Аналитический отчет по результатам

формативного исследования гендерно-ориентированных программ, проектов, интервенций и услуг в сфере снижения вреда

Авторский коллектив:

Людмила Шульга, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»,
Марина Варбан, канд. психол. наук, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»,
Екатерина Яременко, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»,
Ирина Демченко, канд. экон. наук, консультант

Киев 2015

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3
ВВЕДЕНИЕ 4
СТРАТЕГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 5
1. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИЕНТОВ И КЛИЕНТОК ПРОЕКТОВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ИЗ ЧИСЛА ПИН 13
1.1. Социально-демографический портрет клиентов и клиенток-ПИН 13
1.2. Взаимодействие в парах ПИН 27
1.3. Социальная идентичность женщин и мужчин-ПИН 36
2. ОПЫТ НПО ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГЕНДЕРНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ УСЛУГ КЛИЕНТАМ И КЛИЕНТКАМ-ПИН 53
2.1. Понимание сотрудниками и сотрудницами НПО понятий «гендер» и «гендерно-ориентированные услуги» 53
2.2. Опыт НПО по внедрению различных элементов гендерно-ориентированного подхода в работе с ПИН 56
2.3. Отношение клиентов/клиенток и сотрудников/сотрудниц НПО к гендерно-ориентированному подходу в работе с ПИН 65
3. ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ НПО С КЛИЕНТАМИ И КЛИЕНТКАМИ-ПИН 75
3.1. Гендерная специфика привлечения и удержания клиентов и клиенток-ПИН 75
3.2. Спрос женщин и мужчин-ПИН на услуги СВ 82
3.3. Особенности предоставления профилактических услуг женщинам и мужчинам-ПИН 90
3.4. Гендерные стереотипы сотрудников(ниц) НПО 103
ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ 112

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ-терапия (АРТ) – антиретровирусная терапия

Альянс – МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ГФ – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

ЗПТ – заместительная поддерживающая терапия

ИОМ – информационно-образовательные материалы

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КиТ – консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

НПО – неправительственная организация

ПИН – потребители инъекционных наркотиков

ПОШ – пункт обмена шприцов

РКС – работники коммерческого секса

САУ – Социологическая ассоциация Украины

СВ – снижение вреда

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита, IV стадия ВИЧ-инфекции

СПИД-центр (центр СПИДа) – Центр профилактики и борьбы со СПИДом

PDI (peer driven intervention) – методика «Внедрение силами равных»

ВВЕДЕНИЕ

С 1995 по 2007 годы основным путем передачи ВИЧ в Украине был парентеральный, преимущественно из-за введения наркотических веществ инъекционным путем. Начиная с 2008 года, наблюдается новая тенденция в распространении ВИЧ-инфекции, а именно превалирование полового пути передачи над парентеральным. В 2014 г. доля людей, инфицированных половым путем, возросла до 69,2%[1]. Однако не следует игнорировать передачи ВИЧ-инфекции через инъекционное употребление наркотиков – в 2014 г. таким путем инфицировалось 29,6%. По оценочным данным, количество потребителей(ниц) инъекционных наркотиков в Украине составляет 310 тысяч[2]. По данным биоповеденческого исследования «Мониторинг поведения и распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН, как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения»[3] показатель распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей(ниц) инъекционных наркотиков составляет 19,7%. Женщины-ПИН более уязвимыми к ВИЧ-инфекции – показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди них равен 22,4%, а среди мужчин – 18,8%.

Данные программного мониторинга за 2014 год свидетельствуют, что услугами региональных НПО, которые внедряют программы профилактики ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения, было охвачено 57% ПИН. Однако, доля женщин-ПИН, которые пользуются услугами программ снижения вреда и профилактики ВИЧ, все еще остается незначительной (на уровне 10-30% в зависимости от региона).

Учитывая женскую специфику, НПО, внедряющие программы снижения вреда, должны использовать гендерно-сенситивные подходы к профилактике ВИЧ/ИППП. Однако операционное исследование «Оценка внедрения гендерно-сенситивных подходов в проекты профилактики ВИЧ и снижения вреда среди ПИН», проведенное в 2009 г., показало, что среди персонала НПО понимание данных интервенций является размытым, частичным и интуитивным, а уровень знаний ключевых сотрудников и сотрудниц проектов не совпадает с реальной практикой предоставления услуг женщинам-ПИН. Например, на практике гендерные потребности клиентов(ок) учитываются в большей степени, чем это осознается персоналом организаций.

Опираясь на данные предыдущих исследований, лучшие практики применения гендерно-сенситивных подходов в проектах профилактики ВИЧ и снижения вреда среди женщин-ПИН, а также используя результаты данного исследования, Альянс планирует разработать и внедрить инновационные подходы в предоставлении услуг по профилактике ВИЧ/ИППП среди женщин-ПИН и их сексуальных партнеров. Подход будет внедряться через пилотные проекты, но должен основываться на научно обоснованных рекомендациях, что обусловливает необходимость проведения нормативного исследования.

Цель исследования: анализ гендерно-сенситивных подходов, предоставляемых услуг для женщин-ПИН и их сексуальных партнеров, потребностей указанных целевых групп, а

[1] Інформаційний бюлетень №43 «ВІЛ-інфекція в Україні» –К.: Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. – 2014.

[2] Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні станом на 2012 р.». – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2012, с. 38.

[3] Аналітичнийзвіт«Моніторингповедінкита поширення ВІЛ-інфекціїсередспоживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» за результатами інтегрованогобіоповедінковогодослідження 2013 р. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2014, 161 с.

также особенностей отношения сотрудников(ниц) ВИЧ-сервисных НПО к гендерным аспектам профилактической работы с ПИН в проектах профилактики ВИЧ и снижения вреда.

Задачи исследования:

1) Изучить портрет и типологию украинских женщин-ПИН и их сексуальных партнеров, особенности взаимодействия пар ПИН с окружающими и т.п.

2) Определить информированность сотрудников(ниц) ВИЧ-сервисных организаций о гендерно-чувствительных подходах, включая содержание, форму, периодичность получения такой информации.

3) Изучить имеющиеся в Украине гендерно-чувствительные модели предоставления профилактических услуг и определить изменения, которые в них необходимо внести, а также сервисы, в которых нуждаются женщины-ПИН и их партнеры.

4) Изучить особенности социальных работников(ниц), работающих с женщинами-ПИН в ВИЧ-сервисе, включая цели, которые они ставят перед собой в ходе взаимодействия с женщинами-ПИН, наличие у них гендерных стереотипов и т.п.

СТРАТЕГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование включало в себя два этапа:

- кабинетное исследование;
- эмпирическое социологическое исследование.

I. Проведение **кабинетного исследования** включало анализ международных и украинских публикаций, исследований относительно:

• имеющихся гендерно-сенситивных подходов в ВИЧ-сервисе, в т. ч. используемых в Украине;

• имеющихся гендерно-ориентированных услуг, предоставляемых НПО;

• охвата женщин-ПИН и их сексуальных партнеров гендерно-ориентированными услугами;

• гендерных особенностей привлечения и удержания клиентов(ок)-ПИН и т.п.

По результатам кабинетного исследования был подготовлен отдельный аналитический отчет. Полученные результаты также использовались в процессе разработки инструментария для проведения эмпирического социологического исследования.

II. **Эмпирическое социологическое исследование** было ориентировано на сбор данных среди женщин-ПИН, их сексуальных партнеров и сотрудников(ниц) ВИЧ-сервисных НПО, касаемо:

• портрета и типологии женщин-ПИН и их сексуальных партнеров;

• осведомленности социальных работников(ниц) по вопросам гендера, гендерно-сенситивных подходов к профилактическим услугам;

• внедряемых гендерно-сенситивных подходов и услуг;

• особенностей работы социальных работников(ниц) с женщинами-ПИН и их сексуальными партнерами;

• потребностей женщин-ПИН в профилактических услугах и наиболее приемлемых способов их предоставления и т.п.

Для проведения исследования использовались следующие **методы:**

- структурированные интервью с женщинами-ПИН и их сексуальными партнерами-мужчинами с использованием психологических методик;
- глубинные интервью с социальными и аутрич-работниками(цами), координаторами/руководителями НПО.

Психологические методики

В исследовании применялись две психологические методики, позволяющие выявить особенности гендерной идентичности и степень осознанности личностью собственных гендерных стереотипов и поведенческих проявлений: методика «Кто я?» и семантический дифференциал.

Методика «Кто я?»[4] основана на технике, использующей нестандартизированные описания с последующим контент-анализом. Авторами данной методики являются М. Кун и Т. Макпартленд. Теоретической основой методики служат концепции социальных ролей и ролевого поведения, в рамках которых задается способ самовосприятия человека как носителя этих ролей. Данный факт находит свое отражение в самоописаниях испытуемых. В то же время личности свойственно рефлексировать и свои психологические характеристики, свое место не только в социальном мире, но и в мире в целом. Поэтому методика охватывает не только ролевые аспекты, но все сферы представлений человека о своей личности и ее ядре – «Я». Наиболее часто для анализа ответов испытуемых применяются следующие категории группировок: группы принадлежности, тип родства, основные занятия, черты характера, интерперсональный стиль, устремления и др.

Отвечая на вопрос «Кто я?», человек указывает роли и характеристики-определения, с которыми он себя соотносит, т.е. с социальным статусом, который, по его мнению, связан с ним. Считается, что те характеристики самого себя, которые испытуемый ставит на первое место в списке, в наибольшей мере актуализированы в его сознании, являются в большей мере осознаваемыми и значимыми для субъекта.

Учитывая специфику восприятия и понимания респондентками (женщинами-ПИН) вопросов анкеты, в исследовании применялась модифицированная методика. Респонденткам было предложено не самим составлять список определений, а расставить по порядку (от 1 до 10) слова, отвечающие на вопрос: «Кто я?». Цифра 1 соответствовала той роли, которую респондентки считали наиболее важной для себя, а цифра «10» – наименее. Если в списке не было какого-то важного определения, респондентки могли его дописать. Кроме этого, респонденткам из числа женщин-ПИН было предложено посмотреть на список этих ролей глазами социального работника(цы) и так же расставить их по порядку от 1 до 10, где 1 – та роль, которую соцработник(ца) считает при общении с ней главной, а 10 – роль, которую он считает наименее важной (табл. 1).

