

Целесообразность и предварительные результаты применения модели, направленной на решение проблемы гендерного насилия среди женщин, употребляющих наркотики в Кыргызстане, включающей элементы скринирования женщин, проведения экспресс-вмешательства и перенаправления их к специалистам: проект WINGS (Women Initiating New Goals of Safety, или «женщины, ставящие перед собой цели, повышающие их безопасность»)

Луиза Гилберт (Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США), Данил Никитин (ОФ «Институт глобальных исследований», Бишкек, Кыргызстан), Ольга Рычкова (Фонд «Открытое Общество», Нью-Йорк, США), Тина Дживатрам-Негрон, Тара Маккриммон и Тимоти Хант (Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США), Ирена Ермолаева (ОФ "Астерия", Бишкек, Кыргызстан), Надежда Шаронова (ОФ "Подруга", Ош, Кыргызстан), Айбек Мукамбетов (Фонд «Сорос-Кыргызстан», Бишкек, Кыргызстан).

Аннотация

Введение и цели: Насилие со стороны полового партнёра (НПП), а также другие формы гендерного насилия (ГН) представляют серьезную угрозу здоровью женщин в Кыргызстане, употребляющих наркотики или страдающих алкоголизмом. основополагающий принцип программы WINGS заключается в комплексном подходе к процедурам скринирования женщин на предмет пережитого ими насилия, проведения экспресс-вмешательства и перенаправления их в соответствующие организации, где они могли бы получить необходимую медицинскую, социальную или юридическую помощь с предоставлением возможности протестироваться на ВИЧ с обязательным гендерно-ориентированным консультированием. **План и методы исполнения:** НПО, работающие по принципу снижения вреда, проскринировали 109 женщин, из которых 78 полностью соответствовали критериям включения в программу, 73 приняли участие в занятиях с экспресс-вмешательством, 66 прошли 3-х месячное анкетирование. Чтобы оценить результаты работы, нами был использован метод распределения Пуассона и анализ логической регрессии для непрерывного и дихотомического результатов. **Результаты:** Во время базовой оценки 73% женщин заявили о том, что испытали физическое или сексуальное насилие со стороны половых партнёров, 60% заявили о том, что испытали физическое или сексуальное насилие со стороны не-партнёров (гендерное насилие) «за прошлый год». Данные 3-х месячного анкетирования продемонстрировали, что уровень виктимизации участниц проекта в плане физического насилия со стороны партнёров снизился на 59% по сравнению с базовой оценкой ($P < 0.001$) и на 27% со стороны не-партнёров ($P < 0.01$). Данные также показали, что за период между базовым и трёхмесячным анкетированием участницы употребляли на 65% меньше наркотических средств ($P < 0.05$), а также в большей мере пользовались услугами, имеющими отношение к проблеме гендерного насилия ($P < 0.001$). **Обсуждение и заключение:** Высокие показатели участия, посещаемости, удержания женщин в проекте и существенное снижение уровня НПП и ГН, а также уменьшение употребления наркотических средств за период между базовым и трёхмесячным анкетированием свидетельствуют об эффективности данной программы и целесообразности её дальнейшего применения. [Гилберт Л, Дживатрам-Негрон Т, Никитин Д, Рычкова О, Маккриммон Т, Ермолаева И, Шаронова Н, Мукамбетов А, Хант Т. Целесообразность и предварительные результаты применения модели, направленной на решение проблемы гендерного насилия среди женщин, употребляющих наркотики в Кыргызстане, включающей элементы скринирования женщин, проведения экспресс-вмешательства и перенаправления их к специалистам: проект WINGS (Women Initiating New Goals of Safety, или «женщины, ставящие перед собой цели, повышающие безопасность»). *Drug and Alcohol Review* (2017;36:125–133.)

Ключевые слова: насилие со стороны близкого партнёра, гендерное насилие, употребление наркотиков, женщины, скринирование.

Введение

Новые данные свидетельствуют о том, что гендерное насилие (ГН) является серьезной угрозой для здоровья и нарушения прав женщины, употребляющей инъекционные наркотики или страдающей алкоголизмом (ЖУИН) как в Кыргызстане, так и в других странах, где имеет место героиновая эпидемия [1-3].

Понятие «гендерное насилие» объединяет широко распространенные формы насилия в отношении ЖУИН, которое включает в себя насилие со стороны полового партнёра (НПП), физическое насилие со стороны не-партнёра, изнасилование и торговлю людьми [4]. В различных странах собрано недостаточно информации о распространенности ГН и НПП среди ЖУИН.

Луиза Гилберт (д-р наук, доцент), Тина Дживатрам-Негрон (д-р наук), Данил Никитин (магистр и руководитель проекта), Ольга Рычкова (магистр и координатор программы), Тара Маккриммон (магистр и координатор проекта), Ирена Ермолаева (бакалавр, директор ОФ «Астерия»), Надежда Шаронова (бакалавр, директор ОФ «Подруга»), Айбек Мукамбетов (кандидат медицинских наук, директор программы), Тимоти Хант (магистр, руководитель отдела подготовки и институционального развития). Контактная информация: д-р Луиза Гилберт, Social Intervention Group, Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Школой социальной работы Колумбийского университета, 1255 Амстердам-Авеню, офис 832, Нью-Йорк, США, тел.: 212-851-2395; эл. почта: lg123@columbia.edu

Рукопись получена 27 ноября 2015 года; подписана в печать 5 мая 2016 года.

Неофициальный перевод

Исследование, проведенное среди ЖУИН, показало, что от 20 до 57% женщин подвергались НПП, а это значительно превышает показатели, полученные среди общего женского населения [5-7]. По сравнению с общим женским населением, ЖУИН столкнулись с еще более высокими показателями сексуального насилия со стороны незнакомых лиц, в число которых вошли наркодилеры, сутенеры, платные клиентки, а также милиционеры и тюремные надзиратели [1,3,8,9].

