовании фотографирования
✓ Думайте о пациентке
✓ Идентификация
✓ Масштаб
✓ Ориентация
✓ Порядок передачи и хранения вещественных доказательств
✓ Безопасность
✓ Деликатный характер фотосъемки
P26
P27
P28
11

Судебно-медицинская экспертиза

Судебно-медицинская экспертиза

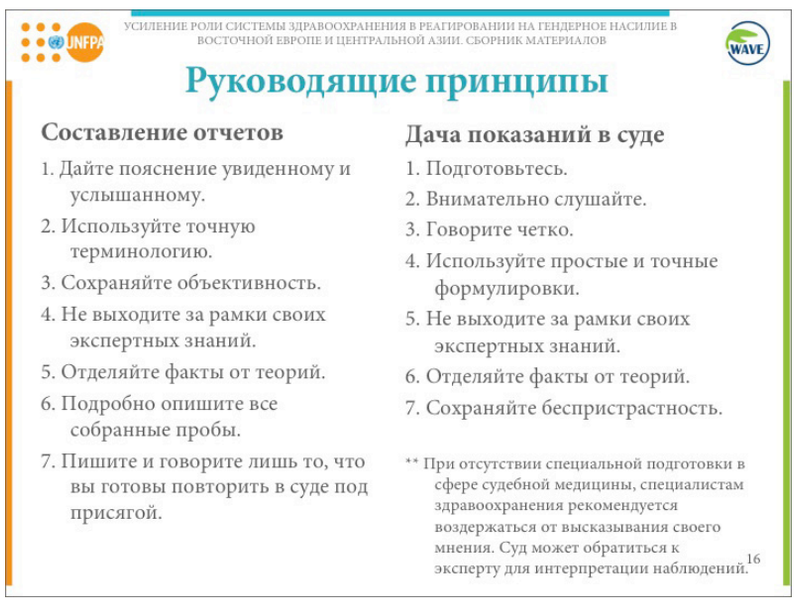
«Медицинский осмотр, проведенный с перспективой последующего судебного разбирательства, требующий оформления медицинского заключения".

Принципы отбора проб:

- отобрать пробы осторожно, не допуская их загрязнения
- отобрать пробы как можно раньше (спустя 72 часа после нападения значимость доказательного материала снижается)
- четко маркировать все собранные образцы
- высушить все влажные пробы
- обезопасить пробы от несанкционированного доступа
- обеспечить непрерывность
- документально оформить все процедуры по сбору и обработке проб

Представление доказательств в суде


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
простая и быстрая связь с медиками
знание основных принципов и практики юридической системы, а также соответствующих обязательств
Что ожидается от медицинских работников?
грамотное клиническое наблюдение
надлежащий сбор проб у пострадавших
15


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Руководящие принципы
Составление отчетов
1. Дайте пояснение увиденному и услышанному.
2. Используйте точную терминологию.
3. Сохраняйте объективность.
4. Не выходите за рамки своих экспертных знаний.
5. Отделяйте факты от теорий.
6. Подробно опишите все собранные пробы.
7. Пишите и говорите лишь то, что вы готовы повторить в суде под присягой.
Дача показаний в суде
1. Подготовьтесь.
2. Внимательно слушайте.
3. Говорите четко.
4. Используйте простые и точные формулировки.
5. Не выходите за рамки своих экспертных знаний.
6. Отделяйте факты от теорий.
7. Сохраняйте беспристрастность.
** При отсутствии специальной подготовки в сфере судебной медицины, специалистам здравоохранения рекомендуется воздержаться от высказывания своего мнения. Суд может обратиться к эксперту для интерпретации наблюдений.
16

Хранение информации о пациентах и доступ к ней

17

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Хранение информации о пациентах и доступ к ней

Все медицинские работники имеют профессиональную, юридическую и этическую обязанность поддерживать и уважать **конфиденциальность и независимость** пациента.

Записи / информацию **нельзя разглашать** лицам, не участвующим напрямую в ведении конкретного пациента, а также в случаях, когда это не требуется в соответствии с местным или государственным законодательством.

Вся информация о пациенте должна храниться **в надежном месте. Биологический материал** обычно хранится в холодильнике или замороженным; уточните в лаборатории.

18

3.7.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 26: Памятка (контрольный список) для документального оформления случаев гендерного насилия

» Зафиксировать объем проведенного медицинского осмотра, а также все "нормальные" или относящиеся к делу отрицательные результаты осмотра.
» Документально оформить всю относящуюся к делу информацию, делать это надо точно и разборчиво.
» Записи и схемы необходимо делать во время приема; так они будут намного точнее, чем заметки, сделанные по памяти.
» Записи нельзя изменять за исключением тех случаев, когда такие изменения четко обозначены как более поздние дополнения или изменения. Удаляемый текст необходимо зачеркнуть один раз и подписать, нельзя стирать его полностью.
» Убедиться, что записи точны; недочеты могут поставить под сомнение качество оценки.
» Где это возможно, необходимо цитировать точные слова пострадавших, заключая их в кавычки. Это лучше, чем записывать интерпретацию сказанного самим медицинским работником. Например, следует записать "Муж ударил меня палкой", а не "Пациентку избили палкой".
» Использовать нейтральный язык, например, "Г-жа С. говорит: ...", а не фразы типа "Пациентка утверждает, что, якобы..."
» Нельзя включать информацию, которая напрямую не относится к медицинским данным, например "Я сама виновата, что он меня ударил, потому что..." или "Я заслужила побои, потому что..."
» При документальном оформлении направления пациентки к другим специалистам в интересах ее безопасности не следует записывать имена, адреса или телефонные номера приютов, которые сообщают пациентке.

Источник: WHO 2003, Warshaw et al 1996

Раздаточный материал № 27: Памятка (контрольный список) при использовании фотографирования для документального оформления гендерного насилия

» **Принимайте во внимание состояние и пожелания пациента и получите информированное согласие:** Многие пострадавшие в такой ситуации будут испытывать неловкость, неприятные ощущения, усталость или стеснение. Расскажите пациентке о роли фотосъемки и получите согласие на фотографирование.
» **Идентификация**: На каждой фотографии должны быть обозначены имя пациента, дата и время съемки. Фотографам необходимо дать письменные указания о точном количестве снимков. В идеале для каждой пострадавшей должна быть использована отдельная пленка. В противном случае необходимо четко указать, где начинается новая серия снимков.
» **Масштаб**: Серию фотографий должна открывать фотография таблицы цветов. Масштаб важен, чтобы определить размер повреждения. Шкалу масштаба можно размещать в горизонтальной или вертикальной плоскости. Фотографии необходимо делать со шкалой и без нее.
» **Ориентация**: Для дальнейшей идентификации на первом снимке должно быть лицо пострадавшей; это требование необязательно, если на фотографиях есть необходимые обозначения (см. выше). На остальных фотографиях должен быть общий снимок интересующей нас области и крупные планы конкретного повреждения или повреждений.
» **Порядок передачи и хранения вещественных доказательств**: Регистрируется как и другие данные судмедэкспертизы.
» **Безопасность**: Фотографии - это часть истории болезни пациента, а потому при хранении и передаче фотографий должен соблюдаться тот же принцип конфиденциальности. В соответствии с законом допускаются запросы на использование фотографий со стороны следственных и судебных органов. Однако, если делается копия фотографии для обучающих целей, необходимо предварительное разрешение пострадавшей или ее родителей/опекунов.
» **Щепетильность**: Фотосъемка (каких-либо частей тела) в некоторых культурах неприемлема. В таких случаях может потребоваться отдельное согласие на фотосъемку (и выдачу фотографий). Согласие на фотосъемку можно получить только после того, как пациент будет полностью проинформирован о том как и почему будут сделаны фотографии. Предварительно необходимо также проинформировать пациентку о том, как будет использоваться отснятый материал (для передачи в суд, в полицию, а также для указания в качестве улик).

Источник: По материалам WHO 2003

Раздаточный материал № 28: Форма для документального оформления случаев гендерного насилия – пример из Австрии

Место осмотра:_____	**Пациентка:**
Врач: _____- Тел.	**Дата рождения:** **Тел.**
Откуда направлена:____	**Адрес:**
Начало осмотра: _____ (дата, время)	Кто присутствовал при осмотре:

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТКЕ Рост: Вес: Психологическое состояние во время осмотра:	Пациентка: ❑ Правша ❑ Левша Сознание: ❑ ясное ❑ слегка нарушенное ❑ сильно нарушенное ❑ без сознания
Речь: ❑ беглая ❑ несвязная ❑ требовался перевод 9 кто переводил?: Опасность для персонала ❑ да ❑ нет	Подозрение на: ❑ алкогольное опьянение ❑ воздействие наркотиков

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭПИЗОДЕ НАСИЛИЯ ПО РАССКАЗУ ПАЦИЕНТКИ Место происшествия: Время:_____ (Дата) ___:___ (Время) (приблизительно) продолжительность:_	❑ **пациентка знакома с обидчиком** ❑ **пациентка не знакома с обидчиком(ами)** Количество нападавших:

Описание эпизода насилия по рассказу пациентки, применение оружия, детали акта насилия, **субъективные жалобы:**
(Основание для клинического осмотра и сбора данных судмедэкспертизы, наводящие вопросы недопустимы!)

ИСТОРИЯ ПАЦИЕНТКИ Есть ли **свидетели** насилия (дети, соседи)? ↳Если да, имеют ли они к насилию отношение/подвергались ли они насилию? Применялись ли обидчиком предметы (инструменты, оружие)? Пыталась ли пострадавшая защищаться? Царапала ли пациентка обидчика(ов)?	❑ да ❑ нет ❑ не знаю ❑ да ❑ нет ❑ не знаю ❑ да ❑ нет ❑ не знаю ❑ да ❑ нет ❑ не знаю ↳Если да, обработайте нижнюю поверхность ногтей пациентки влажным ватным тампоном (ДНК!)
Пытался ли обидчик душить пострадавшую?	❑ да ❑ нет ❑ не знаю ↳признаки конгестии ❑ потеря сознания ❑ дезориентация ❑ непроизвольные мочеиспускание или дефекация ❑ боль в горле, трудности при глотании
Употребляла ли пациентка алкоголь, наркотики или медикаменты во время или после эпизода насилия?	rда – когда, что, сколько: rнет r не знаю
Подвергалась ли она аналогичному насилию ранее?	rда rнет r затрудняюсь ответить

СОХРАНЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ НАСИЛИЯ		
Повреждения одежды (фото!)? Загрязнение одежды (кровь, земля и т. д.)? Другие сохранившиеся следы преступления?	❑ да ❑ нет ❑ да ❑ нет ❑ да ❑ нет ↳какие:	Одежда сохранилась ❑ да ❑ нет
	«Одежда должна быть упакована отдельно в бумажные пакеты!	

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР		
Голова	Волосяной покров (плешины при пальпации?): Лобно-височная область Глаза (в том числе конъюнктива): Уши (сзади): Нос (ноздри): Щеки: Рот (губы, зубы, щечная слизистая): Подбородок:	❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий
	Наблюдаются ли признаки конгестии? ❑ да ❑ нет ↳❑ кожа век ❑ конъюнктива ❑ кожа за ушами ❑ кожа лица ❑ щечная слизистая	
Горло	Спереди: Шея:	❑ без патологий ❑ без патологий
Грудная клетка	Молочные железы: Передняя поверхность реберного каркаса: Спина:	❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий
Верхние конечности	Плечи (от шеи до руки): Плечи (в том числе с внутренней стороны): Предплечья (запястья): Кисти рук:	❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий
Брюшная полость		❑ без патологий
Ягодицы		❑ без патологий
Половые органы		❑ без патологий
Ноги	Бедра (в том числе с внутренней стороны) Голени: Ступни:	❑ без патологий ❑ без патологий ❑ без патологий

Имеются ли видимые следы повреждений? ❑ да ❑ нет
(совокупность повреждений или повреждения в форме предмета, ожоги, отпечатки, например, от обуви, шин, сдвоенные синяки):

Огнестрельная рана – удаление пули (подтверждено документально)

Предварительное медицинское заключение:

Дальнейшие меры (консилиум врачей разного профиля, консультации психолога, информирование полиции, и т.д.):

Предоставлена ли пациентке информация о службах поддержки (убежищах, телефонах доверия)? ❑ да примечания:

Окончание осмотра: _____ время_____ подпись врача_____

ПЕРЕДАЧА МАТЕРИАЛОВ

Предметы (одежда, средства совершения преступления, пули, удаленные ткани, и т.д.):

Передал:_____a (заглавными буквами) Дата и подпись: _____ , _____a a	Принял:_____a (заглавными буквами) Дата и подпись: _____ , _____a A

ФОТОГРАФИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

Были ли сделаны фотографии?

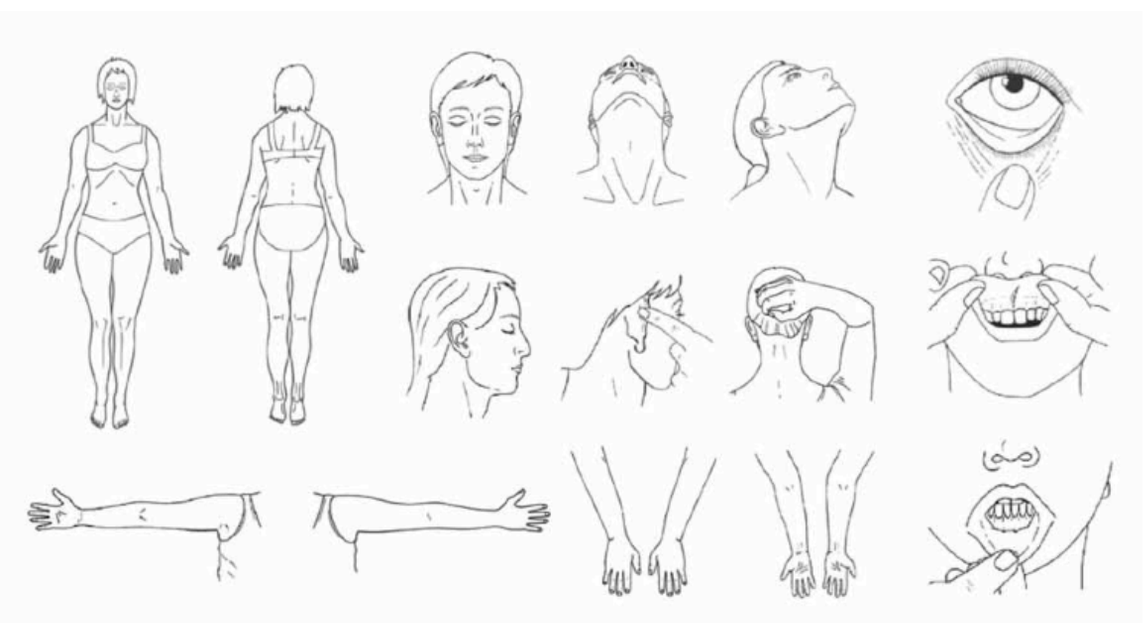
❑да ❑ нет

↳если „нет“, почему?:

↳если „да“, где хранятся?:

Количество фотографий:____a

Рекомендация для осмотра и основной фотографической документации**:**



Источник: По материалам источника BMWFJ 2010 (перевод с немецкого на английский язык - WAVE)

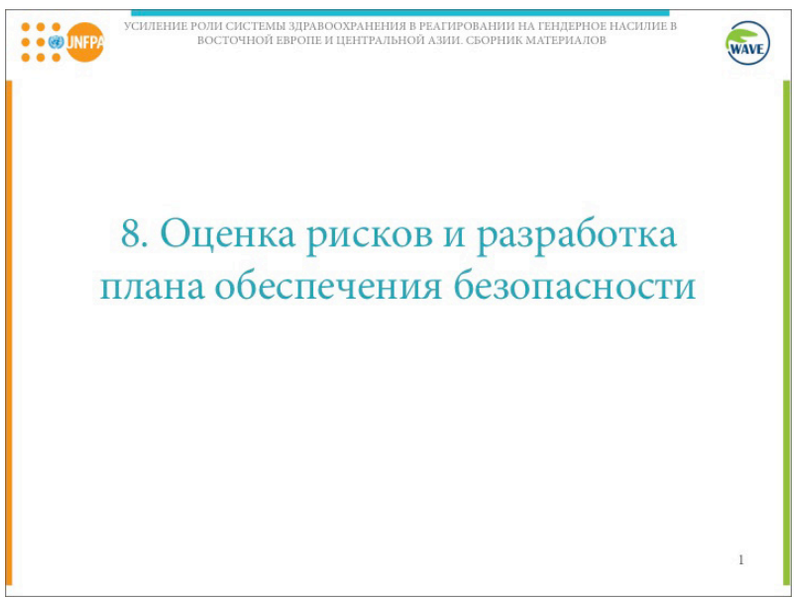
3.8.Модуль 8: Оценка рисков и планирование обслуживания

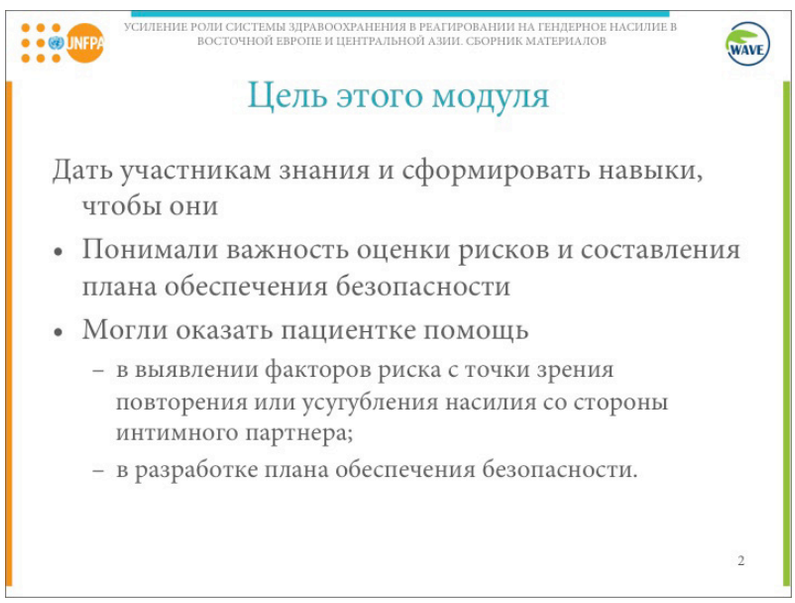
3.8.1. Общая схема модуля

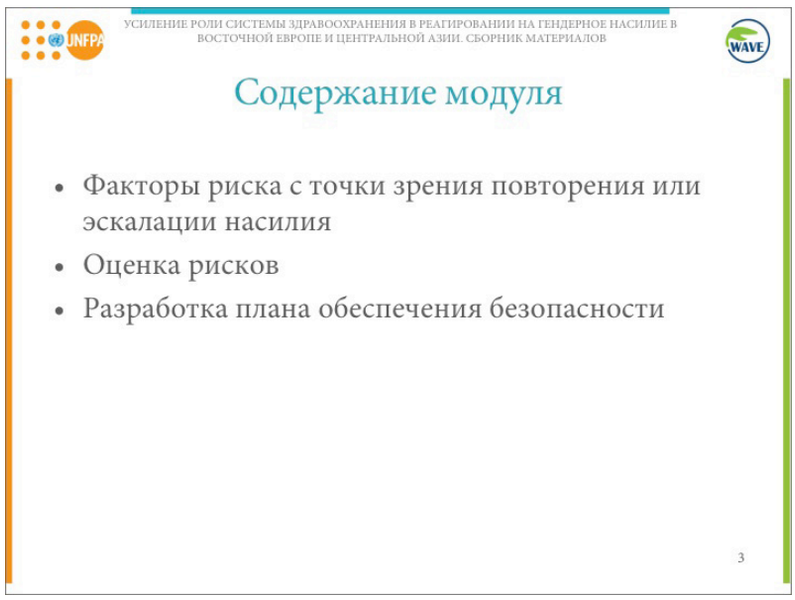
Длительность модуля	2 часа
Цель модуля	Дать участникам знания и навыки, чтобы они смогли • понимать важность оценки рисков и составления плана обеспечения безопасности, • помочь пациентке определить факторы риска повторения или усиления насилия со стороны интимного партнера , а также разработать план обеспечения безопасности.
Основные идеи обучения	• Работники здравоохранения могут сыграть важную роль в поддержке пострадавшей, проведя совместную оценку потенциальных рисков повторения насилия, поддерживая ее в планировании мер безопасности, а также предложив направление к другим службам (например, в приют). • Факторы риска с точки зрения повторения или эскалации насилия со стороны интимного партнера включают: предшествующие акты насилия в прошлом, угрозы, владение оружием и (или) его использование, а также крайняя ревность и собственнические инстинкты. • Разрыв отношений и развод являются периодами повышенного риска. По этой причине не следует советовать женщине бросить агрессивного партнера, поскольку это дополнительный риск для женщины. • Оценка рисков должна проводиться по стандартной процедуре с использованием стандартных инструментов, например, с использованием инструмента “Оценка опасности”, разработанного Жаклин Кэмпбелл. Аббревиатуры могут помочь медикам запомнить основные факторы риска для использования в повседневной работе (например, акроним SPECSS, используемый в Великобритании). Рекомендуется разработать сокращения на языке страны с учетом местной специфики. • Разработка плана обеспечения безопасности вместе с пациенткой позволит женщине уйти от партнера в случае усугубления насилия. Это, в том числе, такие меры предосторожности как договоренность с соседями, друзьями или родственниками, которые смогут помочь в кризисной ситуации, или заранее упакованная сумка со всем необходимым на случай, если женщине придется покинуть дом в спешке. • Важно налаживать партнерские связи с другими поставщиками услуг и отрабатывать пути направления пациенток к другим специалистам. В частности, женские приюты могут специализироваться на оценке рисков и составлении плана безопасности, что поможет обеспечить безопасность пациентки. • При отсутствии приютов для женщин учреждения здравоохранения должны выработать какие-либо практические решения, например, предоставлять женщинам возможность краткосрочного пребывания в медицинском учреждении.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 3,4 **Дополнительная литература:** WAVE 2013
Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды 1-6, раздаточный материал № 29) • Презентация (проводит тренер) (слайды 7-10, раздаточный материал № 30) • Упражнение для индивидуальной работы: Определение факторов риска – случай И. (раздаточные материалы №№ 30-31) – длительность: 25 минут • Презентация (проводит тренер) (слайды 11-13, раздаточные материалы №№ 32-33, раздаточный материал № 17 о комнатах поддержки пострадавших от насилия / модуль 4) • Ролевая игра: Составление плана обеспечения безопасности – случай Дилором (раздаточные материалы №№ 32-34) – длительность: 45 минут

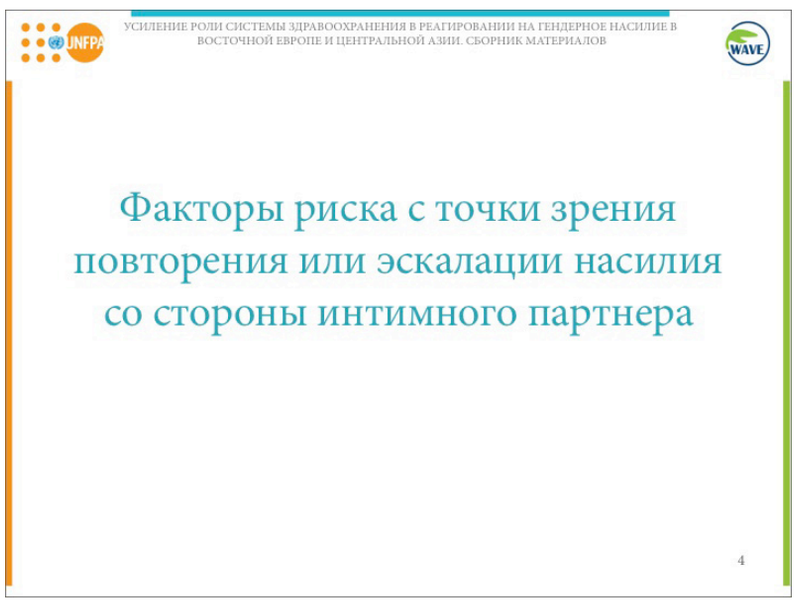
Примечания для тренеров	**Упражнение для индивидуальной работы: Определение факторов риска - случай И. (раздаточный материал № 31) – длительность: 25 минут** Попросите участников прочесть раздаточный материал № 31 и определить факторы риска с помощью инструмента "Оценка опасности" Кэмпбелл (раздаточный материал № 30). Дайте участникам 10 минут поработать самостоятельно, а затем в течение 15 минут – в группе. Подводя итоги упражнения, объясните, что данный практический пример основан на реальном случае, который произошел в Австрии: правоохранительные органы недооценили риск, и в конечном итоге муж убил женщину. Дети этой женщины передали это дело в Комитет ООН по КЛДЖ, который постановил, что в данном случае Австрия нарушила свои обязательства в соответствии с Конвенцией. Также можно подчеркнуть, что крайне важно, чтобы все вовлеченные организации принимали во внимание факторы риска, использовали одинаковые стандартные инструменты оценки риска, прошли обучение использованию этих инструментов, а также, чтобы оценка рисков стала непременным элементом их ежедневной работы. **Ролевая игра: Составление плана обеспечения безопасности – случай Дилором (раздаточные материалы №№ 30-32) – длительность: 45 минут** Раздайте участникам раздаточный материал № 34 с инструкциями; предложите им также пользоваться раздаточными материалами № 32 и 33. Спросите, есть ли добровольцы, готовые сыграть три роли: пациентки, врача/медсестры, наблюдателя. Если группа большая, ее можно поделить на более мелкие (в таком случае следует предусмотреть больше времени на обсуждение результатов). Дайте участникам 10-15 минут на выполнение упражнения "ролевая игра". Если времени достаточно, участники могут поменяться ролями. После ролевой игры необходимо организовать обсуждение (15-20 минут): • Вопросы к участнику, играющему пострадавшую женщину: Как Вы себя ощущали в этой роли? Помогло ли Вам то, как вели себя врач/медсестра? Что бы могли иначе сделать врач/медсестра? • Вопросы к участнику, играющему врача/медсестру: Как Вы себя ощущали в этой роли? Что я сделал(а) хорошо? Что для меня было сложнее всего? Что бы я мог(ла) сделать иначе? Что мне необходимо сделать на рабочем месте, чтобы поддержать пациентку при разработке плана обеспечения безопасности? • Попросите наблюдателя поделиться своим мнением и наблюдениями. • Затем начните обсуждение в группе.
Материалы для тренинга	**Презентация**: Презентация в формате PowerPoint – Модуль 8
	Раздаточные материалы: Раздаточный материал № 29: Факторы риска, указывающие на высокую степень опасности в случаях насилия со стороны интимного партнера: Раздаточный материал № 30: Пример инструмента оценки рисков: Инструмент оценки рисков Жаклин Кэмпбелл Раздаточный материал № 31: Упражнение для индивидуальной работы: Определение факторов риска – случай И. Раздаточный материал № 32: Контрольный список для разработки плана обеспечения безопасности вместе с пациенткой Раздаточный материал № 33: Индивидуальный план обеспечения безопасности для женщин, переживших насилие со стороны интимных партнеров или других членов семьи Раздаточный материал № 34: Ролевая игра: Составление плана обеспечения безопасности – случай Дилором