[4]Психодиагностические методики изучения гендерных особенностей личности: методические рекомендации для студентов, обучающихся по специальностям 1-860101 «Социальная работа (по направлениям)» и 1-230104 «Психология» / Сост. Е.Д. Беспанская-Павленко. – Минск: БГУ, 2013. – С. 5-9.

Таблица 1

Бланк методики «Кто я?», интегрированный в анкету для женщин-ПИН и пособие для социальных работников НПО

	Кто я?	**Кто я <u>для соцработника(цы)</u>?**
1. Красивая женщина		
2. Любящая жена		
3. Заботливая мама		
4. Подруга		
5. Наркозависимый человек		
6. Активистка, лидер		
7. Жертва		
8. Домохозяйка		
9. Профессионал		
10. Другое, кто именно?_____		

В категорию «Другое» женщины-ПИН записали такие определения «Кто я?»:

- ✓ неудачница,
- ✓ хороший человек,
- ✓ добрый человек,
- ✓ независимый человек,
- ✓ человек, жертвующий собой ради других,
- ✓ любимая женщина,
- ✓ любящая дочь,
- ✓ бабушка,
- ✓ спортсменка,
- ✓ модельер,
- ✓ врач,
- ✓ косметолог,
- ✓ учитель,
- ✓ математик.

Опрошенные соцработники(цы) также заполняли подобный опросник. Им давалась следущая инструкция: «Если говорить о среднестатистической женщине-ПИН, которая является клиенткой вашей организации: какие роли она чаще всего выполняет? На карточке представлены 10 слов – возможные роли. Вам нужно расставить их по порядку от 1 до 10. Цифра 1 соответствует той роли, которую вы считаете <u>наиболее важной</u> для клиентки, а цифра «10» – наименее. Если в списке нет какой-то роли, которую вы считаете важной для клиенток, можете вписать ее в графу «Другое».

В категорию «Другое» социальные работники(цы) добавили следующие определения женщин-ПИН: горемыка, манипулятор, больной человек.

Данные, полученные в исследовании, обрабатывались с использованием метода контент-анализа по ряду категорий, составляющих содержание социальной идентичности женщины-ПИН:

- ***Семейные и межличностные роли*** – <u>«Социальное Я»</u> (к этой категории относятся варианты ответов: любящая жена, заботливая мама, подруга, красивая женщина, любимая женщина, любящая дочь, бабушка).
- ***Профессиональные роли*** – <u>«Профессиональное Я»</u> (я – профессионал, домохозяйка, спортсменка, модельер, врач, косметолог, учитель, математик).
- ***Жизненные позиции*** – <u>«Глобальное или экзистенциальное Я»</u> (я – активистка, лидер, жертва, неудачница, хороший человек, добрый человек, больной человек,

наркозависимый человек, независимый человек, человек, жертвующий собой ради других).

Методика семантического дифференциала [5] – это инструмент исследования семантических пространств и смыслов личности. Разработан в середине 50-х гг. XX века американскими учеными под руководством Ч. Осгуда. В основе методики лежит тот факт, что система установок человека по отношению к значимым для него окружающим людям и к себе самому обнаруживается в его оценочных суждениях, которые классифицируются сознанием по схеме логических дихотомий, (например, приятный – неприятный, опасный – неопасный и др.). Семантический дифференциал служит для качественного и количественного подсчета значений, смыслов, определенных слов и фраз с помощью двухполюсных шкал, задаваемых парами антонимичных (дихотомичных) прилагательных или выражений.

В данном исследовании применялась методика семантического дифференциала, модифицированная под респонденток из числа ПИН. Им предлагались 13 дихотомичных выражений, касающихся поведения женщин-потребительниц инъекционных наркотиков. Все эти выражения имеют семантическую связь с 3 категориями:

- ***Активность:***
  - ✓ Имею мало знакомых / Имею много знакомых.
  - ✓ Сильная / Слабая.
  - ✓ Предпочитаю находиться дома / Предпочитаю находиться вне дома.
  - ✓ Имею много сексуальных партнеров / Сохраняю верность одному партнеру.
  - ✓ Хочу поменять свою жизнь / Меня все устраивает.
- ***Самостоятельность:***
  - ✓ Свободная / зависимая.
  - ✓ Обеспечиваю себя самостоятельно / Материально зависима от других.
  - ✓ Чаще всего принимаю решения самостоятельно / Чаще всего за меня принимают решения другие люди.
  - ✓ Всегда колюсь первой / Всегда колюсь после кого-то.
- ***Контроль:***
  - ✓ Обращаюсь за медицинской помощью при первых симптомах / Обращаюсь за медицинской помощью, когда сильно «припечет».
  - ✓ Полностью контролирую свою жизнь / Совершенно не контролирую свою жизнь.
  - ✓ Уделяю много внимания внешнему виду / Не забочусь о своем внешнем виде.
  - ✓ Легко соблюдаю свою дозу, употребляю качественные наркотики / Не могу соблюдать свою дозу, употребляю некачественные наркотики.

Респонденткам из числа ПИН предлагалось оценить себя по поведенческим проявлениям: «Оцените, пожалуйста, себя. К какой из сторон вы ближе себя чувствуете и насколько близко?». Каждое проявление поведения оценивалось в определенных баллах:

[5] Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков, М. Тейверлаур, К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах. Пособие для психологов и врачей. – СПбНИПНИ им. Бехтерева, 2005. – 128 с.

- «1» или «-1» – проявление присуще в незначительной степени;
- «2» или «-2» – проявление присуще в средней степени;
- «3» или «-3» – проявление присуще в сильной степени;
- «0» – респондент(ка) затрудняется оценить выраженность обоих проявлений в своем поведении (табл. 2).

Для социальных работников(ниц) инструкция к данной методике выглядела следующим образом: «Оцените, пожалуйста, среднестатистическую женщину-ПИН – клиентку вашей организации – с помощью этого теста. К какой из сторон Вы ближе всего ее относите и насколько близко?».

Таблица 2

Бланк методики семантического дифференциала, интегрированный в анкету для женщин-ПИН и пособие для социальных работников(ниц) НПО

1.	Имею мало знакомых	-3	-2	-1	0	1	2	3	Имею много знакомых
2.	Сильная/ый	-3	-2	-1	0	1	2	3	Слабая/ый
3.	Свободная/ый	-3	-2	-1	0	1	2	3	Зависимая/ый
4.	Обеспечиваю себя самостоятельно	-3	-2	-1	0	1	2	3	Завишу от других материально
5.	Чаще всего принимаю решения самостоятельно	-3	-2	-1	0	1	2	3	Чаще всего за меня принимают решения другие люди
6.	Обращаюсь за медицинской помощью при первых симптомах	-3	-2	-1	0	1	2	3	Обращаюсь за медицинской помощью, когда сильно припечет
7.	Полностью контролирую свою жизнь	-3	-2	-1	0	1	2	3	Совсем не контролирую свою жизнь
8.	Уделяю много внимания внешнему виду	-3	-2	-1	0	1	2	3	Не забочусь о своем внешнем виде
9.	Предпочитаю находиться дома	-3	-2	-1	0	1	2	3	Предпочитаю быть вне дома
10.	Имею много сексуальных партнеров	-3	-2	-1	0	1	2	3	Сохраняю верность одному партнеру
11.	Легко соблюдаю свою дозу, употребляю качественные наркотики	-3	-2	-1	0	1	2	3	Не могу соблюдать свою дозу, употребляю некачественные наркотики
12.	Колюсь всегда первой	-3	-2	-1	0	1	2	3	Колюсь всегда после кого-то
13.	Хочу поменять свою жизнь	-3	-2	-1	0	1	2	3	Меня все устраивает

Методика семантического дифференциала позволяет с помощью простейших статистических характеристик достаточно четко произвести обработку результатов и интерпретировать их. В качестве таких характеристик используются среднее значение измеряемой величины, среднее квадратическое отклонение, коэффициент корреляции.

Территориальный охват: НПО, на базе которых проводилось исследование, были отобраны во время заседания экспертно-консультативной группы по ряду критериев. В данный перечень вошли следующие организации:

- «Виктория» (г. Хмельницкий);
- «Возвращение к жизни» (г. Кировоград);
- «Дорога к дому» (г. Одесса);
- «Конвиктус» (г. Киев);
- «Общественное здоровье» (г. Кривой Рог).

Выборки:

1. Потребители(ницы) инъекционных наркотиков, которые заинтересованы в ВИЧ-сервисе.

Выборка – целевая, квотная по НПО, гендерному признаку и наличию сексуального партнера. В ходе опроса выдерживались квоты среди женщин (66%) и мужчин (34%). Женщины были разделены на две группы:

• не имеющие в настоящее время сексуального партнера (39% от общего объема выборки);

• имеющие в настоящее время сексуального партнера/ов (61%).

Через вторую категорию женщин обеспечивалось рекрутирование респондентов-мужчин. Таким образом, все мужчины имели жену/партнершу.

В каждой из пяти НПО, включенных в исследование, было опрошено по 60 респондентов(ок). Объемы подвыборок (то есть групп женщин-ПИН, не имеющих сексуального партнера, женщин-ПИН, имеющих сексуального партнера и мужчин-партнеров женщин-ПИН) в каждой НПО также были одинаковыми.

Общий объем выборки – 300 респондентов(ок).

2. Сотрудники(цы) НПО.

В каждой из НПО, включенных в исследование, было проведено по одному интервью с руководителем(цей) организации или проектного направления по работе с ПИН и по пять интервью с социальными и аутрич-работниками(цами), непосредственно работающими с ПИН.

Всего было проведено 30 глубинных интервью.

В ходе исследования было предусмотрено проведение независимого контроля качества работы интервьюеров в объеме 10% проведенных интервью с ПИН. Всего было проведено 30 контрольных наблюдений (по 6 в каждом городе). Серьезных нарушений и фальсификаций выявлено не было, и проведение полевого этапа исследования было признано качественным, а полученные результаты – достоверными.