Сводные статистические данные выявили множественную взаимозависимость между различными типами НПП и ГН в отношении женщин и различными видами злоупотребления наркотиками и алкоголем [3,6,7,10]. Если во время оказания наркологической помощи не брать во внимание вопросы насилия, это может значительно увеличить риск дальнейшего употребления наркотиков, срывов и отказа от продолжения лечения [6,7,11,12]. Согласно прямым и косвенным доказательствам, женщины, подверженные НПП и ГН, имеют более высокую вероятность заражения как ВИЧ, так и иными ИППП, а проводимое лечение в отношении них менее эффективно [3,13]. Рассмотренные в комплексе, эти данные подчеркивают важность оказания помощи жертвам ГН с помощью программ снижения вреда, предоставления бесплатных шприцов и игл, а также организации программ оказания помощи ВИЧ-инфицированным, употребляющим наркотики.

Недавно проведенный анализ выявил несколько системных пробелов в комплексе мер по решению проблемы насилия среди ЖУИН. Хотя некоторые программы в отношении ЖУИН продемонстрировали свою эффективность в плане потенциального снижения риска физического НПП [3,15], лишь одна из них, по нашим данным, действительно повлияла на снижение уровня сексуального НПП [16], и только немногие из них касаются проблемы ГН. Кроме того, эти интервенционные программы, в большинстве своём реализованные на базе государственных наркологических центров США, состоят из 10 и более сеансов и требуют наличия у сотрудников профессионального клинического опыта.

Оценка ситуации показывает важность разработки краткосрочных экспресс-вмешательств для оказания помощи жертвам гендерного насилия (ГН) в немедицинских учреждениях людьми, не обладающими клиническим опытом, что позволит охватить большее число ЖУИН, рискующих стать жертвами ГН. Подобные краткосрочные экспресс-вмешательства для потенциальных жертв ГН могут быть объединены с программами профилактики ВИЧ и обмена шприцев, реализуемыми на базе организаций снижения вреда в Кыргызстане и других странах с низким и средним уровнем доходов населения. Из-за широко распространенной проблемы НПП и ГН среди ЖУИН по всему миру, управление по наркотикам и преступности ООН, а также Всемирная организация здравоохранения недавно включили скринирование на предмет наличия риска ГН и его профилактики в список из девяти обязательных услуг, рекомендованных к применению в рамках программ по обмену шприцев [17].

Всё большее число научных исследований по всему миру свидетельствуют об эффективности СКЭВП-подхода, включающего скринирование женщин на предмет пережитого ими насилия, проведения экспресс-вмешательства и перенаправления их в соответствующие организации, где они могли бы получить необходимую медицинскую, социальную или юридическую помощь, в том числе разработав планы безопасности при риске ГН [18,19]. Проведённое недавно в США рандомизированное контролируемое исследование с участием условно-досрочно освобождённых женщин (191 чел) сравнивало эффективность

односеансного компьютеризированного вмешательства, администрируемого самой женщиной, с той моделью, которая предполагает наличие фасилитатора, администрирующего занятия, основанные на СКЭВП-подходе [20]. В обеих рандомизированно отобранных группах были выявлены одинаково высокие показатели физического и полового НПП (47% «за прошлый год»), а также существенное снижение употребления наркотиков и увеличение степени пользования услугами по профилактике насилия по итогам 3-месячного анкетирования [20]. Результаты этого исследования означают, что программа WINGS может применяться в виде низкого порога экспресс-вмешательства для помощи женщинам, подвергшимся ГН и пользующимся услугами организаций, работающих в условиях ограниченной ресурсной базы по принципам снижения вреда.

Описываемое в этой статье исследование оценивало целесообразность и предварительные результаты применения вмешательства по профилактике насилия, состоящего из двух занятий, построенных на СКЭВП-модели, адаптированных из элементов программы WINGS и включающих компоненты консультирования и экспресс-тестирования на ВИЧ. Эффективность вмешательства оценивалось по итогам работы с группой из 73 ЖУИН на базе двух НПО в Кыргызстане, работающих на принципах снижения вреда. Эта статья включает в себя информацию о рекрутинге, посещаемости, удержанию женщин в проекте, степени приемлемости и безопасности предлагаемых подходов, а также предварительные результаты программы WINGS, основанные на данных, полученных в ходе до- и пост-интервенционной оценки. Оценка строилась в первую очередь на степени виктимизации женщин-участниц в период «за последние 90 дней». Также оценивалась частота употребления наркотиков и степень пользования участниками теми услугами, которые ассоциируются с ГН и НПП, также в период «за последние 90 дней». Вторым этапом оценивалось соотношение числа женщины, сообщивших о пережитом насилии в период «за последний год», и числа тех, кто согласился пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, которое было частью вмешательства.

Методы исполнения

Дизайн исследования и процедуры

Наше исследование, «Крылья надежды» основывалось на до- и пост-интервенционной русскоязычной СКЭВП-модели, адаптированной с использованием элементов WINGS. Данные были получены во время «базового» анкетирования участниц программы непосредственно перед участием в экспресс-вмешательстве, и «последующего» анкетирования, проводимого спустя 3 месяца после прохождения экспресс-вмешательства. Исследование было проведено в сотрудничестве с НПО «Астерия» в Бишкеке и НПО «Подруга» в городе Ош, на юге страны. Мы организовали работу Общественного наблюдательного совета, членами которого были сотрудники НПО, представители милиции, сотрудники лечебных учреждений и тех организаций, которые работают над проблемой профилактики насилия. Члены Общественного наблюдательного совета и представители управления по наркотикам и преступности ООН, Центра по контролю и профилактике заболеваемости и ЮНЭЙДС в той или иной степени принимали участие в процессе адаптации протокола исследования, его анкет и материалов самого экспресс-вмешательства, основанного на модели WINGS.

Процедуры исследования были одобрены Этическим комитетом Колумбийского университета и комитетом по вопросам биоэтики при Институте глобальных исследований.

Подбор персонала и участие в программе

Рекрутинг женщин осуществлялся через аутрич-сотрудников партнёрских НПО, которые в ходе своей работы посещали общественные места и распространяли информацию о проекте с помощью буклетов, приглашая всех заинтересованных женщин пройти скрининг на предмет соответствия условиям участия в проекте. Женщины, выразившие желание принять участие, перед скринингом подписывали формы информированного согласия.

Участницы: с июля по октябрь 2013 года мы проскринировали 109 женщин, 78 из которых соответствовали критериям программы и были зачислены в неё, пройдя после этого базовое анкетирование.