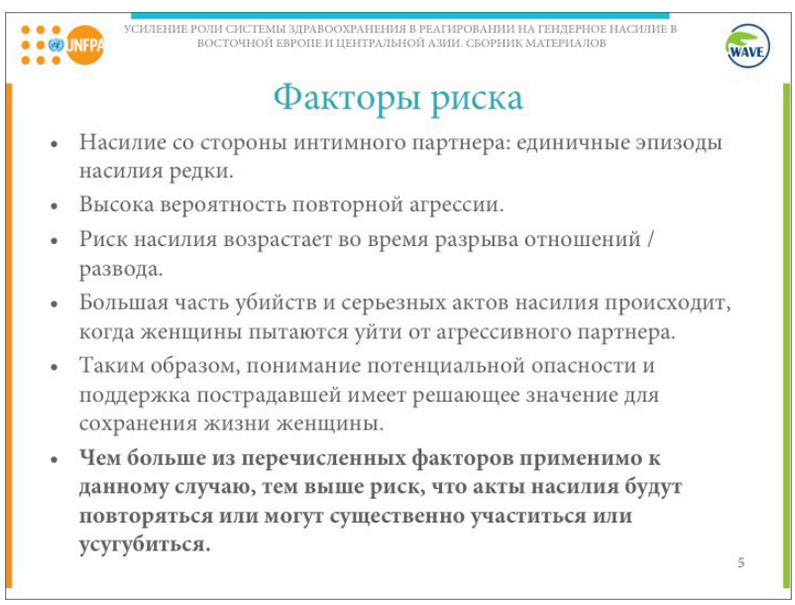
3.8.2. Презентация в формате PowerPoint






УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Содержание модуля
• Факторы риска с точки зрения повторения или эскалации насилия
• Оценка рисков
• Разработка плана обеспечения безопасности
3


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Факторы риска с точки зрения повторения или эскалации насилия со стороны интимного партнера
4


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Факторы риска
• Насилие со стороны интимного партнера: единичные эпизоды насилия редки.
• Высока вероятность повторной агрессии.
• Риск насилия возрастает во время разрыва отношений / развода.
• Большая часть убийств и серьезных актов насилия происходит, когда женщины пытаются уйти от агрессивного партнера.
• Таким образом, понимание потенциальной опасности и поддержка пострадавшей имеет решающее значение для сохранения жизни женщины.
• Чем больше из перечисленных факторов применимо к данному случаю, тем выше риск, что акты насилия будут повторяться или могут существенно участиться или усугубиться.
5

Конкретные факторы риска

- Предшествующие акты насилия в отношении женщины или других членов семьи
- Предшествующие акты насилия в отношении других лиц вне семьи
- Период расставания или развод
- Акты насилия со стороны других членов семьи агрессора
- Владение и(или) применение оружия
- Угрозы
- Крайние проявления ревности и собственнического отношения
- Крайне патриархальные представления и отношения
- Преследование и психологический террор (Нежелательное навязчивое внимание)
- Опасность для детей
- Неподчинение предписаниям запретительного приказа, выписанного судом или полицией
- Возможные побудительные причины

P29

6

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Оценка рисков

7

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

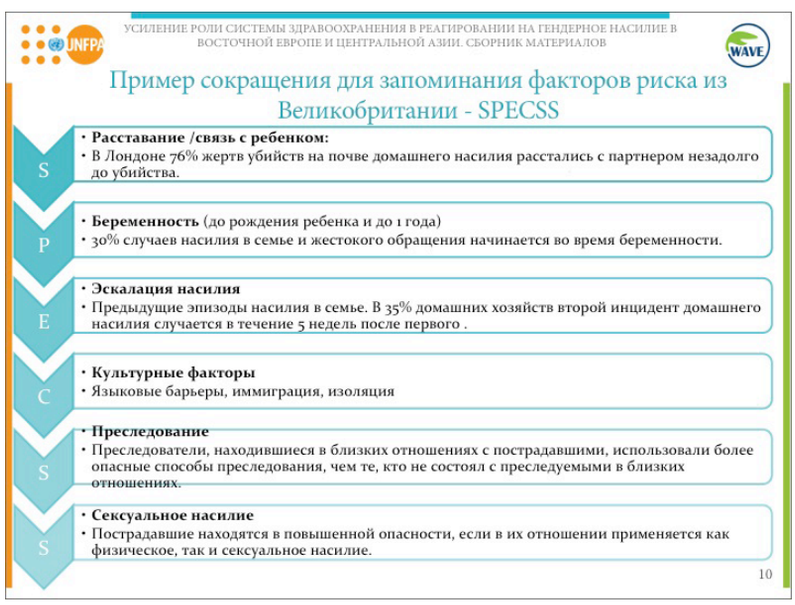
Инструменты для проведения оценки

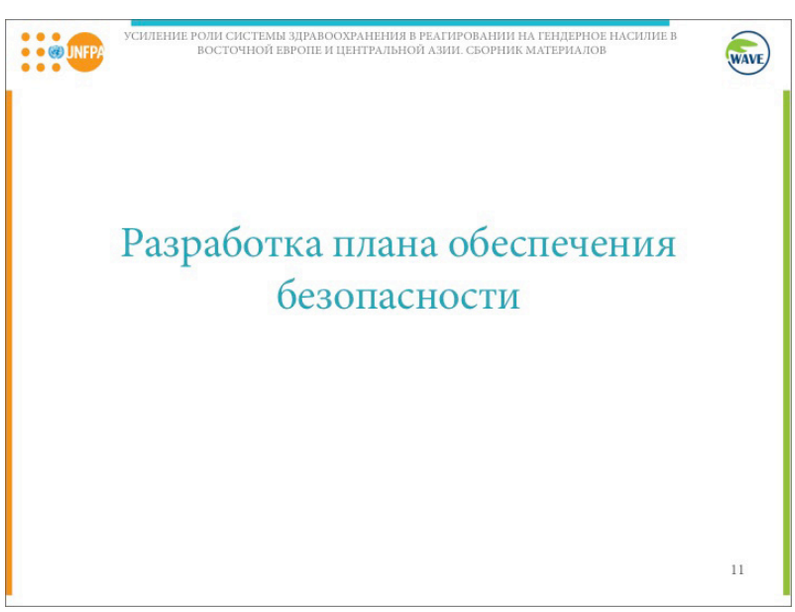
- Позволяет правоохранительным органам принять решение о привлечении агрессора к ответственности
- Дает возможность медицинским работникам и другим службам оказывать поддержку пострадавшей в целях обеспечения ее безопасности и информирования об имеющихся угрозах
- Разработано множество инструментов оценки
- Например, "Оценка степени опасности" Ж. Кэмпбелл (2004)
  - 1) календарь, в котором женщина должна отметить частоту и тяжесть (по шкале от 1-5) инцидентов с применением насилия, произошедших за прошедший год
  - 2) список из 20 вопросов, на которые нужно ответить утвердительно или отрицательно

P30

8


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Оценка рисков
Пройти обучение применению инструментов оценки.
Попросить женщину самостоятельно оценить ситуацию.
Случаи низкого риска не повод, чтобы отказаться предоставить женщине услуги.
Адаптировать инструменты оценки риска к реалиям стран Восточной Европы и Центральной Азии или других регионов.
P31
9


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Пример сокращения для запоминания факторов риска из Великобритании - SPECSS
S
• Расставание /связь с ребенком:
• В Лондоне 76% жертв убийств на почве домашнего насилия расстались с партнером незадолго до убийства.
P
• Беременность (до рождения ребенка и до 1 года)
• 30% случаев насилия в семье и жестокого обращения начинается во время беременности.
E
• Эскалация насилия
• Предыдущие эпизоды насилия в семье. В 35% домашних хозяйств второй инцидент домашнего насилия случается в течение 5 недель после первого .
C
• Культурные факторы
• Языковые барьеры, иммиграция, изоляция
S
• Преследование
• Преследователи, находившиеся в близких отношениях с пострадавшими, использовали более опасные способы преследования, чем те, кто не состоял с преследуемыми в близких отношениях.
S
• Сексуальное насилие
• Пострадавшие находятся в повышенной опасности, если в их отношении применяется как физическое, так и сексуальное насилие.
10


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Разработка плана обеспечения безопасности
11

Помощь в составлении плана обеспечения безопасности (1)

- Наличие плана обеспечения безопасности поможет женщине безопасно уйти от партнера в случае эскалации насилия.
- Поставщик медицинских услуг должен помочь женщине выяснить, есть ли у нее безопасные места, куда она могла бы отправиться, например:
  - к друзьям или родственникам
  - направление в приют для женщин или женские организации
- У женщин с низким доходом, а также проживающих в сельской местности или принадлежащих к этническим меньшинствам, может не быть ресурсов, чтобы уйти от партнера или оплатить проживание в другом месте.

P32

P33

12

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Помощь в составлении плана обеспечения безопасности (2)

- Учреждения здравоохранения должны наладить сотрудничество с такими организациями, а также организовать перенаправление к ним пациенток.
- При отсутствии приютов учреждения здравоохранения должны выработать какие-либо практические решения, например, предоставление женщинам возможности краткосрочного пребывания в медицинском учреждении.

P34



13

3.8.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 29: Факторы риска, указывающие на высокую степень опасности в случаях насилия со стороны интимного партнера:

» **Предшествующие акты насилия в отношении женщины, детей или других членов семьи, а также бывших партнеров**: Обратите внимание на историю проявления насилия, виды и формы насильственных действий, а также более ранние обвинения или полицейские отчеты. Особенно опасны нарушители, совершавшие частые, тяжкие акты насилия (например, с применением оружия или удушением жертвы).
» **Предшествующие акты насилия вне семьи**, например, в отношении сотрудников служб или властных структур, указывают на общую тенденцию использовать насилие также и в пределах дома.
» Период **разрыва отношений и развода** является временем повышенного риска.
» **Акты насилия со стороны других членов семьи** агрессора могут быть использованы для контроля над пострадавшей, и сделать невозможным ее побег.
» **Хранение и (или) применение оружия:** Законное или незаконное хранение оружия увеличивает риск вооруженного насилия, особенно если агрессор уже применял или угрожал применить оружие во время предыдущих эпизодов насилия.
» **Злоупотребление алкоголем или наркотиками** само по себе не является причиной насилия, но может снизить порог и тем самым способствовать эскалации насилия.
» Необходимо всегда воспринимать угрозы всерьез. Неверно полагать, что лица, которые «всего лишь» угрожают, не опасны - на самом деле, угрозы часто предшествуют жестокому насилию. Особенно серьезно стоит воспринимать угрозы убийства: Зачастую женщины гибнут от рук интимных партнеров, которые до этого неоднократно угрожали им убийством.
» **Экстремальные проявления ревности и собственническое отношение**: Агрессоры, которые убивают или тяжело ранят своих партнерш, часто бывают одержимы желанием полностью контролировать их, иногда они могут воспринимать любого мужчину, оказавшегося рядом с его женщиной, как соперника и постоянно обвинять ее в неверности.
» **Крайне патриархальные представления и отношения**, например, что женщина или девушка должны повиноваться своему мужу или отцу, который является главой семьи, или следовать жестким правилам в отношении чести и сексуальности.
» **Преследование и психологический террор (Нежелательное навязчивое внимание)**: Многие агрессоры не готовы принять разрыв со своей партнершей и могут попытаться предотвратить его всеми доступными средствами, включая насилие. Это может привести к проявлению насилия и угрозам даже спустя много лет после расставания.
» **Опасность для детей**: Дети также подвергаются особому риску во время расставания и развода партнеров. Агрессия обидчика против партнера может также распространяться и на детей, и он может начать мстить, совершив в отношении них насильственные действия или убийства. Таким образом, в плане обеспечения безопасности всегда необходимо учитывать интересы детей.
» **Неподчинение предписаниям запретительного приказа, выписанного судом или полицией**, указывает на высокий уровень опасности, т.к. свидетельствует о нежелании агрессора изменить свое поведение.
» **Возможные побудительные причины**, могущие привести к внезапной эскалации насилия, включают в себя изменения в отношениях, например, когда женщина устраивается на работу против воли партнера, обращается за помощью или подает документы на развод.

Источник: по материалам WAVE 2006

Раздаточный материал № 30: Пример инструмента оценки рисков: Инструмент оценки рисков Жаклин Кэмпбелл

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ

Жаклин Кэмпбелл, к.н., дипломированная медсестра, член Американской академии среднего медицинского образования

Copyright 2004 Johns Hopkins University, School of Nursing

Существует несколько факторов риска, связанных с повышением угрозы убийства женщин и мужчин в ситуации насилия. Мы не можем предсказать, что произойдет в Вашем случае, но хотели бы предупредить Вас об опасности убийства в ситуации насилия и помочь Вам определить, сколько факторов риска применимо к Вашей ситуации.

Возьмите календарь и отметьте даты в течение прошлого года (хотя бы приблизительно), когда Вы подвергались насилию со стороны мужа/партнера (бывшего мужа/партнера). Запишите рядом с этой датой, насколько жестоким было насилие в этот день в соответствии со следующей шкалой:

1 Шлепки, толчки; отсутствие телесных повреждений и/или продолжительных болей.

2 Щипки, пихание; ссадины, порезы и/или продолжительные боли.

3 Побои; серьезные ушибы, ожоги, переломы.

4 Угрозы применения оружия; повреждения головы, внутренние повреждения, хроническая травма, выкидыш, удушение.

5 Применение оружия; огнестрельные раны и другие повреждения.

(Если **какие-либо** определения соответствуют более высокому показателю, которого нет в данной шкале, поставьте цифру, которую считаете нужной).

Поставьте галочку в нужной колонке **“Да”** или **“Нет”**

напротив каждого утверждения.

(Слово “Он” обозначает мужа, партнера, бывшего мужа, бывшего партнера, или любого человека, который в настоящее время причиняет Вам боль).

Да	Нет	
		1. Стало ли физическое насилие более жестоким за последний год, участились ли случаи насилия?
		2. Есть ли у него оружие?
		3. Вы ушли от него после совместного проживания в течение прошлого года?
		3а. (Если никогда не жили вместе, поставьте отметку здесь ___)
		4. Он безработный?
		5. Применял ли он когда-либо оружие против Вас или угрожал Вам оружием?
		5а. (Если да, было ли это огнестрельное оружие? _____)
		6. Угрожает ли он Вам убийством?
		7. Избегал ли он ареста за домашнее насилие?
		8. Есть ли у Вас ребенок, отцом которого он не является?
		9. Принуждал ли он Вас когда-либо к половому контакту против Вашей воли?
		10. Бывают ли случаи, когда он пытается душить Вас?
		11. Употребляет ли он наркотики, которые запрещены законом?
		12. Алкоголик ли он? Есть ли у него проблемы со злоупотреблением алкоголя?
		13. Контролирует ли он Вас ? (Например, говорит ли Вам, с кем Вам следует общаться, а с кем – нет; когда Вы можете видеться со своими родственниками; сколько денег можно тратить; когда можно взять машину? (Если пытается это делать, но Вы не позволяете, пометьте здесь: _____)
		14. Свойственна ли ему постоянная патологическая ревность? (Например, говорит ли он: “Если ты не будешь моей, то и никому другому тоже не будешь принадлежать”).
		15. Бил ли он Вас во время беременности?
		16. Угрожал ли он Вам, что покончит с собой? Совершал ли попытки самоубийства?
		17. Угрожает ли он Вам тем, что навредит Вашим детям?
		18. Верите ли Вы, что он может Вас убить?
		19. Преследует ли он Вас, оставляет ли угрожающие записки или сообщения на автоответчике, наносит ли вред Вашему имуществу, или звонит Вам, когда Вы этого не хотите?
		20. Угрожали ли Вы самоубийством? Пытались ли покончить с собой?
		Общее количество ответов “Да”: _____

Спасибо. Пожалуйста, поговорите с Вашей медсестрой (врачом), адвокатом или сотрудником кризисного центра о том, какова степень опасности в Вашей ситуации.

Раздаточный материал № 31: Упражнение для индивидуальной работы: Определение факторов риска – случай пациентки И.

Инструкции:

После очередного эпизода насилия со стороны мужа пациентка И. обращается в больницу для получения медицинской помощи в связи с полученными травмами.

Оцените уровень опасности, которой подвергается пациентка И., используя инструмент "Оценка опасности", разработанный Жаклин Кэмпбелл. По Вашему мнению, насколько опасна ситуация, в которой оказалась пациентка И.? Какие факторы риска Вы можете выделить в данном практическом примере?

Случай пациентки И.:

Пациентка И. замужем полтора года; для обоих супругов это второй брак. И. и ее муж живут в стране А., но изначально приехали из страны Б. У обоих есть дети от предыдущих браков. Вместе с супругами живет лишь пятилетняя дочь И.

До брака супруг И. был обаятелен и вежлив со своей женой. Но вскоре после заключения брака он стал контролировать жену и пытался помешать ей бывать в семье или общаться с друзьями. Он хочет, чтобы она отчитывалась за каждую минуту вне дома, и если жена возвращается с работы позднее обычного, он взрывается и обвиняет ее в том, что она плохая жена и "подстилка" для коллег на работе.И. не может смириться с его поведением и отказывается подчиняться "приказам" мужа. Так как муж все сильнее контролирует ее поведение и его собственнические инстинкты только усиливаются, И. сообщает мужу, что хочет развестись. Начиная с этого момента, он начинает угрожать жене убийством, если она уйдет от него; кроме того, он угрожает убить ее детей. И. имеет гражданство страны А., а ее муж нет. От жены зависит, получит ли он визу.

Несмотря на угрозы, И. подает заявление на развод. Когда муж узнает об этом, то избивает жену и угрожает ее убить, если она не заберет заявление о расторжении брака.

И. заявляет в полицию о факте физического насилия и угрозах. Полиция выдает запретительное постановление, в соответствии с которым муж И. не имеет права возвращаться домой в течение10 дней. Несмотря на выселение мужа, И. решает съехать из дома, где жила вместе с мужем, и берет с собой дочь, поскольку очень боится своего супруга. Она обращается за консультацией и поддержкой в консультационный центр по проблеме домашнего насилия; консультант не советует ей возвращаться домой.

Муж И. продолжает агрессивно себя вести; он преследует ее по дороге на работу и угрожает ей и там. Он говорит, что убьет ее и сбежит в страну, откуда он родом, а в газетах будут писать об этом происшествии. И. звонит в полицию, но он скрывается до появления стражей порядка. Женщина снова заявляет в полицию об угрозах; полиция информирует об этом прокуратуру, но в прокуратуре все-таки решают не арестовывать мужа И. С помощью консультационного центра по проблеме домашнего насилия И. получает постановление суда, запрещающее ее мужу приближаться к ее дому, к месту ее работы, а также общаться с ней. Однако муж И. продолжает преследовать свою жену и угрожать ей.

Источник: по материалам дела Фатьмы Йилдирим *(покойной)* против Австрии, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Мнения от 1 октября 2007 г., Сообщение № 6/2005, CEDAW/C/39/D/6/2005 (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Views of 1 October 2007, Fatima Yildirim (deceased) against Austria, Communication No. 6/2005, CEDAW/C/39/D/6/2005)

Раздаточный материал № 32: Контрольный список для разработки плана обеспечения безопасности вместе с пациенткой

» Подумайте, кому из соседей Вы можете рассказать о насилии и попросить о помощи, если они услышат шум в квартире.
» Кому из родственников или друзей Вы можете доверять, и у кого из них Вы с детьми можете пожить несколько дней в экстренной ситуации?
» Определитесь, куда Вам можно уйти в экстренной ситуации, и составьте план побега (даже если Вы не думаете, что придется уходить).
» Если скандала скорее всего не избежать, постарайтесь, чтобы он происходил в помещении или на территории, откуда Вы сможете легко уйти.
» Держитесь подальше от любых помещений, где есть доступ к оружию. Если в доме есть оружие, постарайтесь избавиться от него.
» Потренируйтесь безопасно покидать дом. Определите, какие двери, окна, лифт или лестницы лучше использовать.
» Держите наготове сумку с запасными ключами, деньгами, важными документами и необходимой одеждой. Оставьте ее дома у родственников или подруги на случай, если Вам придется срочно убегать из дома.
» Придумайте кодовое слово для детей, семьи, друзей и соседей на случай, когда Вам понадобится экстренная помощь, или если Вам надо будет попросить их позвонить в полицию.
» Доверьтесь своим инстинктам и здравому смыслу. Если ситуация опасная, постарайтесь пойти на уступки обидчику, чтобы его успокоить. Вы имеете право защитить себя и детей.
» Помните, что Вы не заслуживаете насилия и угроз.

Источник: по материалам Heise et al 1999

Раздаточный материал № 33: Индивидуальный план обеспечения безопасности для женщин, переживших насилие со стороны интимных партнеров или других членов семьи

Клиент _____ Медицинский работник _____

Дата _____ Повторная оценка (даты) _____

1 Если мне или моим детям угрожает опасность дома, я могу пойти _____ или _____ или_____ (решите, куда Вы смогли бы уйти, даже если больше не ожидаете актов насилия).

2 В случае насилия или угрозы можно безопасно выйти _____ (укажите двери, окна, лифт, лестницу или аварийный выход).

3 Я могу говорить о насилии со следующими лицами и попросить их вызвать полицию, если они услышат подозрительные крики из моего дома: _____

4 Я могу использовать (знак, слово)_____ в качестве секретного кода с моими детьми или друзьями, чтобы они звали на помощь.

5 Если мой партнер больше со мной не живет, я могу обеспечить собственную безопасность в доме (замки, ключи, сигнализация)_____.

6 Я могу хранить свою сумочку/ сумку со всем необходимым на случай экстренного ухода (место в доме/ квартира друга):
_____ .

7 В случае экстренного ухода из дома мне понадобятся следующие вещи (содержимое сумки):

❒ деньги/наличные
❒ запасные ключи от дома и машины
❒ запасная одежда
❒ предметы личной гигиены
❒ мобильный телефон, важные телефонные номера, телефонная карточка
❒ медицинские рецепты
❒ важные документы/карточки (карточка медицинского страхования, идентификационная карточка)
❒ любимые игрушки детей
❒ о иное _____

8 Медицинский работник мне сказал, что:

❒ Я не отвечаю за насильственное поведение своего партнера, но я могу решить, как повысить свою безопасность и безопасность своих детей.
❒ Я заслуживаю лучшего: мои дети и я имеем право жить в безопасности и без страха.
❒ Насилие есть преступление, и я могу сообщить о нем в полицию.
❒ Существуют ограничения/запретительные приказы, и я знаю, куда обратиться, чтобы мне их предоставили.
❒ Есть места, где можно получить помощь: _____
_____

9 Медицинский работник предложил/мы договорились, что в решении своей проблемы я могу обращаться в следующие организации, оказывающие помощь: _____

10 Вместе с медработником мы дали (письменную) оценку насилию. В моей ситуации эти ответы означают, что _____
_____

11 Я могу хранить этот план безопасности, не подвергая опасности себя и своих детей, в таком-то месте: _____ _____

Источник: адаптировано из источника Perttu 2004, процитировано в источнике Perttu/Kaselitz 2006

Раздаточный материал № 34: Ролевая игра: Составление плана обеспечения безопасности – случай Дилором

Прочтите инструкции. Затем начните ролевую игру в соответствии с полученными ролями.

Инструкции для проведения ролевой игры:

» Цель ролевой игры – потренироваться составлять план обеспечения безопасности в случае ГН и задавать вопросы о насилии, придерживаясь принципов, о которых шла речь на тренинге.
» В ролевой игре принимают участие 3 человека: Дилором (пострадавшая женщина, обратившаяся за помощью), врач, работающий в медицинском центре, и наблюдатель.
» Ситуация: Дилором обратилась за медицинской помощью в медицинский центр в своем родном городе по поводу хронических болей в животе и нарушений сна. Врач заметил несколько синяков у нее на руках и шее. Дилором ответила, что ее постоянно бьет муж, а иногда он бьет и детей. Несколько раз он принудил ее к половому акту. Он также оскорбляет ее и угрожает убить, если она уйдет от него. Дилором хочет уйти от мужа, но не делает это из страха. Вместе с мужем и детьми она живет у родителей мужа. Она не может ожидать помощи от родителей мужа: они постоянно ее оскорбляют и винят ее за агрессивное поведение ее мужа. Дилором спрашивает врача, что она может сделать, чтобы обеспечить свою безопасность
» Максимальная продолжительность беседы между врачом/медсестрой и пациенткой: 15 минут.
» После ролевой игры вернитесь к остальным участникам и расскажите о своих впечатлениях (пациентка, врач/медсестра, наблюдатель), а потом выскажутся другие члены группы.