Этика исследования

Этические основы исследования базировались на нормах Кодекса профессиональной этики социолога САУ и Хельсинкской декларации этических принципов для проведения исследований. Сбор, хранение и анализ эмпирических данных исследования были основаны на соблюдении этических стандартов и защите права участников исследования на добровольность, анонимность и конфиденциальность. Перед проведением интервью предусматривалось получение устного информированного согласия каждого(ой)

респондента(ки) на участие в исследовании и предоставление вознаграждения респондентам(кам) за участие в интервью. В случае интервью с сотрудниками(цами) НПО, у них было получено устное согласие на ведение аудиозаписи беседы. Всеми интервьюерами, привлеченными к участию в исследовании, были подписаны соглашения о неразглашении информации, полученной в ходе проведения исследования.

Ограничения исследования

Наиболее существенные ограничения исследования связаны с невозможностью построения репрезентативной выборки женщин-ПИН и мужчин – их сексуальных партнеров (поскольку неизвестны точные параметры целевых групп, например, распределение внутри них людей по возрасту, стажу наркозависимости, типу употребляемых наркотиков и другим характеристикам). Поэтому, реализованную выборку следует рассматривать как направленную целевую. Однако, исходя из типа данного исследования, а его можно считать разведывательным, социологические требования к отбору «единиц наблюдения» менее строгие: важно, чтобы в опросе приняли участие различные представители(ницы) целевых групп, и была получена разнообразная информация, которую можно систематизировать и анализировать. Эта задача была выполнена, поскольку опрос проходил в пяти городах, представляющих основные регионы страны. В реализованных выборках представлены женщины-ПИН и их партнеры различного возраста, с разным стажем наркозависимости, семейных отношений и клиентским стажем, употребляющие разные типы наркотиков, имеющие и не имеющие детей и т.п. Данные аргументы позволяют говорить о том, что полученный массив данных достаточно надежно и объективно представляет мнения, суждения и модели поведения представителей(ниц) целевых групп.

Еще одним ограничением исследования является относительно небольшой объем выборок – 198 женщин-ПИН (в т.ч. 61% из них имеют мужа/партнера и 41% – не имеют) и 102 мужчины – их сексуальных партнера. Последний – количественный показатель – существенно ограничивал возможности статистического анализа, в частности оценки влияния ряда факторов, например, возраста/стажа наркозависимости, типа употребляемого наркотика, наличия детей и т.п., на мнения и поведение респондентов(ок)-ПИН. В то же время реализованные объемы выборок позволяют проводить анализ с помощью ряда статистических процедур, например, сравнивать ответы женщин-ПИН, имеющих и не имеющих партнеров, между собой, а также с ответами мужчин-партнеров. В отчете при интерпретации и сравнении данных указывалась значимость различий с учетом размера статистической погрешности.

Остается проблемой и недостаточная искренность респондентов(ок). В своих отчетах интервьюеры отмечали стремление опрошенных приукрасить действительность. В частности, лишь 1 из 300 опрошенных признался в наличии у него незаконных источников существования, включая предоставление секс-услуг, доход от приготовления и реализации наркотика, попрошайничество, кражи и другие незаконные виды деятельности, в то время как, по словам социальных работников(ниц), эти практики среди ПИН достаточно распространены. Отвечая на вопросы о взаимоотношениях в семье, респонденты(ки) зачастую приуменьшали как частоту конфликтов, так и их интенсивность. Для того чтобы решить проблему сдвига ответов респондентов(ок)-ПИН в сторону социально желательных,

использовалась триангуляция данных, полученных в ходе опроса ПИН и сотрудников(ниц) НПО.

1. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИЕНТОВ И КЛИЕНТОК ПРОЕКТОВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ИЗ ЧИСЛА ПИН

1.1. Социально-демографический портрет клиентов и клиенток-ПИН

По данным биоповеденческого исследования[6] среди ПИН преобладают мужчины (76%). В 2013 году (по сравнению с 2011 годом) наблюдалось уменьшение доли женщин с 28% до 24%.

Эти данные в целом соотносятся с результатами опроса сотрудников(ниц) НПО. Большинство экспертов указали на то, что соотношение мужчин и женщин среди клиентов НПО из числа ПИН составляет примерно 70% мужчин на 30% женщин (+/- 10%). Это примерно соответствует гендерному распределению среди ПИН.

«Если взять 10 человек, то из них будет 2-3 женщины, а остальные – мужчины» (старший социальный работник).

«Среди ПИНов где-то 75% мужчин и 25% женщин» (руководительница направления).

По мнению части опрошенных экспертов, указанная пропорция является стабильной на протяжении нескольких последних лет, по мнению других экспертов, доля женщин увеличивается, но незначительно. Возможно, это связано со спецификой каждой конкретной НПО, например, с наличием у организации опыта внедрения гендерно-ориентированных проектов, которые позволили привлечь большее количество женщин.

«Если брать в процентном соотношении, то приблизительно 70% мужчин на 30% женщин. Изменений каких-то существенных в течение последних нескольких лет я не наблюдаю» (координаторка направления).

«Я думаю, что соотношение изменилось. Раньше было где-то 80% мужчин и 20% женщин, а сейчас – 70% мужчин и 30% женщин» (аутрич-работник).

Для разработки действенных инновационных подходов в предоставлении гендерно-чувствительных услуг по профилактике ВИЧ/ИППП, в ходе опроса клиентов НПО из числа ПИН была применена целевая, квотная выборка. Были выдержаны квоты по полу: согласно протоколу, выборка, реализованная в ходе опроса ПИН, включала 66% женщин и 34% мужчин.

Средний возраст опрошенных женщин-ПИН немного ниже, чем мужчин (36 и 38 лет соответственно). Тем не менее, более половины (55%) опрошенных женщин – моложе 35 лет. Мужчины немного старше: почти каждый второй мужчина в возрасте 36-45 лет. Самыми молодыми опрошенными были 19-летние мужчина и женщина. Самой старшей опрошенной женщине – 56 лет, мужчине – 62 года (рис 1.1).

[6]Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2014, С.15.

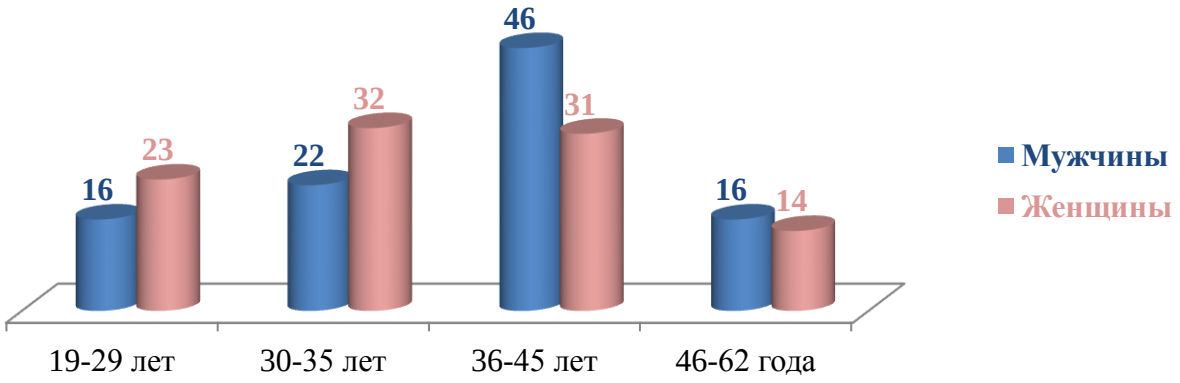

Рис 1.1. **Возраст опрошенных респондентов(ок),** *%*

В соответствии с протоколом исследования, все опрошенные мужчины имели жену/партнершу, а женщины делились на две группы: те, которые в настоящее время не имеют сексуальных партнеров (39% от общего количества опрошенных) и имеющие в настоящее время мужа (официального/гражданского) или постоянного партнера (61%).

У каждого второго опрошенного мужчины (47%) есть от 1 до 4 детей. Среди женщин таких больше половины – 65% (рис 1.2). При этом детей имеют 70% женщин, имеющих постоянного партнера, и 58% – тех, у которых партнера нет. У большинства ПИН (67%), как мужчин, так и женщин, по одному биологическому ребенку. У двух мужчин и пяти женщин есть один ребенок до 1 года, у одной женщины таких двое. По одному ребенку от 1 до 6 лет есть у 35 женщин и 17 мужчин; по двое таких детей у 4 женщин и двух мужчин и по трое – у 2 женщин и 1 мужчины. По одному ребенку в возрасте от 7 до 17 лет есть у 56 женщин и 17 мужчин, по двое таких детей у 10 женщин и 3 мужчин и трое детей такого возраста есть у 1 мужчины. По одному ребенку старше 18 лет есть у 36 женщин и 13 мужчин, по двое таких детей – у 5 женщин и 2 мужчин и трое таких детей у одной женщины. Таким образом, в целом можно сказать, что по количеству и возрасту биологических детей мужчины и женщины не отличаются.