Из 78 женщин, 73 (93.5%) приняли участие в первом занятии экспресс-вмешательства, 72 (92.3%) участвовали во втором занятии, проводимом спустя 7-10 дней после первого, и 66 женщин (90.4%) приняли участие в 3-месячном («последующем») анкетировании. Почти половина участниц (50,7%, n=37) была из Бишкека, остальные (49,3%, n=37) из Оша.

Мы не зафиксировали существенной разницы в социально-

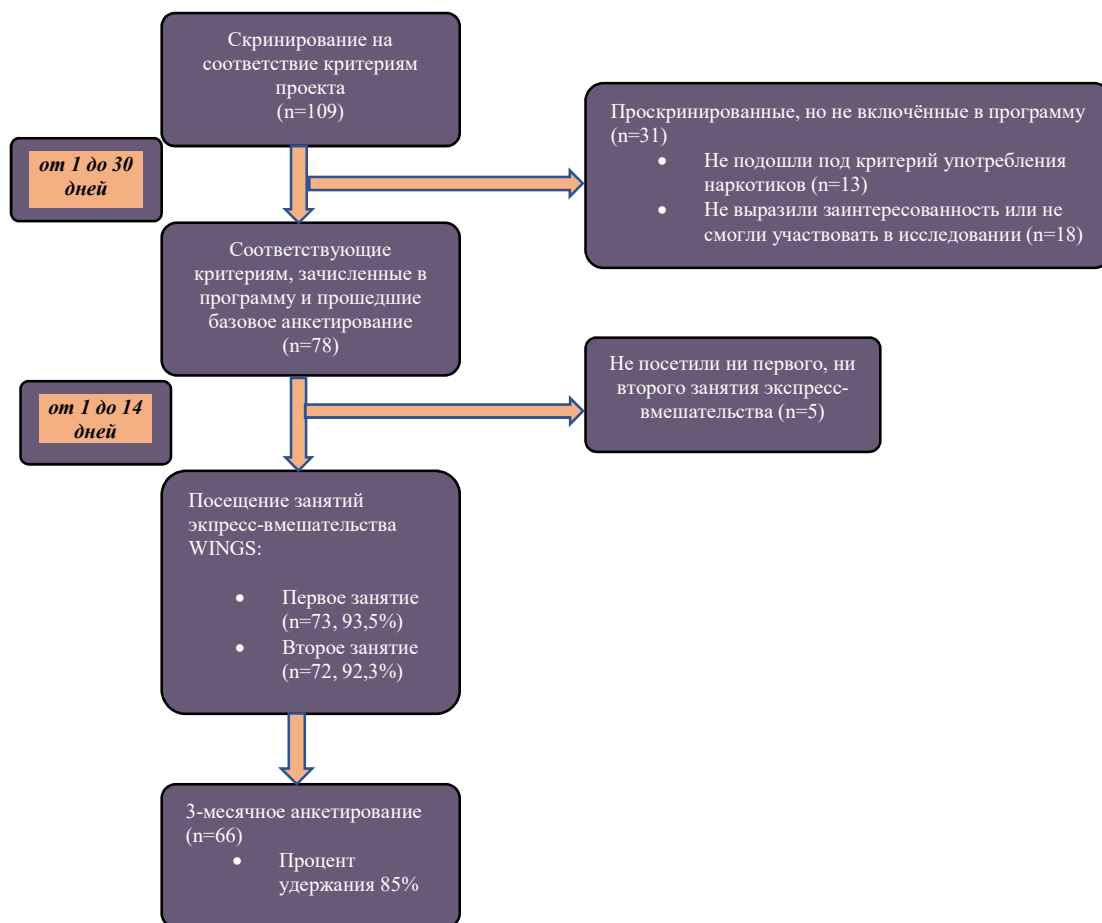
демографическом профайле между женщинами, принявшими участие в 3-месячном анкетировании и теми, кто выбыл из программы, не завершив в полной мере все предусмотренные мероприятия. Практически единственным различием было то, что участницы, подтвердившие факт употребления инъекционных наркотиков во время базового анкетирования, продемонстрировали более высокую степень удержания в программе до этапа 3-х месячного анкетирования. Критерии включения в проект включали в себя следующие пункты: возраст участниц не моложе 18 лет, подтверждение факта употребления наркотиков или алкоголя (или же факта прохождения наркологического лечения в период за последние 6 месяцев), и свободное владение русским языком.

На *схеме 1* изображен порядок рекрутирования участниц и их количественный состав в контексте мероприятий проекта.

Участницы программы получили материальную компенсацию в размере \$3 за прохождение скринирования, \$5 за прохождение базового анкетирования, нуждающимся оплачивался проезд, а за участие в 3-месячном анкетировании они получили по \$7.

Процедуры: все участницы, зачисленные в проект и давшие своё согласие на участие, приняли участие в анкетировании, запрограммированном на компьютере и предназначенном для самостоятельного заполнения ответов.

Схема 1: схема рекрутирования участниц и их количественный состав в контексте мероприятий проекта



Порядок оценивания: итоговые показатели были получены посредством базового анкетирования, приведённого в самом начале проекта перед прохождением занятия экспресс-вмешательства, и 3-месячного анкетирования. Кроме того, во время первого занятия собиралась информация о пережитом насилии «за прошлый год», а факт прохождения тестирования на ВИЧ и его результаты оценивались после проведения второго занятия.

Показатели первого порядка: степень виктимизации, как в плане насилия со стороны полового партнёра (НПП), так и гендерного насилия (ГН), оценивалась посредством доработанной и сокращённой версии шкалы Revised Conflict Tactics Scale, состоящей из 15 пунктов и до этого использованной в предыдущих исследованиях [25, 26]. Данная шкала включает дополнительные 8 подпунктов, дающих возможность с помощью дихотомических ответов «да-нет» измерить различные виды насильственных действий «за прошлый год» как со стороны полового партнёра, так и не-партнёра, в том числе в случаях изнасилования с отягчающими обстоятельствами и без таковых, нанесение лёгкого или тяжёлого физического вреда здоровью, оскорбления и унижения чести и достоинства жертвы. Во время базового и 3-месячного анкетирования участницы также давали ответы по этим восьми пунктам, позволяющие судить о том, имели ли место эти насильственные действия и события в период «за последние 90 дней». Степень внутренней последовательности основных пунктов шкалы Revised Conflict Tactics Scale и её подпунктов варьируется от 0,79 до 0,95 [27].