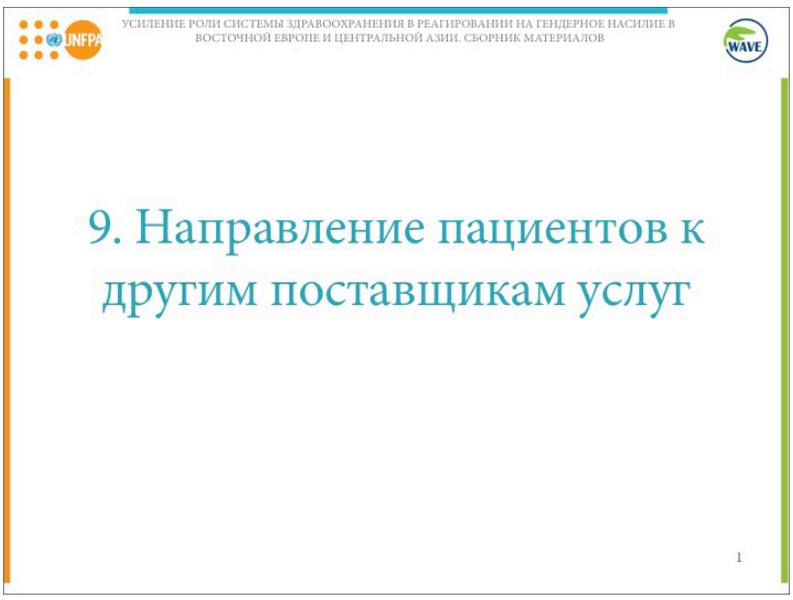
3.9.Модуль 9: Направление пациентов к другим поставщикам услуг

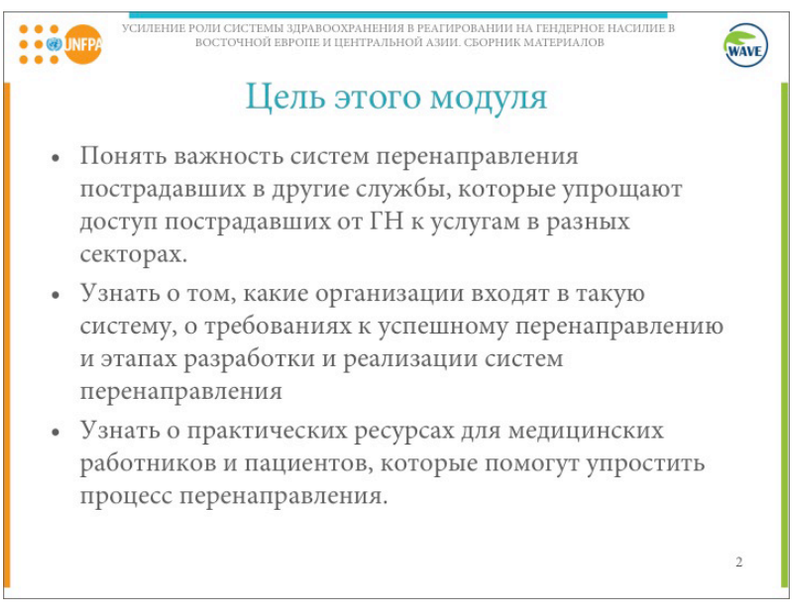
3.9.1. Общая схема модуля

Длительность модуля	1 ч 45 мин
Цель модуля	Дать участникам знания и навыки, чтобы они • поняли важность систем перенаправления пострадавших в другие службы, которые упрощают доступ пострадавших от ГН к услугам, оказываемым в разных секторах; • узнали о вовлеченных сторонах, требованиях к успешному перенаправлению и этапах разработки и реализации систем направления пациентов к другим специалистам; • узнали о практических ресурсах для медицинских работников и пациентов, которые могут упростить процесс перенаправления.
Основные идеи обучения	• Система или механизм перенаправления обеспечивает организационную структуру для межсекторного сотрудничества, объединяющего различные государственные, негосударственные и, в соответствующих случаях, международные организации в целях обеспечения защиты и поддержки пострадавших, предотвращения ГН и преследования виновников насилия (правило трех “П”). • Системы перенаправления пациентов выгодны как для пострадавших от гендерного насилия, так для поставщика медицинских услуг. » Пострадавшие от гендерного насилия женщины имеют многочисленные и сложные потребности. Таким образом, направление в другие службы – медицинские и другие – является необходимым условием, чтобы обеспечить пострадавшим от ГН доступ к комплексной помощи, поддержке и защите. Поскольку медицинские работники часто являются первичным звеном, с которым сталкиваются пострадавшие от насилия, работники здравоохранения являются важным элементом системы перенаправлений. » Медицинские работники освобождаются от нагрузки, поскольку в дело вступают партнерские организации; они увереннее расспрашивают пациенток о ГН, зная, что необходимые услуги существуют; они в состоянии должным образом отреагировать в случае выявления пострадавших от насилия. • Для обеспечения устойчивости и эффективности работа механизмов перенаправления должна опираться на законодательство или стандартные протоколы, определяющие роли и ответственность всех вовлеченных организаций. • Для эффективной работы системы перенаправления медицинские работники должны соответствовать следующим требованиям: умеют распознавать и помогают раскрывать информацию о ГН; умеют оценивать конкретную ситуации; осведомлены о существующей системе перенаправления и имеющихся услугах и помогают пострадавшей выбрать оптимальные варианты для удовлетворения ее потребностей; знают национальное законодательство в сфере ГН; получают согласие потерпевшей до передачи информации другим организациям. • Основные участники систем перенаправления помимо сектора здравоохранения – это обычно специализированные службы для женщин (например, приюты и телефонные “горячие линии”), общие службы поддержки (например, предоставляющие жилье, финансовую поддержку, и другие социальные службы; агентства по трудоустройству, организации общественного образования и охраны детства), полиция и судебные органы. • В отсутствие формально закрепленной системы перенаправления медики могут назначать пострадавшим повторный прием, чтобы контролировать состояние пациентки, рассмотреть возможность основных служб в рамках медицинского учреждения, а также направлять пациенток к другим известным им поставщикам услуг, лучше всего с использованием каталога организаций для перенаправлений.
Что тренер должен прочесть перед тренингом	Сборник материалов ЮНФПА-WAVE, Часть I, глава 4
	Дополнительная литература: Стамбульская конвенция и Отчет с пояснениями, UNFPA 2010, IPPF 2010

Методика	• Презентация (проводит тренер) (слайды 1-4) • Мозговой штурм: Определение перенаправлений • Презентация (проводит тренер) (слайды 5-9, раздаточный материал № 35) • Презентация (проводит тренер) (слайды 10-15, раздаточный материал № 36) • Презентация (проводит тренер) (слайды 16-17, Приложения №№ 6-7) • Презентация (проводит тренер) (слайды 18-27)
Примечания для тренеров	• **Мозговой штурм: Определение систем перенаправления – длительность: 10 минут** • Попросите участников методом мозгового штурма дать определение системы перенаправления. Запишите ответы на флипчарте. После мозгового штурма обсудите результаты и только после этого предложите определения ГН (слайды 5-6) • Возможно, тренеру стоит подготовить раздаточный материал с перечислением основных поставщиков услуг для женщин, пострадавших от ГН, в стране, регионе или городе, где проводится тренинг (по ситуации). В частности, необходимо указать приюты для женщин, телефоны доверия для женщин и центры для женщин. • Прежде чем показать участникам слайд 27, тренер может попросить присутствующих озвучить свои предложения о том, что могут сделать врачи в отсутствие формального механизма перенаправления.
Материалы для тренинга	**Презентация:** Презентация в формате PowerPoint – Модуль 9 **Раздаточные материалы:** Раздаточный материал № 35: Создание механизма перенаправления пострадавших, направленного на предотвращение насилия в семье и реагирование на него на местном уровне, Кыргызстан Раздаточный материал № 36: Роль специализированных служб по поддержке женщин в многосекторном реагировании на ГН Приложение 6: Образец для поиска и нанесения на карту потенциальных партнеров по системе перенаправления Приложение 7: Образец для составления каталога организаций в системе перенаправления

3.9.2.Презентация в формате PowerPoint





Содержание модуля

- Определение системы перенаправления
- Основные участники системы перенаправления
- Разработка и реализация эффективной системы перенаправления – этапы работы и рекомендации
- Что могут сделать медицинские работники при отсутствии формального механизма направления пострадавших в соответствующие службы

4

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Определение системы перенаправления

4

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Что такое перенаправление?

Система, в рамках которой

• женщина может обратиться к отдельному специалисту или организации со своей проблемой;

• специалисты и организации общаются между собой и работают сообща, чтобы обеспечить комплексную поддержку пострадавших.

5

Система перенаправления – это

комплексная институциональная структура, которая объединяет различные организации **с четко определенными и разграниченными сферами ответственности, обязанностями и полномочиями** в **единую сеть сотрудничества**, целью которой является обеспечение **"3 П":**

(UNFPA 2010)



6

Важность систем перенаправления

- Пострадавшие от гендерного насилия женщины имеют многочисленные и сложные потребности, для удовлетворения которых требуется целый комплекс услуг.
- Одна организация не в состоянии предоставить все эти услуги.

→Необходимо скоординированное межсекторное реагирование;

→Система перенаправления = институциональная структура.

7

Преимущества систем перенаправления

Для пациента:

•Доступ к комплексной и специализированной помощи и поддержке в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов

Для медицинского работника:

•Пострадавшие сначала обращаются к медикам → важная отправная точка

•Поддержка и профессиональные знания со стороны партнерских организаций → снижение рабочей нагрузки

•Наличие других необходимых услуг → позволяет с большей уверенностью задавать пациенткам вопросы о ГН

•Возможность принять соответствующие меры в случае выявления пострадавших

8

Различные уровни механизмов перенаправления



❖ Пример создания местного механизма перенаправления в Кыргызстане

P35

9

Что нужно, чтобы успешно работала система перенаправления?

Медицинские работники

- Могут распознать случаи ГН и содействовать раскрытию информации
- Могут оценить положение конкретных пациентов и их потребности
- Знают о существующих системах перенаправления и услугах
- Знают национальное законодательство в части ГН
- Перед разглашением информации получают согласие пациентов

Медицинские учреждения (администрация)

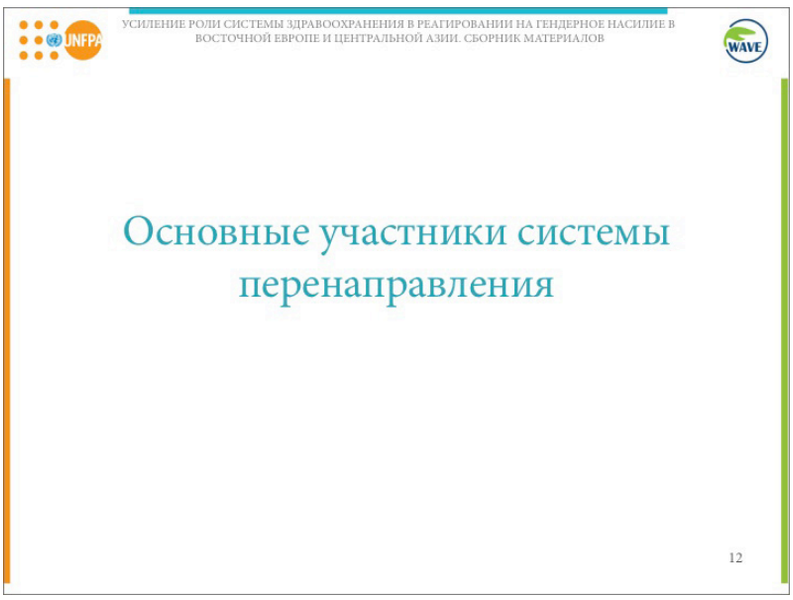
- Обеспечивают постоянное наращивание потенциала сотрудников – пример: проект «IRIS» (Великобритания)
- Тренинги для представителей различных секторов в качестве первого шага → налаживание партнерских отношений
- Создание согласованного механизма для контроля услуг и повышения качества обслуживания

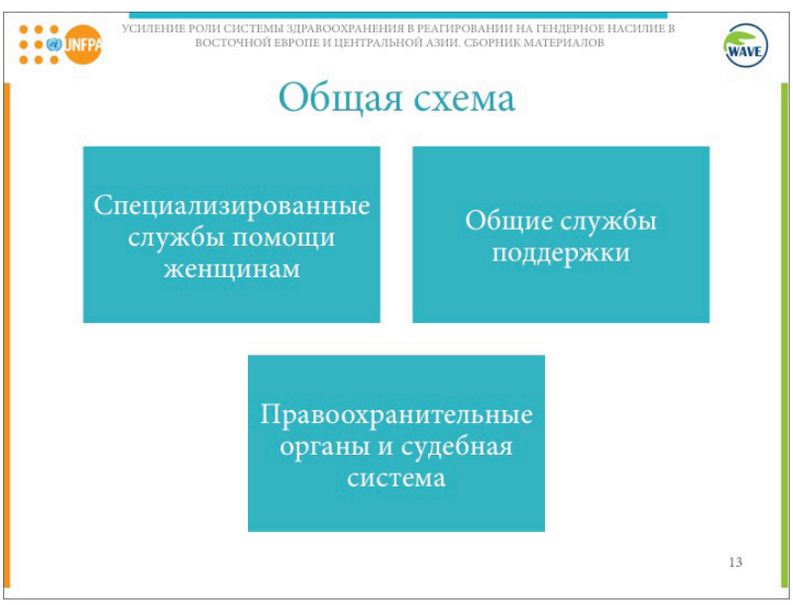
10

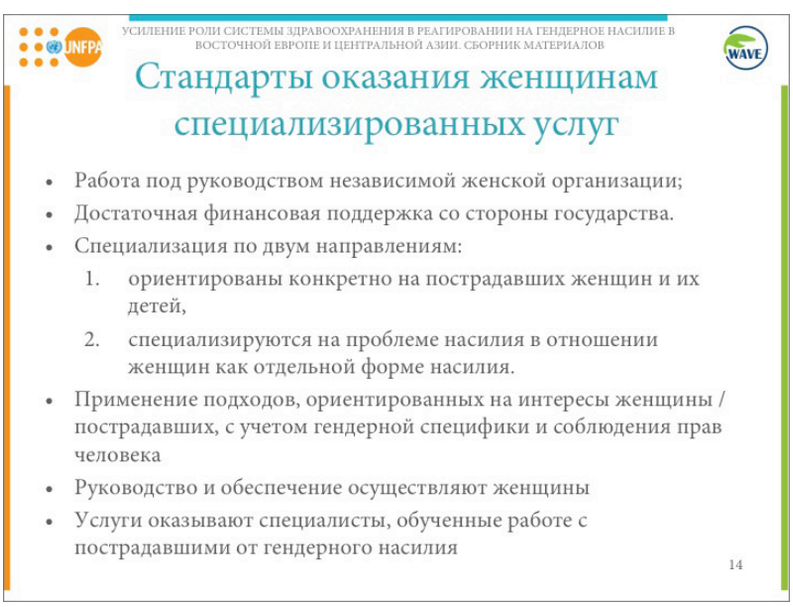
Наращивание потенциала повышает эффективность перенаправления – пример: Проект IRIS (Великобритания)

- Название IRIS расшифровывается как: Выявление и перенаправление для повышения безопасности
- Реализуется в 24 клиниках общей практики в Лондоне и Бристоле:
  - обучение медицинских работников и административного персонала,
  - создание простого пути перенаправления к специалисту по проблеме домашнего насилия,
  - техническая поддержка группам специалистов-практиков.
- Оценка: по сравнению с 24 контрольными организациями
- Результаты: проведенные меры вмешательства показали, что
  - в 3 раза чаще выявляются случаи насилия,
  - в 21 раз чаще регистрируется перенаправление (по сравнению с контрольными учреждениями).

11


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Основные участники системы перенаправления
12


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Общая схема
Специализированные службы помощи женщинам
Общие службы поддержки
Правоохранительные органы и судебная система
13


УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
Стандарты оказания женщинам специализированных услуг
Работа под руководством независимой женской организации;
Достаточная финансовая поддержка со стороны государства.
Специализация по двум направлениям:
1. ориентированы конкретно на пострадавших женщин и их детей,
2. специализируются на проблеме насилия в отношении женщин как отдельной форме насилия.
Применение подходов, ориентированных на интересы женщины / пострадавших, с учетом гендерной специфики и соблюдения прав человека
Руководство и обеспечение осуществляют женщины
Услуги оказывают специалисты, обученные работе с пострадавшими от гендерного насилия
14

Типы поставщиков специализированных услуг для женщин

- Телефоны доверия для женщин
- Приюты для женщин
- Центры для женщин
- Специализированные службы помощи пострадавшим от сексуального насилия

P36

15

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Общие услуги в помощь пострадавшим

- Финансирование и обеспечение осуществляет государство
- Созданы не только для пострадавших от насилия, а для общества в целом
- Примеры: здравоохранение, жилье, финансовая поддержка, охрана детства
- Дополняют, но не заменяют специализированные услуги для женщин

16

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Полиция и судебные органы

- Полиция (милиция), система уголовного правосудия
  - Расследование случаев ГН и преследование виновных, определение степени уголовной ответственности подсудимого
  - Запретительные ордеры, выдаваемые полицией (в некоторых странах)
- Гражданские суды
  - Развод
  - Опека на детьми
  - Защитные предписания (в некоторых странах)

17

Разработка и реализация эффективной системы перенаправления – этапы работы и рекомендации

18

Этап 1: Проведение ситуационного анализа и нанесение на карту служб

- Получить целостное представление о масштабах ГН, правовой базе в сфере ГН и существующих услугах, в том числе, недоработках/пробелах
- Выявить точки доступа и потенциальных партнеров по системе перенаправления
- Оценить ситуацию на национальном, региональном и местном уровнях
- Использовать несколько методик:
  - официальные данные и статистика, подготовленная НПО
  - кабинетный анализ, опросы, в ходе которых респонденты дают развернутый ответ, обсуждение в фокус-группах

19

Этап 2: Создание каталога организаций для направления пострадавших

- Организовать собранную информацию о поставщиках услуг в каталог перенаправления
  - Контактная информация
  - Типы предоставляемых услуг, охват населения обслуживанием
  - Критерии допуска / приема клиентов
- Полезный справочный документ для медицинских работников, которые направляют клиентов к поставщикам других услуг (также при отсутствии официально оформленной системы перенаправления)
- Руководству учреждений следует
  - предоставить экземпляр каталога каждому работнику (или хотя бы один экземпляр должен храниться в удобном, доступном месте)
  - интересоваться мнением сотрудников о каталоге и постоянно его обновлять

20

Этап 3: Официальное оформление партнерских отношений (1)

- **Как:** Меморандум о взаимопонимании, межведомственный протокол
- **Зачем:** Обеспечить организационную основу для эффективного сотрудничества → и устойчивости
- **Что:** Официально закрепить партнерские отношения
  - Определить роли и ответственность вовлеченных сторон
  - Общие принципы оказания услуг
  - Разработать пути направления (к кому, когда, где, как)

21

Этап 3: Официальное оформление партнерских отношений (2)

- **Необходимые условия:**
  - Рабочие отношения, основанные на доверии
  - Общее понимание всеми партнерами сути гендерного насилия и общее видение способа реагирования на него
  - Желание делиться информацией о ведении пациентов и прислушиваться к мнению коллег о своей работе

22

Компоненты эффективной системы перенаправлений (3)



23

Этап 4: Предоставление персоналу информационных материалов

- Информирование пациентки о возможных услугах - необходимое условие, которое поможет женщине выбрать подходящее решение ее проблемы.
- Печатная информация для пациенток не должна привлекать внимание посторонних.
- Примеры:
  - Плакаты с отрывными листками, проспекты или буклеты (в смотровых, женских туалетах)

24

УСИЛЕНИЕ РОЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕАГИРОВАНИИ НА ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ. СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Этап 4: Предоставление сотрудникам медицинских учреждений информационных материалов

- Примеры (продолжение)
  - Карточки с телефонными номерами небольшого размера
  - Телефоны в виде штрих-кода (наклейки, бальзамы для губ)
  - Брелоки с потайными отделениями для хранения информации





  - Брелоки с личной сигнализацией




Источник: "Вместе против домашнего насилия", Великобритания

25

Что могут сделать медицинские работники при отсутствии формального механизма перенаправления?

26

Несколько идей

- Назначить повторный прием, чтобы проверить, все ли в порядке у пациентки
- Рассмотреть возможность создания базовых услуг в самом учреждении, например, групп помощи в кризисных ситуациях, групп поддержки или предоставление ночлега в больнице для пострадавших (например, комнаты помощи пострадавшим от насилия, Таджикистан)
- Составить каталог служб и направлять пациенто известным поставщикам услуг

p37

27

3.9.3. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 35: Создание механизма перенаправления пострадавших, направленного на предотвращение насилия в семье и реагирование на него на местном уровне, Кыргызстан

С 2010 года ЮНФПА, в сотрудничестве с неправительственными организациями и правительством Кыргызстана, создало систему межведомственного сотрудничества в целях предотвращения насилия на гендерной почве и реагирования на него на муниципальном уровне. Изначально были предприняты следующие шаги:

- При мэрии г. Бишкека был создан координационный совет; он утвердил план работы на местном уровне по предотвращению насилия в семье и реагированию на него.
- Были разработаны и испытаны в выбранных районах / микрорайонах г. Бишкека пилотные модели межведомственного сотрудничества. Пилотные проекты координировались администрацией соответствующего района / микрорайона.
- Были приняты планы действий для конкретных служб, а также ведомственные инструкции для органов государственного управления в сфере здравоохранения и городской администрации (в том числе милиции, здравоохранения, образования, органов местного управления, включая сферу социальных услуг), с инструкциями по работе с пострадавшими от насилия в семье.
- Все задействованные специалисты прошли обучение, посвященное пониманию природы гендерного насилия, изучению соответствующих местных и международных законов, а также методов эффективного реагирования на гендерное насилие. Обучение медицинских работников проходило как на уровне врачей, так и на уровне медсестер (старшего и среднего медперсонала).
- Были утверждены стандартные формы отчетности и отслеживания насилия в семье для использования учреждениями здравоохранения и городской администрацией.
- при поддержке заместителя мэра и ЮНФПА были организованы ежеквартальные координационные совещания с участием всех задействованных ведомств. В ходе данных совещаний фиксировались выявленные случаи бытового насилия в отношении женщин и детей, после чего поставщики услуг обсуждали и согласовывали дальнейшие меры поддержки пострадавших.
- Был проведен ряд мероприятий по повышению осведомленности общественности. Например, в медицинских учреждениях были организованы информационные стенды для информирования пациентов и медицинских работников о предлагаемых пострадавшим услугах, а также на стендах размещалась контактная информация организаций, оказывающих соответствующую помощь. Департаментами образования был организован ряд мероприятий в школах среди учащихся и детей; пострадавшие от насилия в семье получили психологическую помощь.
- Органы местного самоуправления провели работу по выявлению и предотвращению насилия в семье в рамках своей территории.

В 2012 году разработанная для уровня столицы модель структуры сотрудничества была перенесена на местный уровень путем запуска пилотных проектов в городах Ош и Джалал-Абад:

- Участвующие организации официально оформили свое сотрудничество подписанием Меморандума о взаимопонимании (МОВ), который также включал в себя стандартные процедуры по противодействию гендерному насилию на национальном уровне. Меморандум о взаимопонимании был инициирован подгруппой МПК ООН по вопросам гендерного насилия в ходе этнического конфликта, произошедшего в июне 2010 года, в целях создания национальной сети реагирования и предотвращения гендерного насилия в период после завершения конфликта. Меморандум о взаимопонимании был подписан Министерствами труда, занятости и миграции; социальной защиты; внутренних дел; правосудия и здравоохранения, а также ЮНИСЕФ, ЮНФПА и организацией «ООН-женщины».

» В обоих городах мэриями были организованы Межведомственные координационные советы; они утвердили планы работы по предотвращению насилия в семье на местном уровне. В состав советов вошли заместители мэра, представители кризисных центров для женщин, женских НПО, НПО, предоставляющих юридическую поддержку, отделов здравоохранения, органов местного самоуправления, а также муниципальных правоохранительных органов.
» Сотрудники городской администрации и соответствующих служб прошли обучение применению на практике норм Меморандума о взаимопонимании, а также стандартных процедур по противодействию гендерному насилию в соответствии с Законом о социальной и правовой защите от насилия в семье, принятого в 2003 году.

Данные меры привели к следующим результатам по выявлению пострадавших от насилия на гендерной почве и их последующему перенаправлению в другие учреждения:

☐ В 2012 году Центром по оказанию экстренной медицинской помощи (г. Ош) было зафиксировано 500 случаев насилия в семье, из них 329 случаев насилия в отношении женщин и 171 случаев насилия в отношении мужчин.
☐ В травматологическом отделении городской больницы (г. Ош) в 2012 году было зарегистрировано 117 жалоб на случаи физического насилия в семье, пострадавшим была оказана медицинская помощь .
☐ С августа 2012 по март 2013 года три женщины, подвергшиеся насилию в семье, обратились за помощью в отделение неотложной помощи Центра семейной медицины № 1 (г. Ош). В двух случаях женщин направили в Департамент милиции г. Ош.

Несмотря на определенные достижения, предстоит еще немало сделать, чтобы пострадавшие от гендерного насилия получили доступ к всесторонней помощи. Необходимо продолжать работу по повышению квалификации персонала местных учреждений здравоохранения, а также служб, отвечающих за предоставление психосоциальных, юридических услуг и услуг по обеспечению защиты с целью создания устойчивых и хорошо функционирующих каналов перенаправления. Для выявления пострадавших от гендерного насилия в сфере здравоохранения необходимо сделать акцент на восприятии врачами вопроса гендерного насилия как вопроса общественного здравоохранения, а не частного вопроса семьи / личного дела пострадавших. Кроме того, крайне необходимо усовершенствовать инфраструктуру медицинских учреждений. В настоящее время многие медицинские учреждения не имеют отдельных помещений для проведения психологических консультаций с пациентами, которые пережили гендерное насилие. Из-за этого врачи не могут задавать конфиденциальные вопросы, а пострадавшие умалчивают факты такого насилия из-за стыда и страха. Кроме того, необходимо официально закрепить на уровне министерств инструкции по реагированию на гендерное насилие, а для этого необходимо наращивание потенциала сотрудников этих министерств в области гендерного равенства и предотвращения гендерного насилия.

Приобретенный опыт:

» Политическая воля центральных органов власти, обеспечивающих подотчетность органов местного самоуправления, является важной предпосылкой для обеспечения практического применения законов, политики и планов действий, а также для обеспечения необходимыми финансовыми и людскими ресурсами на местном уровне.
» Политическая и финансовая поддержка со стороны городской администрации не только помогает получить средства, необходимые для реализации планов действий, но и служит для создания чувства сопричастности среди лиц, ответственных за их реализацию.
» Координирующие органы должны собираться регулярно, т.к. это дает возможность осуществлять постоянный контроль реализации планов действий и их мониторинг, а также для своевременного решения текущих вопросов. Желательно, чтобы в состав координирующих органов входили различные правительственные, неправительственные и международные организации.

Дополнительное преимущество создания межведомственного механизма сотрудничества и знакомства с коллегами из других организаций-партнеров хорошо иллюстрирует высказывание инспектора милиции районного отдела г. Ош: «*После того как мы начали работать вместе, я понял, что все мы делаем общее дело. Не только мы, но и другие организации также работали над решением проблемы бытового насилия. Теперь, когда мы узнали друг о друге, стало проще. Ведь без этих знаний нельзя было бы просто перенаправить обратившихся в другое ведомство*».

Источник UNFPA 2013, информация предоставлена отделением ЮНФПА в Кыргызстане, июнь 2014 г.

Раздаточный материал № 36: Роль специализированных служб по поддержке женщин в многосекторном реагировании на ГН

Участие женских организаций в межведомственном процессе реагирования на гендерное насилие особенно важно. Эти организации часто обладают многолетним опытом реагирования на гендерное насилие. Кроме того, благодаря возможности напрямую оказывать ряд специализированных услуг, данные организации могут не только предоставлять целый спектр услуг, но и оказывать поддержку пострадавшим в течение всего процесса. Они дополняют, хоть и не заменяют, общие программы поддержки, предлагаемые государственными органами, например, обеспечение жильем, финансовая поддержка и другие социальные услуги, услуги по обеспечению занятости, народного образования или защиты детства.