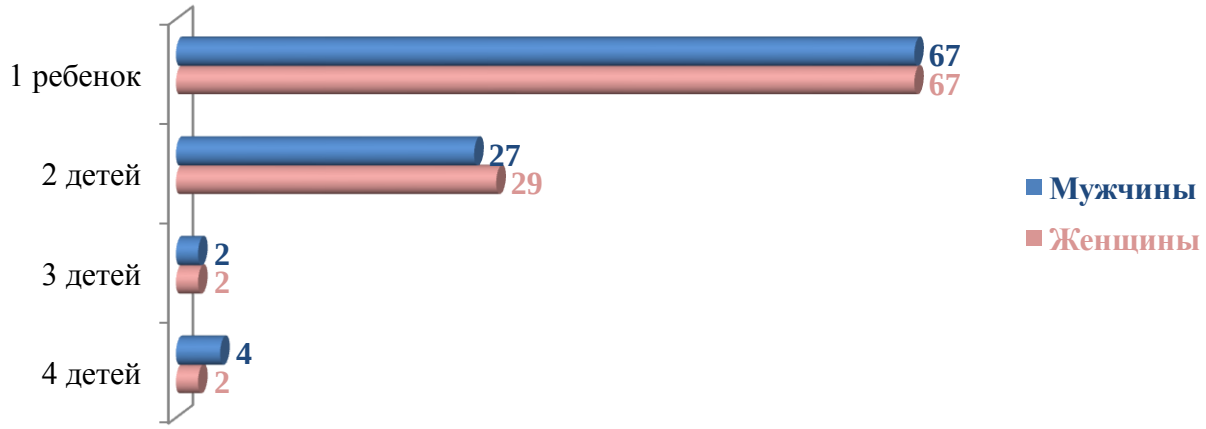

Рис 1.2.**Количество биологических детей у респондентов(ок),** *%*

Согласно наблюдениям экспертов(ок), которые подтверждаются количественными данными, собранными в ходе опроса клиентов(ок), женщины-ПИН являются более уязвимыми по сравнению с мужчинами. Это проявляется в разных сферах жизни.

Трудоустройство и источники существования

Опрошенные мужчины-ПИН являются экономически более активными: среди них более распространены такие виды занятости как непостоянная работа/случайные заработки и постоянная работа. Женщины чаще находятся в отпуске по уходу за ребенком и рассчитывают на обеспечение со стороны государства, своей семьи или партнера. Тем не менее, большинство опрошенных мужчин (68%) и половина женщин (50%) имеют постоянную работу (официальную либо неофициальную) или случайные заработки. Каждый пятый среди опрошенных мужчин и женщин – безработный (по 21%), только 2% женщин в данный момент проходят обучение. Каждый 10-й респондент(ка) находится на пенсии (в т.ч. по инвалидности). Женщины гораздо чаще, чем мужчины, находятся в отпуске по уходу за ребенком, членом семьи или являются домохозяйками (15% и 1% соответственно) (рис 1.3).

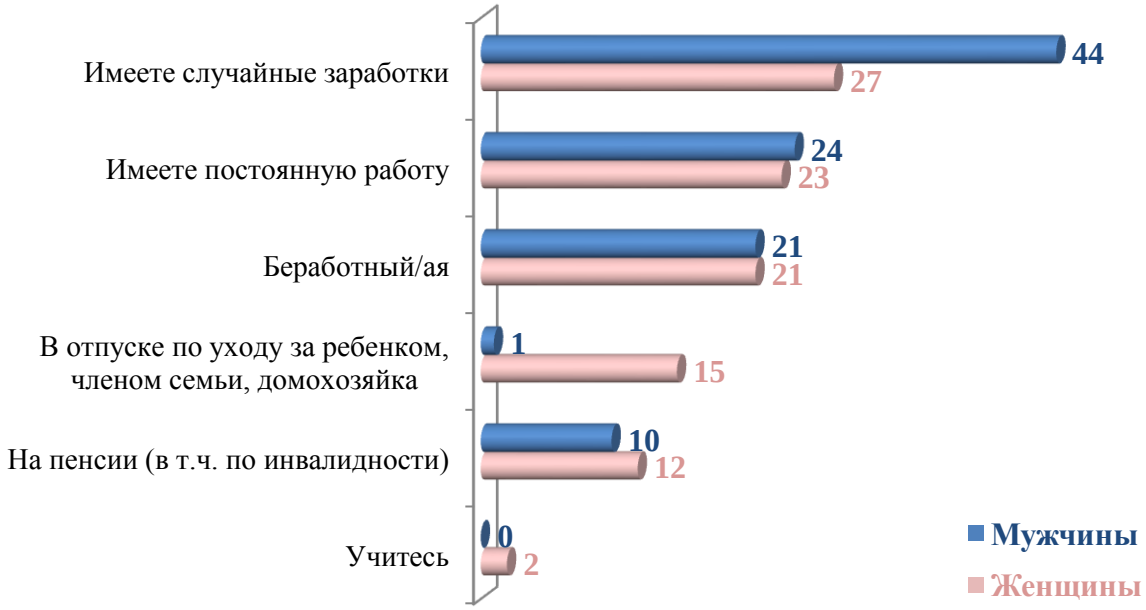

Рис 1.3.**Основное занятие респондентов(ок) на данный момент,** *%*

При этом основным источником своего существования большинство мужчин (74%) и почти половина женщин (49%) считают постоянную либо непостоянную работу. Для 26% женщин и 13% мужчин таким источником является пенсия (в т.ч. по инвалидности), социальные выплаты (например, по уходу за ребенком), социальная помощь. Женщины с детьми до 6 лет чаще указывают социальные выплаты в качестве основного источника существования, хотя большинство из них рассчитывают и на помощь из других источников. Для 11% женщин и 7% мужчин основным источником дохода является помощь родителей или других родственников. На доход своего партнера(ши) рассчитывают только 6% женщин и 3% мужчин (рис 1.4). В качестве «другого» один мужчина и одна женщина сказали, что они сдают машину в аренду, а один мужчина рассчитывает на церковь как основной источник дохода.

Рис 1.4.**Основной источник существования респондентов(ок) на данный момент,** *%*

Сравнивая женщин, у которых есть муж/постоянный партнер, с теми, у кого его нет, можно заметить, что женщины без партнера значимо чаще рассчитывают на непостоянную работу, в то время как у каждой 10-й женщины с партнером основным источником дохода является именно его доход. У 4% женщин с партнером и 8% женщин без партнера нет основного источника существования (рис 1.5).

Рис 1.5. **Основной источник существования респонденток на данный момент,** *%*

В качестве дополнительных источников существования каждый третий среди опрошенных мужчин и женщин назвал непостоянную работу/случайные заработки либо помощь родителей. Четверть опрошенных мужчин и женщин рассчитывают на помощь своего партнера/мужа/жены. 40% женщин, у которых есть муж/постоянный партнер, рассчитывают на его помощь в качестве дополнительного источника существования. У 15% мужчин и 11% женщин нет дополнительного источника существования (рис 1.6). Среди других источников существования один мужчина и одна женщина сказали, что они продают то, что выращивают на огороде, а одна женщина сдает помещение в аренду.

Рис 1.6. **Другие источники существования респондентов(ок) на данный момент,** *%*[7]

В качестве одного из компонентов экономической самостоятельности рассматривалось наличие у человека своего жилья, однако, в отличие от остальных индикаторов, значительных отличий по этому признаку между мужчинами и женщинами-ПИН зафиксировано не было. Большинство опрошенных мужчин (79%) и женщин (72%) имеют свое жилье, хотя почти четверть из них не живут в нем (у мужа/жены, знакомых/родственников или снимают жилье) (рис 1.7).

[7] *Сумма превышает 100%, т.к. респондент(ки) могли выбирать несколько вариантов ответов*

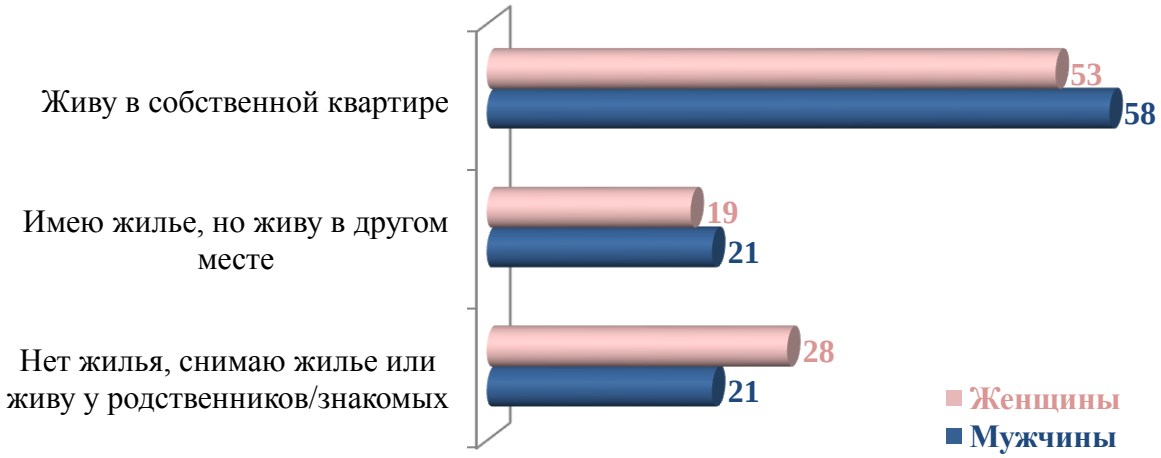

Рис 1.7. **Место проживания опрошенных респондентов(ок)**, *%*

Опрошенные эксперты(ки) также подтверждают, что мужчины-ПИН более самостоятельны в материальном плане, они чаще имеют легальный заработок. В частности, есть много видов работ, не требующих квалификации, где могут работать мужчины, но не женщины (например, сторожа, охранники, грузчики).

«Женщина не может работать на элементарных работах, где могут работать мужчины, например, грузчиком, подсобным рабочим или на стройку пойти» (социальная работница).

«Мужчины могут пойти хоть каким-то грузчиком работать. Вот тут разбирали здание, они ходили, подрабатывали на каких-то кирпичах. Мужчины могут работать в приемке металла. Или воруют металл, а потом его сдают. Женщине в этом плане сложнее» (социальная работница).

Кроме того, чтобы устроиться на работу женщине нужно решить вопрос присмотра за ребенком/детьми, а у мужчин, как правило, такой проблемы не возникает.

«Здесь играет большую роль то, что у большинства женщин есть ребенок. И если мужчинам с трудоустройством попроще, то женщине еще надо решить проблему устройства ребенка в детский сад, а уже потом говорить о работе. Так что женщинам в любом случае сложнее, чем мужчинам» (социальная работница).

«Женщине гораздо сложнее. Если у нее есть маленький ребенок на руках – очень тяжело устроиться на работу. Мужчина бросил его и пошел, а она сидит дома, не работает» (социальная работница).