Показатели второго порядка: частота употребления наркотиков оценивалась посредством выборочных вопросов шкалы Risk Behavior Assessment, давая возможность собрать информацию о видах употребляемых наркотиков «за последние 90 дней» и числе алкогольных запоев, т.е. фактов употребления не менее четырёх обычных порций алкоголя за шестичасовой период [22].

Информация о получении услуг, ассоциированных с насилием со стороны полового партнёра (НПП) и гендерного насилия (ГН) собиралась посредством вопроса, использованного в предыдущих исследованиях ситуации с насилием: который формулировался следующим образом: «за последние 90 дней пользовались ли Вы какими-либо услугами, в том числе консультациями или советами группы самопомощи, в качестве помощи в случае насилия со стороны партнёров или других лиц?» [19,23,24].

Информация о пережитом насилии со стороны партнёров и не-партнёров собиралась посредством всё той же сокращённой версии шкалы Revised Conflict Tactics Scale, описанной выше и заполняемой во время первого занятия экспресс-вмешательства. Единственным отличием было использование формулировки «за последние 12 месяцев» вместо «за последние 90 дней».

Прохождение тестирования на ВИЧ и участие в консультировании выяснялось фактом согласия участницы пройти эти процедуры в качестве составной части одного из двух занятий. В процессе 3-месячного анкетирования оценивалось, получает ли женщина уход и лечение, связанные с ВИЧ.

Социо-демографический и психосоциальный профиль составлялся с помощью переменных, дающих информацию о возрасте, этнической принадлежности, вероисповедании и отношении к религии, наличии образования, занятости, о наличии или отсутствии судимости, условиях проживания, семейном положении, пережитых фактах передозировок, оказания секс-услуг за вознаграждение или наркотики, а также о наличии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Наличие и уровень ПТСР определялись с помощью шкалы из 17 пунктов, коэффициент надёжности которой равен 0,97 [25].

Адаптация содержания экспресс-вмешательства и форма подачи: программа WINGS является научно-обоснованным вмешательством, построенном на СКЭВП-модели, которое изначально было протестировано с ЖУИИ в г. Нью-Йорк [20]. WINGS основывается на социально-когнитивной теории [26,27], которая была применена к СКЭВП-модели, используемой для оказания помощи при насилии со стороны половых партнёров [19,24]. Основные компоненты программы (детальное описание см. в *Схеме 2*) были разработаны таким образом, чтобы помочь женщинам самим определять различные типы насилия, помочь им поверить в свои силы, необходимые для защиты от насилия, повысить их осведомленность о последствиях употребления наркотиков и насилия со стороны партнёров и не-партнёров, научить разрабатывать План Безопасности для уменьшения рисков НПП и ГН, укрепить социальную поддержку и связь с организациями, занимающимися помощью жертвам насилия, оказать помощь с прохождением наркологического лечения тестирования на ВИЧ, и помочь ВИЧ-инфицированным с поиском необходимых им медицинских услуг.

Адаптация программы WINGS проводилась по результатам двух фокус-групп с потенциальными участницами проекта, соответствующими критериям включения, и двух фокус-групп с сотрудниками НПО, задействованных в реализации программы. Информация, собранная во время фокус-групп, позволила включить в сценарий занятий детали о специфических особенностях гендерного насилия, присущих Кыргызстану, учесть при разработке методики Планов Безопасности особенности контекста, в котором совершается насилие, и сделать обзор видов помощи и услуг, доступных женщинам в Кыргызстане, ставшим жертвами насилия.

Социальные работники партнёрских НПО использовали анкету, запрограммированную на компьютере, для проведения скрининга на предмет степени виктимизации и наличия рисков насилия, которая позволяла сразу дать оценку ситуации, в которой находится женщина, и выдавала необходимые рекомендации. Эта же программа использовалась для проведения остальных компонентов занятий экспресс-вмешательства WINGS. Участницы проекта получили копию Плана Безопасности, карту социальной поддержки, составленные ими самими цели безопасности и номера справочных служб.

Спустя 7-14 дней участницы приходили на второе занятие, во время которого в План Безопасности вносились изменения, продиктованные реальными жизненными обстоятельствами. Изменения учитывали также барьеры в получении помощи, с которыми участницам приходилось сталкиваться за прошедший с первого занятия период. Участницы с положительным результатом экспресс-тестирования на ВИЧ перенаправлялись в соответствующие медучреждения.

Анализ полученных данных: для оценки степени изменений, произошедших в профайлах участниц за период между базовым и 3-месячным анкетированием (с 66 женщинами) были использованы обобщенные линейные модели. Рандомизированное распределение Пуассона и логическая регрессия были использованы для продолжительных и дихотомических измерений. Эти модели включали зашифрованный макет для определения времени анкетирования (0 = базовый и 1 = последующий) вместе с рандомизированно выбранными эффектами для проведения повторных замеров. Анализ был выверен с учётом таких характеристик, как возраст, этническая принадлежность, наличие образования и места, где было проведено анкетирование и экспресс-вмешательство.

Обработка статистических данных проходила с использованием программы Stata 12 версии [28].

Схема 2: Описание ключевых компонентов СКЭВП-модели программы WINGS (скринирование, экспресс-вмешательство, перенаправление)

Первое занятие

Психолого-образовательный курс: сотрудники НПО (фасилитаторы) описывают и обсуждают с женщиной возможности появления конфликтных ситуаций во взаимоотношениях, суть насилия со стороны половых партнёров и его формы, взаимосвязь между употреблением наркотиков и насилием, суть гендерного насилия и его распространённость, влияние насилия на здоровье человека и ребенка, и суть отношения религии к насилию.

Скринирование и оценка риска насилия: с помощью сокращённой шкалы фасилитаторы оценивают риск участницы быть подвергнутой физическому, градуируя степени риска как высокую, среднюю и низкую *.