Специализированные женские службы поддержки для переживших гендерного насилие могут предоставить различные виды помощи, в том числе, приюты для женщин, женские телефоны доверия, центры для женщин, различные виды помощи без предоставления убежища, а также специальную помощь жертвам сексуального насилия. Эти организации могут оказывать помощь всем пострадавшим от гендерного насилия, либо сосредоточиваться на помощи пострадавшим от конкретных формы насилия (например, насилие со стороны интимного партнера, торговля людьми или сексуальное насилие), либо принадлежащих к определенным группам (например, женщин-мигрантов, девочек-подростков или работниц секс-индустрии).

Телефоны доверия для женщин часто могут стать первичным звеном для пострадавших от насилия, которым нужна информация об имеющихся услугах и правовая консультация. Таким образом, горячие линии, которые представляют собой широко рекламируемые номера телефонов, позвонив по которым можно получить поддержку, помощь в кризисных ситуациях и перенаправление для личного посещения таких служб, как приюты или полиция, являются важнейшим элементом межведомственного реагирования на ГН. Женские телефоны доверия должны работать 24 часа в сутки, 7 дней неделю, быть бесплатными и анонимными, и работать с жертвами всех видов насилия на гендерной почве. Все женщины в стране должны иметь доступ к горячей линии, т.е. должен существовать как минимум один национальный телефон доверия, по которому бы оказывалась поддержка на всех основных языках, используемых в стране, по крайней мере, в течение значительного количества часов в неделю (WAVE 2013, CoE 2008, Ст. 24 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями).

Приюты для женщин обеспечивают место для безопасного пребывания женщины, пострадавшей от ГН, и ее детей в экстренных случаях. Кроме того, они обеспечивают всестороннюю поддержку и способствуют расширению прав и возможностей, помогая пострадавшим от насилия преодолеть печальный опыт, восстановить свою самооценку и заложить основы для дальнейшей самостоятельной жизни. Приюты должны быть доступны 24 часа в сутки, 7 дней неделю. В них должны применяться специальные меры предосторожности, включая оценку вероятности рисков и планирование обеспечение безопасности для каждого конкретного случая. Их расположение должно храниться в секрете, здание должно быть оборудовано системами охраны, чтобы обеспечить безопасность не только клиентов и сотрудников, но и соседей от нападений со стороны агрессоров. Необходимо обеспечить достаточное количество приютов на территории страны (Статья 23 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями, WAVE 2013). Ориентировочно на 10 000 жителей должно приходиться одно семейное место в приюте (CoE 2008). Важной частью работы приюта для женщин является последующая поддержка, чтобы помочь женщинам и девочкам заново вписаться в общество после выхода из приюта. Для этого необходимо учитывать существующие риски, навыки клиентки (получение доходов и средств к существованию), а также другие факторы. Процесс реинтеграции должен проходить под постоянным контролем, женщина и ее дети должны быть в безопасности, а в дальнейшем процесс должен контролироваться социальным работником.

Женские центры (в некоторых странах, также упоминаются как «женских кризисные центры» или «женских консультационные центры») предоставляют широкий спектр услуг, несвязанных с предоставлением жилья (психологическое консультирование, получение правовой или иной информации и консультаций, практическая поддержка, сопровождение в суде и т.д.), для женщин, переживших насилие на гендерной почве и их детей. Особенно важную роль играют в тех странах или регионах, где не существует женских приютов. Кроме того, они предоставляют информацию и оказывают содействие женщинам, которым не требуется размещение в приюте, но которые нуждаются в получении поддержки и консультаций со стороны иных специалистов (WAVE 2013).

Специализированные центры поддержки жертв сексуального насилия необходимы по причине травматического характера сексуального насилия, требующего крайне осторожного подхода со стороны специально обученных специалистов. Данные услуги включают оказание неотложной медицинской помощи и помощи при травмах, среднесрочную и долгосрочную психологическую помощь, а также возможность проведения судебно-медицинской экспертизы для сбора доказательств, необходимых для представления в суде. Правильным решением будет проведение судебно-медицинской экспертизы независимо от того, собирается ли жертва сообщать в полицию. В любом случае необходимо взять и сохранить пробы, чтобы пострадавшая позже смогла принять решение о том, следует ли сообщать об изнасиловании в полицию.

Службы по оказанию услуг пострадавшим, как правило, включают (Статья 25 Стамбульской конвенции и Отчета с пояснениями):

- Центры по оказанию помощи жертвам насилия на сексуальной почве, специализирующиеся на оказании неотложной медицинской помощи, оказании судебно-медицинских услуг и помощи в кризисных ситуациях. Эти центры могут находиться в здании больницы, чтобы можно было оказать помощь после недавнего сексуального насилия, а затем направить женщину в специализированные организации для дальнейшей поддержки или оказания специализированной медицинской помощи.
- Кризисные центры для жертв изнасилований, предлагающие долгосрочную помощь. Услуги могут включать личные консультации, посещения группы поддержки и работы с другими службами. Данные центры также осуществляют поддержку в ходе судебного разбирательства.

Считается, что количество таких учреждений должно составлять не менее одного специализированного центра поддержки на каждые 200 000 жителей (CoE 2008, процитировано в Стамбульской конвенции и Отчете с пояснениями).

Специализированные вспомогательные услуги для жертв сексуального насилия существуют не во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии. Там, где их нет, особое значение имеет обучение медицинских работников, особенно гинекологов и судебно-медицинских экспертов правилам оказания срочной медицинской помощи и помощи при травмах (см. главу 3.2).

3.10Модуль 10: Оценка и завершение тренинга

3.10.1. Общая схема модуля

Длительность модуля	45 минут
Цель модуля	• Оценить полезность тренинга • Завершить тренинг
Методика	• Заполнение оценочных анкет • Мнения всех участников
Примечания для тренеров	• Раздайте участникам анкету (раздаточный материал № 35) и дайте 15 минут на заполнение анкеты. • После заполнения оценочной анкеты для завершения тренинга дайте слово участникам, чтобы они смогли высказаться. Попросите каждого участника рассказать всем присутствующим об одной вещи, которую они сегодня узнали и возьмут с собой. • Раздайте свидетельства об участии в тренинге (на усмотрение организатора).
Материалы для тренинга	**Раздаточные материалы:** Раздаточный материал № 37: Анкета для оценки тренинга

3.10.2. Раздаточные материалы

Раздаточный материал № 37: Анкета для оценки тренинга[21]

1. Как Вы в целом оцениваете тренинг?

❑ очень хорошо ❑ хорошо ❑ не очень хорошо ❑ плохо

2. Какие три основные вещи Вы узнали в ходе тренинга?

А.

Б.

В.

3. Что в ходе тренинга было менее полезно для Вашей работы?

4. Пожалуйста, оцените тренинг по таким направлениям как структура, содержание, методика

	да, очень	скорее да	скорее нет	совсем нет
Тренинг хорошо структурирован.	❑	❑	❑	❑
Для каждого модуля выделено необходимое время.	❑	❑	❑	❑
Времени для обсуждения было достаточно.	❑	❑	❑	❑
Использованная методика подходит мне для обучения.	❑	❑	❑	❑
Раздаточные и другие материалы были полезными.	❑	❑	❑	❑
Тренинг актуален для моей работы.	❑	❑	❑	❑
Тренинг открыл для меня новые перспективы.	❑	❑	❑	❑
Я приобрел(а) новые навыки.	❑	❑	❑	❑
Теперь я с большей уверенностью могу обращаться к теме ГН в повседневной работе с пациентами.	❑	❑	❑	❑
Тренинг позволил мне узнать об опыте коллег / других стран (Примечание: *указать конкретно, учитывая географическое положение места проведения тренинга).*	❑	❑	❑	❑
В ходе тренинга у меня появились идеи о возможном сотрудничестве.	❑	❑	❑	❑
Тренинг позволил мне найти новых партнеров.	❑	❑	❑	❑

21 Анкета видоизменена сетью WAVE на основе анкеты, составленной Сабиной Боне, Оснабрюкский университет, для сети WAVE в 2011 году.

Ваши замечания или предложения по улучшению структуры, содержания, методики тренинга.

5. Как Вы оцениваете работу тренера?

	да, очень	скорее да	скорее нет	совсем нет
(Примечание: если тренеров больше, добавьте строки и вставьте в ячейки имена тренеров)				
Я считаю, что тренер знающий.	❑	❑	❑	❑
Я считаю, что тренер хорошо организовал взаимодействие и обмен мнениями между участниками	❑	❑	❑	❑
Я считаю, что тренер умеет хорошо представлять информацию.	❑	❑	❑	❑
Я бы рекомендовал(а) этого тренера для проведения аналогичных семинаров.	❑	❑	❑	❑

Другие замечания или предложения?

6. Назовите темы, которые Вы бы хотели изучить подробнее.

Какие темы остались неохваченными?

7. Как Вы оцениваете общую организацию/логистику тренинга?

	Отлично	**Хорошо**	**Не очень хорошо**	**Плохо**
До тренинга				
Информация от организаторов и общение с ними до тренинга	❑	❑	❑	❑
Переезд и проживание	❑	❑	❑	❑
Во время тренинга				
Проживание (номер в гостинице)	❑	❑	❑	❑
Учебные средства	❑	❑	❑	❑
Перевод устный	❑	❑	❑	❑
Кофе-паузы, обеды	❑	❑	❑	❑
Место проведения тренинга	❑	❑	❑	❑
Местоположение	❑	❑	❑	❑

Замечания и предложения по улучшению общей организации тренинга
8. Пожалуйста, приведите пример, как знания, полученные в ходе этого тренинга, помогут Вам усовершенствовать свою работу.
9. Другие замечания или предложения, которые помогут нам улучшить тренинг
Большое спасибо за помощь в оценке!

Приложение 1: Основные элементы качественного медицинского обслуживания для женщин, пострадавших от гендерного насилия

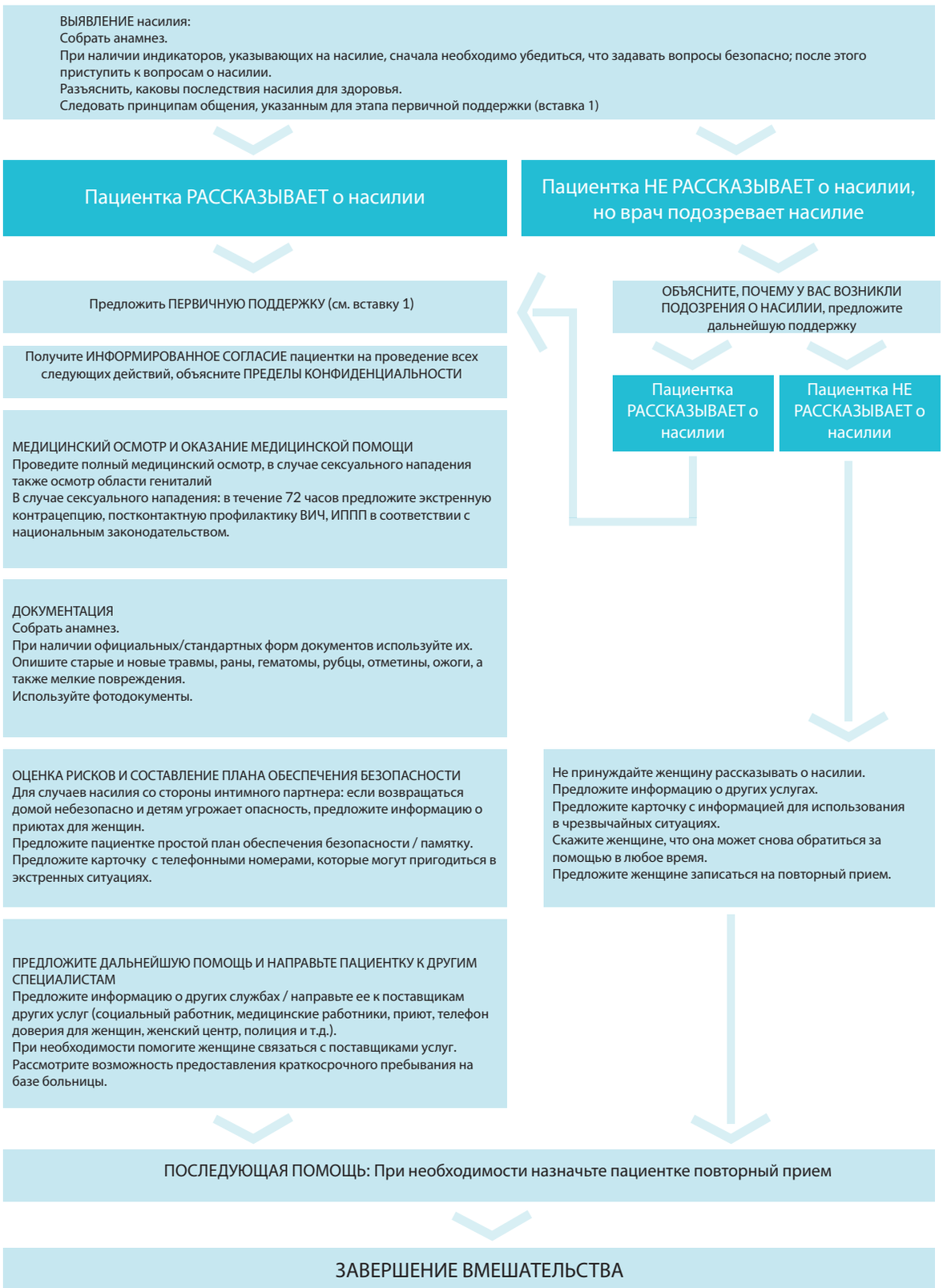
Основные элементы	Почему важен этот элемент?
Ценности организации и ее приверженность поставленной цели	В любой организации ее ценности, миссия и приверженность достижению поставленной цели в целом могут оказать огромное влияние на профессиональную культуру сотрудников, которые непосредственно общаются с потребителями услуг. В публикации Heise et al. и у других авторов утверждается, что наиболее эффективный способ реагирования медицинских служб на насилие в отношении женщин – это приверженность всей организации решению проблемы («системный подход»), а не перекладывание ответственности на плечи отдельных работников. В идеале руководители высшего звена должны осознавать, что гендерное насилие – это проблема здравоохранения и нарушение прав человека, и озвучивать свою поддержку усилиям, направленным на улучшение реагирования медицинской службы на проявления насилия.
Объединения и сети перенаправления	Прежде чем предлагать сотрудникам обсуждение вопросов насилия с пациентками, необходимо определить на местном уровне службы, куда можно будет направить пациенток, и оформить эту информацию в формате, удобном для использования медиками. В настоящем руководстве содержится ряд рекомендаций и инструментов для подготовки каталогов и сетей организаций для перенаправления пациентов (раздел «е» данной главы). Партнерские связи и объединения с другими организациями также важны и с другой точки зрения. Например, они помогают сектору здравоохранения занять более активную позицию в широком политическом обсуждении за счет повышения осведомленности о проблеме насилия в отношении женщин как о проблеме общественного здравоохранения.
Конфиденциальность личной информации	Соблюдение конфиденциальности крайне важно для обеспечения безопасности женщин в любых медицинских учреждениях, учитывая тот факт, что поставщики услуг могут поставить под угрозу безопасность женщин, если станут делиться частной информацией с партнерами, членами семьи или друзьями без согласия на то пациенток. Нарушение конфиденциальности информации об изнасиловании, контрацепции, ВИЧ-статусе, аборте или эпизоде сексуального насилия может означать для женщин риск дополнительного эмоционального, физического или сексуального насилия. Кроме того, женщины, которые уже пережили насилие, нуждаются в конфиденциальности, чтобы рассказать медикам о том, что они пережили, не опасаясь мести агрессора. Для сохранения конфиденциальности и частного характера информации в программах здравоохранения должны быть предусмотрены соответствующая инфраструктура и поток пациентов, а также четкая политика, регламентирующая, когда и где поставщики медицинских услуг могут обсуждать конфиденциальную информацию.

Понимание местного и национального законодательства	Изучение сотрудниками законодательства по проблеме гендерного насилия позволит им подготовиться к общению с пациентками, рассказавшими о насилии. Прошедшие обучение сотрудники смогут рассказать женщинам об их правах и помочь справиться с беспокойством относительно участия в судебных разбирательствах. И управленцы, и поставщики услуг должны быть знакомы с местными и национальными законами в сфере гендерного насилия, в том числе они должны знать, что является преступлением, как хранить вещественные доказательства для проведения судебно-медицинской экспертизы, какими правами обладают женщины при выдвижении обвинений против агрессора и защите от будущего насилия, а также что могут сделать женщины, чтобы расстаться с агрессивным супругом. Медицинские работники также должны понимать свои обязательства в соответствии с законом, в том числе, требования по информированию соответствующих органов о случаях насилия (например, в случаях сексуального насилия над детьми), а также правила, регламентирующие доступ к медицинским картам (например, имеют ли родители право читать медицинские карты своих детей-подростков).
Постоянное повышение осведомленности и обучение поставщиков медицинских услуг	Отношение поставщиков услуг к проблеме гендерного насилия, их знания и навыки в этом вопросе могут серьезно повлиять на качество обслуживания. Когда пациенты рассказывают о пережитом физическом или сексуальном насилии, поставщики услуг, неправильно реагирующие на такую информацию, могут нанести пациентам серьезный эмоциональный вред, например, если будут осуждать или обвинять их. Более того, поставщики услуг, которые не принимают во внимание возможность насилия, могут неэффективно консультировать женщин по вопросам контрацепции, ИППП, профилактики ВИЧ или проблем со здоровьем. Непонимание взаимосвязи между состоянием здоровья и насилием может стать причиной неправильной диагностики определенных состояний и неспособности учесть опасность, которой подвергаются некоторые женщины. В каждой организации необходимо решить, какой объем мероприятий по повышению осведомленности и подготовке специалистов эта организация может себе позволить. Как минимум сотрудники должны быть информированы о последствиях насилия для здоровья, о системе прав человека для понимания насилия и демонстрировать базовое понимание местного законодательства. Они должны уметь реагировать на обращения пострадавших с сочувствием и быть готовы предоставить помощь женщинам в кризисных ситуациях.
Протоколы ведения пациентов в случаях насилия	Протоколы по выявлению случаев гендерного насилия, оказанию помощи и перенаправлению пациентов могут стать важными инструментами для медицинских служб. Разработка протоколов с активным участием исполнителей позволит руководству вовлечь сотрудников учреждения в диалог о том, как лучше всего активизировать реагирование на ГН со стороны системы здравоохранения в условиях недостатка ресурсов. Наличие готовых печатных протоколов для медицинских работников поможет сотрудникам отреагировать соответствующим образом. Кроме того, судя по данным из практики, четкая политика и протоколы могут снизить риск нанесения вреда пациенткам из-за негативного отношения персонала.
Экстренная контрацепция и другие материалы	Экстренная контрацепция – это важнейшая услуга для женщин, ставших жертвами изнасилования и других форм незащищенного секса без согласия женщины. Согласно исследованиям, женщины, живущие с агрессивным партнером, совершающим физическое насилие, часто подвергаются сексуальному насилию, сталкиваются со сложностями при обсуждении использования контрацептивов, и для них характерна повышенная частота нежелательных беременностей по сравнению с женщинами, не подвергающимися насилию. В программах здравоохранения необходимо предусмотреть обязательное наличие в клиниках запаса препаратов для экстренной контрацепции, а также сотрудники этих клиник должны знать, как предоставить женщинам такую контрацепцию.
Информационные и образовательные материалы	Демонстрация и распространение в клиниках информации о гендерном насилии (например, в виде постеров, буклетов и карточек) поможет обозначить приверженность организации борьбе с насилием. Эти материалы могут повысить осведомленность населения о проблеме, рассказать пациентам о неприемлемости гендерного насилия и проинформировать женщин об их правах, а также о местных службах, в которые они могут обратиться за помощью.

Медицинские карты и информационные системы	Информационные системы играют важную роль в реагировании на насилие. Например, медицинские учреждения имеют обязательство обучить поставщиков услуг правильно регистрировать конфиденциальную информацию о случаях гендерного насилия. Документальное оформление случая насилия в медицинской карте может потребоваться для заполнения медицинской карты женщины, а в некоторых случаях может служить доказательством в ходе будущего судебного разбирательства. Для безопасности и благополучия женщин медицинские карты должны храниться в надежном месте. Информационные системы также важны для мониторинга работы медицинского учреждения в сфере противодействия гендерному насилию. Например, медицинские учреждения могут собирать статистику по обслуживанию (число выявленных женщин, пострадавших от гендерного насилия); эта информация поможет им определить спрос на другие услуги.
Мониторинг и оценка	Мониторинг и оценка качества помощи – это еще один способ обеспечить приемлемое реагирование медицинских служб на насилие и предоставление поддержки пациентам. На уровне управления административный персонал должен постоянно поддерживать связь с поставщиками услуг, что позволит выявить проблемы и найти способы повышения качества обслуживания. Вклад женщин, испытавших насилие, также может иметь решающее значение для успешного совершенствования службы здравоохранения.
Регулярная возможность обменяться мнениями для поставщиков услуг и управленцев	Практика показала, что управленцам важно поддерживать постоянный диалог с сотрудниками, которые непосредственно работают с пациентами. Исходя из опыта Регионального бюро для стран Западного полушария Международной федерации планирования семьи, изменения в организации давали наилучшие результаты, когда медицинские работники могли принимать участие в принятии решений и практической реализации изменений. Однако многие клиники постоянно испытывали сложности с поиском достаточного количества способов, чтобы постоянно информировать медицинских работников о развитии событий по каждому конкретному случаю. Поставщики медицинских услуг зачастую являются первым звеном системы перенаправления, поэтому отсутствие формальной системы для отслеживания судьбы женщин, рассказавших о насилии, может подорвать веру медиков в собственные силы.

Источник: IPPF 2010

Приложение 2:Последовательность оказания помощи пострадавшим от гендерного насилия



Вставка **1 -** Первичная поддержка **(WHO 2013):** Женщинам, рассказавшим о любых формах насилия со стороны любого агрессора, необходимо предложить немедленную поддержку: Это, в том числе:

- Обязательно проводить консультацию в частном порядке.
- Обеспечить конфиденциальность, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности личной информации (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы).
- Не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной.
- Оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо.
- Задать вопросы о произошедшем (для случаев сексуального нападения: время, прошедшее после нападения, и тип нападения, риск беременности, риск заражения ВИЧ и

Приложение 3:Отдельные стратегии и протоколы, посвященные реагированию системы здравоохранения на проявления гендерного насилия

Страна	Название Протокола и Руководящих принципов	Кем опубликовано:	Год	Ссылка	Содержание
Бывшая югославская Республика Македония	Министерство здравоохранения – Протокол ведения случаев домашнего насилия (часть Зонтичного протокола по ведению случаев домашнего насилия)	Правительство Республики Македония	2010	http://www.beznasilstvo.mk/en/communities/community-support-services	Форма(ы) насилия: домашнее насилие; особые положения относительно насилия со стороны интимного партнера, жесткого обращения с детьми и неисполнения обязанностей в отношении детей, насилия в отношении пожилых людей, насилия в отношении женщин, насилия в отношении людей с ограниченными возможностями. Предназначено для: медицинских работников Темы: роль учреждений здравоохранения, документация, медицинская помощь, перенаправления, профилактика, документация для выявления случаев насилия/скрининга, планирование мер безопасности, отчетность.
Ирландия	Недавние случаи изнасилования/сексуального насилия: Национальные принципы перенаправления пациентов и проведения судмедэкспертизы в Ирландии	Национальная группа по подготовке руководств “National SATU Guidelines Development Group”	2010	http://www.rcni.ie/wp-content/uploads/NationalSATUGuidelines.pdf	Форма(ы) насилия: сексуальное насилие Предназначено для: медицинских работников Темы: перенаправление, принципы проведения клинической судмедэкспертизы, принципы оказания психологической помощи, руководство по профилактике ИППП, принципы работы лаборатории судебно-медицинской экспертизы и руководство для врачей общей практики.
Сербия	Специальный протокол по защите и лечению женщин, ставших жертвами насилия	Министерство здравоохранения Республики Сербия	2010	http://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/English/UNDP_SRB_TirkizniTekst.pdf	Форма(ы) насилия: все формы ГН Предназначено для: всех медицинских работников Темы: признание и выявление случаев насилия, реагирование на последствия насилия для здоровья пострадавших, оценка рисков и планирование безопасности, перенаправление и завершение опроса.

Испания	Общий протокол реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие	Министерство по вопросам здравоохранения и прав потребителей Испании	2007	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/commonProtocol.pdf	Форма(ы) насилия: все формы гендерного насилия Предназначено для: медицинских работников первичного звена и узких специалистов Темы: определение ГН, его последствия для здоровья, роль медицинских работников, выявление случаев насилия (индикаторы ГН и выявление), оценка (анамнез, психологическое состояние и социальное положение, случаи насилия в прошлом, риск повторения насилия), вмешательство (информация о ГН, медицинская помощь и последующее наблюдение, запись анамнеза, перенаправление и документация), меры вмешательства в случае сексуального насилия.
Швеция	Руководство по оказанию помощи пострадавшим от сексуального насилия	Национальный центр знаний о насилии против женщин, совершаемом мужчинами	2010	http://viewer.zmags.com/publication/3afabbe8#/3afabbe8/1	Форма(ы) насилия: сексуальное насилие Предназначено для: медицинских работников Темы: принципы проведения любых вмешательств, инструкции по проведению осмотра, пиктограммы тела и шаблон для составления отчета о проведении судебно-медицинской экспертизы.
Швеция	Справочник: Национальная программа действий для учреждений системы здравоохранения и медицинского обслуживания по приему и оказанию помощи жертвам сексуального насилия	Национальный центр знаний о насилии против женщин, совершаемом мужчинами	2008	http://viewer.zmags.com/publication/2f30d828#/2f30d828/1	Форма(ы) насилия: сексуальное насилие Предназначено для: медицинских работников и работников регистратур медицинских учреждений Темы: общая информация о сексуальном насилии, принципы оказания медицинской помощи, как спрашивать о сексуальном насилии, обязанности медицинских служб, медицинская помощь, консультирование в кризисных ситуациях и последующая психологическая поддержка, документация, отчет о проведении судмедэкспертизы и работа системы правосудия.

Великобритания	Домашнее насилие и жестокое обращение в быту: как медицинские службы, службы социальной помощи и организации, с которыми они работают, могут эффективно реагировать на проблему	Национальный институт здравоохранения и совершенствования клинической практики	2014	http://publications.nice.org.uk/domestic-violence-and-abuse-how-health-services-social-care-and-the-organisations-they-work-with-ph50/about-this-guidance#status-of-this-guidance	Форма(ы) насилия: домашнее насилие и жестокое обращение в быту (жестокое обращение с детьми здесь не рассматривается) Предназначено для: специальных уполномоченных по вопросам здравоохранения и социальной помощи, специалистов по проблеме домашнего насилия и жестокого обращения в быту и других работников, которые по долгу службы могут контактировать с людьми, подвергающимися домашнему насилию или жестокому обращению, или с виновниками такого насилия. Темы: контекст домашнего насилия, в том числе, различные формы домашнего насилия и соответствующие затраты для государственного сектора, выявление ГН, программы по борьбе с агрессорами, обучение, профилактика, дети, ставшие свидетелями насилия, поддержка специалистов, защита интересов, рекомендации и формирование навыков.
Великобритания	Центр перенаправлений для пациентов, подвергшихся сексуальному насилию (SARC) – Политика	Полицейское управление графства Глостершир	2012	http://www.gloucestershire.police.uk/foi/Information%20Classes/Policies/item8023.pdf	Форма(ы) насилия: сексуальное насилие Предназначено для: Персонала центра SARC Темы: требования законодательства в форме национального руководства или правовой базы, обучение, правила обращения с полицейской информацией, консультации, процедуры и мониторинг.