Что касается нелегальных источников существования, то их довольно часто имеют и мужчины, и женщины. Правда, в первом случае речь идет, как правило, о воровстве, распространении наркотиков и т.п., а во втором – о предоставлении секс-услуг за плату. Другими видами нелегальной деятельности женщины занимаются реже, чем мужчины, хотя полностью от них не отказываются. Социальные работники(цы) выделяли в качестве отдельной подгруппы женщин-ПИН тех, кто занимается воровством, мошенничеством и прочими нелегальными видами деятельности.

«Если мужчины более способны где-то что-то украсть, то женщины нет. Они могут либо с мужчиной где-то, либо выходят на трассу» (социальный работник).

Вследствие того, что женщинам сложнее заработать как легальным, так и нелегальным путем, значительная часть женщин зависимы от своих партнеров как в финансовом плане, так и в психологическом.

«Мужчины чаще работают, чем женщины. Иногда воруют. Мужчины легче устраиваются. Женщины наркозависимые держатся за мужчин и как бы существуют вместе с ними» (руководительница НПО).

«В основном, у женщины есть мужчина, который является спонсором, и она вместе с ним колется. Или издевается над родителями, позволю так себе выразиться, то есть родители являются основным источником денег. А мужчины… Очень мало среди них людей трудоустроенных, в основном, они занимаются криминалом: п*родажей наркотиков, воруют, грабят, еще что-то» (социальный работник).*

Кроме того, добычей и приготовлением наркотиков в паре ПИН также чаще всего занимается мужчина.

«Мы на практике наблюдаем, что если они вдвоем употребляют, достает наркотик и снабжает их им чаще всего мужчина. Соответственно, женщина либо не нуждается в трудоустройстве, либо она не хочет работать, либо у нее не получается… Она рассчитывает на мужчину» (координаторка направления).

И хотя эксперты(ки) отмечали, что в отдельных случаях есть женщины-лидеры, которые обеспечивают не только себя, но и партнера, имеют активную жизненную позицию, но говорили об этом скорее как об исключении, а не правиле.

«Редко бывает, когда женщины сами варят наркотики и занимаются продажей. Но их сейчас немного. В настоящий момент такие уже умерли. Это были как бы лидеры-наркоманки» (руководительница НПО).

Отношения с окружающими (партнер, родственники, другие ПИН)

Среди опрошенных только 17% женщин и 3% мужчин проживают одни. Чаще всего респонденты(ки) проживают с мужем/женой/партнером и/или со своим ребенком и/или ребенком партнера (рис 1.8). Только одна респондентка сказала, что проживает с хозяином квартиры. Опрошенные женщины без постоянного партнера чаще живут одни, чем те, у кого есть партнер (36% и 4% соответственно). Женщины без партнера чаще проживают с родителями или другими родственниками (53% и 25% соответственно). 86% респонденток, у которых есть постоянный партнер, проживают совместно с ним, 40% – со своим ребенком или ребенком партнера.

Только половина мужчин (52%) и женщин (53%), у которых есть постоянный партнер или муж/жена, упоминают его/ее в качестве человека, к которому можно обратиться за поддержкой. Активнее всего респонденты(ки) обращаются за помощью к своим родителям или близким родственникам. Важным источником поддержки для ПИН являются сотрудники(цы) неправительственных организаций: о них упомянули 25% мужчин и 29% женщин. Только у 5% мужчин и 12% женщин нет человека, к которому можно обратиться за поддержкой. Женщины, которые не имеют постоянного партнера, чаще указывали на то, что у них нет людей, к которым можно обратиться за помощью, чем те, у которых есть партнер

(17% и 8% соответственно) (рис 1.9). Одна респондентка сказала, что для нее таким человеком выступает дедушка ее гражданского мужа.

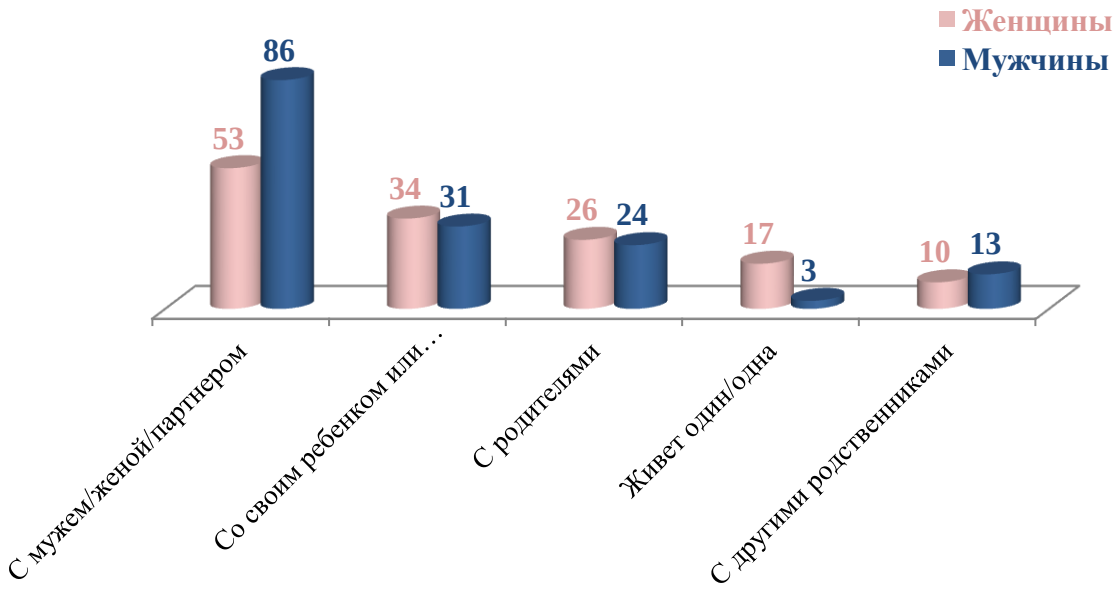

Рис 1.8. Распределение ответов респондентов(ок) на вопрос:**"С кем Вы проживаете?"**, *%* [8]

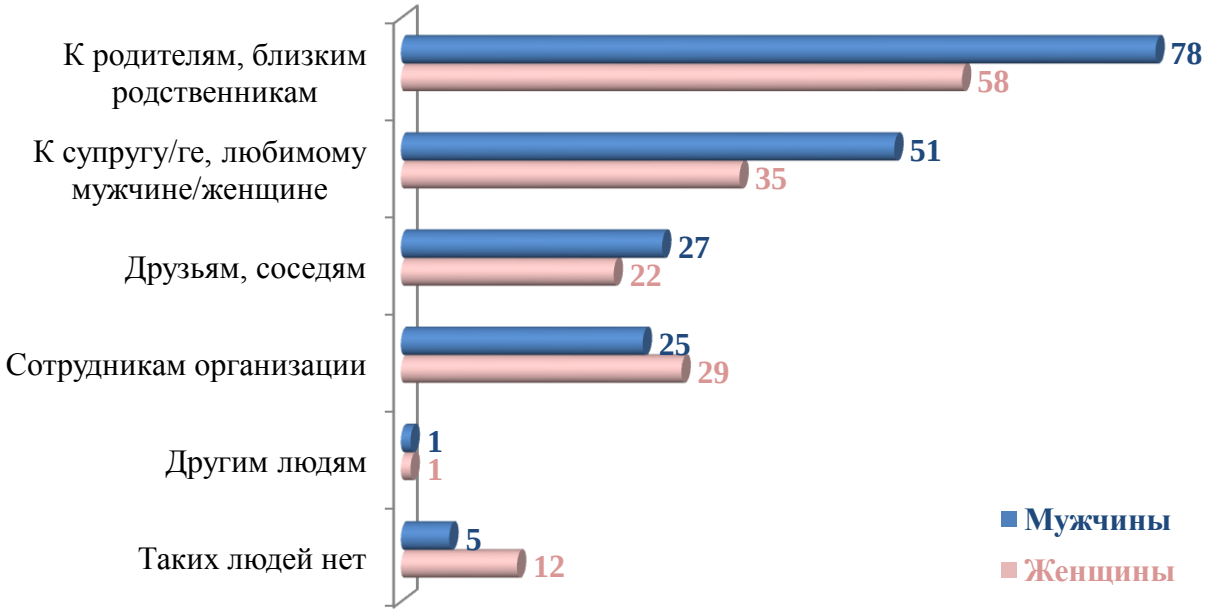

Рис 1.9. **Наличие у респондентов(ок) людей, к которым можно обратиться за поддержкой,** *%* [9]

Сотрудники(цы) НПО указывали на то, что гендерные стереотипы и нормативно-ролевые ожидания, характерные для общества в целом, очень сильны и в отношении женщин-ПИН. В частности, очень важной, если не самой главной задачей женщины считается забота о муже, детях и других родственниках, поддержание домашнего очага, «украшение жизни» мужчины. Эти нормативно-ролевые ожидания характерны не только для

[8] *Сумма превышает 100%, т.к. респонденты(ки) могли выбирать несколько вариантов ответов*
[9] *Сумма превышает 100%, т.к. респонденты(ки) могли выбирать несколько вариантов ответов*

партнеров женщин-ПИН и их близкого социального окружения (родителей, других родственников), они приняты в качестве некоего идеала самими женщинами. В то же время соответствовать им женщине, употребляющей наркотики, практически невозможно.

«Женщины, наверное, больше, чем мужчины, хотят заботиться о детях, у кого они есть. Они больше хотят семейного уюта и больше дорожат им и вообще семьей» (старший социальный работник).

«На ней все равно лежат, как и в обычной семье, и обязанности по дому, и воспитание ребенка, как бы оно не выглядело, всякие проблемы. А обычно, если это употребляющая семья, то это и проблемы с соцслужбой. Это проблемы в школе, потому что там знают, обычно» (социальный работник).

«Мужчина – ушел и употребляет. А женщины пытаются нести груз ответственности какой-то – дети, родители. Несмотря на свой такой вот образ жизни. Это могут быть больные родственники. У нас есть клиентки, у которых родственники с раком лежат» (социальная работница).

Кроме этого, общество более толерантно к рискованному поведению мужчин, нежели женщин, это касается и употребления наркотиков.