Повышение мотивации для установления безопасных взаимоотношений: с помощью фасилитаторов участницы определяют возможные негативные эффекты при конфликте в семье и влияние насилия на их физическое и психическое состояние и на детей, после чего участницы определяют аспекты, которые могут повысить степень безопасности в отношениях.

План безопасности: с помощью фасилитаторов участницы анализируют различные вопросы, касающиеся планирования безопасности, способные уменьшить риск насилия.

Укрепление социальной поддержки и снижение риска: с помощью фасилитаторов участницы определяют круг родных, друзей и знакомых, к которым они могут обратиться за помощью, советом и материальной поддержкой в случае возникновения риска насилия и для решения конфликтов внутри семьи, после чего определяют шаги, способные помочь им в укреплении различных видов поддержки. На этом этапе участницы также определяют круг людей, потенциально представляющих для них угрозу.

Постановка задач и предотвращение насилия: с помощью фасилитаторов участницы определяют цели, которые ведут к выбранному ими статусу взаимоотношений: (1) пусть ситуация остаётся без изменений; (2) пусть мы будем вместе, но пусть прекратится насилие; (3) нужно уйти или развестись, и никаких контактов в будущем; (4) нужно уйти или развестись, но можно поддерживать отношения через общих детей; (5) дистанцироваться от потенциально опасных связей; после этого участницы определяют способы для достижения поставленных целей.

Определение потребностей в помощи и перенаправление: исходя из поставленных целей, с помощью фасилитаторов участницы расставляют приоритеты процедур, которые им необходимы, и получают перенаправление в подходящие и доступные учреждения и организации, после чего разрабатывают пошаговый план для достижения целей на недельный период и получают буклет с описанием доступных в их городе услуг и распечатанную копию плана безопасности, а следующее занятие назначается на следующие 7-10 дней.

Второе занятие

Обзор и последние данные о рисках: участницы с помощью фасилитаторов проводят обзор и обсуждение предыдущего занятия, вспоминая детали результатов скринирования, поставленные цели и разработанный план безопасности, после чего совместно выясняют, появились ли новые риски, которые не были выявлены на предыдущем занятии.

Формирование мотивации и уверенности: участницы проходят краткое скринирование для оценивания мотивации при решении проблемы насилия и определении преград в осуществлении плана безопасности, после чего фасилитаторы помогают определить меры по преодолению преград.

Обзор и сверка плана безопасности, карты социальной поддержки и целей: фасилитаторы и участницы проводят обзор и сверяют цели плана безопасности, в случае необходимости дорабатывают план социальной поддержки и др.

Завершение и обсуждение плана самоподдержки: участницы с помощью фасилитаторов оценивают свои успехи в достижении поставленных на предыдущем занятии целей и устанавливают новые цели.

Тестирование и консультирование на ВИЧ: в конце занятия участникам предлагается по желанию пройти консультирование и экспресс-тестирование на ВИЧ согласно требованиям Минздрава КР, после чего участницы, чей результат оказался положительным, перенаправляются в соответствующие лечебные учреждения для прохождения подтверждающих процедур и получения необходимых услуг.

* Женщины, у которых скринировании не выявило риска насилия или не имеющие постоянного полового партнёра и не состоящие в отношениях на момент участия в первом занятии, всё равно имеют возможность пройти весь цикл процедур, предусмотренных сценарием занятия, включая разработку плана безопасности, обсуждение мер по укреплению социальной поддержки, постановку целей и перенаправление, чтобы в перспективе, в случае возникновения риска насилия у них самих или у их родных, близких и знакомых, у них была возможность оказать необходимую помощь.

* Аббревиатура WINGS означает Women Initiating New Goals of Safety, или «женщины, ставящие перед собой цели, повышающие их безопасность»

Результаты

Социально-демографические и психосоциальные характеристики: средний возраст участниц составлял 41 год (SD=8,3, см. **таблицу 1**), 60,3% были русские (n=44), 9,6% кыргызки, остальные 30,1% были указаны в отчёте как относящиеся к иной этнической группе (n=22). Почти половина участниц состояли в браке (45,2%, n=33), а примерно три четверти сообщили, что у них есть дети (76,7%, n=56). Что касается образования, то большинство (61,6%) имели среднее или неполное среднее образование. Меньше одной трети официально были трудоустроены (30,1%, n=22), большинство (81,2%, n=60) как минимум раз, но задерживались правоохранительными органами, а 58,8% (n=40) сообщили о том, что отбывали наказания. Почти две трети (63%) когда-либо оказывали секс-услуги за вознаграждение, и почти каждая девятая из десяти женщин (89%, n=69) соответствовала диагностическим критериям ПТСР.

Употребление наркотиков и алкоголя: по данным статистики, собранной во время базового анкетирования, (n=78), 60 участниц (82,2%) употребляли наркотические вещества вообще, 38 участниц (52,1%) употребляли героин, 69,9% участниц злоупотребляли алкоголем «за последние 90 дней», чуть больше половины (54,8%, n=40) пережили опиоидную передозировку, 41,1% проходили какое-либо наркологическое лечение «за последние 90 дней».

Пережитые эпизоды насилия со стороны половых партнёров (НПП) и гендерного насилия (со стороны не-партнёров, ГН) «за последний год»: во время первого занятия по экспресс-вмешательству, среди участниц был выявлен довольно высокий уровень НПП и ГН «за последний год» (см. **таблицу 2**) -- 80,8% (n=59) участниц подвергались физическому или сексуальному НПП, а 61,5% (n=45) подвергались физическому или сексуальному ГН.

Более половины (56.2%, n=41) подвергались физическому НПП, а 37% (n=27) подвергались сексуальному НПП «за последний год». Уровень насилия со стороны не-партнёра составляет 32.9% (n=24), включая нанесение тяжкого физического вреда здоровью и изнасилование (32.9%, n=24). Половина (50.7%, n=37) отметили, что стали жертвами насилия со стороны сотрудников правоохранительных органов.

Влияние вмешательства на риск насилия со стороны партнёров и не-партнёров и другие результаты: многофакторный анализ основывался на изменениях, произошедших с участницами в период между базовым и 3-месячным анкетированием (см. **таблицу 3**). По результатам 3-месячного анкетирования участницы подвергались оскорблениям со стороны партнёров в 0.79 раз меньше, в сравнении с базовым анкетированием (P<0.05), а физическому НПП в 0.41 раз меньше, чем в начале (P<0.001). Так же, участницы подвергались физическому насилию со стороны не-партнёров в 0.73 раза меньше, чем до участия в программе (P<0.01).