Приложение 4: Инструмент оценки 1 – Ситуационный анализ по проблеме гендерного насилия и определение мер реагирования со стороны государства[1]

Цель анкеты: предоставить медицинским учреждениям средство для определения распространенности ГН, реагирования государства на проявления ГН в юридической и организационной сфере, а также отправные точки для улучшения реагирования системы здравоохранения на гендерное насилие в своей стране. Собранные данные представляют собой ценную информацию для реализации инициатив по усилению реагирования медицинских работников на проявления ГН.

Целевая группа: Основная целевая группа для этого инструмента оценки – руководство медицинских учреждений. Этот инструмент также могут использовать государственные организации (в частности, министерство здравоохранения, областные или местные органы власти), негосударственные или международные организации, планирующие проект/инициативу, направленные на улучшение реагирования системы здравоохранения на ГН.

Метод сбора данных: Изучение документации. Опция: дополнительно опросить персонал организаций, работающих над проблемой ГН: провести беседу или попросить коллег прислать ответы в письменном виде.

Часть I: Масштабы гендерного насилия в стране

1. Проводились ли в вашей стране исследования для оценки распространенности ГН?[1]
❑ да ❑ нет

Если да, опишите результаты в целом:

а) Какие формы ГН изучались?

б) Насколько часто они встречаются?

в) Каковы последствия ГН, в особенности для здоровья женщин?

1 Эта анкета подготовлена сетью WAVE на основе материалов из источника IPPF 2010 и ряда анкет, разработанных Сабиной Боне в 2011 году для WAVE на основе PRO TRAIN 2009 и официального инструмента мониторинга для контроля исполнения Рекомендации Совета Европы (2002) № 5 о защите женщин от насилия в государствах-членах Совета Европы (CoE 2007).

2. Существуют ли в вашей стране данные других исследований (качественные исследования, административные данные, ...) о ГН?

❑ да ❑ нет
Если да, опишите результаты в целом:

а) Какие формы ГН существуют в стране?

б) Каковы последствия ГН, в особенности для здоровья женщин?

Часть II: Реагирование на проявления ГН в системе правосудия и на уровне политики

А) Правовая база

***3.* Какие формы ГН считаются уголовно наказуемыми согласно уголовному законодательству вашей страны?**

- ❑ Изнасилование и сексуальное насилие
- ❑ Домашнее насилие
- ❑ Насилие со стороны интимного партнера
- ❑ Сексуальные домогательства на рабочем месте
- ❑ Калечащие операции на женских половых органах
- ❑ Насилие во время военных конфликтов/ в послевоенных условиях
- ❑ Насилие при содержании в учреждениях
- ❑ Принудительная стерилизация
- ❑ Принудительный аборт
- ❑ Брак по принуждению
- ❑ Похищение невесты
- ❑ Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков
- ❑ Брак с несовершеннолетним
- ❑ Преступления во имя чести
- ❑ Другое (пожалуйста, укажите)

4. Для каждой из форм насилия, которая является уголовно наказуемой, укажите:

а) Как определяется состав уголовного преступления?

б) Каковы меры наказания?

5. Существуют ли какие-то правовые меры для защиты пострадавших от ГН?
❑ Да ❑ Нет
Если да, укажите, какие именно.

6. Предусмотрены ли законом защитные предписания для защиты пострадавших от ГН?
❑ Да ❑ Нет
Если да, укажите требования и порядок получения защитного предписания.

7.Существуют ли в стране другие законы, регламентирующие реагирование на ГН?
❑ Да ❑ Нет
Если да, укажите, какие именно.

8. Если говорить в целом, эффективны ли эти (вопросы 1-6) законы?
❑Да ❑ В определенной степени ❑ Нет
Если вы ответили «в определенной степени» или «да», каковы препятствия и сложности в их реализации?

Б) Национальные планы действий или стратегии

9. Существует ли в вашей стране национальный план действий или стратегия борьбы с ГН?
❑ Да ❑ Нет
Если да,

а) укажите формы насилия, о которых идет речь в этих планах и стратегиях

- ❑ Изнасилование и сексуальное насилие
- ❑ Домашнее насилие
- ❑ Насилие со стороны интимного партнера
- ❑ Сексуальные домогательства на рабочем месте
- ❑ Калечащие операции на женских половых органах
- ❑ Насилие во время военных конфликтов/в послевоенных условиях
- ❑ Насилие при содержании в учреждениях
- ❑ Принудительная стерилизация
- ❑ Принудительный аборт
- ❑ Брак по принуждению
- ❑ Похищение невесты
- ❑ Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков
- ❑ Брак с несовершеннолетним
- ❑ Преступления во имя чести
- ❑ Другое (пожалуйста, укажите)

б) Перечислите и укажите типы предусматриваемых мер вмешательства.
- ❑ Профилактика
- ❑ Защита и поддержка
- ❑ Расследование и преследование виновных
- ❑ Другое (пожалуйста, укажите)

10. Говорится ли в плане/стратегии о роли системы здравоохранения в реагировании на ГН?
❑ Да ❑ Нет

Если да, то какие меры предусмотрены?

Часть III: Определение различных действующих лиц в сфере противодействия ГН

A) Обзор

11. Какие организации, оказывающие услуги общего характера, работают напрямую с пострадавшими от ГН в вашем регионе и населенном пункте?

Перечислите эти организации здесь и укажите подробности в ответе на вопрос 14.

12. Какие организации, помимо служб, напрямую работающих с пострадавшими от ГН, существуют в вашем регионе или населенном пункте?

Перечислите эти организации здесь и укажите подробности в ответе на вопрос 14.

13. Существуют ли в вашем населенном пункте, регионе или стране сети организаций, работающих над решением проблемы ГН?

❑ Да ❑ Нет

14. Для каждой из этих организаций или сетей (см. вопросы 11-13), перечислите:

1) Статус организации
❑ Государственное учреждение
❑ Организация гражданского общества/НГО
❑ Частная организация (коммерческая)
❑ Частная организация (некоммерческая)
❑ Другое, пожалуйста, укажите

2) Мандат и основные виды деятельности

3) Как долго они работают в сфере противодействия ГН?

4) Если оказывают услуги напрямую, укажите эти виды услуг.

Б) Организации, предоставляющие женщинам специализированную помощь

1)Женские приюты

15. Существуют ли в стране женские приюты?
❑ Да ❑ Нет
Если да,
1) Сколько существует приютов?

2) Укажите их названия и телефоны?

3) В каких городах они расположены?

4) Работают ли они бесплатно? Существуют ли требования относительно доступа в приют?

5) Какова основная целевая группа этих приютов?

2) Телефоны доверия для женщин

16. Существует ли в стране национальный телефон доверия для женщин?
❑ Да ❑ Нет

Если да,
1) Бесплатна ли эта услуга?
❑ Да ❑ Нет

2) Работает ли эта горячая линия круглосуточно?
❑ Да ❑ Нет

3) Назовите номер телефона этой линии.

17. Существует ли местный телефон доверия?
❑ Да ❑ Нет

Если да,
1) Бесплатна ли эта услуга?
❑ Да ❑ Нет

2) Работает ли эта горячая линия круглосуточно?
❑ Да ❑ Нет

3) Назовите номер телефона этой линии.

3) Программы работы с агрессорами

18. Существуют ли специально разработанные и осуществляемые специалистами программы работы с мужчинами, совершившими насилие по отношению к женщинам?
❑ Да ❑ Нет

Если да,

1) Сколько таких программ?

2) Предлагается ли агрессорам участие в таких программах на добровольной основе?
❑ Да ❑ Нет

B) Национальный механизм перенаправления

19. Существует ли на национальном уровне система перенаправления для пострадавших от ГН?
❑ Да ❑ Нет

Если да, опишите ее: основные участники, их роли, механизм координации, как официально оформлено сотрудничество между участниками и т.д.

20. Существует ли на местном уровне система перенаправления для пострадавших от ГН?
❑ Да ❑ Нет

Если да, опишите ее: основные участники, их роли, механизм координации, как официально оформлено сотрудничество между участниками и т.д.

21. Наладили ли вы уже какие-либо контакты или рабочие отношения с любыми организациями, работающими в сфере противодействия ГН (см. вопросы 11-17)?
❑ Да ❑ Нет

Если да, укажите подробности. Если нет, укажите, почему нет.

22. Встречались ли вы с представителями других организаций, работающих в сфере противодействия ГН (см. вопросы 11-17), чтобы оговорить, как вы будете взаимодействовать в процессе оказания помощи и поддержки пострадавшим от ГН?
❑ Да ❑ Нет

Приложение 5: Инструмент оценки 2 - Оценка реагирования медицинского учреждения на проявления гендерного насилия 2

Цель анкеты: предоставить медицинским учреждениям средство для оценки степени интеграции мер реагирования на проявления ГН в работу их организации. Администрация медицинских учреждений может использовать собранные данные в качестве отправной точки для разработки программы, направленной на усиление реагирования на проявления ГН в своем учреждении.

Целевая группа: Руководство медицинских учреждений.

Метод сбора данных: Изучение документации. Опция: дополнительно опросить персонал организаций, работающих над проблемой ГН: провести беседу или попросить коллег прислать ответы в письменном виде.

Часть I: Исходная информация – система здравоохранения

1. Как финансируется система здравоохранения?
❑ Общее налогообложение государства, страны или муниципалитета
❑ Социальное медицинское страхование
❑ Добровольное или частное медицинское страхование
❑ Оплата услуг при обращении за медицинской помощью
❑ Пожертвования в благотворительные организации
❑ Другое (пожалуйста, укажите)

2. Какие из следующих медицинских служб регулярно посещают женщины или девушки в вашем регионе?
❑ Врачи общей практики / терапевты
❑ Акушеры-гинекологи
❑ Медсестры
❑ Акушерки
❑ Специалисты службы психического здоровья, психиатры, психологи
❑ Работники скорой помощи
❑ Врачи, работающие в школах/на предприятиях
❑ Другое (пожалуйста, укажите)

3. Должны ли пациентки сначала посетить терапевта, чтобы попасть на прием к узкому специалисту?
❑ Да ❑ Нет

2 Эта анкета подготовлена сетью WAVE на основе материалов из источника IPPF 2010 и ряда анкет, разработанных Сабиной Боне в 2011 году для WAVE на основе PRO TRAIN 2009 и официального инструмента мониторинга для контроля исполнения Рекомендации Совета Европы (2002) № 5 о защите женщин от насилия в государствах-членах Совета Европы (CoE 2007).

4. С какими препятствиями сталкиваются женщины при обращении к врачу в вашем регионе?
❑ Отсутствие транспорта
❑ Отдаленность
❑ Страх стигматизации, плохой репутации, стыда
❑ Партнер/муж/семья могут запрещать женщине обратиться за помощью
❑ Отсутствие таких услуг в регионе
❑ Финансовые ограничения
❑ Пол (запрещается обращаться к врачу-мужчине)
❑ Другое (пожалуйста, укажите)

5. Существуют ли на национальном уровне политика, планы и (или) программы по противодействию ГН?
❑ Да ❑ Нет
Если да, перечислите их:

6. Реализуются ли эти политика / планы / программы?
q Да q В определенной степени q Нет
Если в определенной степени или нет, объясните, почему?

7. Какие юридические обязательства существуют в вашей стране у медицинских работников, сталкивающихся со случаями ГН?

8. Должны ли медицинские работники сообщать о случаях ГН в полицию?
❑ Да ❑ Нет
Если да, пожалуйста, опишите эти требования (например, обстоятельства/тяжесть преступления, формы насилия)?

9. Кому разрешено проводить судебно-медицинскую экспертизу, собирать документальные и фотографические данные для последующего представления в суде в качестве вещественных доказательств?

10. С кем в соответствии с законом медицинские работники вправе делиться информацией о своих пациентах?

Часть II: Реагирование медицинского учреждения

A) Политика и протоколы

11. Существует ли в вашем учреждении политика и (или) протокол в сфере противодействия ГН в письменном виде?
❑ Да ❑ Нет

Если да, а) на что главным образом ориентирована эта политика/протокол? (выберите все подходящие варианты)

Формы насилия	**Вмешательства**
❑ Изнасилование и сексуальное насилие ❑ Домашнее насилие ❑ Насилие со стороны интимного партнера ❑ Насилие, совершаемое не партнером ❑ Сексуальные домогательства на рабочем месте ❑Калечащие операции на женских половых органах ❑Насилие во время военных конфликтов/в послевоенных условиях ❑ Насилие при содержании в учреждениях ❑ Принудительная стерилизация ❑ Принудительный аборт ❑ Брак по принуждению ❑ Похищение невесты ❑Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков ❑ Брак с несовершеннолетним ❑ Преступления во имя чести ❑ Другое (пожалуйста, укажите)	❑ Определить симптомы ГН ❑ Задать вопросы о ГН при подозрении на насилие ❑Снабдить пациентку информацией о ГН и его последствиях для здоровья женщины ❑Создать дружелюбную и конфиденциальную обстановку ❑ Медицинская помощь и осмотр пострадавшей ❑Документальное оформление случаев гендерного насилия ❑ Оценка рисков и составление плана обеспечения безопасности ❑ Направление пациентов в другие службы ❑Другое (пожалуйста, укажите)

12.Существует ли процесс мониторинга и оценки исполнения требований этих документов и процесс для получения мнений от сотрудников, которые их реализуют на практике?
❑ Да ❑ Нет

Если да, кто занимается мониторингом, оценкой и сбором мнений исполнителей?

Если нет, укажите, почему.

13. Роздана ли письменная информация о правовых вопросах (например, о правилах конфиденциальности, законах об уголовной ответственности за ГН) всем сотрудникам учреждения?
❑ Да ❑ Нет
Если нет, укажите, почему.

Б. Наращивание потенциала сотрудников в сфере реагирования на случаи ГН

14. Предприняты ли в вашем учреждении усилия, чтобы привлечь внимание руководства к вопросу ГН как проблеме сектора здравоохранения и прав человека?
❑ Да ❑ Нет

Если да, опишите, какие именно.

15. Предлагается ли сотрудникам вашего учреждения обучение по проблеме ГН, гендерного равенства и прав человека?
❑ Да ❑ Нет

Если да, назовите основные темы обучения.

16. Предлагают ли эти тренинги как теоретические знания, так и практические навыки по выявлению насилия, осмотру и оказанию помощи женщинам, пострадавшим от ГН?
❑ Да ❑ Нет

17. Какова целевая группа тренинга?
❑ Врачи общей практики / терапевты
❑ Гинекологи / акушеры
❑ Медсестры
❑ Акушерки
❑ Специалисты службы психического здоровья, психиатры, психологи
❑ Работники скорой помощи
❑ Врачи, работающие в школах/на предприятиях
❑ Другое (пожалуйста, укажите)

18. Тренинг проводился только для медицинских работников или для специалистов в разных областях?
❑Только для медиков ❑ Междисциплинарные группы

Если это был междисциплинарный тренинг, какие специалисты кроме медиков участвовали в нем?

19. Какова была длительность тренинга?

20. Такой тренинг проводился однократно или обучение проводится регулярно?
❑ Однократно ❑ Регулярно

Если тренинг проводится регулярно, как часто он организуется?

21. Кто проводит тренинг?
❑ Медицинские работники учреждений
❑ Медицинские работники, не работающие в этом учреждении
❑ Внешние эксперты, работающие над проблемой ГН (пожалуйста, укажите, какие именно)
❑ Другие лица (пожалуйста, укажите, какие именно)

22. Знаете ли вы людей или организации, которые могли бы поддержать ваши усилия, направленные на привлечение внимания медиков к проблеме ГН и их обучение этой теме?
❑ Да ❑ Нет

Если да, пожалуйста, укажите их.

Если нет, опишите препятствия и то, как вы могли бы их преодолеть.

23. Даже если в вашем учреждении не проводится обучение, кто-нибудь из сотрудников прошел обучение в другом месте?
❑ Да ❑ Нет

Если да, назовите этих сотрудников (возможно, что эти сотрудники смогут помочь при проведении обучения в будущем)

B) Реагирование медицинского персонала на ГН

1) Обеспечение безопасности

24. Планируют ли медицинские работники меры безопасности вместе с пострадавшими женщинами?
❑ Да ❑ Нет

Если нет, укажите, почему?

25. Знают ли сотрудники учреждения о мерах защиты, доступных в соответствии с законодательством страны?
❑ Да ❑ Нет

Если нет, укажите, почему?

2) Уважение достоинства пациентки и обеспечение благоприятствующей обстановки, признающей важность случившегося

26. Задают ли медицинские работники пациенткам вопросы о ГН, когда у них возникают подозрения, что женщина подверглась насилию?
❑ Да ❑ Нет

27. Медицинские работники проходят обучение общению с женщинами, пострадавшими от ГН?
❑ Да ❑ Нет

3) Обеспечение конфиденциальности личной информации

28. Какие правила соблюдения конфиденциальности информации действуют в вашем учреждении?

29. С кем медицинский персонал может делиться информацией о пациентах?

30. Достаточно ли помещений в учреждении, чтобы обеспечить конфиденциальность врачебной консультации?
❑ Да ❑ Нет

Если нет, объясните, почему?

31. Может ли кто-либо, находясь за пределами кабинета, увидеть или услышать пациентов, находящихся в кабинете врача?
❑ Да ❑ Нет

32. Разрешено ли присутствие в кабинете врача других лиц (партнер, муж, дети или другие родственники)?
❑ Да ❑ Нет

33. Хранятся ли медицинские карты в надежном месте?
❑ Да ❑ Нет

Если нет, объясните, почему?

34. Какие сотрудники имеют доступ к медицинским картам?

4) Расширение возможностей, обеспечение независимости и участия пациента

35. Представлены ли в комнате ожидания печатные документы с информацией о ГН, например, буклеты или плакаты?
❑ Да ❑ Нет

36. Есть ли у сотрудников вашей организации список организаций, куда можно направлять пострадавших от ГН?
❑ Да ❑ Нет

5) Направление пациентов в другие службы

37. Направляют ли пациентов в какие-то другие организации?
❑ Да ❑ Нет

Если да, то в какие?

Приложение 6: Образец для поиска и определения потенциальных партнеров по системе перенаправления

<table>
<tr><td>Наименование организации:

Директор организации:</td><td>Тип организации:

Часы и дни работы:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Адрес:</td><td>Телефон:</td></tr>
<tr><td>Факс:</td></tr>
<tr><td>E-mail:</td></tr>
<tr><td>Какие группы населения вы обслуживаете?</td><td>Встречаетесь ли вы с пострадавшими от ГН?
❑ Да ❑ Нет</td></tr>
<tr><td colspan="2">Каких пострадавших вы обслуживаете? Есть ли в вашей организации какие-либо критерии, которым должны отвечать потенциальные клиенты/пациенты?</td></tr>
<tr><td>Вы сами оказываете помощь или занимаетесь направлениями клиентов в другие службы?</td><td>Если вы оказываете помощь сами, что это за помощь? (правовая, медицинская, социальная, психологическая, образовательная и др.)</td></tr>
<tr><td>Если вы направляете клиентов, то в какие службы?</td><td>Платные ли ваши услуги?
❑Да ❑ Нет
Если да, у вас жесткий тариф или вы можете предложить льготы?</td></tr>
<tr><td>Какие сотрудники вашей организации встречаются с пострадавшими от насилия?</td><td>Какую еще деятельность осуществляет ваша организация?</td></tr>
<tr><td>Знаете ли вы еще какие-нибудь организации, оказывающие помощь пострадавшим от ГН? Если да, расскажите нам о них, и мы с ними свяжемся.</td><td>Будете ли вы заинтересованы, если между двумя нашими организациями будет налажено перенаправление клиентов?
❑Да ❑Нет</td></tr>
<tr><td colspan="2">Хотите ли вы войти в состав партнерской сети организаций, работающих в сфере противодействия ГН?
❑Да ❑Нет</td></tr>
</table>

Инструкции

» Узнайте названия потенциальных ресурсов для перенаправления у негосударственных организаций (НГО), в больницах, у местных активистов и жителей района.
» По возможности договоритесь о личной встрече с потенциальным партнером по системе перенаправления. Выше приводятся вопросы, которые можно использовать, чтобы оценить каждую организацию, с которой ведется разговор.
» Предложите поддерживать связь и работать сообща над созданием партнерской сети, если вторая организация в этом заинтересована.
» Составьте список ресурсов, используя собранную информацию. Разделите книгу перенаправлений на разные темы, сгруппируйте аналогичные службы по каждому направлению, например, юридические службы, социальные службы, жилье, медицинские и психологические услуги. Соберите всю информацию в книгу, где на каждой странице размещена одна организация для перенаправления. Укажите всю необходимую информацию об этой организации, которая может пригодиться, когда встанет вопрос, куда лучше направить конкретного клиента/пациентку.

Источник: По материалам UNFPA 2001

Приложение 7: Образец для составления каталога организаций в системе перенаправления

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
Полное наименование организации:	
Сокращенное наименование:	
Тип организации:	
Адрес:	
Телефон:	
Факс:	
Email:	
ФИО директора:	
Контактное лицо – имя и должность (сотрудник организации, предоставивший информацию)	
Последнее обновление информации:	
Обзор деятельности организации (мандат, сфера деятельности):	
ОПИСАНИЕ УСЛУГ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ПРОБЛЕМЕ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ	
Характеристики обслуживаемого контингента (например, пол, возраст, другие специфические характеристики, например, принадлежность к меньшинствам или инвалидность, территориальный охват):	
Тип оказываемых услуг:	
Часы работы:	
Порядок получения услуг/требования:	
Стоимость услуг, если они платные:	
Организации, в которые направляет своих клиентов/пациентов ваша организация:	
Тип персонала, обслуживающего пострадавших от насилия:	
Другая деятельность в сфере противодействия насилию:	

Источник: по материалам IPPF 2010

Приложение 8: Форма ВОЗ для документального оформления случаев сексуального насилия

Всемирная организация здравоохранения
ФОРМА ДЛЯ ЗАПИСИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСМОТРА ПОСТРАДАВШИХ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ1

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

ФАМИЛИЯ		
ИМЯ		
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ВОЗРАСТ (полных лет)	ПОЛ
АДРЕС (или другая информация для идентификации)		

ОСМОТР

ДАТА	ВРЕМЯ
МЕСТО	
ИМЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА (или идентификационные данные)	
ДРУГИЕ ЛИЦА, ПРИСУТСТВОВАВШИЕ ВО ВРЕМЯ КОНСУЛЬТАЦИИ (и кем они приходятся пациенту)	

ОТЧЕТ

ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ КУДА НАПРАВЛЕН

1 Эту форму следует использовать вместе с «Руководством ВОЗ по оказанию медицинской и юридической помощи жертвам сексуального насилия», где приводится обширная информация о проведении осмотра.

Примечания – Заполнение формы согласия пациента

Согласие на проведение осмотра является основным вопросом медико-юридической практики. Согласие часто называют «Информированным согласием», поскольку ожидается, что пациент (или его/ее родители или опекун) будут «проинформированы» обо всех важных вопросах, что поможет пациенту принять решение о том, что для него/нее лучше всего на данный момент.

Пациент должен понимать:

» Что будет включать процесс сбора анамнеза.
» Какие вопросы будут заданы и почему эти вопросы будут заданы.

Например:

«Мне придется расспросить вас о подробностях нападения. Мне нужно знать, где тело нападавшего касалось вашего тела, чтобы знать, где искать признаки повреждений или остатки вещественных доказательств, оставленные нападавшим».

» Что осмотр будет проводиться конфиденциально и с уважением чувства собственного достоинства пациента. Пациент будет лежать на кушетке для осмотра, и потребуется тщательный осмотр всего тела.
» Что для осмотра области гениталий и анального отверстия пациенту потребуется лечь таким образом, чтобы обеспечить хороший обзор этой области с правильным освещением.

Например:

«Я вас попрошу лечь на спину на кушетку и колени прикрою простыней. Я вас попрошу подтянуть к себе колени, свести лодыжки и раздвинуть ноги, чтобы я мог(ла) тщательно осмотреть область малого таза с помощью вот этого инструмента с лампочкой».

» Что специалист, проводящий осмотр, будет касаться области гениталий и анального отверстия руками в перчатках, чтобы лучше увидеть внутренние структуры. Может использоваться инструмент для внутреннего осмотра влагалища или родовых путей женщины, который называется гинекологическим зеркалом. Может использоваться инструмент для внутреннего осмотра заднепроходного отверстия – проктоскоп.
» Что для сбора образцов нужно будет прикасаться к телу и отверстиям тела тампонами для мазков и изымать образцы волос с головы пациента, лобковых волос, секрета половых органов, крови, мочи и слюны. В качестве доказательства может собираться одежда. Не все результаты судебно-медицинской экспертизы можно передавать пациенту.

Важно сообщить пациенту, что то, что он/она сообщит медику, и то, что будет выявлено в ходе осмотра, будет передано следствию для ведения уголовного расследования, если пациент решит начать судебное преследование агрессора. То же верно для стран, где существует обязательство сообщать о случаях насилия в соответствующие органы. Это означает, что любая информация, рассказанная медицинскому работнику, может выйти за рамки общения пациента и врача и в какое-то время в будущем, возможно, будет обсуждаться в суде.

Пациенту также необходимо разъяснить, как могут использоваться фотографии. Фотографии могут быть полезны для судебного разбирательства и НЕ должны включать изображения половых органов.

Всю эту информацию следует сообщить на языке, который пациент, его/ее родители/опекун хорошо понимают.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙКОНСУЛЬТАЦИИ1

. . . . . (вставить имя медицинского работника) объяснил мне порядок проведения осмотра, сбора доказательных данных и передачи результатов осмотра в полицию и (или) суд.

Я, ... (вставить имя пациента),даю свое согласие на проведение:

(Отметить все подходящие пункты)

Осмотр, включая осмотр гениталий и заднего прохода.

Сбор образцов для медицинских исследований с целью диагностики проблем со здоровьем.

Сбор образцов для целей уголовного расследования.

Фотографирование.

Предоставление устного и (или) письменного отчета в полицию или другим органам, ведущим расследование.

Лечение любых диагностированных нарушений здоровья.

Подпись или отметка пациента
(или родителя или опекуна) . . . . . .

Подпись свидетеля . . . . . .

Дата . . . . . .