«Почему-то у нас такой стереотип существует, что мальчикам все можно. Нас так воспитывают с детства. Если мальчик влезает в какие-то неприятности, то ему можно, а вот если девочка, то это неправильно» (социальная работница).

«К женщинам-наркоманкам хуже относятся. Если мужчина наркоман или алкоголик, то это более-менее еще простительно. Но если это женщина, то к ней такое отношение, как будто она не человек» (аутрич-работница).

Таким образом, женщины-ПИН испытывают намного более сильную стигматизацию и самостигматизацию, чем мужчины. Это является одной из причин того, что женщины являются более уязвимыми в отношениях с партнерами, родственниками, другими ПИН, довольно часто подвергаются насилию.

«К женщине предъявляются ожидания: мама, дочка, красивое создание. А когда она начинает употреблять алкоголь или наркотики, это быстро отображается на ее поведении и внешнем виде. Окружающие – партнеры, родственники – это видят и реагируют. На мужчине это не так сказывается. Такая культура у нас: мужчине можно все – пить, курить, а женщине нет. Это цветок жизни, от которого ожидают божественности и красоты, а если она себя так не ведет, к ней сразу агрессия возникает» (старший социальный работник).

«Есть женщины, на которых давит семья, ее заставляют, унижают или стараются куда-то отправить (на лечение). То есть у женщины сложнее складываются взаимоотношения с окружающим миром» (руководительница НПО).

В противовес этому мнению, высказанному большинством опрошенных экспертов, некоторые говорили, что поскольку женщины более осторожны, им удается дольше скрывать факт наркоупотребления от родственников, что позволяет не лишаться их поддержки, в частности материальной.

«Женщины более скрытные, чтобы не афишировать, чтобы не сказали. Они заботятся о мнении окружающих: «Соседи скажут моим родителям, они меня видят». Они

не колются на своем районе, чтобы меньше там кто видел. Общаются даже с компаниями из другого района» (социальная работница).

«Женщинам чуть-чуть легче. Если мужчина начинает врать, родственники, окружающие быстрее это замечают, чем если это делает женщина… Она может рассказывать какие-то сказки, басни. Я знаю таких женщин, которые 5-10 лет употребляют наркотики, и родители, и родственники даже не знают об этом» (социальный работник).

Употребляемые наркотические вещества

В значительной мере употребляемые наркотические вещества зависят от возраста ПИН (представители(ницы) старшей возрастной группы чаще отдают предпочтение опиатам) и от особенностей наркосцены в регионе, которые определяют возможность достать те или иные наркотики или компоненты для их приготовления. При этом, поскольку достает и готовит наркотик, как правило, мужчина, то довольно часто женщина и мужчина в паре ПИН употребляют одно и то же вещество.

«Учитывая, что мужчина, который является сожителем и сотоварищем женщины по употреблению наркотиков, как правило, добывает наркотик, то я думаю, что особых различий нет» (руководительница НПО).

Если же говорить о женщинах и мужчинах-ПИН в целом, включая тех, кто не имеет партнера, то тут мнения опрошенных соцработников(ниц) разделились. Некоторые из них утверждали, что женщины в целом употребляют более легкие наркотики и в меньших дозах, другие отрицали эту тенденцию, третьи утверждали, что она была раньше, но сейчас практически не существует. Возможно, указанные расхождения связаны с особенностями наркосцены в каждом из городов, включенных в исследование

«Женщины как-то употребляют более легкие наркотики. Они все мне говорили, что курят траву или употребляют ширку в небольшом количестве. То есть существует разница в объемах наркотика и в его тяжести/легкости» (руководительница НПО).

«Мужчины – более склонны к рискованным тяжелым наркотикам. У женщины присутствует страх, как останавливающий фактор перед употреблением таких наркотиков» (старший социальный работник).

«Женщинам больше нравятся амфетамины, а мужчинам нравятся более тяжелые наркотики» (социальная работница).

«Все наркотические вещества, начиная от стимуляторов, заканчивая этими последними разработками – дезоморфин, электроширка, крокодил, – женщины употребляют точно так же, как и мужчины» (социальный работник).

«Раньше были [отличия между женщинами и мужчинами]. Сейчас практически нет. Тогда были популярны стимуляторы, винт. Женщины больше винт употребляли. Сейчас популярны опиаты и метадон, и женщины потребляют их на том же уровне, что и мужчины» (руководительница направления).

По результатам биоповеденческого исследования 2013 года только опиаты употребляют 65% мужчин и 60% женщин, только стимуляторы – 11% мужчин и 16% женщин (отличия значимы при $p<0,001$), и 23% ПИН обеих полов практикуют смешанное

употребление[10]. Среднее количество эпизодов употребления инъекционных наркотиков за последний месяц составляет 15,6 для мужчин и 14,9 для женщин (отличия значимы при $p<0,001$)[11]. То есть указанные экспертами(ками) тенденции все-таки прослеживаются, хотя и выражены не очень сильно.

Рискованные модели употребления наркотиков и сексуального поведения

Логично предположить, что женщины из числа РКС-ПИН рискуют на порядок больше, чем женщины-ПИН, не вовлеченные в сферу коммерческого секса. Это подтвердили также и опрошенные соцработники(цы).

Что касается степени распространенности рискованных поведенческих практик среди женщин-ПИН, которые не являются РКС, по сравнению с мужчинами-ПИН, то в этом вопросе мнения экспертов(ок) разделились. Некоторые опрошенные (как женщины, так и мужчины) указывали на то, что женщины рискуют больше, что связано как с социальными факторами (например, неравноправное положение в отношениях с партнером, вследствие чего женщина не может настоять на использовании презерватива), так и с их психологическими особенностями. В частности, некоторые опрошенные указывали на то, что женщины более нетерпеливы, чем мужчины, и тяжелее переносят абстиненцию, поэтому более склонны пренебрегать правилами безопасности при введении наркотика.

«Если он решил, что они будут пользоваться презервативами – то будут, если нет – то нет. Это в общей массе. На моих глазах прошло много пар, где вначале он был ВИЧ-позитивным, она – нет. Общаешься, объясняешь, какая вероятность инфицирования, что представляет собой ВИЧ-инфекция, как это опасно. Но проходит какое-то время и, к сожалению, она тоже становится ВИЧ-позитивной» (социальный работник).

«По качеству, мужчины больше придерживаются каких-то правил. Женщины менее терпеливы, и им надо быстрее употребить, иногда игнорируя всякие правила» (социальная работница).

«Многие женщины колются в пах или в подмышку, чтобы не было видно. Она идет в красивой юбочке одета. Руки у нее чистые, ноги у нее чистые» (социальная работница).

На это накладываются распространенные среди ПИН стереотипы о незащищенном сексе, как форме доверия между партнерами.

«Многие считают, что если при половых контактах использовать презерватив, то это может вызвать недоверие. В том плане, что могут быть различные сексуальные партнеры, или что ты без меня уже кололся и поэтому могут быть какие-то риски» (координаторка направления).

«Они говорят: «Я верю своему партнеру, что он здоров, я знаю, что я здорова». При чем эта уверенность есть, даже если не было тестирования. Вот почему-то не хочется признавать, что есть возможность заражения ВИЧ или какими-то другими инфекциями» (ацтрич-работница).

[10] Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2014, с. 35.
[11] Там же – с. 40.

Другая часть опрошенных экспертов (как правило, мужчин), наоборот, говорили, что женщины более ответственно относятся к своему здоровью, менее склонны к рискованному поведению, более интересуются информацией профилактического характера, получаемой в НПО.

«По моим наблюдениям, женщины меньше потребляют каких-то добавочных ингредиентов, например, снотворных или каких-то капель. Женщины меньше позволяют себе экспериментов» (социальная работница).

«Женщины как-то более осторожны. И ту информацию, которую несут социальные работники об опасности ВИЧ-инфицирования, они легче воспринимают, верят этому и используют в своей жизни. Мужчины в этом плане какие-то более «безбашенные», простите меня за такое слово» (руководительница НПО).

«Я помню из общения с клиентками, что женщины лучше понимают пользу от использования презервативов, чем мужчины. Это в плане сексуального поведения. В плане рискованного употребления женщины тоже более аккуратны и более внимательно относятся к своему здоровью» (руководительница направления).

Причины столь неоднозначных ответов экспертов(ок) выяснились при анализе ответов на вопрос относительно типологизации женщин-ПИН, когда эксперты(ки) характеризуя разные подгруппы своих клиенток, в числе отличий указывали и разное отношение к своему здоровью. В частности, на рискованное поведение влияет тип употребляемого наркотика, а кроме него – ряд других факторов, например, наличие у женщины стабильных отношений с партнером, ребенка, уровень ее социализированности (например, наличие работы, не утраченных социальных связей) и т.п.

«Если говорить о поведении тех, кто применяет опиаты, то оно более размеренное. Если говорить о поведении тех, кто принимает стимуляторы, то их часто потребляют для того, чтобы усилить половое влечение. Больше хочется, больше половых партнеров. И соответственно больше риска» (координаторка направления).

Кроме того, вероятнее всего (хотя такая цель и не ставилась в ходе исследования) среди мужчин-ПИН также можно выделить разные подгруппы по сходным или другим признакам, и эти подгруппы также будут отличаться разным отношением к своему здоровью и разной распространенностью рискованных практик. Поэтому, сравнить уровень распространения рискованных практик среди женщин в целом и мужчин в целом оказалось сложно.

Здоровье и психологическое состояние.

Как уже упоминалось выше, эксперты(ки) по-разному оценивали уровень ответственности женщин по отношению к своему здоровью и то, как он соотносится с уровнем ответственности мужчин. В целом, наверное, можно констатировать, что на это влияет не столько пол ПИН, сколько другие факторы, например, тип употребляемого наркотика, степень социализированности, наличие социальной поддержки и других целей в жизни, кроме наркоупотребления.

«Я не могу сказать, что женщины более трепетно относятся к своему здоровью, чем мужчины. Женщин точно так же, когда они узнают о ВИЧ-положительном статусе, тяжело мотивировать, чтобы они пошли подтвердить диагноз. В случае тех же абсцессов они точно так же тяжело идут в больницу, как и мужчины» (социальный работник).