По результатам 3-месячного анкетирования увеличилась степень пользования участницами услугами, связанными с помощью жертвам насилия (скорректированное соотношение 12.3, P<0.001). Однако, участницы подверглись в гораздо большей степени оскорблениям со стороны не-партнёров (скорректированное соотношение 1.34, P<0.001).

Что касается случаев сексуального ГН и НПП, то никаких значимых различий между базовой и 3-месячной оценкой выявлено не было. В то же время отмечается заметное снижение употребления наркотиков в сравнении с базовой оценкой. В период «за последние 90 дней» участницы употребляли гораздо меньше наркотиков вообще (скорректированное соотношение 0.35, P<0.05) и инъекционных в частности (скорректированное соотношение 0.39, P<0.05). Никаких изменений в употреблении алкоголя выявлено не было.

Из 73 женщин, посетивших первое занятие экспресс-вмешательства, 65 (89%) согласились пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, при этом у четырех женщин (7.7%) результат оказался положительным (три из них были новыми случаями). На этапе 3-месячного анкетирования все три участницы отметили, что имеют доступ к необходимой лечебной помощи и пользуются соответствующими услугами.

Посещаемость сеансов экспресс-вмешательства, восприятие и безопасность: более 90% участниц (n=72) посетили оба занятия. Из всех участниц, 63 (87.5%) отметили, что они очень довольны результатом экспресс-вмешательства, 60 (83.3%) отметили, что им было комфортно работать с фасилитаторами WINGS, и 69 (95%) готовы рекомендовать WINGS другим. Исследовательский персонал и сотрудники WINGS не зарегистрировали ни одного чрезвычайного происшествия во время работы проекта.

Таблица 1. Социо-демографические и фоновые характеристики женщин, принявших участие в занятиях по экспресс-вмешательству (n=73)

	n (%) или среднее значение, стандартное отклонение
Возраст (в среднем)	41.0, 8.3
<i>Национальность</i>	
Русские	44 (60.3%)
Кыргызки	7 (9.6%)
Другие национальности	22 (30.1%)
<i>Религия</i>	
Мусульмане	17 (23.3%)
Христиане	49 (67.1%)
Другие	7 (9.6%)
<i>Семейное положение - замужем/гражданский брак</i>	33 (45.2%)
Женщины, которых спросили, хотят ли они выйти замуж или жить вместе с их партнером	14 (42.4%)
Образование – среднее либо ниже	45 (61.6%)
Работа – работают более 12 месяцев	22 (30.1%)
Имеют детей	56 (76.7%)
Имеют постоянное место жительства более 90 дней	66 (90.4%)
Когда-либо находились под арестом	60 (81.2%)
Когда-либо отбывали наказание в тюрьме	40 (54.8%)
Когда-либо занимались проституцией	46 (63.0%)
<i>Разбивка по партнёрским НПО</i>	
Астерия	37 (50.7%)
Подруга	36 (49.3%)
Злоупотребление алкоголем	51 (69.8%)
Принимали какие-либо наркотики за последние 90 дней	60 (82.2%)
Принимали героин за последние 90 дней	38 (52.1%)
Когда-либо испытывали опиоидную передозировку	40 (54.8%)
За последние 90 дней проходили наркологическое лечение	30 (41.1%)
Наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)	65 (89%)

Таблица 2. Идентификация и преобладание различных видов насилия со стороны половых партнёров (НПП) и виктимизация в плане гендерного насилия (ГН) «за последний год» согласно данным, полученным во время первого занятия экспресс-вмешательства (n=73)

Тип насилия	Со стороны полового партнёра, n (%)	Со стороны не-партнёра, n (%)
Словесное	51 (69.9%)	45 (61.6%)
Легкое физическое	49 (67.1%)	35 (48.0%)
Тяжкое физическое	41 (56.2%)	24 (32.9%)
Нанесение травм	–	15 (20.6%)
Легкое сексуальное	48 (65.8%)	33 (45.2%)
Тяжкое сексуальное	27 (37.0%)	24 (32.9%)
Психологическое насилие	34 (46.6%)	29 (39.7%)
Любое физическое, сексуальное	59 (80.8%)	45 (61.6%)

Совершено сотрудниками милиции (по данным базового анкетирования)

- Милиционер среди виновников совершённого насилия – 37 (50.7%)
- Милиционер как единственный виновник насилия – 17 (23.3%)

Таблица 3. Степень воздействие программы WINGS на уровень виктимизации (НПП и ГН), употребления наркотиков и обращения за помощью к соответствующим службам «за последние 90 дней» (n=6, женщины, прошедшие 3-месячное анкетирование)

	n (%), среднее отклонение		Relative risk ratio or odds ratio (разница между показателями базового и 3-месячного анкетирования)	
	Базовое анкетирование	3-мес анкетирование	Unadjusted	Adjusted (covariates include age, ethnicity, education and intervention site)
Насилие со стороны полового партнера				
• Число случаев словесных оскорблений (IRR)	3.5, 6.1	2.8, 6.7	0.79 [0.65, 0.96]*	0.79 [0.65, 0.96]*
• Число случаев физического насилия (IRR)	7, 12.0	2.9, 6.5	0.41 [0.35, 0.49]***	0.41 [0.35, 0.49]***
• Число случаев сексуального насилия (IRR)	9.4, 18.8	8.9, 20.7	0.94 [0.84, 1.06]	0.94 [0.84, 1.06]
Гендерное насилие				
• Число случаев словесных оскорблений (IRR)	3.9, 13.0	5.2, 16.6	1.34 [1.1, 1.6]***	1.34 [1.1, 1.6]***
• Число случаев физического насилия (IRR)	3, 6.9	2.2, 12.5	0.73 [0.59, 0.90]**	0.73 [0.59, 0.90]**
• Число случаев сексуального насилия (IRR)	2.9, 7.1	2.6, 7.0	0.89 [0.72, 1.1]	0.89 [0.72, 1.1]
Употребление наркотиков и алкоголя				
• Употребление любых наркотиков за последние 30 дней (OR)	56 (84.9%)	43 (67.2%)	0.37 [0.16, 0.86]*	0.35 [0.15, 0.84]*
• Употребление инъекционных наркотиков за последние 30 дней (OR)	38 (60.3%)	25 (39.7%)	0.43 [0.20, 0.91]*	0.39 [0.18, 0.84]*
• Злоупотребление алкоголем за последние 90 дней (OR)	45 (62.2%)	40 (60.6%)	0.50 [0.17, 1.5]	0.50 [0.17, 1.46]
Обращение за помощью к соответствующим службам «за последние 90 дней» (OR)	15 (22.7%)	55 (77.3%)	11.56 [5.12, 26.1]***	12.3 [5.3, 28.4]***

