

**Доступ жінок,
які вживають наркотики,
до послуг сексуального
та репродуктивного здоров'я,
ВІЛ, та зменшення шкоди
в Донецькій та Луганській
області**

ЗВІТ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ



ЗМІСТ:

Методологія дослідження	3
Вступ	3
Концептуальна основа	4
Питання дослідження	4
Методи	5
Результати дослідження (кількісний компонент)	6
Соціально-демографічні характеристики	6
Вживання наркотиків і лікування залежності	7
ВІЛ та Гепатит С	7
Зменшення шкоди	8
Репродуктивне здоров'я та батьківські права	8
Секс робота	9
Насильство	10
Результати дослідження (якісний компонент)	11
Стигма	12
Насильство з боку партнера	12
Насильство з боку поліції	13
Опіка над дітьми	13
Наслідки збройного конфлікту	14
Інтерпретація результатів і обмеження методології	15
Висновки	16



МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

ВСТУП

У червні 2018 року - січні 2019 року Клуб «Світанок» провів **дослідження рівня доступу жінок, які вживають наркотики**, до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), ВІЛ та зменшення шкоди, а також перешкод, з якими вони стикаються при доступі до таких послуг. Дослідження є частиною проекту «Задоволення специфічних потреб в сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та прав маргіналізованих жінок в районах, яких торкнувся збройний конфлікт в Україні», спрямованого на покращення психічного, фізичного та соціального добробуту та соціального благополуччя вразливих жінок та жінок, що отримують недостатньо послуг, в Донецькій та Луганській областях, Україна.

Дослідження було організоване в декілька етапів:

- Розробка методології дослідження (в партнерстві з Євразійською Асоціацією зменшення шкоди);
- Розробка протоколу безпеки для збору, обміну та зберігання даних (з безплатною підтримкою від Fabriders.com[1]);
- Відбір інтерв'юєрок та їх навчання навичок збору даних, безпеки та основ етики досліджень;
- Пілотний збір даних (10 структурованих інтерв'ю та 2 глибинних інтерв'ю) і доопрацювання опитувальника;
- Збір інформації;
- Первинний аналіз даних (в партнерстві з Євразійською асоціацією зменшення шкоди);
- Повний аналіз даних і складання звіту.

Мета дослідження: вивчити соціальні, культурні та правові бар'єри в отриманні послуг сексуального та репродуктивного здоров'я для жінок, які вживають наркотики і які проживають поблизу зони конфлікту в Україні.

Цільова група: жінки, що мають досвід вживання наркотиків і проживають поблизу тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей, Україна.

КОМАНДА ДОСЛІДЖЕННЯ

АВТОРКИ: *Даша Очерет-Матюшина*, Євразійська Асоціація Зменшення Шкоди, *Світлана Мороз*, Клуб "Світанок"

ИНТЕРВ'ЮЄРКИ: *Тетяна Суховілова*, *Світлана Андрєєва*, *Наталія Безелева*, Клуб "Світанок", *Олена Курлат*, ОО "Наша Допомога".

ДИЗАЙН: *Аліна Ярославська*, БО "Позитивні жінки"

КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА

Дослідницька група виходить з того, що особливі соціальні вразливості жінок, котрі вживають наркотики, обмежують їхній доступ до життєво важливих послуг, перешкоджають соціальній інтеграції і підвищують ризик міжособистісного насильства і насильства з боку правоохоронних органів та військових. Ці вразливості пов'язані, з одного боку, з державною політикою стосовно наркотиків, котра протягом багатьох років сприяла криміналізації та стигматизації людей, які вживають наркотики, а з другого боку – із низьким рівнем автономії жінок в прийнятті рішень про власне сексуальне та репродуктивне здоров'я. У випадку жінок, які вживають наркотики, стигма, пов'язана із наркополітикою та криміналізацією, взаємодіє із домінуючими на пострадянському просторі гендерними стереотипами, котрі приписують жінкам виключно ролі дружини та/або матері. Проведені в Україні та в інших країнах Східної Європи дослідження задокументували проблеми, з якими стикаються жінки, які вживають наркотики, включаючи дискримінацію в системі охорони здоров'я, насильство в сім'ї і з боку поліції, незаконне позбавлення батьківських прав та інші випадки зловживань за боку держави [2; 3]

Відомо, що збройний конфлікт, що розгорнувся в східних регіонах України, вплинув на ступінь вразливості жінок до сексуального, фізичного та економічного насильства [4]. Також відомо, що збройний конфлікт справив негативний вплив на доступ людей, що вживають наркотики, до життєво важливих послуг охорони здоров'я, включаючи профілактику ВІЛ та надання опіоїдної замісної терапії – хоча повномасштабних емпіричних досліджень і не проводилося, є документальні свідчення про перебої з доступом до лікування ВІЛ і доступом до опіоїдної замісної терапії в цих регіонах України.

Тим не менше, досліджень про становище жінок, які вживають наркотики, у Східній Україні не проводилося, і ані на рівні країни, ані на міжнародному рівні немає інформації про те, наскільки саме погіршився доступ до медичної допомоги, наскільки виріс ризик передачі ВІЛ, як змінилася вразливість до насильства, як змінився соціально-економічний статус жінок, які вживають наркотики в результаті збройного конфлікту і як це впливає на основні показники здоров'я цієї групи населення.

ПИТАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідницька група відповідала на наступні питання:

- Як ситуація збройного конфлікту вплинула на життя, здоров'я та безпеку жінок, які вживають наркотики?
- Як змінився соціально-економічний статус жінок, які вживають наркотики, що проживають у зоні конфлікту і як це впливає на стигму та на ступінь соціальної ізоляції?
- Яким є доступ до базових медичних послуг (ВІЛ, сексуальне і репродуктивне здоров'я, зменшення шкоди) серед жінок, які вживають наркотики?
- Чи змінився рівень автономії жінок, які вживають наркотики, при прийнятті рішень про репродуктивне та сексуальне здоров'я?
- Чи відбулися зміни в послугах для жінок, які вживають наркотики – і, якщо так, як це вплинуло на їхнє благополуччя?
- Як життя на кордоні з окупованими територіями впливає на захист жінок, які вживають наркотики, від насильства?
- Чи змінився рівень криміналізації жінок, які вживають наркотики та їхня вразливість перед зловживаннями з боку поліції?

МЕТОДИ

У дослідженні використано три методи збору даних:

- Структуровані інтерв'ю з жінками;
- Глибинні інтерв'ю з жінками;

- Запити до органів охорони здоров'я про надання медичної допомоги.

Структуровані інтерв'ю:

Структуровані інтерв'ю на основі анкет проводилися зі **150 жінками, які вживають наркотики**. Кожне інтерв'ю займало близько 60 хвилин.

Анкета включала **більше 100 питань**, згрупованих за такими блоками:

- Загальна соціально-демографічна інформація, Історія вживання наркотиків,
- Доступ до послуг з профілактики та лікування ВІЛ та лікуванню супутніх інфекцій,
- Сексуальне та репродуктивне здоров'я,
- Секс-робота,
- Насильство.

Жінки отримували запрошення брати участь в анкетуванні через програми зменшення шкоди на аутріч маршрутах.

Критерії включення:

жінки, не молодше 18 років, що вживають ін'єкційні наркотики або проходять ОЗТ протягом останніх 12 місяців; фактичне проживання на кордоні з тимчасово окупованими територіями України.

Критерії виключення:

гострі проблеми із психічним здоров'ям.

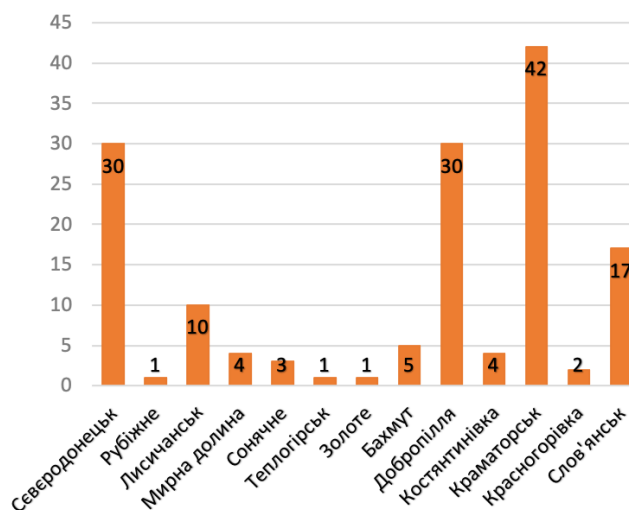
Глибинні інтерв'ю:

Проведено **15 глибинних (неструктурованих) інтерв'ю** з жінками, які вживають наркотики, в ході яких були задокументовані особисті історії жінок. Питання включали дитинство, сімейні стосунки, вживання наркотиків та лікування наркозалежності, інфекційні захворювання та їх лікування, насильство та травми, досвід, пов'язаний з кримінальним переслідуванням та тюремним ув'язненням, інтимні стосунки, народження та виховання дітей.

Особливої уваги в інтерв'ю було приділено змінам, які відбулися в результаті збройного конфлікту в Україні, і його впливу на автономію жінок та їхній доступ до ресурсів, а також на міжособистісні стосунки та контакти з державними інститутами.

Анкети заповнювали рівні консультантки Клубу "Світанок", які пройшли спеціальну підготовку зі збору даних, дослідницької етики та безпеки.

Дані з анкет були внесені до спеціально розробленої форми Excel і проаналізовані із використанням методу статистичного аналізу.



Малюнок 1. Кількість учасниць з розподілом по містах

Кожне інтерв'ю займало від 40 до 60 хвилин.

Критерії включення:

жінки, не молодше 18 років, що вживають ін'єкційні наркотики або перебувають на ОЗТ протягом останні 12 місяців; фактичне проживання поблизу від тимчасово окупованих територій України.

Критерії виключення:

гострі проблеми з психічним здоров'ям, недавні спроби самогубства.

Інтерв'ю були записані, розшифровані та проаналізовані з використанням методу тематичного контент-аналізу.



РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: кількісний компонент

Наведені нижче результати ґрунтуються на статистичному аналізі структурованих інтерв'ю.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Вік: середній вік - 38 років, мінімальний - 18 років, максимальний - 58 років.

Мова: для 84,67% російська мова була основною, за винятком однієї жінки, всі інші вдома говорили в основному українською.

Місце проживання:

- 91,33% мешкають в міських умовах;
- 14% змінили місце проживання через конфлікт і переїхали до іншого міста, а 4% змінили місце проживання, залишаючись в тому самому місті;
- **12,67%** мають статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО), але у чверті з них немає документів, що це підтверджують;
- більше двох третин ВПО не отримали ніякої підтримки як ВПО.

Сімейний стан:

- 14,66% одружені;
- 36,66% в цивільному шлюбі;
- 16% вдови;
- 18,67% ніколи не були в шлюбі;
- 1,34% інше або відмовилися відповідати.

Діти:

- 68,67% респонденток мають дітей,
- в середньому жінки мають 1-2 дитини, одна жінка має 4 дитини, одна жінка – 6 дітей.