Однако, в силу физиологических причин, наркозависимость имеет более тяжелые последствия для физического состояния женщин, чем для мужчин: у них чаще случаются передозировки, раньше развиваются необратимые изменения в организме, в частности, быстрее формируется зависимость, быстро растет толерантность к наркотическим веществам (хотя кратность введения наркотика и максимальная суточная доза, как правило, ниже чем у мужчин), и, как следствие – многие женщины-ПИН сразу переходят к систематическому употреблению наркотиков, минуя эпизодическую стадию[12]. Точка зрения опрошенных сотрудников(ниц) НПО подтверждается и результатами клинических исследований, которые показывают, что синдромы и осложнения наркомании у женщин формируются в более сжатые сроки, чем у мужчин[13].

«Вены у женщины хрупче, из-за этого они быстрее приходят в негодность. Женщине приходится употреблять путем инъекции в пах, в подмышки, а там все связано с лимфатической системой. Женщина тем самым больше рискует» (старший социальный работник).

«У них [женщин] сильнее зависимость, чем у мужчин. Они труднее переносят абстиненцию, могут даже совершить какие-то неадекватные действия» (старший социальный работник).

«Мужчины как-то дольше держатся, а женщины быстрее «уходят», так сказать» (социальный работник).

Также женщинам гораздо сложнее избавиться от наркозависимости, что связано как с физиологическими и психологическими факторами, так и с социальными. В частности, согласно медицинским данным, у женщин сильнее выражена зависимость и компульсивное влечение, реже возникают ремиссии[14], а в состоянии ремиссии дольше, чем у мужчин сохраняются аффективные нарушения, которые могут препятствовать эффективной реабилитации. Также очень важным фактором обострения влечения к наркотикам в период ремиссии для женщин является общение с сексуальным партнером-ПИН[15].Что касается социальных факторов, то препятствием для прохождения реабилитации женщиной может служить необходимость заботиться о детях, тогда как в случае мужчины наличие детей не мешает ему обратиться в реабилитационный центр.

«Женщины более зависимы, у них чаще бывает передоз. У них вены уходят скорее, чисто физиологически, они раньше начинают болеть при употреблении наркотиков… Им

[12]Гавенко В.Л., Самардакова Л.А., Кожина А.М. и др. Наркология: Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 288 с. (Серия «Учебники») – с. 182-184.

[13]Рохлина М.Л., Мохнечев С.О., Козлов А.А. Особенности клиники, течения и лечения героиновой наркомании у женщин // Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании: сборник трудов НИИ наркологии Минздава России / Под общ. Ред. Иванца Н.Н. – М.: Анахарсис, 2001 – 112 с. – с. 70-85.

[14]Гавенко В.Л., Самардакова Л.А., Кожина А.М. и др. Наркология: Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 288 с. (Серия «Учебники») – с. 183.

[15]Рохлина М.Л., Мохнечев С.О., Козлов А.А. Особенности клиники, течения и лечения героиновой наркомании у женщин // Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании: сборник трудов НИИ наркологии Минздава России / Под общ. Ред. Иванца Н.Н. – М.: Анахарсис, 2001 – 112 с. – с. 78-79.

выбраться гораздо сложнее, так как они более зависимы, чем мужчины. На реабилитацию больше идут мужчины, чем женщины. Женщины гораздо хуже проходят реабилитацию, уходят часто, а мужчины чаще выдерживают» (руководительница НПО).

Женщины более уязвимы с психологической точки зрения, сложнее переживают проблемы и трудности, чувствуют себя более подавленными, нежели мужчины. Именно таким образом характеризовали их большинство опрошенных сотрудников(ниц) НПО.

«Женщины более душевные и ранимые и совсем по-другому переживают трудности и неустроенность, связанные с употреблением наркотиков. Женщина больше поддается трудностям, а мужчина более стойкий» (старший социальный работник).

«Женщины более нестабильны в психологическом плане, чем мужчины, больше подвержены истерикам, более неуравновешенны» (руководительница направления).

«Типичная женщина-ПИН – всегда спешащая, боящаяся всего и хотящая что-то изменить, но что – неизвестно. Примерно так… А мужчина-ПИН – самоуверенный, чуть-чуть нагловатый и, по большей части довольный тем, что сейчас происходит» (социальная работница).

Этому также способствует их зависимое положение в отношениях с мужчинами, характерная стигматизация и самостигматизация.

«Женщина слабее, поэтому в плане дележа наркотиков или заработков ее могут просто послать, ударить, унизить. Здесь нет джентльменского поведения, поэтому она считает себя психологически подавленной» (старший социальный работник).

«Женщина всегда имеет меньший авторитет, чем мужчина. Поэтому женщине сложнее. Мужик есть мужик. При необходимости они могут скучковаться. У женщин такого нет. Мужик не оставит мужика в кумаре. А женщину, скорее всего, может оставить» (социальная работница).

«Присутствует такая, знаете, психология рабыни, зависимого человека. На лице, и во всем поведении – чувство вины. Она, как бы, оправдывается, что она оказалась в этой ситуации, и ей стыдно за то, что она такая. Какое-то чувство неполноценности, что ли. И, понятно, что неудовлетворенность жизнью, и она себя грызет, и ей очень хотелось бы от этого избавиться. И все это сказывается и в отношениях с окружающими: с мужем, сожителем, родственниками, и в отношении себя – самостигматизация, самобичевание» (руководительница НПО).

В противовес этому некоторые соцработники(цы) описывали женщин как более коммуникабельных и даже изворотливых, умеющих лучше выстраивать отношения с окружающими и получать от этого определенные бонусы. Явной зависимости в ответах от пола опрошенных экспертов(ток) о женщинах-ПИН, как о более психологически уязвимых, либо наоборот более изворотливых и адаптабельных, не выявлено.

«Женщины совсем другие. Они могут налаживать отношения с теми, кто может чем-то помочь: достать наркотики или помочь финансово, [предоставить] жилье, чтобы было, где колоться, жить» (старший социальный работник).

«Мужчины, когда строят взаимоотношения в семье, среди своих коллег по наркотику, более открытые. Они менее изворотливые. Женщины, как у нас говорят, более «прыдумкувати». Они ищут самые разнообразные способы, чтобы приспособиться и

остаться в семье... Мужчины в этом плане более категоричны. Он может развернуться и уйти» (руководительница НПО).

«Если в плане где-нибудь что-нибудь найти – то женщине проще. Ей больше доверяют, чем мужчине те же барыги, например» (социальный работник).

1.2. Взаимодействие в парах ПИН

В соответствии с протоколом исследования, 100% опрошенных мужчин и 61% женщин имеют мужа/жену или постоянного(ую) партнера(шу), отношения с которым длятся более 3-х месяцев. Это подтверждается совместным проживанием 95% мужчин и 90% женщин. Только 2% мужчин и 1% женщин сказали, что проживают совместно или отдельно по обстоятельствам, остальные живут отдельно. Стаж совместного проживания респондентов(ок) довольно длительный: у 4 из 5 опрошенных он превышает год, в том числе у 33% женщин и 38% мужчин – более 5 лет. Это указывает на определенное постоянство в выборе партнеров среди опрошенных ПИН (рис 1.10).

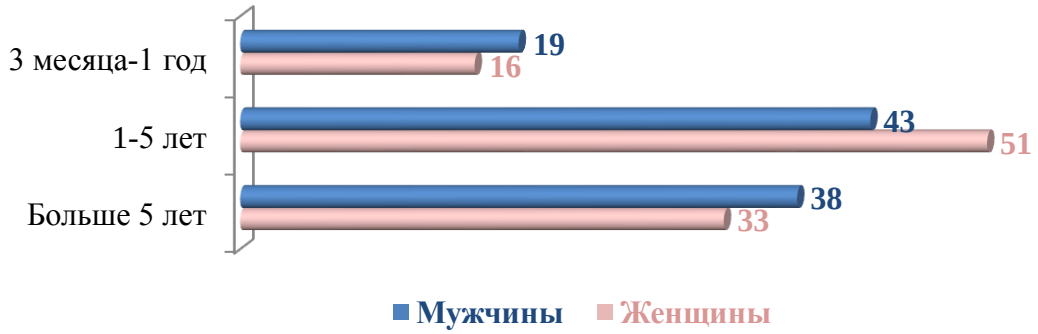

Рис 1.10. **Длительность совместного проживания ПИН с партнером(шей),** *%*

Опрошенные женщины отметили, что их муж/партнер также употребляет инъекционные наркотики (92%) и является клиентом общественной организации (91%). Этот факт может свидетельствовать о том, что потребление инъекционных наркотиков – очень часто является семейной проблемой и поэтому актуально внедрение инновационных подходов в предоставлении услуг по профилактике ВИЧ/ИППП среди женщин-ПИН и их сексуальных партнеров.

Это же подтвердили опрошенные социальные работники(цы), указав, что среди ПИН чаще всего встречаются пары, в которых наркотики употребляют оба партнера. Наркоупотребление даже может служить довольно сильным объединяющим фактором для партнеров, поскольку вокруг него выстраивается вся остальная жизнь ПИН.

«У них устоявшаяся пара, крепкая семья, построенная на употреблении. Они вместе ходят, вместе ищут и добывают, вместе дома употребляют. Вот такая типичная пара… С такими парами как раз достаточно легко общаться. Они открыты, доброжелательны. Но у них настолько устоявшиеся модели поведения и образ жизни, что сложно продвинуть какие-то изменения. Все очень консервативно и сцементировано» (руководительница направления).

Случаи, когда партнеры женщин-ПИН не употребляют наркотики, являются единичными.

«Так бывает редко. А вот когда мужчина потребляющий, а женщина – нет, такое более часто встречается… Я знаю из всех своих клиентов только одну девушку, которая в употреблении систематическом, а муж не в употреблении и никогда не был» (социальная работница).

В таких парах женщины, как правило, стараются всеми возможными способами скрывать от мужчины факт своего употребления, поскольку если это откроется, очень велика вероятность, что такой союз (официальный или неофициальный) довольно скоро распадается.