*P<0.05. **P<0.01. ***P<0.001. IRR, incident rate ratio; OR, odds ratio

Обсуждение

По нашим данным, «Крылья надежды» являются первым проектом, разработанным для помощи женщинам, употребляющим наркотики, основанным на СКЭВП-модели с интегрированным компонентом тестирования на ВИЧ, и реализованным в Кыргызстане или где бы то ни было на базе организаций, работающих по принципам снижения вреда. Положительные результаты, высокий уровень посещаемости и удержания участниц, высокое качество оказанных услуг и отсутствие чрезвычайных ситуаций на протяжении всего проекта говорят о целесообразности, обоснованности, безопасности и приемлемости программы WINGS.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности нашего экспресс-вмешательства в плане выявления и определения уровня виктимизации (как НПП, так и ГН). Это говорит о том, что программу WINGS можно использовать не только для успешного отслеживания уровня НПП в обществе, но также для

Заключение

Несмотря на вышеприведенные ограничения, полученные результаты свидетельствуют об эффективности и целесообразности этого экспресс-вмешательства, основанного на СКЭВП-модели и способного идентифицировать и предупреждать широко распространённые виды насилия среди ЖУИН в Кыргызстане. Кроме того, большое число женщин, прошедших тест на наличие ВИЧ, говорит о том, что WINGS играет важную роль в увеличении числа желающих провериться на ВИЧ и в лечении ВИЧ-инфицированных.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что программа WINGS может быть полезна при разработке программ профилактики гендерного насилия в условиях ограниченных средств и ресурсов, а также в странах, услуги профилактики гендерного насилия для ЖУИН находятся на начальной стадии или вообще не существуют.

© 2016 Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs

идентификации более широкого спектра ГН, включая насилие со стороны сотрудников правоохранительных органов в отношении ЖУИН в Кыргызстане.

Сравнивая показатели базового и 3-месячного анкетирования, можно отметить многообещающие результаты экспресс-вмешательства в плане снижения случаев физического и вербального НПП, а также физического ГН. Недостаточное снижение уровня сексуального НПП также отмечается и в других исследованиях, связанных с проблемой насилия со стороны половых партнёров [14,19]. Это свидетельствует о необходимости дальнейшей работы над содержанием вмешательства с целью усилить эффективность компонента сексуальной безопасности, что позволит снизить риски сексуального насилия. Увеличение числа случаев вербального насилия со стороны не-партнёров можно объяснить влиянием внешних факторов, в пользу чего говорит широкий диапазон коэффициента стандартного отклонения в этой выборке. В то же время эти результаты могут говорить о том, что женщины, которые начали уметь использовать способы защиты от насилия, взамен подвергались словесным оскорблениям.

Большое число участниц, которые прошли тест на наличие ВИЧ, свидетельствует о том, что эта программа играет важную роль в увеличении числа желающих провериться на ВИЧ и в лечении ВИЧ-инфицированных. Рост числа женщин, которые обратились в соответствующие организации, оказывающие помощь жертвам насилия (с 22% до 77%) доказывает, что СКЭВП-модель программы WINGS в значительной степени способствует обращению женщин за такого рода помощью. Широкий масштаб изменений в показателях первого и второго порядка говорит о том, что вмешательство эффективно как с клинической, так и со статистической точки зрения.

Над чем необходимо ещё поработать

Отсутствие контрольной группы ограничило возможность более точного сравнения полученных результатов, что может стать препятствием во время презентации итоговых результатов, показывающих произошедшие с женщинами изменения, поскольку они могли возникнуть сами по себе за определенный промежуток времени как результат общественных процессов, регрессии к среднему значению, реакции на вопросы анкет, и других факторов, не связанных непосредственно с данной программой, но, возможно, имеющих отношение к другим проектам, реализуемым на базе партнёрских НПО, услугами которых пользуются наши участницы. Не имея возможности провести долгосрочную оценку эффективности, мы не можем с уверенностью говорить об устойчивости произошедших изменений и судить о том, в какой степени достигнутый эффект сохраняется с течением времени. Возможности экстраполировать полученные данные тоже ограничены в связи с тем, что исследование и оценка велась на базе всего двух НПО. Программа WINGS в её нынешнем виде не исследовала вопросы, связанные с условиями, в которых совершается насилие со стороны половых партнёров, и также не рассматривала проблему взаимного насилия, совершаемого обоими партнёрами, поэтому в дальнейших исследованиях эти вопросы необходимо изучить более тщательно.

Широкая распространённость, частота совершаемого насилия и его жестокие формы, о чём свидетельствует информация, полученная от участвующих в проекте женщин, подтверждает острую необходимость в создании специальных программ и

принятии мер с целью профилактики насилия среди ЖУИН в Кыргызстане как проблемы, связанной с общественным здоровьем и соблюдением прав человека. Отсутствие систематической регистрации случаев НПП и ГН и данных, полученных в ходе исследований среди ЖУИН в Кыргызстане, создаёт большую проблему и ограничивает возможности сделать проблему насилия более прозрачной и принять меры по её предупреждению.