Рівень освіти:

- 18% не закінчили середню школу;
- 21,33% – середня школа;
- 26,67% – професійний коледж;
- 28% – технічний коледж;
- 2% – незакінчена вища освіта;
- 3,33% – вища освіта.

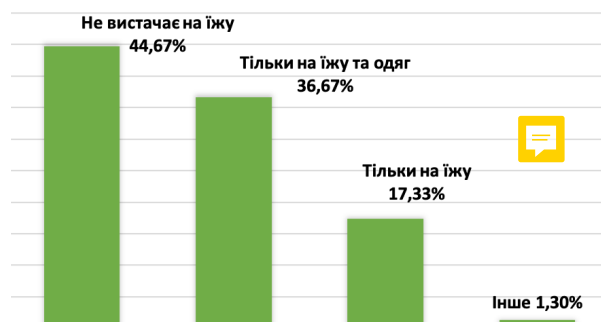
Трудовий стаж:

Працевлаштування на момент проведення інтерв'ю:

- 56,7% безробітних,
- 7,3% офіційно працевлаштовані,
- 16% працюють без оформлення договору,
- інше – 18% (включаючи **14,7%**, які ніколи не працювали).

Фінансовий статус:

- місячна заробітна платня – 1200-15000 гривень (43-541 доларів США), 3867 гривень (142 доларів США) в середньому;
- у **44,67%** респонденток не вистачає грошей на їжу;
- у **36,67%** – достатньо грошей лише на їжу та одяг;
- у **17,33%** – достатньо грошей на їжу, але недостатньо на одяг;
- 1,3% – інше.



Малюнок 2. Фінансовий статус респонденток

ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ

Мінімальний вік початку вживання наркотиків – 12 років, середній вік початку вживання наркотиків – 20 років.

Останній використаний наркотик:

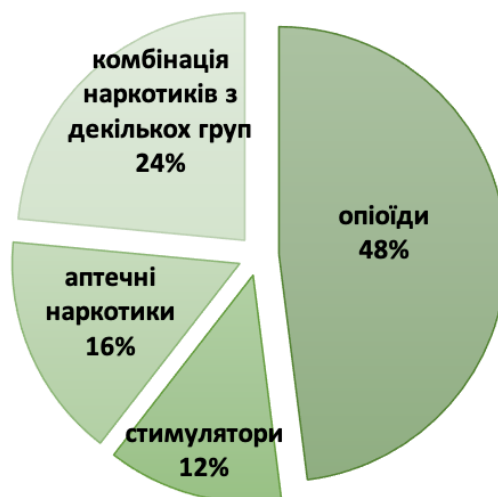
- опіоїди 48%;
- стимулятори амфетамінового ряду 12.5%;
- «аптечні наркотики» 16%;
- все інше – комбінація наркотиків з декількох груп.

Передозування – 29,3% пережили передозування опіоїдами хоча б один раз.

Медикаментозне лікування:

- **49,33%** були на наркообліку на момент інтерв'ю, а 6,67% були на наркообліку раніше;
- 57,33% ніколи не отримували наркологічного лікування;
- 28,67% на даний час отримували ОЗТ (на момент інтерв'ю), при цьому три жінки раніше були клієнтками програми ОЗТ, але не отримували лікування на момент інтерв'ю,
- **10 жінок** були змушені перервати ОЗТ через збройний конфлікт.

12% відмовлялися в лікуванні через вживання наркотиків.



Малюнок 3. Останній використаний наркотик

ВІЛ ТА ГЕПАТИТ С

Тестування на ВІЛ:

- тільки 1 з 150 респонденток ніколи раніше не проходила тестування на ВІЛ;
- тільки 1 жінка пройшла самотестування на ВІЛ як останній тест;
- тільки 6 жінок (4%) пройшли тестування на ВІЛ із аутич-працівником;
- 4 жінки не знають свій ВІЛ-статус;
- серед 66 респонденток, котрі вказали, що раніше вони були ВІЛ-негативними, 84.85% пройшли тестування протягом останніх 12 місяців;
- 5 жінок з 66 респонденток, які вказали що є ВІЛ-негативними, з квітня 2014 року не проходили тестування на ВІЛ.

АРВ-терапія (дані про респонденток, які живуть з ВІЛ):

- 3 жінкам ніколи не пропонували АРВ-терапію;
- **12,66%** ВІЛ-позитивних жінок (10 жінок) ніколи не отримували АРВ-терапію;
- 38 жінок (48,1% ВІЛ-позитивних) хоча б раз припиняли прийом АРВ-препаратів, 33 з них припинили прийом на певний час після 2014 року;
- 18 жінок (22,78% ВІЛ-позитивних) ніколи не проходили тестування на вірусне навантаження;
- 62 жінок (78,48% ВІЛ-позитивних) ніколи не проходили тестування на медикаментозну стійкість до ВІЛ (резистентність).

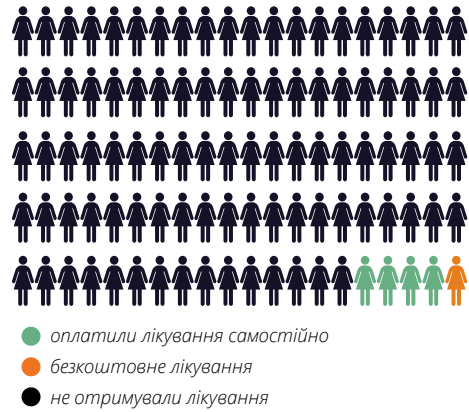
52,67% респонденток живуть з ВІЛ

Гепатит С:

- 56% респонденток вказали, що на даний час вони мають гепатит С;
- 22% жінок не знають, чи є в них вірус гепатиту С.