1 Если вовлечены дети, родители или опекуны вправе расписаться за ребенка. Аналогично, если взрослый человек не компетентен, чтобы дать согласие, от его/ее имени должен расписаться близкий родственник или опекун.

АНАМНЕЗ

1. ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ/ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ/ ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Для детей включить:

- важные данные о внутриутробном/постнатальном развитии ребенка и данные о развитии;
- историю проблем с поведением (если это считается важным, учитывая заявление пострадавшей);
- семейный анамнез.

2. ВАЖНАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Первый день последней нормальной менструации (ДД/ММ/ГГ):

Среднее количество дней между менструациями:			
Возраст при менархе (для детей):			
Была ли у пациентки менструация во время эпизода насилия?	Да	Нет	Не применимо
Беременна ли в настоящее время пациентка?	Да	Нет	Не применимо
История беременности:			
Используемые в настоящее время способы контрацепции: Травмы половых органов в прошлом, хирургические операции на гениталиях или кровотечения:			

3. АЛЛЕРГИИ

4. ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ/ИММУНИЗАЦИЯ (например, от гепатита В, столбняка)

ОПИСАНИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

5. ПОДРОБНОСТИ ПРОИСШЕСТВИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЕ ДРУГИМИ СТОРОНАМИ (например, полицией, семьей, свидетелями)

Подробная информация предоставлена (имя): …….....

6. ПОДРОБНОСТИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПО РАССКАЗУ ПАЦИЕНТКИ

Дата(ы) нападения (или период, в течение которого происходили акты насилия, число эпизодов насилия и дата последнего эпизода):

Время: Место:
Нападавший(е) (количество и кем они приходятся пациентке, если есть родственная связь):

Употребление алкоголя:
Употребление наркотиков:

Использованное оружие, прозвучавшие угрозы:

Важные подробности нападения:

7. НАБЛЮДАЕМЫЕ СИМПТОМЫ

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭПИЗОДЕ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

ПРОНИКНОВЕНИЕ ВО ВЛАГАЛИЩЕ	Нападавший № 1	Нападавший № 2	Нападавший № 3	Нападавший № 4	Нападавший № 5
Попытка проникновения/проникновение?					
Произошло ли семяизвержение? Да/Нет?					

АНАЛЬНОЕ ПРОНИКНОВЕНИЕ	Нападавший № 1	Нападавший № 2	Нападавший № 3	Нападавший № 4	Нападав-ший № 5
Попытка проникновения/проникновение?					
Произошло ли семяизвержение? Да/Нет?					

ОРАЛЬНОЕ ПРОНИКНОВЕНИЕ	Нападавший № 1	Нападавший № 2	Нападавший № 3	Нападавший № 4	Нападавший № 5
Попытка проникновения/ проникновение?					
Произошло ли семяизвержение? Да/Нет?					

	Нападавший № 1	Нападавший № 2	Нападавший № 3	Нападавший № 4	Нападавший № 5
ПРОИЗОШЛО ЛИ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ НА ПОВЕРХНОСТЬ ТЕЛА? Если да, укажите места					
ПОПАДАНИЕ СЛЮНЫ НА ПОВЕРХНОСТЬ ТЕЛА Если да, укажите места					
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА (Да/ Нет/?)					
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СМАЗКИ (Да/Нет/?)					

ПРЕДМЕТЫ 1, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ	Нападавший № 1	Нападавший № 2	Нападавший № 3	Нападавший № 4	Нападавший № 5
ВЛАГАЛИЩЕ					
АНУС					
РОТ					

1 В том числе, части тела (например, пальцы).

8. ПОСЛЕ НАПАДЕНИЯ

Одежда на пострадавшей во время нападения:

Сменила одежду	Да	Нет
Почистила одежду	Да	Нет
Приняла ванну/душ	Да	Нет
Имела половую связь	Да	Нет

9. НЕДАВНЯЯ ПОЛОВАЯ СВЯЗЬ

Было ли половое сношение за последнюю неделю Да Нет

Подробная информация (дата/время/с кем):

Использовался ли презерватив/спермицид/смазка? Да Нет

Подробная информация:

Примечания к процедуре судебно-медицинской экспертизы

☐ Объем экспертизы во многом зависит от анамнеза и клинических наблюдений. При наличии каких-либо сомнений предпочтительно провести полный внешний осмотр.

☐ Описывая рану, необходимо указать следующее: место, размер, форму, окружающие участки, цвет, контуры, направление, содержимое, давность, края и глубину.

☐ Классифицируйте раны:

- Ссадина: нарушение верхнего слоя кожи.
- Синяк: область кровоизлияния под кожей.
- Рваная рана: разрыв тканей вследствие травмы, нанесенной тупым предметом.
- Порез: вид резаной раны с (обычно) четкими, правильными краями.
- Колотая рана: рана, глубина которой превышает ее длину, нанесенная острым предметом.

☐ При осмотре взрослых или детей, достигших возраста полового созревания и ведущих половую жизнь, может потребоваться осмотр с применением гинекологического зеркала (или проктоскопа). При таких показаниях как:

- боль в области гениталий;
- кровотечение;
- посторонний предмет (использованный во время эпизода насилия и, возможно, все еще присутствующий);
- эпизод насилия произошел ранее чем за 24 часа до осмотра. В таких случаях необходимо взять образец из цервикального канала.

Зеркало необходимо согреть и смочить водой. После эпизода сексуального насилия редко назначается осмотр двумя руками.

☐ Фотографирование (в том числе, кольпоскопическое фото) представляет собой полезное дополнение к документам, описывающим рану. Примите во внимание следующее:

- допустимо делать фотографии самостоятельно, или это может быть фотограф больницы/ полиции;
- важнейшее значение имеет правильное обозначение пленки/ фотографий;
- фотографирование области гениталий может вызвать у пациентки крайнее смущение; такие фотографии следует делать лишь при определенном согласии пациентки на фотографирование, и если это действительно важно для расследования дела.

☐ Примечания о способах сбора образцов для судебно-медицинской экспертизы приведены на с. 19–20. При любых отклонениях от этой методики следует обращаться за рекомендациями в судебно-медицинскую лабораторию.

ОСМОТР

10. ПРИСУТСТВУЮЩИЕ

Имя(имена): . . . . . .

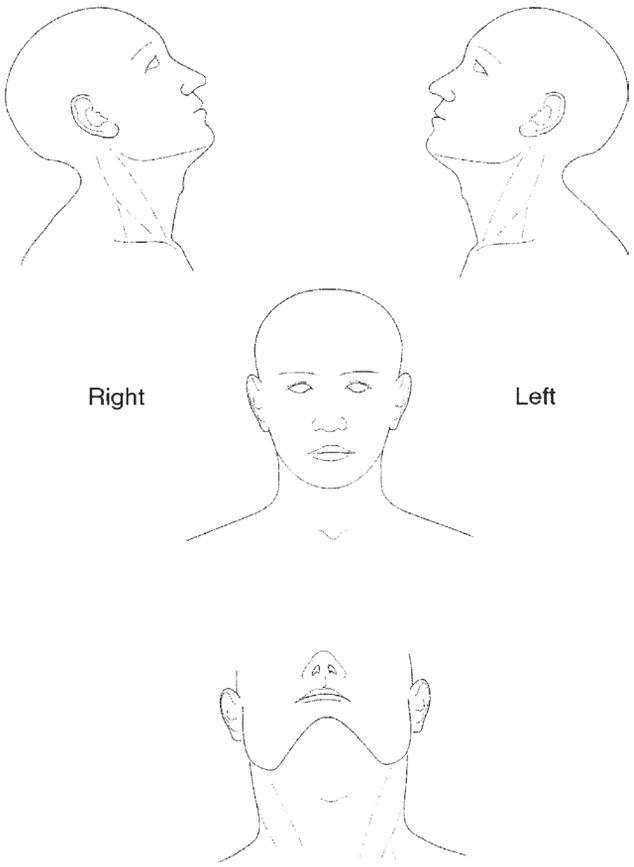
. . . . . .

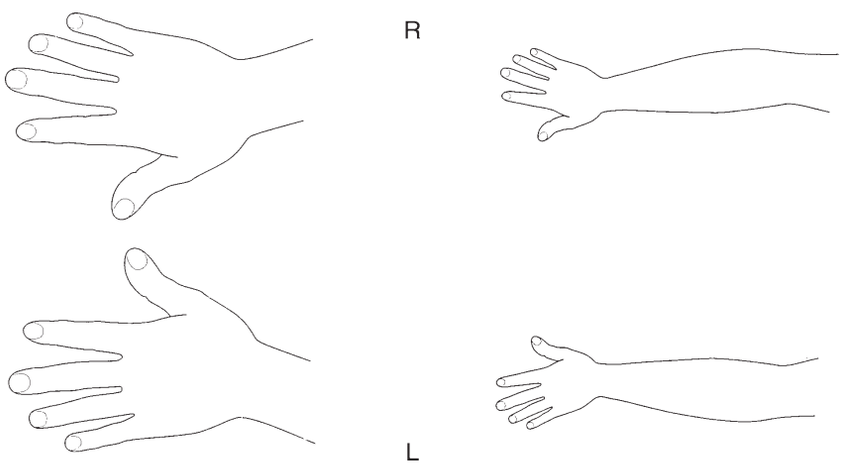
. . . . . .

. . . . . .

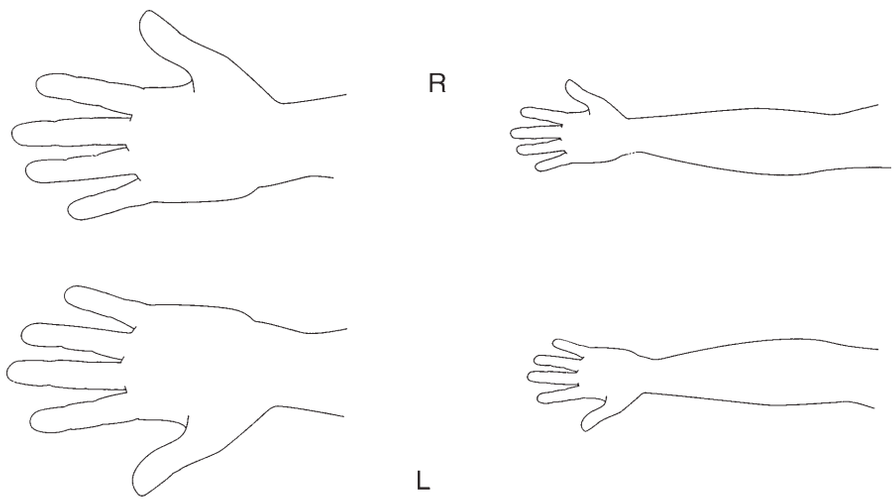
11. ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ВНЕШНИЙ ВИД (например, умственное, физическое, сексуальное развитие, одежда, эмоциональное состояние, влияние алкоголя/наркотиков)

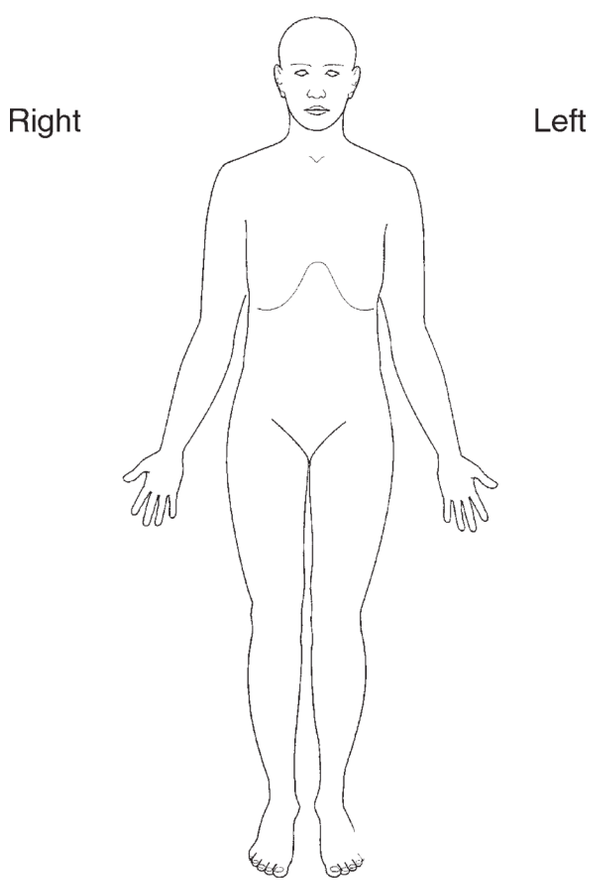
12. РЕЗУЛЬТАТЫ (примечания запишите здесь, используйте схемы тела для схематического отображения повреждений)



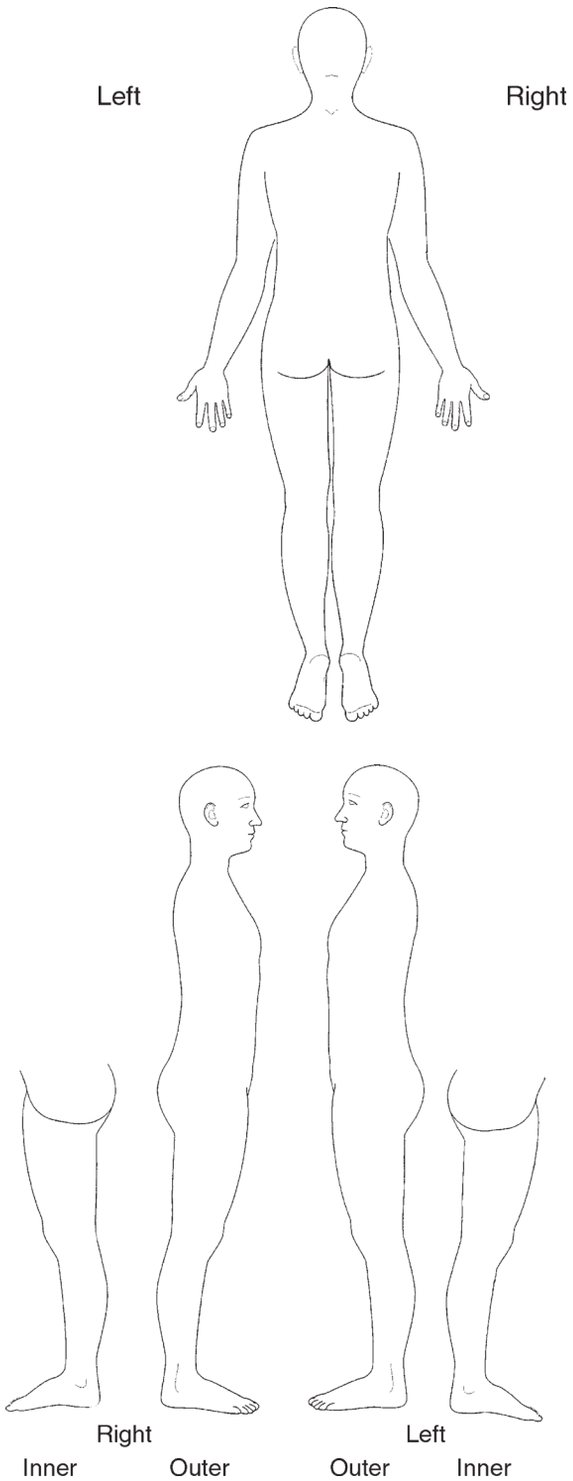


Right	Правая сторона
Left	Левая сторона



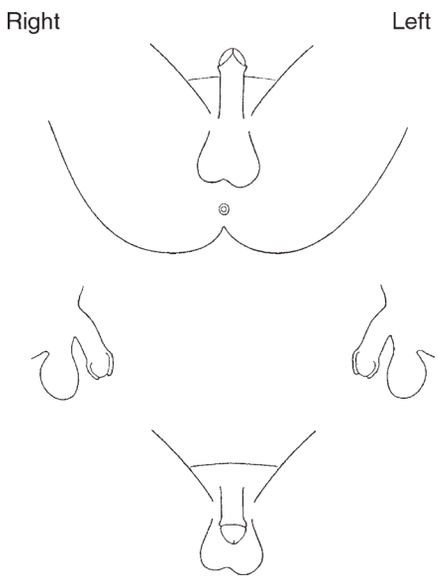


R	Правая
L	Левая

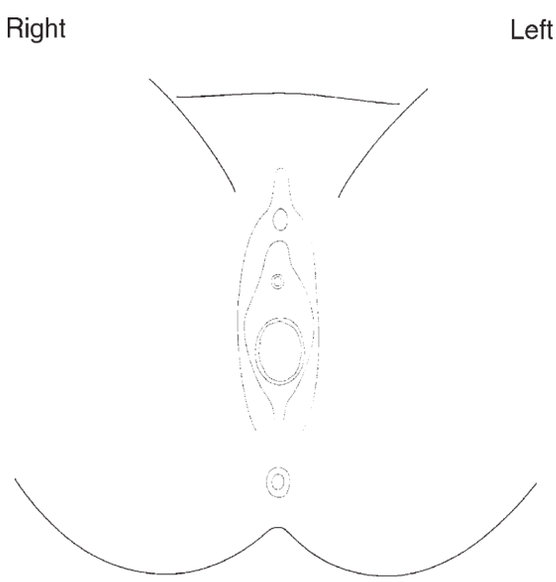


Right	Правая сторона
Left	Левая сторона
Outer	Внешняя
Inner	Внутренняя

При необходимости дорисуйте повреждения на груди.



Проводилась ли проктоскопия? ДА НЕТ
Результаты:



Проводился ли осмотр в зеркалах	ДА	НЕТ
Проводилась ли проктоскопия	ДА	НЕТ
Результаты:		

ПРОЧИЕ ДАННЫЕ

13. ФОТОГРАФИРОВАНИЕ Нет Да

Кто проводил?

Дата и время:

14. ПРЕДОСТАВЛЕННОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Экстренная контрацепция	Нет	Да	Подробная информация: . . . . .
Профилактика ИППП Профилактика	Нет	Да	Подробная информация: . . . . .
ВИЧ	Нет	Да	Подробная информация: . . . . .
Другое	Нет	Да	Подробная информация: . . . . .

15. КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ (АНАЛИЗ ЖИДКОСТЕЙ ТЕЛА) Нет Да

Подробная информация:

16. ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД (например, консультации врача, психологическое консультирование)

17. СВЯЗЬ С ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Письмом	Да	Нет
Телефонный звонок	Да	Нет

Подробная информация:

СБОР ОБРАЗЦОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Необходимо получить и документально оформить информированное согласие непосредственно на сбор образцов.

Объясните, что образцы будут использованы в процессе уголовного разбирательства, если будут привлечены судебные органы. Если о нападении не было заявлено (например, в полицию), сбор образцов (и хранение в течение какого-то времени) все же может быть полезен. Это следует объяснить пациентам.

Некоторые результаты анализов могут не предоставляться пациентам (в отличие от медицинских анализов, назначаемых лечащими врачами в диагностических целях).

Проконсультируйтесь в местной лаборатории о соответствующих типах образцов и обращении с ними. Например, не собирайте материалы для анализа ДНК, если ваша лаборатория такие анализы не проводит.

После сбора образцов они должны оставаться в поле зрения врача вплоть до момента передачи в полицию. Этот процесс называется «непрерывность хранения результатов судмедэкспертизы», его цель – избежать обвинений в подлоге/ мошенничестве с образцами. Запишите имя сотрудника правоохранительных органов, которому переданы образцы, а также дату и время передачи на второй и последней страницах этой формы (с. 21).

Инструкции для пациентов

Если пациент говорит, что имело место оральное проникновение и возможная эякуляция в ротовой полости, до сбора образцов судмедэкспертизы из ротовой полости пациентам не следует пить или чистить зубы. Если пациент хочет пить, образец из ротовой полости можно взять до сбора анамнеза и осмотра (см. ниже).

Используйте слова «взять», «сбор» вместо слов «изъять», «соскоб». В такой ситуации следует сохранять спокойствие.

Общие меры предосторожности

Во время осмотра и сбора образцов надевайте перчатки.

Все тампоны для взятия мазков для судмедэкспертизы должны быть сухими вначале и должны быть высушены после взятия мазка!

Закройте крышкой высушенные мазки и запечатайте их ярлыком с именем пациента, при его наличии.

Для обнаружения сперматозоидов в лаборатории понадобится предметное стекло и тампон.

Предметное стекло используется для обнаружения сперматозоидов (на схеме рядом показано, как помещать образец на предметное стекло).

Затем сперму с тампона используют для типирования ДНК
Образцы необходимо упаковать в пакет для биологически опасных материалов.

Как поместить мазок спермы на предметное стекло	

ЯРЛЫК ДЛЯ ОБРАЗЦА

Имя пациентки	Ада Уэллс
Дата и время сбора	01.10.02 04.00
Тип образца	Эндоцервикальный мазок
Имя врача	Д-р А. Уэлборн

Каждый образец необходимо снабдить идентификационной информацией (см. пример).

Порядок изъятия вещественных доказательств и сбора образцов

Одежда

Следовые улики, оставшиеся на одежде пациента, не будут утрачены, если пациент будет раздеваться над большим листом бумаги (лист). Это можно сделать, например, следующим образом: пациент встает на лист бумаги за ширмой и передает предметы одежды врачу по одному; каждый из них помещают в отдельный бумажный пакет. Запишите, какие предметы одежды были собраны. Уточните в полиции, какие предметы одежды нужны.

Лист

На листе могут остаться следовые улики в отношении нападавшего, например, лобковые волосы, волосы и волокна одежды.
На листе могут быть улики с места преступления, например, песок, волокна или растительность.
Лист складывают таким образом, чтобы внутри сохранились все вещественные доказательства, кладут в бумажный пакет и запечатывают ярлыком с именем пациента.
Гигиенические прокладки/тампоны
Эти предметы необходимо высушить и поместить в двойной бумажный пакет.

Подногтевое содержимое

Если предположить, что пострадавшая поцарапала нападавшего, под ногтями пациентки могли сохраниться ДНК, не принадлежащие пострадавшей, или волокна. Деревянную палочку можно разломать пополам, и использовать одну половинку для каждой руки, а остатки положить в стерильный контейнер для сбора мочи. Как вариант можно срезать ноготь (ногти), и срезанные ногти поместить в контейнер.

Волосы с головы для сравнения

Со всей головы следует срезать 20 характерных волос, поместить их на кусок бумаги, сложить ее, чтобы волосы не выпали, запечатать и поместить в пакет.

Мазок со слизистой оболочки полости рта

Сперматозоиды скапливаются в тех же местах, что и слюна. То есть больше всего их скапливается у пришеечного края десны у нижних зубов и под языком. Такой образец берут, если предполагается, что в течение последних 12-24 часов имело место оральное проникновение. Другой способ: дать пациенту 20-30 мл стерильной воды для полоскания рта и собрать потом эту воду в стерильный контейнер.

Слюна на коже

Можно получить ДНК нападавшего. Метод двойного мазка: (а) протереть место, куда попала слюна, тампоном, смоченным водопроводной водой, после чего (б) это же место протирают сухим тампоном. Оба мазка следует высушить на воздухе и передать в качестве образца.

Семенная жидкость на коже
Для участков кожи, где могла сохраниться высохшая семенная жидкость, можно также применить метод двойного мазка. Из обоих мазков (и влажного, и сухого) необходимо приготовить микроскопические препараты на предметных стеклах. Используйте этот метод для сбора образцов в любых местах, где произошла эякуляция, в том числе для вульвы и анального отверстия.

Расчесывание лобковых волос
Выполняется редко, и только если при осмотре замечены посторонние волоски. Передать в качестве образца гребень и полученные материалы. Собрать посторонние материалы тампоном для мазка и положить в стерильный контейнер.

Мазок влагалища
Мазок, который берется с помощью зеркала или без него, в зависимости от предпочтений пациентки/врача.

Эндоцервикальный мазок
Может собираться с помощью зеркала для прямой визуализации шейки матки. Для смазки зеркала следует использовать теплую воду.

Анальный и ректальный мазок
Можно использовать проктоскоп или можно сделать мазок заднепроходного отверстия без применения проктоскопа.

ДНК жертвы/ нападавшего для сравнения
Если не сообщается об оральном проникновении, можно взять мазок с внутренней поверхности щеки. В противном случае для анализа ДНК берут кровь (см. ниже)

Кровь на ДНК
Собирается в соответствующую трубку.

Кровь на наркотики
Используется обычная трубка.

Моча на наркотики
Дайте пациенту указания наполнить мочой целый стерильный контейнер.

ОБРАЗЦЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СУДМЕДЭКСПЕРТИЗЫ
Экземпляр для медицинского работника

ОБРАЗЦЫ
Одежда (пакетов) .....
Лист .....
Гигиеническая прокладка/тампон.....

ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА С ТЕЛА ПАЦИЕНТА
Мазок из ротовой полости и микроскопический препарат .....
Посторонние материалы на теле .....
Пятна на теле, напоминающие семя .....
Материал, напоминающий семя, на волосах головы .....
Материал, напоминающий семя, на лобковых волосах .....
Расчесывание лобковых волос .....
Подногтевое содержимое.....
Мазок с тела (для обнаружения слюны) (отметить место взятия) .....
Другое (указать) .....

ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА С ГЕНИТАЛИЙ И ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ
Посторонний материал .....
Влагалищный мазок, взятый с заднего свода, и микроскопический препарат.....
Эндоцервикальный мазок и микроскопический препарат .....
Анальный мазок и микроскопический препарат .....
Ректальный мазок и микроскопический препарат .....
Другое (указать) .....

ОБРАЗЦЫ ДЛЯ СРАВНЕНИЯ
Лобковые волосы .....
Волосы с головы .....
Мазок со слизистой оболочки рта на ДНК .....
Кровь на алкоголь и наркотики (простая трубка или пробирка с добавлением фторида натрия/ оксалата калия) .....
Моча на наркотики .....

ДРУГОЕ
Другие образцы (перечислите) ..... .

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАПЕЧАТАННЫХ ПАКЕТОВ

Указанные выше образцы переданы:

Имя: ....
Звание/ номер: .....
Отделение: .....
Дата и время: .....
Подпись: .....