По аналогии с результатами других исследований среди ЖУИН, которые проводились в других странах [9,29,30], имеет распространённость насилия, совершаемое сотрудниками правоохранительных органов, что свидетельствует о необходимости пересмотра законодательных, политических, программных и правозащитных инициатив для изменения ситуации с насилием в отношении ЖУИН в Кыргызстане со стороны милиции. Боязнь стать жертвой насилия со стороны милиционеров является серьезной преградой при обеспечении безопасности женщин, обеспечении их доступа к медицинской помощи и предохранения от насилия. Несмотря на то, что программа WINGS касается проблемы насилия со стороны милиции и насилия в отношении секс-работниц, необходимо принять дальнейшие меры по усовершенствованию планов безопасности, социальной поддержки, постановки целей и конкретных мероприятий, имеющих целью решить проблемы женщин, которые подвергаются насилию. Также, выявленный в ходе исследования высокий уровень посттравматического стрессового расстройства и передозировки наркотиками говорит о необходимости дополнительной адаптации СКЭВП-моделей, которые помогут выявлять ЖУИН, рискующих стать жертвами этих сопутствующих насилию факторов, и связать этих женщин с соответствующими службами.

Необходимо провести дальнейшее исследование и оценить эффективность использования программы WINGS в более обширном контексте других программ снижения вреда. Для этого нужно использовать рандомизированное управляемое исследование, либо структурированный подход с использованием контрольных групп и долгосрочной оценки с большим числом участниц, что даст возможность более тщательно отслеживать изменения в уровне виктимизации, а также в результатах тестирования на наличие ВИЧ среди ЖУИН. Большое количество программ по обмену шприцев и организаций, работающих по принципам снижения вреда в Кыргызстане и других странах обеспечивает прочный фундамент для внедрения гендерно-ориентированных СКЭВП-моделей, таких как WINGS, с целью оградить большее число ЖУИН от риска стать жертвами насилия и перенаправить их в соответствующие организации, оказывающие необходимую в таких случаях помощь, включая ВИЧ-сервисные и наркотические центры.

Благодарность

Мы выражаем искреннюю благодарность всем сотрудникам фондов «Астерия» и «Подруга», а также самим участниц, без которых провести это исследование не представлялось бы возможным. Это исследование финансировалось Фондом Открытого Общества. Тина Дживартам-Негрон также выражает отдельную признательность в адрес Национального института изучения проблем наркозависимости, за оказанную поддержку по линии Тренинговой программы поведенческих исследований вопросов наркозависимости (T32 DA007233).

Библиография

- [1] Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction and HIV. *Reprod Health Matter* 2008;16:168–81.
- [2] National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic Ministry of Health, ICF International. *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 2012*. Bishkek, Kyrgyz Republic, and Calverton, Maryland, USA: 2012.
- [3] Gilbert L, Raj A, Hien D, Stockman J, Terlikbayeva A, Wyatt G. Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *JAIDS* 2015;69:S118–S27.
- [4] UN General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence Against Women. Presented at 85th Plenary Meeting; 20 December 1993; Geneva, Switzerland.
- [5] El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. The temporal relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women on methadone. *Am J Public Health* 2005;95:465–70.
- [6] Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2014;109:379–91.
- [7] Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clin Psych Rev* 2008;28:247–74.
- [8] Blankenship K, Reinhard E, Sherman SG, El-Bassel N. Structural interventions for HIV prevention among women who use drugs. *JAIDS* 2015;69:S140–S5.
- [9] Decker MR, Miller E, McCauley HL, et al. Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. *Sex Transm Infect* 2014;90:145–9.
- [10] El-Bassel N, Gilbert L, Witte S, Wu E, Chang M. Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics — challenges and implications for prevention and treatment. *Subst Use Misuse* 2011;46:295–306.
- [11] Gilbert L, El-Bassel N, Chang M, Wu E, Roy L. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychol Addict Behav* 2012;26:226–35.
- [12] Lipsky S, Krupski A, Roy-Byrne P, Lucenko B, Mancuso D, Huber A. Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2010;38:231–44.
- [13] Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2014;17:18845.
- [14] Tirado-Muñoz J, Gilchrist G, Farré M, Hegarty K, Torrens M. The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med* 2014;46:567–86.
- [15] Fowler DN, Faulkner M. Interventions targeting substance abuse among women survivors of partner abuse: a meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2011;41:386–98.
- [16] Gilbert L, Goddard-Eckrich D, Hunt T, et al. Efficacy of a computerized intervention on HIV and intimate partner violence among substance-using women in community corrections: a randomized controlled trial. *Am J Public Health* 2016;106:1278–86.
- [17] United Nations Office on Drugs & Crime. *Women Who Inject Drugs and HIV: Addressing Specific Needs*. Vienna, Austria: UNODC, 2015.
- [18] O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med* 2011;72:855–66.
- [19] Eckhardt CM, Murphy C, Whitaker DJ, Sprunger J, Dykstra R, Woodard K. The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse* 2013;4:196–231.
- [20] Gilbert L, Shaw S, Goddard-Eckrich D, et al. Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety): a randomized controlled trial of a screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) service to identify and address intimate partner violence among substance-using women receiving community supervision. *Crim Behav Ment Health* 2015;25:314–29.
- [21] National Institute on Drug Abuse. *Risk Behavior Assessment Questionnaire*. Rockville MD: NIDA Community Research Branch, 1991.
- [22] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-48*. SAMHSA: Rockville, MD, 2013.
- [23] Klevens J, Kee R, Trick W, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308:681–9.
- [24] Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003;289:589–600.
- [25] Weathers FW, Blake DD, Krinsley DE, Haddad W, Huska JA, Keane TM. The clinician administered PTSD scale: reliability and construct validity. Paper presented at 26th annual convention of the Association for Advancement Behavior Therapy, Boston, 1992.
- [26] Bandura A. A social cognitive approach to the exercise of control of AIDS infection. In: DiClemente R, ed. *Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, CA: Sage, 1992:89–116.
- [27] Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente RJ, ed. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press, 1994:25–9.
- [28] StataCorp. *Stata statistical software: version 9*. College Station, TX: StataCorp LP; 2005.
- [29] Cottler LB, O'Leary CC, Nickel KB, Reingle JM, Isom D. Breaking the blue wall of silence: risk factors for experiencing police sexual misconduct among female offenders. *Am J Public Health* 2014;104:338–44.
- [30] Sarang A, Rhodes T, Sheon N. Systemic barriers accessing HIV treatment among people who inject drugs in Russia: a qualitative study. *Health Policy Plann* 2013;28:681–91.