Лікування гепатиту С:

- тільки 1 жінка отримала безкоштовне лікування гепатиту С;
- 4 жінки проходили лікування, оплачуючи його самостійно;
- **91,86%** респонденток, які знали що у них в якийсь час був гепатит С, ніколи не лікувалися.



Малюнок 4. Лікування гепатиту С

ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ

- 11,33% респонденток не отримували ніяких послуг зменшення шкоди протягом останніх 12 місяців;
- тільки 6 жінок (4%) отримували налоксон протягом останніх 12 місяців;
- тільки 5 жінок отримували їжу від служб зменшення шкоди протягом останніх 12 місяців.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я та БАТЬКІВСЬКІ ПРАВА

Тестування і лікування ІПСШ:

- 39,33% респонденток ніколи не тестувалися на ІПСШ;
- Тільки 10% з тих, хто хоча б колись проходила тестування на ІПСШ, проходили останнє тестування на ІПСШ безкоштовно;
- 79,33% респонденток ніколи не отримували лікування від ІПСШ,
- з тих, хто отримувала лікування від ІПСШ, жодна не отримувала його безкоштовно;
- 13 жінок (8,6% всіх респонденток) повідомили, що вони лікувалися самостійно, без медичної допомоги;
- **33%** не використовували ніяких методів контрацепції протягом останніх 12 місяців.



Малюнок 5. Репродуктивне здоров'я

Вагітність – 82% жінок були вагітними хоча б один раз протягом життя, серед них:

- 29,27% мали 1 вагітність;
- 30,8% мали 2 вагітності;
- 17,88% мали 3 вагітності;
- 8,13% мали 4 вагітності;
- 13,82% мали 5 чи більше вагітностей (до 9).

34,67% респонденток повідомили, що робили **аборт**, серед них:

- **8 жінкам** рекомендували (лікарі) зробити аборт через вживання наркотиків,
- 1 – через те, що вона отримувала ОЗТ,
- 1 – через ВІЛ-позитивний статус.

86,17% респонденток, які вже були вагітними, отримали допологову допомогу під час останньої вагітності безкоштовно, 5,69% були змушені оплачувати відвідування, 4,08% не мали доступу до жіночих консультацій, оскільки не мали постійної реєстрації.

Три жінки почали ОЗТ під час вагітності, в 10 жінок ОЗТ продовжувалася під час вагітності (вони почали отримувати лікування до ОЗТ), а одна жінка перервала ОЗТ під час вагітності за рекомендацією лікаря. 16 жінок (13,01%) не зверталися по ОЗТ під час вагітності, оскільки вони або не отримували рекомендації лікаря, або не мали наявності ОЗТ за місцем проживання.

Опіка над дитиною:

- 6 жінок відмовилися від опіки над дітьми (не встановленні причини відмови);
- ще 8 жінок були позбавлені батьківських прав або обмежені в них, і в чотирьох випадках влада робила спроби це вчинити;
- 7 жінок намагалися повернути своїх дітей;
- 3 жінкам вдалося повернути своїх дітей.

СЕКС-РОБОТА

- 36 жінок (24% учасниць) мають досвід секс-роботи;
- 20% учасниць обмінювали секс на гроші, наркотики чи їжу протягом останніх 7 днів;
- з 36 жінок, котрі хоч колись займалися секс-роботою, **8 жінок мали секс із співробітниками поліції, і 6 – із військовими;**
- 24 з 36 жінок, котрі були хоч колись залучені до секс-роботи, мали як мінімум один випадок примусу до надання сексуальних послуг, а 4 жінки вказали, що їх до цього примушувала поліція;
- 17 жінок зазнавали фізичного насильства при наданні сексуальних послуг.

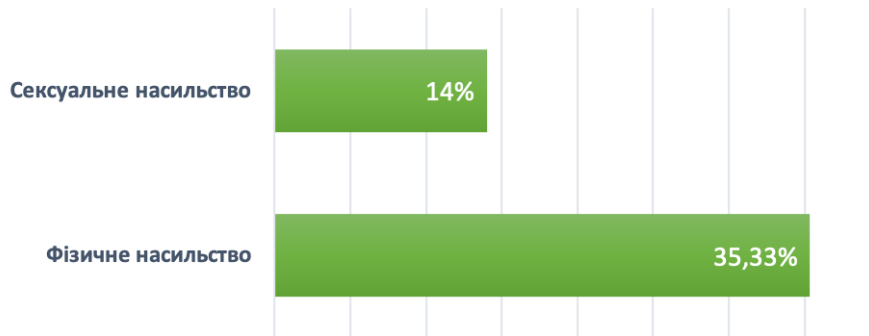


Малюнок 6. Секс-робота і сексуальна експлуатація

НАСИЛЬСТВО

Насильство з боку інтимного партнера:

- 35,33% зазнавали фізичного насильства з боку свого інтимного партнера;
- 14% пережили сексуальне насильство з боку свого інтимного партнера;
- 37 жінок (67,27% з тих, хто зазнавали насильства з боку інтимного партнера), викликали поліцію у випадку насильства.



Малюнок 7. Насильство з боку інтимного партнера

Інші види міжособистісного насильства (не з боку інтимного партнера):

- 47 жінок (31,33%) зазнавали фізичного насильства, але лише 7 жінок в цьому випадку зверталися до поліції;
- 30 жінок (20%) зазнавали сексуального насильства

Захист від насильства:

Жодна жінка, яка пережила насильство, не зверталася за допомогою в кризовий центр для жінок.



РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: якісні результати

На основі глибинних інтерв'ю з 15 жінками проведено аналіз бар'єрів щодо доступу до послуг

СТИГМА

Стигма залишається центральним бар'єром в отриманні тестування на ВІЛ, своєчасному початку терапії та отриманні гарантованої державою медичної та соціальної допомоги. Йдеться про поєднання стигми у зв'язку з ВІЛ та стигми стосовно людей, що вживають наркотики, що посилює маргіналізацію вразливих жінок та виключає їх з системи надання допомоги, включаючи акушерсько-гінекологічну.

«Я була вагітна, до мене дуже недобре ставилися медсестри, лікарі. ... Це було пов'язано з ВІЛ-інфекцією. ... Я народила дитину, кесарево було, медсестра прийшла груба, зробила мені боляче при обробці швів, жбурнула мені пластир, вату і ще така: фууу. І пішла собі, ні привіт, ні до побачення. Прибереш сама. Ну і таких речей було дуже багато. Коли лежиш у боксі, коли заходить медсестра, лікар, взагалі мог пройти повз, не зайти до палати». (Тетяна, Краматорськ)

«В коридорі лікар, подзвонив моєму наркологу, уточнював ... погано було чути, я в палаті була, але я почула про те, що «метадонова сука» він мене назвав, отак, «ця метадонова сука», а далі я не знаю що, не було чути. Але так, в принципі, ніхто не ображав, але було дуже-дуже погане ставлення». (Аня, Лисичанськ)

Стигма нерідко переростає в дискримінацію – відмову у наданні медичної допомоги, в тому числі наркологічної:

«... мене спочатку закрили в «хату» [камеру], я там трохи нашухарила [порушувала режим], і мене, коротше, на кумарах [абстинентний синдром] з загнитою щелепою закрили на карцер. На тиждень, от. Так от, я там перекумарювалася».

«... нещодавно у мене схопили нирки і мене «швидка» забрала до лікарні, привезли мене туди. Вони сказали, що це мене кумарить, відвезли

назад, от так. «її кумарить... крапельницю ми їй поставити не можемо – лікування надати... Якщо крапати їй не можемо, значить, лікування не можемо надати. Беріть її назад». (Юля, Краматорськ)

Привертає увагу й те, що жінки сприймають принижуюче ставлення з боку медичного персоналу як щось саме собою зрозуміле, як норму:

«...звісно, говорили, що, ну, коли я народжувала, говорили, що ти не рипайся, не дай боже на нас потрапить кров, ти заразна, ну от таке. Навіть зараз, коли я потрапляю в лікарню з дитиною, я кажу відверто, так, я ВІЛ-позитивна, я це не приховую, я кажу людям, що так, от так, ну іноді хтось з медсестер каже, що ось яка мама погана, я намагаюся не звертати уваги». (Світлана, Краматорськ)

Стигма розповсюджується на сімейне оточення, створюючи додатковий ризик вербального насильства:

«Ми [з постійним партнером] постійно сваримося, він постійно нагадує що у мене СНІД, постійні приниження. Що я здохну скоро, що в мене СНІД». (Світлана, Краматорськ)

Відсутність доступу до інформації і до систем підтримки створює умови для закріплення «самостигматизації» і, як наслідок, добровільної соціальної ізоляції вразливих жінок:

«Три роки я вже не роблю манікюр. Не ходжу до стоматолога. Я боюся. Я колись боялася заразитися, а тепер боюся когось заразити». (Тетяна, Краматорськ)

Стигма в суспільстві посилюється криміналізацією жінок, які вживають наркотики. Їм складніше орендувати житло в умовах вимушеного переселення

через збройний конфлікт:

«...Ми зняли квартиру, дали копії паспортів - чоловіка і мого. На наступний день приходять власник з міліціонером, це нібито родич його, і каже: «А чого ви не сказали, що ви раніше судимі?». Я кажу: «Ну, це моє минуле, я вже відсиділа». (Валерія, Краматорськ)

Стигма та невідповідність гендерним стереотипам і очікуванням про поведінку «хорошої матері» впливає на ставлення до інших членів родини, включно з дітьми:

«[А можете розповісти про ваші відносини з дітьми]. Ой...по-різному... дорослі вже, по-перше, якийсь час не бачили, знають, що я вживаю, вживала... коли я починаю, наприклад, з ними про щось серйозно розмовляти, вони, ну, це більше до

старшого, може сказати: «Чуєш, якщо ти сама... ну, така, дурна».

«Ну, ми жили з його (покійного чоловіка) татом і його співмешканкою, вона працювала в лікарні. Ну, і вона там до МіськВО [відділ освіти] чи десь, вона розповіла там, що я вживаю... По-перше, мене вигнали з дому, в якому ми жили. Ось, в чому ми були з дитиною, в тому ми й пішли. Мама на той момент, знову таки, мене не впустила...» (Юля, Краматорськ)

«Коли я приводила дитя до садочку, вихователь якось сказав: підійміться до завідувачої. Піднялася до завідувачої, вона в такому тоні: ви не подумайте нічого, але ось ваша дитина, група, матері, татусі, думають що ви заражені ВІЛ-інфекцією чи ще якоюсь заразою». (Іра, Северодонецьк)

НАСИЛЬСТВО З БОКУ ПАРТНЕРА

Насильство в сім'ї проти жінок, що вживають наркотики, присутнє в усіх формах – психологічне, фізичне, економічне і сексуальне:

«... З першим чоловіком так було, що він спалив всі речі, техніку, приставляв ножа мені до горла. Напоїв мене, заливав мені до рота горілку, з'валтував мене. Я змушена була тікати з чотирирічною дитиною до мами в Запорізьку область вночі. Я втекла з дому. З двома маєчками, паспортом і сином на руках. А з другим чоловіком ми прожили декілька років нормально. А як ми дізналися діагноз, то були побиті всі вікна, бив мене, був струс мозку. Він забрав дитину і вивозив її, кинув її десь у якомусь генделіку.» (Тетяна, Краматорськ)

«Я жила з молодим чоловіком, він вживав наркотики та алкоголь. ... коли вживав алкоголь, в нього все – дах падав і він закривав двері зсередини. Забирав у мене ключі і вдома починався терор – і з сокирою, і з битою, і кулаками бив мене, і недопалки об мене палив. Так, я була в закритому просторі і кричала, і сусіди... ніхто не допоміг, не викликав поліцію». (Лена, Краматорськ)

Жінкам доводиться обирати між власним життям та притягненням до кримінальної відповідальності за

самозахист, який трактують як «нанесення тяжких тілесних ушкоджень»:

«Жила я з таким, агресивним хлопцем, котрий дуже сильно ревнував... Часто бив. ... Одного разу, ну, як це буває часто, ми стали битися, і він взяв ножа, та хотів мене... він мене одного разу цим ножом бив. Звісно, я не зверталася до поліції, нічого. І знову з цим ножом. То я схопила ніж і вдарила його в спину. Він вижив, слава богу, але побував у реанімації. За це мене позбавили волі на 5 років». (Аня, Лисичанськ)

Очікуючи захисту від насильства з боку поліції і не отримуючи її, жінка втрачає віру у можливість отримати допомогу і захист:

«...Скільки разів я викликала, нічим не допомогла [поліція]. Мабуть, більше підставили. Я просила затримати, щоб я могла дітей зібрати, сховатися, но он вийшов, за три години був вже дома». (Тетяна, Краматорськ)

«Я зверталася в поліцію. Мені нема до кого звернутися, у мене рідні в Костянтинівці лишилися, я тут сама в Краматорську. Зверталася в поліцію, приходили поліцейські, забирали його. Ну, а за 2 години його відпустили та й все». (Лена, Краматорськ)

НАСИЛЬСТВО З БОКУ ПОЛІЦІЇ

Жінки, які вживають наркотики, повідомили про незаконні затримання, фізичне насильство, погрози, обвинувачення в сепаратизмі та шантаж з боку поліцейських:

«... вони (поліція) дуже сильно били, і не так як ми звикли, що б'ють, щоб слідів не було. Вони як хотіли, так і били. І говорили, що через мене вони домівку втратили... І кожен міг зайти і кожен міг як мінімум обкласти матами і прикластися, не важливо по обличчю, в живіт... жах. Кажу, такого не було ні до, ні після». (Світлана, Краматорськ)

«...Раніше [до війни] вони взагалі нас [секс-робітниця] не чіпали. ...ми самі на себе працювали, тобто, ми не мали ніякого "даху". Саме в Сєвєродонецьку працювали всі самі на себе, а от зараз, після війни, приїхали ще луганчани, це не наша поліція... Тепер постійно їздять за інформацією. Якщо ти не надаєш ніякої інформації, то не будеш працювати тут. (А яку інформацію вони очікують від вас?) Здати когось, знаєш, як таксистів підставляють дівчата, там, звідництво... от мене таксист підвозить до

клієнта, і його менти приймають, як за звідництво ... У нас вже один таксист 2 рази попався, так от». (Аліна, Сєвєродонецьк)

«...вони [лікарі] зняли у мене все [побої] і викликали поліцію, тому що такий був порядок. Та от з поліцією, один приїхав, котрий бив нас, він коли побачив, що це я, сказав: ти розумієш, що ми тебе можемо вивести зараз з лікарні і просто розстріляти? І поясню потім, що ти сепаратистка. ...зранку мені подзвонив, я так зрозуміла, їхній начальник чи хтось із керівних посад, і сказав: що ви хочте своєю заявою? Що треба зробити щоб ви її забрали? Можливо, вам достатньо буде вибачення? Я сказала, що ні, що я хочу щоб моя заява пройшла всю процедуру, як годиться, і торкнулося тих, хто в цьому винні, щоб вони за це відповіли. Але, звісно, те, що я виїхала на неконтрольовану територію, воно їм багато в чому розв'язало руки. ...навіть відповіді не було, я ж знаходилася в Донецьку, а це вже непідконтрольна територія, мені більше ніхто ніколи не дзвонив з цього приводу, мені не прийшла відповідь». (Світлана, Краматорськ)

ОПІКА НАД ДІТЬМИ

Успадковані від радянських часів статті Сімейного кодексу про позбавленні батьківських прав на підставі «хронічного алкоголізму та наркоманії» [6] і те, як їх на практиці застосовують служби із захисту дітей та опікунські ради, забирають у жінок можливість реалізувати одночасно своє право на здоров'я та батьківські права. Через цю дискримінаційну норму, так звану узаконену стигму, вбудовану до законодавства країн, жінки відмовляються звертатися до існуючих програм ОЗТ та до інших медичних служб. Вживання наркотиків або перебування в програмі ОЗТ, разом із «узаконеною стигмою», дає привід для зловживань, залякування та зазіхання на батьківські права членами родини та соціальними службами:

«...Після розлучення чоловік через соціальні служби опіки ініціював збір документів про те, що я знаходжуся на ЗПТ. Коли я вживала вуличні наркотики, він не міг довести, що я наркоманка. Потім, коли я почала приймати ЗПТ, йому вдалося взяти довідку в наркодиспансері в тому, що я