Список сокращений и аббревиатур

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
АКН	Городская больница г. Вены
АРА	Американская ассоциация психиатров
BMWFJ	Министерство экономики, семьи и молодежи
CAADA	организация «Согласованная деятельность против домашнего насилия»
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
КЛДЖ (CEDAW)	Конвенция Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
CHANGE	организация «Центр здоровья и гендерного равенства»
CHEC	организация «Образование и лечение ВИЧ/СПИД в Камбодже»
CIDA	Канадское агентство международного развития
CoE	Совет Европы
CoE PA	Парламентская ассамблея Совета Европы
CSW	Комиссия по положению женщин
DALY	Год жизни с поправкой на здоровье
DEVAW	Декларация об искоренении насилия в отношении женщин
ДН	Домашнее насилие
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
EECARO	Региональный офис ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии
ESE	Ассоциация по эмансипации, солидарности и равенству женщин Республики Македония
FRA	Агентство Европейского союза по основным правам
ГН	Гендерное насилие
ОР	Общая рекомендация
НіТ	Система здравоохранения в переходный период
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
HRW	организация «Страж прав человека»
МЦРМП	Международный центр по развитию миграционной политики
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
МПК ООН	Межучрежденческий постоянный коммитет ООН
IDRC	Международный исследовательский центр по проблемам развития
IEC	Программы по направлению «Информация, образование и коммуникация»
IGWG	Межведомственная рабочая группа по гендерным вопросам
МОТ	Международная организация труда
IPPF	Международная федерация планирования семьи
НИП	Насилие со стороны интимного партнера
IRIS	Проект «Выявление случаев насилия и перенаправление пострадавших для повышения безопасности»
ВМС	Внутриматочная спираль
ЛСП	Логико-структурный подход
LSHTM	Лондонская школа гигиены и тропической медицины
MDF	Фонд «Управление для развития»
МиО	Мониторинг и оценка
mhGAP	Глобальная программа действий по психическому здоровью (Руководство ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью для неспециализированных медицинских учреждений и врачей общей практики)

НЗИ	Наиболее значимое изменение
МВ	Меморандум о взаимопонимании
СП	Средства проверки
MWIA	организация «Международное объединение женщин-врачей»
НПО	Неправительственная организация
КСР ОЭСР	Комитет по содействию развитию Организации экономического сотрудничества и развития
УВКПЧ ООН	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОПИ	Объективно проверяемые индикаторы
РАНО	Панамериканская организация здравоохранения
PATH	организация «Программа оптимальных технологий в здравоохранении»
ПКП	Постконтактная профилактика
PICUM	организация «Платформа международного сотрудничества по вопросам недокументированной миграции»
PROI	Ассоциация PROI (Босния и Герцеговина)
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство
УОР	Управление, ориентированное на достижение результата
РК	Республика Казахстан
ЗИ	Значимое изменение
SMART	Критерии для оценочных индикаторов: конкретные и простые, измеряемые, целесообразные и достижимые, реалистичные, с четко установленными сроками
СОП	Стандартные операционные процедуры
SPECSS	Разрыв отношений, беременность, эскалация насилия, культурные факторы, преследование, сексуальное насилие
SPICED	Критерии для оценочных индикаторов: субъективность, участие, проверка и сравнение, повышение компетентности, многообразие и разнообразиеИППП Инфекции, передающиеся половым путем
СН	Сексуальное насилие
ООН	Организация Объединенных Наций
ДЭСВ ООН	Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам
UNDG	Группа по вопросам развития ООН
ПРООН	Программа развития ООН
ДОИ ООН	Департамент общественной информации ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
УНП ООН	Управление ООН по борьбе с наркоманией и преступностью
UNSCR 1244	Резолюция 1244 Совета безопасности ООН (Край Косово)
WAVE	Сеть «Женщины против насилия в Европе»
ВОЗ (WHO)	Всемирная организация здравоохранения
WHPC	организация «Центр охраны здоровья женщин» (Белград)
РЗП	Регион Западного полушария

Глоссарий

Агрессор
Человек, группа или организация, которые непосредственно совершают, поддерживают и (или) оправдывают насилие в отношении лица или группы лиц.

Брак по принуждению
Союз двух лиц, из которых по крайней мере одно не дало свое полное и свободное согласие на брак (CoE PA 2005).

Брак с несовершеннолетним (или ранний брак)
Союз двух лиц, из которых по крайней мере одно моложе 18 лет (CoE PA 2005).

Вмешательство
Любое действие, предпринимаемое в целях искоренения ГН. Вмешательство может носить профилактический или реактивный характер и реализоваться в разных формах, таких как законы, политика, крупномасштабные программы или отдельные проекты. В контексте реагирования системы здравоохранения на ГН «вмешательство» понимается как любые действия, предпринимаемые медицинскими работниками по отношению к пострадавшим от ГН в целях выявления случая ГН, оказания первичной помощи и другого медицинского обслуживания, а также перенаправления пострадавших в другие службы.

Всеобщий скрининг (см. обычный опрос)

Вредная практика
Любые действия, совершаемые преднамеренно людьми над телом или личностью других человеческих существ не в силу терапевтических показаний, а исходя из культурных или социально-традиционных мотивов, и негативно отражающиеся на здоровье и правах жертв такой практики. Примеры вредной практики включают ранние/принудительные браки, калечащие операции на женских половых органах/ женское обрезание, выбор пола ребенка и ритуалы, связанные со вдовством (по материалам UN Women Virtual Knowledge Centre).

Выбор пола будущего ребенка
Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков, который может происходить до установления беременности и во время беременности путем определения пола будущего ребенка и избирательных абортов или после рождения ребенка путем убийства младенцев или неисполнения родительских обязанностей по отношению к ребенку (OHCHR/UNFPA/UNICEF/UN Women/WHO 2011). Выбор пола ребенка до рождения – это практика использования медицинских процедур для выбора пола потомства. Термин «выбор пола» охватывает ряд практик, включая выбор эмбрионов для переноса и имплантации после экстракорпорального оплодотворения, сортировку спермы и избирательное прерывание беременности (WHO Genomic resource centre).

Гендер
Социально обусловленные самобытные признаки, атрибуты и роли, отводимые женщинам и мужчинам в обществе. Хотя пол и связанные с ним биологические функции запрограммированы генетически, гендерные роли и отношения власти, которые они отражают, являются социальным конструктом - в разных культурах и в разное время они различны и, таким образом, подвержены изменениям. Гендерные роли и характеристики существуют не изолированно, а определяются по отношению друг к другу и через отношения между женщинами и мужчинами, девочками и мальчиками (по материалам MWIA 2002, WHO без указания даты).

Гендерное насилие
Насилие, «которое направлено на женщину, потому что она является женщиной, или же несоразмерно затрагивает женщин» (ОР № 19 к КЛДЖ, Ст. 3 Стамбульской конвенции). В настоящем руководстве термины «гендерное насилие» и «насилие по отношению к женщинам» взаимозаменяемы.
Десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движения глазных яблок
Такая форма терапии предполагает стандартные процедуры, включающие одновременное сосредоточение на (а) спонтанных ассоциациях травмирующих образов, мыслей, эмоций и телесных ощущений и (б) двусторонней стимуляции, чаще всего в виде повторяющихся движений глаз. В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, которая сосредоточивает внимание на травме, десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движения глазных яблок подразумевает терапию, которая проводится без подробного описания события, при этом непосредственно не подвергаются сомнению убеждения человека, и не требуется длительного воздействия (WHO 2013).

Домашнее насилие
«Все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими» (Статья 3 Стамбульской конвенции). Две основные формы домашнего насилия – это насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей (Стамбульская конвенция и Отчет с пояснениями).

Задача
Предполагаемые физические, финансовые, организационные, социальные, экологические или другие результаты, достижению которых, как ожидается, будет содействовать вмешательство (OECD-DAC 2009).

Изнасилование
Проникновение в вульву или анус с помощью пениса или другой части тела или предмета с применением физической силы или иного вида принуждения, хотя юридическое определение изнасилования может быть различным, и в некоторых случаях также может включать оральное проникновение (WHO 2002, процитировано в источнике WHO 2013).

Исследование распространенности
В контексте ГН исследования распространенности направлены на определение масштабов ГН. Обычно изучение распространенности явления проводится путем исследований с участием населения. Эти исследования построены с использованием случайно отобранных образцов; поэтому их результаты характерны для более обширной группы населения (UN Secretary-General 2006).

Клинический опрос (или выявление случая заболевания/эпизода насилия)

В контексте насилия со стороны интимного партнера означает выявление женщин, подвергающихся насилию, среди посетительниц учреждений здравоохранения. Для этого задают вопросы о текущем состоянии, истории насилия и, если это необходимо, проводят осмотр пациентки. Значение термина отличается от значения терминов «скрининг» и “обычный опрос» (WHO 2013).

Когнитивно-поведенческая терапия

В основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) лежит предпосылка, что эмоции и поведение человека в большей степени зависят от его убеждений и установок, чем от внешних факторов, таких как люди и события. У людей могут возникать нереалистичные или искаженные представления, которые при отсутствии сдерживающих факторов могут привести к неправильному поведению. КПТ обычно подразумевает наличие когнитивного (помочь человеку развить способность выделять и подвергать сомнению нереалистичные негативные мысли) и поведенческого компонентов. Содержание КПТ изменяется в зависимости от конкретных расстройств психики пациента (WHO 2013).

Конечный результат

Вероятный или достигнутый краткосрочный и среднесрочный эффект непосредственных результатов вмешательства (OECD-DAC 2009).

Мониторинг

Постоянное, регулярное, систематическое и целенаправленное наблюдение, сбор информации и регистрация мероприятий, проектов, программ, стратегий и (или) политики. Проводить мониторинг - значит контролировать ход работ, чтобы выявить сложности с реализацией мероприятий и рекомендовать необходимые действия. Мониторинг направлен на повышение эффективности и результативности инициативы и достижение непосредственных и долгосрочных результатов по итогам выполнения мероприятий. Оценка подразумевает информирование доноров, исполнителей и получателей о ходе работ. Мониторинг всегда проводится во время реализации мероприятий, проектов, программ, стратегий и (или) политики (ICMPD 2010).

Насилие над женщинами

«Любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни” (Статья 1 DEVAW). Среди прочего, насилие в отношении женщин включает: «(a) Физическое, сексуальное и психологическое насилие в семье, включая избиение, сексуальное преследование девочек в домохозяйстве, насилие, связанное с приданым, супружеское изнасилование, калечащие операции на женских половых органах и другая традиционная практика, наносящая вред женщинам, насилие со стороны не супруга и насилие, связанное с эксплуатацией; (b) физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящие на уровне местного сообщества, в том числе, изнасилование, сексуальное преследование, сексуальные домогательства и устрашение на рабочем месте, в образовательных учреждениях и других местах, торговля женщинами и принудительная проституция; (c) физическое, сексуальное и психологическое насилие, совершаемое государством или при его попустительстве, где бы оно ни происходило (Статья 2 DEVAW). В этом руководстве термины «гендерное насилие» и « насилие по отношению к женщинам» взаимозаменяемы.

Насилие со стороны интимного партнера

Поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический, сексуальный или психологический ущерб, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения. Это насилие как со стороны нынешних, так и бывших супругов и интимных партнеров (WHO 2013).

Непосредственные результаты
Продукты, капитал, товары и услуги, ставшие результатом вмешательства; в их число также могут входить изменения, произошедшие в результате вмешательства и необходимые для достижения конечных результатов (OECD-DAC 2009).

Обычный опрос (или всеобщий скрининг)
Иногда используется для описания опроса для установления факта насилия со стороны интимного партнера, не прибегая к медицинским критериям полной скрининговой программы; также может использоваться для обозначения низкого порогового значения для женщин, у которых в рабочем порядке спрашивают о жестоком обращении, когда они находятся в медицинском учреждении, но не обязательно всех женщин (WHO 1968, Taket et al 2003, все процитировано в источнике WHO 2013).

Обязательное информирование
Предусмотрено законодательством некоторых стран или государств, согласно которому физические лица или назначенные лица, например, поставщики медицинских услуг обязаны сообщать (обычно в полицию или систему юстиции) о любом эпизоде домашнего насилия (фактическом или подозреваемом) или насилия со стороны интимного партнера. Во многих странах требование об обязательном информировании касается, в первую очередь, случаев жестокого обращения с детьми или дурного обращения с несовершеннолетними, однако в некоторых странах такое требование распространяется также на случаи насилия со стороны интимного партнера (WHO 2013).

Оценка
Систематический сбор и анализ данных для оценки актуальности, эффективности и длительного воздействия мероприятий в свете задач проекта. Это в том числе оценка сильных и слабых сторон проектов, программ, стратегий и (или) политики, направленная на повышение их эффективности. Оценка подразумевает информирование доноров, исполнителей и получателей о ходе работ. Оценка обычно проводится либо в течение срока реализации программы (промежуточная оценка) для определения достижений проекта и внесения корректировок в процессе его реализации или после завершения программ (заключительная оценка) (ICMPD 2010).

Перенаправление
Процесс, описывающий, как женщина обращается к отдельному специалисту или в учреждение со своей проблемой, а специалисты или учреждения, в свою очередь, сотрудничают и обмениваются между собой информацией, чтобы обеспечить пострадавшей всестороннюю поддержку. Партнерами в системе перенаправления пострадавших обычно являются различные правительственные ведомства, женские организации, общественные организации, медицинские и другие учреждения (UNFPA 2010).

Поставщик медицинских услуг
Человек или организация, систематически предоставляющие медицинское обслуживание. Индивидуальный поставщик медицинских услуг - это специалист-медик, медико-санитарный работник или любой другой человек, имеющий медицинскую подготовку и компетентный в вопросах медицины. В число таких лиц могут входить непрофессиональные медицинские работники, получившие частичное образование для оказания помощи на уровне местного сообщества. В число организаций входят больницы, клиники, центры первичной медицинской помощи и другие пункты обслуживания. В настоящем руководстве термин «поставщик медицинских услуг» обычно означает работника, оказывающего первичную помощь (медсестра, акушерка, врач и другие) (WHO 2013).

Пострадавшая/жертва
Женщина или девушка, которая подверглась ГН в любой форме. В соответствии с международным правом «жертва» определяется как «любое физическое лицо, подвергающееся [насилию в отношении женщинили домашнему насилию]" (Статья 1 Стамбульской конвенции). Оба термина зачастую используются в качестве синонимов. Чтобы подчеркнуть, что женщины и девушки, испытавшие насилие, не «пассивные» жертвы, что они активно пытаются положить конец насилию и обращаются за защитой и поддержкой (WAVE 2008), в настоящей публикации используется термин «пострадавшая», за исключением ссылок на терминологию, используемую в международном праве в сфере прав человека, или в зависимости от контекста (например, если речь идет об убийстве).

Посттравматическое стрессовое расстройство
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может развиться после того, как человек подвергнется влиянию одного или более психотравмирующих событий, таких как сексуальное насилие, серьезная травма или угроза смерти. Такой диагноз может быть поставлен в случае, когда группа характерных симптомов, таких как психопатологические переживания, избегание либо выпадение памяти о травмирующих событиях и высокий уровень тревожности сохраняется на протяжении более месяца после психологической травмы (APA 2013).

Похищение невесты
Похищение женщины или девушки против ее воли путем обмана или силой, а также применение физического или психологического принуждения, чтобы заставить ее выйти замуж за одного из похитителей (HRW 2006).

Психологическое насилие
Действие или ряд действий, напрямую нарушающих психологическую неприкосновенность женщины. Проявления психологического насилия включают: угрозы насилия и причинения вреда женщине или близкому ей человеку на словах или посредством действий (например, преследование или демонстрация оружия); домогательства и преследования на рабочем месте; унижение и оскорбительные замечания; изоляция и ограничение общения (например, запереть женщину дома, заставить ее уйти с работы или запретить женщине обращаться к врачу); а также использование детей интимным партнером, совершающим насилие, чтобы контролировать женщину или причинить ей вред (например, нападение на ребенка; принуждение детей к тому, чтобы они смотрели, как нападают на их мать; угрозы забрать детей или похищение ребенка). Эти действия представляют собой одновременно насилие над детьми и над женщинами (по материалам Warshaw/Ganley 1996).

Ранний брак (см. брак с несовершеннолетним)

Распространенность
Число лиц, для которых свойственна определенная характеристика или проблема, поделенное на число лиц в изучаемой популяции, которые, как считается, подвергаются риску этой проблемы; обычно выражается в процентах (WHO/PATH 2005).

Расширение возможностей
Процесс оказания такой помощи женщинам, которая поможет им в большей степени контролировать свою жизнь и принимать решения о своем будущем, согласно теории расширения возможностей Даттона. Даттон указывает, что женщины, подвергающиеся насилию, не «больны», на самом деле они находятся в «нездоровой обстановке», а потому при реагировании необходимо продемонстрировать понимание ситуации и принять во внимание, что у этих женщин другие потребности в поддержке, защите их интересов и исцелении. Расширение возможностей – это ключевая особенность мер вмешательства, направленных на отстаивание интересов женщин, и некоторых (например таких, как краткая консультация) мер психологической помощи (Dutton 1992, процитировано в источнике WHO 2013).

Ребенок
Каждое человеческое существо до достижения восемнадцатилетнего возраста, за исключением случаев, когда согласно применимому законодательству совершеннолетие наступает ранее этого срока (CRC 1989).

Результаты
Общий термин для обозначения непосредственных результатов, конечных результатов (среднесрочных изменений) или долгосрочного воздействия (долгосрочного изменения), как запланированных, так и незапланированных, как положительных, так и отрицательных, возникших вследствие определенного вмешательства.

Самоубийства пострадавших после эпизодов домашнего насилия
Самоубийства, совершаемые женщинами, чтобы избавиться от насилия и угнетения; иногда к самоубийствам подстрекают члены семьи, упрекая женщину в «несоответствующем» или «недостойном» поведении. В некоторых случаях зарегистрированные случаи самоубийства могут на самом деле прикрывать фактические убийства (UN Special Rapporteur VAW 2007).

Сексуальное домогательство
«Любая форма нежелательного словесного, несловесного и физического поведения сексуального характера в целях или с намерением подорвать достоинство человека, в частности, при создании угрожающей, враждебной, унижающей достоинство или оскорбительной и унизительной обстановки (Статья 2 Директивы 2006/54/EC). На рабочем месте сексуальное преследование зачастую проявляется в двух формах: когда лицо, виновное в преследовании, предоставляет жертве определенные льготы на рабочем месте – например, повышение заработной платы, продвижение по службе или даже продление контракта – при условии, что жертва согласится на требования принять участие в какой-либо форме сексуального поведения; или когда поведение лица, осуществляющего преследование, создает враждебную и угрожающую обстановку на рабочем месте (по материалам ILO, без указания даты).

Сексуальное нападение
Как одна из разновидностей сексуального насилия сексуальное нападение обычно подразумевает применение физической или иной силы для совершения полового акта или попытки сексуального проникновения. Это, в том числе, изнасилование, которое определяется как проникновение в вульву или анус с помощью пениса или другой части тела или предмета с применением физической силы или иного вида принуждения, хотя юридическое определение изнасилования может быть различным, и в некоторых случаях также включает оральное проникновение (WHO 2002, процитировано в источнике WHO 2013).

Сексуальное насилие
Любой половой акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но не ограничиваясь ими (WHO 2002, процитировано в материалах WHO 2013).

Система здравоохранения

Система здравоохранения — это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.Многие национальные системы здравоохранения включают государственный, частный, традиционный и неофициальный сектора. Четыре основные функции систем здравоохранения определены как предоставление услуг, формирование ресурсов, финансирование и руководство. Окончательная ответственность за общее функционирование системы здравоохранения в стране лежит на правительстве, но разумное руководство в районах, муниципальных округах и отдельных медицинских учреждениях также очень важно. Усиление систем здравоохранения и их функционирование на более справедливой основе признано основными стратегиями борьбы с нищетой и содействия развитию (WHO 2005b; WHO health topics).

Система перенаправления

Комплексная институциональная структура, которая объединяет различные организации, с четко определенными и разграниченными (хотя в некоторых случаях дублирующимися) сферами ответственности, обязанностями и полномочиями в единую сеть сотрудничества, целью которой является обеспечение защиты и оказания помощи пострадавшим в достижении ими полного восстановления и расширения их прав и возможностей, предотвращение гендерного насилия и судебное преследование агрессоров (так называемый принцип трех «П»). Механизмы перенаправления пациентов работают на основе налаживания эффективных каналов коммуникации и определяют четкие пути и процедуры перенаправления пострадавших, с указанием ясных и простых схем действий.(UNFPA 2010)

Средства проверки

Источники качественной или количественной информации, которые помогут определить, достигнуты ли показатели и результаты (ICMPD 2010).

Торговля женщинами

Наем, перевозка, передача, укрывательство или прием женщины путем угроз или применения силы или других форм принуждения, захвата, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимым положением женщины, или совершения или приема платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего женщину, с целью эксплуатации. Эксплуатация включает, как минимум, эксплуатацию проституции других лиц или другие формы сексуальной эксплуатации, принудительный труд или обслуживание, рабство или практики, аналогичные рабству, порабощение или удаление органов. Наем, транспортировка, перемещение, предоставление приюта или прием ребенка в целях эксплуатации считается «торговлей людьми», даже если при этом не используются какие-либо перечисленные выше средства принуждения (по материалам UN 2000).

Триангуляция

Использование трех или более теорий, источников или типов информации или видов анализа для проверки и обоснования оценки. Комбинируя несколько источников данных, методов, видов анализа или теорий, оценщики ставят перед собой цель преодолеть субъективность, связанную с наличием одного источника информации, одного метода, одного наблюдателя или одной теории для проведения исследования (OECD-DAC 2009).

Убийства «во имя чести»

Практика убийства женщин или девушек, подозреваемых в том, что они опорочили честь своей семьи недостойным поведением. Такое убийство может совершить брат, отец, дядя или другой родственник, который таким образом восстановит честь семьи. Убийства во имя чести совершаются в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи. Тогда женщину убивает родственник-мужчина, чтобы восстановить честное имя семьи в обществе. Даже подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, и поэтому достаточным поводом, чтобы оправдать убийство женщины. Обычно мужчины, совершившие убийство, остаются безнаказанными или получают меньший срок (UN Women Virtual Knowledge Centre).

Управление, ориентированное на результаты

Стратегия управления, сосредоточенная на эффективности (затраты, ресурсы, деятельность) и достижении непосредственных результатов, конечных результатов и долгосрочного эффекта. Управление, ориентированное на результаты, выделяет стратегические элементы, такие как результаты, конечные результаты, долгосрочное воздействие и непосредственные результаты, и причинно-следственную связь между ними, опираясь на ряд предположений и выявленных рисков. Этот подход предполагает, в том числе, формулировку актуальных индикаторов для определения успешности и эффективности (OECD-DAC 2009).

Физическое насилие

Применение физической силы, приводящее к телесным повреждениям, боли или травмам. Тяжесть травмы варьируется от минимального повреждения тканей до перелома костей, тяжелых увечий и смерти. Проявления физического насилия включают следующие действия: шлепки, толкание, отталкивание, удары кулаком, избиение, царапины, удушение, укусы, хватание, тряска, плевки, ожоги, выкручивание части тела, насильственное принуждение к употреблению какого-либо вещества; ограничение свободы женщины с целью помешать ей обратиться за медицинской или другой помощью; использование бытовых предметов, чтобы нанести удар или колющую рану женщине, использование оружия (ножи, огнестрельное оружие) (по материалам источника Warshaw/Ganley 1996).

Цепочка результатов

Причинно-следственная последовательность действий для проекта развития, которая оговаривает необходимую последовательность для достижения желаемых задач, начиная с затраченных ресурсов, через деятельность и непосредственные результаты и до конечных результатов, долгосрочного воздействия и ответной реакции (OECD-DAC 2009).

Экономическое насилие

Экономическое насилие применяется с целью запрета или контроля доступа женщины к ресурсам, в том числе, времени, деньгам, транспорту, пище или одежде. Проявления экономического насилия: запрет на работу для женщины; исключение женщины из процесса принятия решений в семье; удержание денег или финансовой информации; отказ оплачивать счета или содержать женщину или детей; разрушение совместно нажитого имущества (по материалам источника Warshaw/Ganley 1996).

Литература

Международные конвенции, декларации и договоры

Организация Объединенных Наций

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 19, 1992 г. - Насилие в отношении женщин. (ОР № 19 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 24, 1999 г. - Женщины и здоровье. (ОР № 24 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 25, 2004 г. - Временные особые меры. (ОР № 25 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 26, 2006 г. - Женщины - трудовые мигранты. (ОР № 26 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 27, 2010 г. - Пожилые женщины и защита прав человека. (ОР № 27 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 28, 2010 г. - Основные обязательства государств-участников в соответствии со Статьей 2 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. (ОР № 28 к КЛДЖ)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 30, 2013 г. - Женщины при предотвращении конфликтов, во время военных конфликтов и в послевоенных условиях. (ОР № 30 к КЛДЖ)

Официальный сайт Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx.

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Заявление о сельских женщинах, 2011. (CEDAW 2011)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Заключительные замечания, Турция, 46-ая сессия, 12-30 июля 2010 г., CEDAW/C/TUR/CO/6. (CEDAW 2010)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Заключительные замечания, Албания, 46-ая сессия, 12-30 июля 2010 г., CEDAW/C/ALB/CO/6. (CEDAW 2010a)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Мнения от 1 октября 2007 г., Фатима Йилдирим (покойная) против Австрии, Сообщение № 6/2005, CEDAW/C/39/D/6/2005.