перебуваю на наркообліку. Комісія ради опіки при виконкомі визначила місце проживання нашої дитини з батьком. По суті, моє лікування ЗПТ – це була єдина причина, з якої вони так вирішили. Я мала житло, мала всі умови для утримання дитини. Перед засіданням комісії мені поставили питання: «Чи давно ви є наркозалежною?» (Тетяна, Лисичанськ)

«Мама оформила опікунство дитини на себе, тому що я вже була напівмертвою. Врятувала мене тільки замісна терапія та яка-неяка підтримка волонтерів... Я б дуже хотіла повернути дитину ... я проводжала дитину до класу, ходила на батьківські збори, хотіла повернути дитину... коли я звернулася до органів опіки, мені дали такий список довідок, який просто нереально зібрати – що я не стою в нарколога на обліку, а щоб таку довідку отримати, 5 років треба, стикнулася із тим, що півроку я повинна десь працювати, і, як мінімум,

отримувати не мінімальну зарплатню». (Іра, Сєвєродонецьк)

«Так, мене викликали, я ходила (до служби у справах дітей). Нам сказали: ваша бабуся поскаржилася на вас. ... Я їм сказала – можете прийти подивитися, як живе дитина, в яких умовах. У дитини є все, і де спати, де купатися, це

все є. Я не знаю, чого вона хоче. Розумієте, я не маю нічого, я не маю нікого, я не маю ні житла, нікого. А вона має. Вона має зв'язки, вона має родичів. Вона може забрати в мене дитину, а у відповідь я їй нічого не можу сказати, для них хто я? Та мама, що має ВІЛ і яка може, на їхню думку, заподіяти дитині шкоду». (Света, Краматорськ)

НАСЛІДКИ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Крім закриття програм ОЗТ, деякі жінки зазнавали побиття та незаконних затримань через вживання наркотиків та участь у програмах ОЗТ з боку бойовиків самопроголошених республік, а також переслідування та постійні перевірки з боку силових структур на територіях, підконтрольних уряду України:

«...пакети на голову, побили сильно і на Машколедж [район Луганська]. ... Це в Бетмена [бойвик "ЛНР"] там була «перша міська в'язниця». Це був 14-ий рік, жовтень місяць. Ось, і там було – і били, і молотки, ... Ну, молотками і пальці відбивали....Тая, я була вагітна. ...Мені ані їсти не давали, ані пити, що вже хлопці, ну, ті інші там ще сиділи, і вони вже просили: «Та дайте ж дівчині поїсти, хоч хліба шматок. Вона, ну, дівчинка, вагітна». І пальці і от нема... робили ж мені потім операцію, суглоб видаляли. Ноги ж... була рана суцільна. (Це через те, що ти наркозалежна?) Так, тому що я на ЗПТ. ..Ну, вони так побили, що... по-перше, у нас руки були зв'язані ззаду дротом і не дай боже відмотаєшся ... це котельня ...на підлозі, взагалі нічого, ні матрасів, нічого, нічого. Ми там 10 днів провели такі, що ... добре, що тато нас почав шукати ... Що з вагітністю? Ну що, викидень.... Ну, от, виходить, випустили нас і на наступний день ...

...у мене, на мені живого місця не було. Ні на обличчі, ніде, от так синя, уся. А ноги ж почали гнити, нема ж ні перев'язки зробити, нічого. І пил, це ж котельня, ну, уяви. 10 днів. Воно почалося, видно, зараження. ... А потім вже другий підвал був, 13 днів... Це через місяць ... На 13, але вони мене сильно побили, так. Що вони мене тримали, що в мене минули синці. Ну, що в мене не було вже живого місця». (Олена, Сєвєродонецьк)

«...я звільнялася в 2014-ому як раз. ...роки 3 мене тягало ще СБУ. І, куди б я не влаштувалася на роботу, мене потім звільняли. Ну так, прийшли, поцікавилися і все, мене коротше вигнали ... ці 3 роки я була під спостереженням у цих самих, після того, як я звільнилася, я ж звільнялася, у мене на довідці про звільнення стоїть «ДНРівська» печатка...» (Юля, Краматорськ)

«...три дні лишалося до того, як нас мали відпустити, вони кидають мене до камери до чоловіків. Вони розраховували, що чоловік почне мене захищати, його вб'ють, а мене з'валтують... було 20 чоловіків і я одна. ...чотири доби ми були ... це був просто підвал». (Валерія, Краматорськ)



ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ

Малий обсяг вибірки та той факт, що учасниці дослідження були залучені не випадковим чином, не дозволяє екстраполювати отримані результати на всю групу жінок, що вживають наркотики і проживають поблизу тимчасово окупованих територій України. Іншими словами, низький рівень освіти та працевлаштування, надзвичайно високий рівень поширеності ВІЛ (52,67%), високе охоплення тестуванням на ВІЛ та програмами зниження шкоди та інші показники здоров'я та доступу до послуг не обов'язково відповідають середнім значенням серед ЖВН на цих територіях.

Через особливість підходу до набору учасниць (метод «сніжного кому», що найчастіше застосовується при

дослідженнях маргіналізованих спільнот), до вибірки потрапили головним чином клієнтки програм зниження шкоди, серед яких переважають соціально дезадаптовані жінки із низьким соціальним статусом – і, відповідно, вони вразливіші до насильства, інфекційних захворювань та дискримінації в системі охорони здоров'я.

Таким чином, дані цього дослідження дозволяють намалювати **портрет жінки з найвразливішої підгрупи людей, які вживають наркотики** – і ці дані є цінними саме тому, що вони виявили сукупність соціальних та медичних проблем, які мають бути взяті до уваги при плануванні послуг з ВІЛ та СРЗ і оцінки їх якості та доступності.



ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило задокументувати важке соціально-економічне становище жінок, які вживають наркотики і проживають в зоні збройного конфлікту в Україні. Практично у половини респонденток на момент опитування не вистачало фінансових коштів навіть для покупки їжі; рівень безробіття був значно вище, ніж середні значення по регіону (56,7% респонденток не мали ніякої роботи і ще 36% працювали неофіційно, в той час як середні дані по безробіттю в Донецькій і Луганській областях становили 14,4% і 15,3% відповідно[7]). Тяжке становище жінок, які вживають наркотики, погіршилося ще й у зв'язку з тим, що практично кожної п'ятої довелося змінити місце проживання через військовий конфлікт.

Все це свідчить не тільки про гостру потребу серед жінок, які вживають наркотики, в матеріальній допомозі, а й про вкрай утруднений доступ до медичної допомоги - в тих випадках, коли ця допомога надається за умови повної або часткової оплати з боку клієнтки. Як показало дослідження, тільки частина життєво важливих медичних сервісів надається безкоштовно - тестування і лікування ВІЛ, а також опіоїдна замісна терапія, в той час як послуги лікування гепатиту С, а також діагностики і лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, малодоступні або повністю недоступні для жінок, які вживають наркотики.

Крім фінансових труднощів, серйозний бар'єр до доступу продовжує становити стигма серед медичного персоналу по відношенню до жінок, які вживають наркотики. Дослідження показало, що в ряді випадків жінкам рекомендували зробити аборт у зв'язку з вживанням наркотиків і навіть у зв'язку з ВІЛ-інфекцією і прийомом ОЗТ.

При тому що в регіоні вдалося зберегти безкоштовні послуги з лікування ВІЛ та ОЗТ, проведене дослідження виявило серйозні проблеми і з доступністю і з якістю лікування, однак ці проблеми мали місце і до початку збройного конфлікту. Більшість респонденток не проходили лікування залежності ні до початку збройного конфлікту, ні після нього; 12,66% жінок, які живуть з ВІЛ, ніколи не отримували АРВ-терапію. Вплив збройного конфлікту, вочевидь, позначився на перериванні прийому АРТ - більше 40% жінок з ВІЛ перервали терапію на деякий час після 2014 року.

Насильство щодо жінок, які вживають наркотики, збільшилося у зв'язку зі збройним конфліктом. До високого рівня сімейного насильства додалися більш часті і жорстокі випадки насильства з боку поліції і військових, до якого жінки, які вживають наркотики, виявилися вкрай вразливі через стигму та криміналізацію. При цьому система допомоги постраждалим від насильства вразливим жінкам була не розвинена в регіоні і до початку збройного конфлікту; про це свідчить той факт, що ніхто з опитаних жінок не звертався за спеціалізованою допомогою у випадках насильства.

Незважаючи на невелику кількість респонденток, дослідження продемонструвало масштаб, гостроту і давність проблем, з якими стикаються жінки, які вживають наркотики і проживають в зоні збройного конфлікту в Україні. Для вирішення цих проблем необхідний системний підхід, заснований на потребах спільноти і під управлінням спільноти, з обов'язковими компонентами соціальної і фінансової допомоги, послугами СРЗ і допомоги в ситуаціях насильства.



ПОСИЛАННЯ

[1] FabRiders was founded in 2012 by Dirk Slater, building on his experience supporting social justice movements in over 30 countries. FabRiders was involved in technical support provision for Open Society Foundations projects in Eastern Europe and Central Asia. In 2013-2015, FabRiders provided support to EHRN campaign “Women Against Violence”, EC-funded overdose prevention project etc. For the current project FabRiders provided support for developing instruments for the safety of research team and research participants and data protection.

[2] Study of human rights violations faced by women who use drugs in Estonia. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0259-1>

[3] Access Barriers to Health Services for Women Who Use Drugs in Eastern Europe and Central Asia. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/978-1-83982-882-920200012/full/html>

[4] - <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/050%20Gender%20and%20conflict%20in%20Ukraine.pdf>

[5] - https://news.un.org/en/audio/2015/01/596672?fbclid=IwAR2YnLINOYjBzP_Bg6umk-HLekJgrEMfBUiqNuQ8OlruO4L_zXLfNCgYk

[6] - Сімейний Кодекс України, стаття 164. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>

[7] - Raziosi, A. (2015). More and better jobs for the Ukrainian people are key to recovery [Website comment]. Retrieved from https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_393033/lang--en/index.htm



Всі права захищені © 2019

Клуб "Світанок" є першою організацією в Донецькій області, створеною ВІЛ-позитивними людьми, які вживають наркотики. Клуб «Світанок» є лауреатом премії «Червона стрічка» 2010 року в номінації «Соціальна підтримка людей, які живуть з ВІЛ», включаючи дітей-сиріт за видатне лідерство і громадську роботу (ЮНЕЙДС/ПРООН). Починаючи з 2012 року, Клуб сфокусовано працює з маргіналізованими жінками. Організація брала участь в підготовці Альтернативного звіту по виконанню Україною Конвенції з ліквідації всіх форм дискримінації по відношенню до жінок (VIII Періодичний доповідь).

Даний звіт підготовлений за фінансової підтримки **Євразійської Асоціації Зменшення Шкоди** в рамках проекту "Нестандартне мислення: долаючи труднощі в адвокації силами спільноти для стійких і високоякісних послуг в зв'язку з ВІЛ", що фінансується Фондом імені Роберта Карра для мереж громадянського суспільства.