Конвенция о правах ребенка, 1989 г. (CRC 1989)

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), 1979 г. (CEDAW 1979)

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), 1992 г. (CEDAW 1992)

Декларация об искоренении насилия в отношении женщин (DEVAW), 1993 г. (DEVAW 1993)

Протокол о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказании за нее, дополняющий Конвенцию Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности, 2000 г. (UN 2000)

Резолюция Совета безопасности № 1820 (2008 г.) о женщинах, мире и безопасности. (Security Council 2008)

Совет Европы

Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием, 2011 г. (Стамбульская конвенция)

Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием. Отчет с пояснениями, 2011 г. (Отчет с пояснениями к Стамбульской конвенции)

Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием, официальный сайт Бюро договоров Совета Европы: http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=210&CM=1&CL=ENG

Парламентская ассамблея, Резолюция № 1829 (2011 г.) о выборе пола будущего ребенка, 2011 г. (CoE PA 2011)

Парламентская ассамблея, Резолюция № 1468 (2005 г.) о принудительных браках и браках с несовершеннолетними, 2005 г. (CoE PA 2005)

Рекомендация Рек(2002)5 Комитета министров государствам-членам о защите женщин от насилия, 2002 г. (CoE 2002)

Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе

Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе, Решение Министерского совета ОБСЕ № 15/05 “Предотвращение и борьба с насилием в отношении женщин”. (OSCE 2005)

Европейский союз

Директива 2006/54/ЕС Европейского парламента и Совета от 5 июля 2006 года о реализации принципа равных возможностей мужчин и женщин и равного к ним отношения в вопросах труда занятости (изменение) (Директива 2006/54/ЕС)

Agency for Gender Equality (2008), Security begins at home: research to inform the first national Strategy and Action plan against Domestic violence in Kosovo, authors: Nicole Farnsworth, Ariana Qosaj-Mustafa for the Kosova Women's Network. (Agency for Gender Equality 2008)

Статистическое агентство Республики Казахстан, ЮНИСЕФ, ЮНФПА (2012) Многоиндикаторное кластерное исследование в Республике Казахстан, 2011-2012 гг., (Agency of Statistics et al 2012)

Albanian Institute of Statistics, **UNDP (2013),** Domestic Violence in Albania: National Population Based Survey, author: Robin N. Haarr. (INSTAT/UNDP 2013)

Albanian Institute of Statistics, **UNDP (2009),** Domestic Violence in Albania: A National Population Based Survey, authors: Robin N Haarr, Milikia Dhamo. (INSTAT/UNDP 2009)

American College of Emergency Physicians (1999), Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient, Dallas, TX. (American College of Emergency Physicians 1999)

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). (APA 2013)

Association for Emancipation, Solidarity and Equality of Women of Republic of Macedonia – ESE (2007), Life in a shadow, authors: Violeta Chacheva, Jasminka Friscik, and Stojan Mishev. (ESE 2007)

Association PROI (2011), Survey on the prevalence of gender-based violence against female sex workers in Bosnia and Herzegovina, authors: Bakh Uliana, Samir Ibisevic. (PROI 2011)

ASTRA (2012), Reclaiming and redefining rights: setting the adolescent and young people SRHR Agenda Beyond ICPD+20, Eastern Europe Region Fact Sheet. (ASTRA 2012)

Bacchus, Loraine J., **Aston, Gillian, Vitolas, Carlos Torres, Jordan, Peter, Murray, Susan F. (2007)**, A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary medicine services at Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust, Kings College London. (Bacchus et al 2007)

Bacchus, Loraine J., **Bewley, Susan, Fernandez, Carmen, Hellbernd, Hildegard, Lo Fo Wong, Sylvie, Otasevic, Stanislava, Pas, Leo, Perttu, Sirkka, Savola, Tina (2012),** Health Sector Responses to Domestic Violence: Promising Intervention Models in Primary and Maternity Health Care Settings In Europe, London School of Hygiene & Tropical Medicine. (Bacchus et al 2012)

Bacchus, Loraine J., **Bewley, Susan, Vitolas, Carlos Torres, Aston, Gillian, Jordan, Peter, Murray, Susan F. (2010)**, Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital, *Reproductive Health Matters*, 18 (36): 147-157. (Bacchus et al 2010)

Bacchus, Lorraine J., Mezey, Gill, Bewley, Susan (2002), Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(1): 9-16. (Bacchus et al 2002)

Black, Michelle C. (2011), Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 428–439. (Black 2011)

Bloom, Shelah (2008), Violence against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. (Bloom 2008)

Bott, Sarah, Morrison, Andrew, Elsberg, Mary (2005), Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis, World Bank Policy Research Working Paper 3618. (Bott et al 2005)

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2010), Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, author: Barbara Schleicher, Vienna. (BMWFJ 2010)

Burnam, M. Audrey, Stein, Judith A., Golding, Jacqueline M., Siegel, Judith M., Sorenson, Susan B., Forsythe, Alan B., Telles, Cynthia A. (1988), Sexual Assault and Mental Disorders in a Community Population, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 56(6): 843-850. (Burnam et al 1998)

Centrul de Sociologie Urbana Si Regionala (2008), Violenta Domestica in Romania, Ancheta Sociologica la Nisel National. (Centrul de Sociologie Urbana Si Regionala 2008)

Casey, Maeve (1988), Domestic Violence against Women: The Women's Perspective, Dublin, Ireland: Federation of Women's Refugees. (Casey 1988)

Center for Health and Gender Equity (1999), Ending Violence Against Women, *Population Reports*, L(11), December 1999, authors: Lori Heise, Mary Ellsberg, Megan Gottemoeller, Population Information Program of the Johns Hopkins University School of Public Health. (CHANGE 1999)

Civic Research Institute (2000), Sexual Assault Report, March/April 2000, 3(4): 58. (Civic Research Institute 2000)

Colombini, Manuela, **Mayhew, Susannah, Watts, Charlotte (2008),** Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities, *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8): 577-656. (Colombini et al 2008)

Coordinated Action against Domestic Abuse (2011), Independent Domestic Violence Advisor Training – 2011. Block 1. Ethics, role and skills of an Independent Domestic Violence Advisor (IDVA). (CAADA 2011)

Council of Europe Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence (2008), The Final Activity Report, EG-TFV, 6. (CoE 2008)

Davies, Rick, Dart, Jess (2005), The most significant change technique. (Davies/Dart 2005)

Department of Health (2005), United Kingdom, Responding to Domestic Abuse: A handbook for Health Professionals. (Department of Health 2005)

Department of Health (2004), State of New York, Protocol for the Acute Care of the Adult Patient Reporting Sexual Assault, Appendix O, Special Considerations for Caring for Diverse Population. (Department of Health 2004)

Department of Health (undated), United Kingdom, Health Visiting and School Nursing Programmes: Supporting implementation of the new service model, No.5: Domestic Violence and Abuse –Professional Guidance. (Department of Health undated)

«Врачи детям» (2010) Протокол межведомственного взаимодействия по оказанию помощи женщинам, пострадавшим от насилия, Санкт-Петербург (Doctors for children 2010)

Domestic Abuse Intervention Programs, The Duluth Model: http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html. (Domestic Abuse Intervention Programs)

Durrant, Joan (2005), Corporal punishment: prevalence, predictors and implications for child behaviour and development, in Stuart. N. Hart (ed.), Eliminating Corporal Punishment, 49-90, Paris: UNESCO. (Durrant 2005)

Dutton, Mary Ann (1992), Empowering and healing the battered woman, A model for assessment and intervention, New York: Springer Publishing Company. (Dutton 1992)
Earl, Sarah, **Carden, Fred, Smutylo, Terry (2001),** Outcome mapping: Building learning and reflection into development programs. (Earl at al 2001)

Earl, Sarah (undated), What is outcome mapping, Outcome Mapping, Those Who Dream Make a Difference, Ottawa. (Earl undated)

European Union Agency for Fundamental Rights (2014), Violence against women: an EU-wide survey, Main results, Luxembourg. (FRA 2014)

Warshaw, Carole, Ganley, Anne L. (1996), Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers, Family Violence Prevention Fund. (Warshaw/Ganley 1996)

Federal Chancellery – Federal Minister for Women and Consumer Protection, Ten Years of Austrian Anti-Violence Legislation (2008), International Conference in the Context of the Council of Europe Campaign to Combat Violence against Women, Including Domestic Violence, 5 November 2007, Vienna and St. Pölten, Austria. (Federal Chancellery 2008)

Feder, Gene, Davies, Roxane Agnew, Baird, Kathleen, Dunne, Danielle, Eldridge, Sandra, Griffiths, Chris, Gregory, Alison, Howell, Annie, Johnson, Medina, Ramsay, Jean, Rutterford, Clare, Sharp, Debbie (2011), Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial, *The Lancet*, 378(9805): 1788-1795. (Feder et al 2011)

Female & Feminist's NGOs Initiatives on CEDAW – Kazakhstan (2014), Combined Third and Fourth Alternative Report to the UN CEDAW Committee. (Female & Feminist's NGOs Initiatives 2014)

Finkelhor, David (1994), The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 18(5): 409-417. (Finkelhor 1994)

Frankel, Nina, **Gage, Anastasia (2007),** M&E Fundamentals: A Self Guided Minicourse, U.S Agency for International Development, MEASURE evaluation, Interagency Gender Working group, Washington D.C. (Frankel 2007)

Fröschl, Elfriede, Löw, Sylvia (1996), Gegen Gewalt an Frauen handeln. Österreichisches Grundkonzept, Vienna. (Fröschl/Löw 1996)

Gage, Anastasia, **Dum, Melissa (2009),** Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence Prevention and Mitigation Programs, U.S Agency for International Development, MEASURE evaluation, Interagency Gender Working group, Washington D.C. (Gage/Dum 2009)

Ganley, Anne (1998), Domestic Violence: Strategies for Screening, Assessment, Intervention, and Documentation. Trainer's Manual for Health Care Providers, Family Violence Prevention Fund. (Ganley 1998)

Garg, Arvien, Butz, Arlene M., Dworkin, Paul H., Lewis, Rooti A., Thompson, Richard E., Serwint, Janet R. (2007), Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project, *Pediatrics*, 120(3): 547–558. (Garg et al 2007)

Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group (2010), Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. (Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group 2010)

Gender Equality Agency of Bosnia and Herzegovina (2013), Prevalence and characteristic of violence against women in BIH, authors: Marija Babović, Olivera Pavlović, Katarina Ginić, Nina Karađinović. (Gender Equality Agency 2013)

Gondolf, Edward W. (2011), Batterer Intervention Systems. Issues, Outcomes and Recommendations, Thousand Oaks, London, New Dehli. (Gondolf 2001)

Government of Armenia (2011), 2011-2015 Strategic Action Plan to Combat Gender Based Violence, Annex N 2 to the Protocol Decision No. 23 made by the Government of the Republic of Armenia at its 17 June 2011 session. (Government of Armenia 2011)

Graham, Dee L. R., **Rawlings, Edna, Rimini, Nelly (1998),** Survivors of terror, Battered women, hostages and the Stockholm Syndrome, in Kersti Yllo and Michelle Bograd (eds): Feminist perspectives on wife abuse, 217-233, Sage publications. (Graham 1998)

Hagemeister, (2003) , Minnesota Rural Project for Women and Child Safety. Collaborating for Women & Child Safety Training Curriculum, available at http://www.mincava.umn.edu/rural/documents/cwcs/cwcs3.pdf. (Hagemeister et al 2003)

Heise, Lorie L., Pitanguy, Jacqueline, Germain, Adrienne (1994), Violence against Women, The Hidden Health Burden, World Bank Discussion Papers, 255. (Heise et al 1994)

Heise, Lorie L. (1998), Violence against women: an integrated, ecological framework, *Violence against women*, 4(3): 262-290. (Heise 1998)

Hellbernd, Hildegard (2006), Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.–Interventionsprogramm, Curriculum, Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. (Hellbernd 2006)

Human Rights Watch (2006), Reconciled to Violence, State Failure to Stop Domestic Abuse and Abduction of Women in Kyrgyzstan. (HRW 2006)

Humphreys, Dr. Cathy, Thiara, Dr. Ravi K., Regan, Linda, Lovett, Jo, Kennedy, Lorna, Gibson, Andy (2005), Prevention not prediction? A preliminary evaluation of the Metropolitan Police Domestic Violence Risk Assessment Model, final Report, University of Warwick, Centre For The Study of Safety and Wellbeing, London Metropolitan University, Child and Women Abuse Studies Unit, London. (Humphreys et al 2005)

Ignjatovic, Tanja (2013), Consequences of Intimate Partner Violence against Women on children and the Response of Public Services, Summary (original in Serbian: Posledice koje ima nasilje prema ženama u partnerskom odnosu na decu i odgovor javnih službi na ovaj problem), Autonomous Women's Center. (Ignjatovic 2013)

Interagency Gender Working Group (undated), Myths and realities of Gender Based Violence, available at http://www.igwg.org/igwg_media/training/mythsrealitiesgbv.pdf. (IGWG undated)

Inter-Agency Standing Committee (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Geneva. (Inter-Agency Standing Committee 2007)

Inter-Agency Standing Committee Task Force on Gender and Humanitarian Assistance (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. (Inter-Agency Standing Committee 2005)

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, Gender-based Violence (2010), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. (Inter-Agency Working Group 2010)

International Center for Migration Policy Development (2010), Monitoring and Evaluation Handbook for National Action Plans against Trafficking in Human Beings, authors: Marketa Von Hagen, Johanna Willems. (ICMPD 2010)

International Labour Office (undated), Sexual Harassment Factsheet. (ILO undated)

International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (2010), Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence, authors: Sarah Bott, Alessandra Guedes, Maria Cecilia Claramunt, Ana Guezmes. (IPPF 2010)

International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (2000), Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective, New York. (IPPF 2000)

International Rescue Committee (2012), Caring for Child Survivors of Sexual Abuse. Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. (IRC 2012)

International Rescue Committee (2008), Clinical care for sexual assault survivors. (IRC 2008)

Jewkes, Rachel (2006), Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence (Unpublished). (Jewkes 2006)

Johnson, Medina (2010), 'Herding cats': the experiences of domestic violence advocates engaging with primary care providers, *The domestic abuse quarterly*, Winter 2010. (Johnson 2010)

Johnson, Michael P., Leone Janel M. (2005), The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: findings from the national violence against women survey, *Journal of Family Issues*, 26(3): 322-349. (Johnson/Leone 2005)

Jones, Harriet (2010), Assessing the Quality of Life of People living with and affected by HIV, A Participatory Tool, Batteries, Methodology. (Jones 2010)

Kelly, Liz (2005), How violence is constitutive of women's inequality and the implications for equalities work, London: Metropolitan University. (Kelly 2005)

Lo Fo Wong, Sylvie, Wester, Fred, Mol, Saskia SL, Lagro-Janssen, Toine LM (2006), Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized control trial, *British Journal of General Practice*, 56(525): 249–257. (Lo Fo Wong et al 2006)

Lundgren, Eva, Heimer, Gun, Westerstrand, Jenny, Kalliokoski, Anne-Marie (2001), Captured Queen: Men's violence against women in "equal" Sweden – a prevalence study. (Lundgren et al 2001)

Lundgren, Eva (1993), cited in Lundgren et al 2001, full reference not available. (Lundgren 1993)

MDF Training & Consultancy (2005), MDF Tool: Indicators, available at https://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/10%20Indicators.pdf. (MDF 2005)

Medical Women's International Association (2002), Training Manual for Gender Mainstreaming in Health. (MWIA 2002)

National Assembly for Wales (2001), Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Wales. (National Assembly for Wales 2001)

National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova, UNDP, UNDP, UN Women, UNFPA (2011), Violence against Women in the Family in the Republic of Moldova. (National Bureau of Statistics et al 2011)

Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, ICF International (2012), Медико--демографическое исследование Кыргызской Республики, 2012. (National Statistical Committee 2012)

Government of the Republic of Macedonia (2012), Ministry of Labour and Social Policy, Report on the National Survey of Domestic Violence, authors: Ljubinka Popovska, Vlado Rikalovski, Elizabeth Villagómez (Government of the Republic of Macedonia 2012)

OECD-DAC (2010), DAC Guidelines and Reference Series, Quality Standards for Development Evaluation. (OECD-DAC 2010)

OECD-DAC (2009), Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management. (OECD-DAC 2009)

OHCHR (undated), Fact sheet: A Human Rights-based Approach to Health, http://www.who.int/hhr/activities/hrba_to-health_infosheet.pdf?ua=1. (OHCHR undated)

OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO (2011), Preventing gender-biased sex selection, An inter-agency statement. (OHCHR et al 2011)

Outcome mapping learning community, www.outcomemapping.ca.

Perttu, Sirkka (2004), Annex 2: Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic, in Perttu & Kaselitz, Addressing intimate partner violence. Guidelines for health professionals in maternity and child health care, Finland: University of Helsinki, Palmenia Centre for Continuing Education. (Perttu 2004)

Perttu, Sirkka, Kaselitz, Verena (2006), Addressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health Care. (Perttu/Kaselitz 2006)

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2012), Strategies to End Double Violence against Undocumented Women, Protecting Rights and Ensuring Justice, authors: Eve Geddie, Michele Levoy, with the contribution from Kim Anh Nguyen, Marta Mateos, and Sangeetha Iengar. (PICUM 2012)

PRO TRAIN (2009), Improving multi-professional and health care training in Europe – Building on good practice in violence prevention, Health Care Sector, Training programme. (PRO TRAIN 2009)

Republic of Serbia Ministry of Health (2010), Special Protocol for the Protection and Treatment of Women Victims of Violence. (Republic of Serbia 2010)

Republic of Turkey Prime Ministry (2007), Directorate General on the Status of Women, Combating Domestic Violence against Women. National Action Plan 2007-2010. (Republic of Turkey 2007)

Roberts (1984), cited in Hagemeister et al 2003, full reference not available. (Roberts 1984)

ROKS, Myterna, Avliva (undated), Sanningar och lögner om mäns våld mot kvinnor, Sweden. (ROKS/Myterna undated)

SeConS – Group (2010), The mapping on Domestic Violence against women in Central Serbia, authors: Marija Babovic, Katarina Ginic, and Olivera Vukovic. (SeConS-Group 2010)

Sphere Project (2011), The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. (Sphere 2011)

Standing Together Against Domestic Violence (2011), In Search of Excellence, A Guide to Effective Domestic Violence Partnerships, authors: Antony Wills with Nicole Jacobs, Bear Montique, Laura Croom. (Standing Together Against Domestic Violence 2011)

Standing Together Against Domestic Violence (2008), Good Practice Checklist for Interpreters Working with Domestic Violence Situations. (Standing Together Against Domestic Violence 2008)

Stark, Evan (2000), A Failure to Protect: Unravelling "The Battered Mother's Dilemma," in: 27 Western State University Law Review. (Stark 2000)

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, ICF International (2013), Медико-демографическое обследование Таджикистана 2012 г. (Statistical Agency et al 2013)

Stenson, K, Heimer, G., Lundh C., Nordström, ML, Saarinen, H, Wenker A (2001), The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(4): 189-197. (Stenson et al 2001)

Taket, Ann, Nurse, Jo, Smith, Katarina, Watson, Judy, Shakespeare, Judy, Lavis, Vicky, Cosgrove, Katie, Mulley, Kate, Feder, Gene(2003), Routinely asking women about domestic violence in health settings, *British Medical Journal,* 327: 673-676. (Taket et al 2003)

Taskforce on the Health Aspects of Violence Against Women and Children (2010), Responding to violence against women and children – the role of the NHS. (Taskforce on the health 2010)

Turkish Republic Prime Ministry Directorate General on the Status of Women (2009), National Research on Domestic Violence against Women in Turkey, research conducted by ICON-Institut Public Sector Gmbh, Hacettepe University Institute of Populations Studies, BNB consulting Ltd Co. (Turkish Republic Prime Ministry 2009)

Украинский центр социальных реформ, Государственный комитет статистики Украины, Министерство здравоохранения Украины, Macro International Inc. (2008), Медико-демографическое обследование населения Украины 2007 года. (UCSR et al 2008)

UN Department for Economic and Social Affairs (2004), 2004 World Survey on the role of women in development: Women and international migration. (UN DESA 2004)

UN Department of Public Affairs (1995), Summary of the ICPD Programme of Action, DPI/1618/POP--March 1995. (UNDPI 1995)

UNDG (2011), Results-based Management Handbook, Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level. (UNDG 2011)

ПРООН (2010) Распространенность насилия в украинских семьях. (UNDP 2010)

UNFPA (2014), Regional Overview on Child Marriage in the EECA region, available at http://eeca.unfpa.org/publications/child-marriage-eastern-europe-and-central-asia-regional-overview. (UNFPA 2014)

UNFPA (2013), A monitoring mechanism for multi-sectoral cooperation to prevent and respond to domestic and gender-based violence in Osh and Jalal-Abad, authors: T. Isakunova, L. Ilbezova, T. Tyulekova. (UNFPA 2013)

UNFPA (2013a), Adolescent pregnancy in Eastern Europe and Central Asia, Factsheet. (UNFPA 2013a)

UNFPA, National Statistical Service (2011), Nationwide Survey on Domestic Violence against Women in Armenia 2008-2010. (UNFPA/National Statistical Survey 2011)

UNFPA (2011a), National Survey Report on Violence against Women in Azerbaijan. (UNFPA 2011a).

UNFPA (2011b), Guide for Developing Robust Results Frameworks for Effective Programmes. (UNFPA 2011b)

UNFPA (2010), National Research on Domestic Violence against Women in Georgia, authors: Marina Chitashvili, Nino Javakhishvili, Luiza Arutiunov, Lia Tsuladze, Sophio Chachanidze. (UNFPA 2010)

UNFPA (2010a), Recommendations for the Establishment of a National Referral Mechanism for Survivors of Gender-Based Violence in the Republic of Armenia, author: Vladimir Osipov. (UNFPA 2010a)

UNFPA (2010b), A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials. (UNFPA 2010b)

UNFPA (2001), A Practical Approach to Gender-based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers, author: Lynne Stevens. (UNFPA 2001)

UNICEF (2010), Caring for Survivors Training Manual. (UNICEF 2010)

UNICEF (2006), Early marriage, a harmful traditional practice. (UNICEF 2006)

UNODC (2014), Global Study on Homicide 2013, Trends, Context, Data. (UNODC 2014)

UNODC (2013), Global Study on Homicide. (UNODC 2013)

Представительство ООН в Беларуси, Центр социально-политических исследований Белорусского государственного университета (2008), Основные результаты исследования по оценке ситуации в области домашнего насилия в Республике Беларусь в 2008 году. (UN office in Belarus 2008)

UN Secretary-General (2014), Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development beyond 2015, A/69/62. (UN Secretary-General 2014)

UN Secretary-General (2006), In-depth study on all forms of violence against women, A/61/122/Add.1. (UN Secretary-General 2006)

UN Secretary-General (2006a), Rights of the child. Note by the Secretary-General. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children, A/61/299. (UN Secretary-General 2006a)

UN Secretary-General's Study on Violence against Children, http://www.unviolencestudy.org.

UN Special Rapporteur on Violence against Women (2009), its causes and consequences, Yakin Ertürk, Addendum, Mission to the Republic of Moldova, A/HRC/11/6/Add.4. (UN Special Rapporteur 2009)

UN Special Rapporteur on Violence against Women (2007), its Causes and Consequences, Yakin Ertürk, Addendum, Mission to Turkey, A/HRC/4/34/Add.2. (UN Special Rapporteur VAW 2007)

UN Special Rapporteur on Violence against Women (2006), its Causes and Consequences, Yakin Ertürk, Addendum, Mission to the Russian Federation, E/CN.4/2006/61/Add.2. (UN Special Rapporteur VAW 2006)

UN Women Virtual Knowledge Center on Ending Violence against Women and Girls**,** www.endvawnow.org. (UN Women Virtual Knowledge Center)

UN Women (2012), Handbook for National Action Plans on Violence against Women. (UN Women 2012)

UN Women (2012a), Violence against Women Prevalence Data: Surveys by Country. Compiled by UN Women. (UN Women 2012a)

Walker, Lenore, Edwall, Glenace (1987), Domestic violence and determination of visitation and custody in divorce, in: Sonkin, D. (ed.), Domestic violence on trial: Psychological and legal dimensions of family violence. (Walker/Edwall 1987)

Walker, Lenore (1995), The Battered Women Syndrome. (Walker 1995)

Watts, Charlotte (2008), Monitoring and Evaluation of IPV Prevention Programmes: Lessons from the IMAGE and SASA! Studies, Presentation at the technical seminar on Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence organized by the interagency Gender working group, Washington D.C. (Watts 2008)

WHO (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines. (WHO 2013)

WHO (2011), Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries. (WHO 2011)

WHO (2011a), European report on preventing elder maltreatment, authors: Dinesh Sethi, Sara Wood, Francesco Mitis, Mark Bellis, Bridget Penhale, Isabel Iborra Marmolejo, Ariela Lowenstein, Gillian Manthorpe, Freja Ulvestad Kärki. (WHO 2011a)

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. (WHO 2010)

WHO (2010a), WHO medical eligibility criteria. (WHO 2010a)

WHO (2007), Preventing injuries and violence, A Guide for Ministries of Health, authors: Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden, Laura Sminkey. (WHO 2007)

WHO (2005), Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A sourcebook for Health Professionals Module on Gender-Based Violence, authors: K. Sundari Ravindran, Anjana Bhushan, Kathleen Fritsch, Breeda Hickey. (WHO 2005)

WHO (2005a), Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence, authors: Claudia García-Moreno, Henrica A.F.M. Jansen, Charlotte Watts, Mary Carroll Ellsberg, Lori Heise. (WHO 2005a)

WHO (2005b), Online question and Answer, what is the health system? http://www.who.int/features/qa/28/en/ (WHO 2005b)

WHO, Health topics, Health systems, http://www.who.int/topics/health_systems/en/ (WHO health topics)

WHO (2003), Guidelines for medico-legal cares of victims of sexual violence, authors: David Wells, Wendy Taylor. (WHO 2003)

WHO (2003a), Ethical and safety recommendations for interviewing trafficked women, authors: Cathy Zimmerman, Charlotte Watts. (WHO 2003a)

WHO (2002), World report on violence and health, editors: Etienne G Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. (WHO 2002)

WHO (2001), Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women, editors: Charlotte Watts, Lori Heise, Mary Ellsberg, Claudia Garcia Moreno. (WHO 2001)

WHO (1968), Principles and practice of screening for disease, authors: JMG Wilson, G Jungner. (WHO 1968)

WHO Genomic resource centre, http://www.who.int/genomics/gender/en/index4.html. (WHO Genomic resource centre)

WHO, **London School of Hygiene and Tropical Medicine, Preventing intimate partner and sexual violence against women (2010),** Taking action and generating evidence, authors: Alexander Butchart, Claudia Garcia-Moreno, Christopher Mikton. (WHO/LSHTM 2010)

WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013), Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, authors: Claudia García-Moreno, Christina Pallitto, Karen Devries, Heidi Stöckl, Charlotte Watts, Naeemah Abrahams. (WHO et al 2013).

WHO, PAHO (2012), Understanding and addressing violence against women. Introduction. (WHO/PAHO 2012)

WHO, PAHO (2012a), Understanding and addressing violence against women. Health consequences. (WHO/PAHO 2012a)

WHO, PAHO (2012b), Understanding and addressing violence against women. Health consequences. (WHO/

PAHO 20112b)

WHO, PATH (2005), Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists, authors: Mary Ellsberg, Lori Heise. (WHO/PATH 2005)

WHO (undated), Facts and figures about abortion in the European Region, http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region. (WHO undated)

WHO, War Trauma Foundation, World Vision International (2011), Psychological first aid: Guide for field workers. (WHO et al 2011)

Wolff, Hans, **Epiney, Manuella, Lourenco, Ana P., Costanza, Michael C., Delieutraz-Marchand, Jacqueline, Andreoli, Nicole, Dubuisson, Jean-Bernard, Gaspoz, Jean-Michel, Irion, Olivier (2008),** Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention, *BMC Public Health,* 8: 93. (Wolff et al 2008)

Women against Violence Europe (2013), PROTECT II Guidance Report, authors: Ute Rösemann, Rosa Logar, Branislava Marvanová Vargová, Hazel Kemshall, Sarah Hilder, Hannah Fisher. (WAVE 2013)

Women against Violence Europe (2011), Country Report 2010, authors: Hilary Fisher, Rosa Logar, Maria Rösslhumer, Julia Girardi. (WAVE 2011)

Women against Violence Europe (2008), Training Manual for Improving Quality Services for Victims of Domestic Violence, DAPHNE Project 2006, authors: Rosa Logar, Alina Zachar, Maria Roesslhumer, 2008. (WAVE 2008)

Women against Violence Europe (2006), Bridging Gaps – From Good Intentions to Good Cooperation, Manual for effective inter-agency cooperation in tackling domestic violence, authors: Rosa Logar with Ute Rösemann, Alina Zachar, Maria Roesslhumer. (WAVE 2006)

Всемирный банк (1993 г.), Доклад о мировом развитии, 1993 г. (World Bank 1993)


UNFPA
WAVE