«Тут факторы могут быть разными. Либо муж давно не в употреблении, а жена с ним когда-то употребляла и продолжает втихаря от него. Есть женщины, которые сами варят наркотические вещества и у них сексуальные партнеры намного моложе. И они скрывают от них свое потребление» (координаторка направления).

«Они не показывают. Была у нас группа самопомощи. Попросили привести мужа. Она говорит: «Нет, я не приведу». Муж не употребляет, где-то работает» (социальная работница).

«Это имеет место быть, но очень редко. Я работала с такими парами, еще будучи психологом СПИД-центра, да и здесь (в НПО) работала. Были такие семьи, которые существовали лет 5, но не дольше» (руководительница НПО).

«Не каждый (мужчина) захочет содержать женщину-наркоманку, да еще и бороться с этой ее болезнью. Вот женщины более к этому (склонны). Женщины ездят и в тюрьмы, как вы знаете. А вот мужчины мало на это ведутся» (социальный работник).

Гораздо чаще встречаются пары, в которых партнерша мужчины-ПИН сама не является наркозависимой.

«Достаточно большой процент женщин в таких парах даже не знают, что их муж или партнер является потребителем. У них появляются такие подозрения, но они их отбрасывают» (аутрич-работница).

«Чаще, конечно, мужчина употребляет, а женщина – нет. Но есть исключения, когда женщина употребляет, а мужчина – нет» (координаторка направления).

«Такого (когда у женщины-ПИН партнер не употребляет наркотики) практически не бывает. Как правило, у женщин-ПИН мужчины употребляют наркотики. А у мужчин-ПИН бывают женщины, не употребляющие наркотики, которые стараются его удержать и сами удержаться от употребления» (руководительница НПО).

«Таких ситуаций больше, потому что у женщины больше мотивации к тому, чтобы в семье был худо-бедно муж, отец и чтобы не остаться одной. И женщина все-таки хранительница семейного очага. Она набирается терпения и пытается помочь выбраться ему из этой ситуации» (руководительница НПО).

В таких парах женщина, как правило, пытается «спасти» своего мужчину, добиться того, чтобы он прекратил употребление, и иногда им это даже удается. В противном случае женщина может терпеть довольно долго, надеясь, что ей удастся вылечить мужа. Также нередки случаи, когда в процессе «спасения» мужчины женщина сама вовлекается в употребление.

«Есть пары, когда женщина употребляет, а мужчина нет. Но такой брак недолго длится. Мужчины бросают таких женщин быстро. Вот когда мужчина употребляет, (а

женщина нет), она дольше терпит и больше сражается с этой зависимостью. В основном, женщины везут своих мужчин в реабилитационные центры, ведут сюда, в общественные центры, занимаются лечением, сопровождением, когда они отбывают срок. В колониях больше видим женщин с сумками, а не наоборот» (старший социальный работник).

«Она носится с ним как со ступой. И в итоге либо он ее присаживает на наркотики, либо они расстаются, либо она терпит его до конца» (социальная работница).

«У меня есть пары, где мужчина употребляет, и женщина могла бы по большому счету бросить его. Ей материальное положение позволяет. Но она тянет его на себе. Она будет бегать, и лечить его, а он ей будет рассказывать сказки о том, что будет «спрыгивать» и лечиться» (социальная работница).

Описывая отношения в парах ПИН, эксперты(ки) говорили, что они складываются очень по-разному в зависимости от индивидуальных особенностей партнеров и семьи в целом.

«Есть среди наших старых постоянных клиентов пары, которые прожили уже не один десяток лет вместе, и у которых все по-разному. Есть пара, которая будет делить куб на двоих. А есть другая, в которой в аналогичной ситуации муж заберет всю дозу себе и оставит женщину в кумаре и ломке» (социальная работница).

«Все по-разному и индивидуально. У нас есть такие пары, где всем заправляет женщина. А есть пары, где каждый сам по себе. Они действуют по отдельности, по отдельности приходят к нам, по отдельности ищут наркотик» (руководительница направления).

С другой стороны, они выделяли определенные тенденции, характерные для большинства пар. При этом наблюдается определенное несоответствие между мнением экспертов(ок) и ответами самих клиентов(ок)-ПИН на вопросы об особенностях взаимоотношений в их семье.

Так, согласно ответов примерно половины респондентов(ок), как мужчин, так и женщин, в их парах царят равноправные отношения. Остальные респонденты(ки) чаще называют лидером отношений мужчину: так считают 39% опрошенных мужчин и 24% опрошенных женщин. Противоположное мнение, о том, что лидером является женщина, высказали только 19% опрошенных мужчин и 7% женщин (рис 1.11).

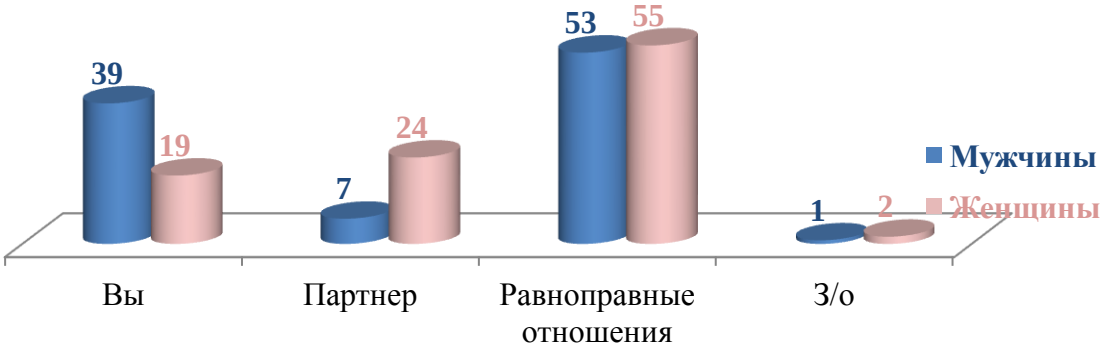

Рис 1.11. **Лидер в парах ПИН,** *%*

Анализ ответов респондентов(ок) на вопрос о принятии решений в различных сферах жизни подтверждает, что у большинства пар действительно сформированы достаточно равноправные отношения (рис 1.12).

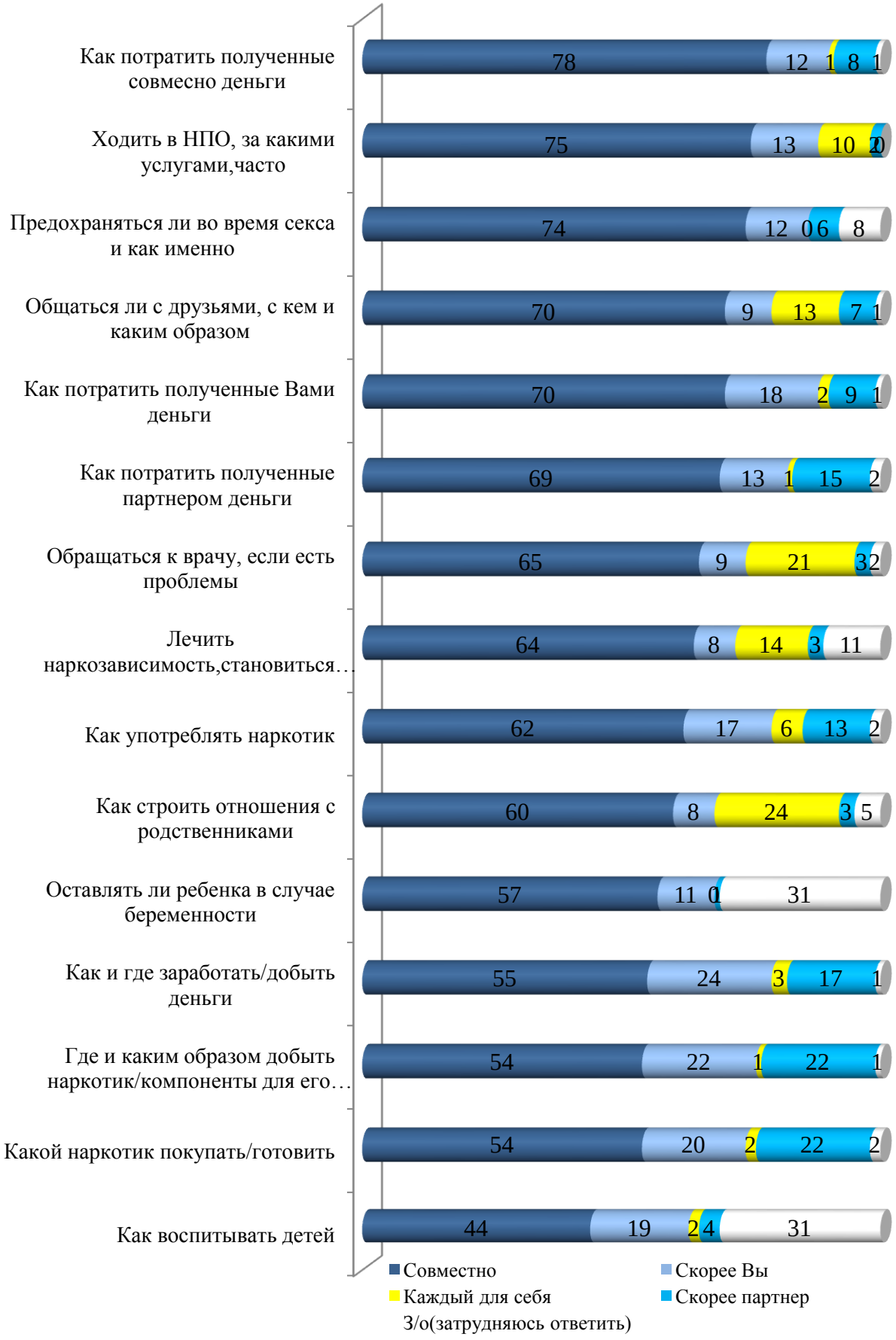

Рис 1.12. Распределение ответов респондентов(ок) на вопрос: **"Кто в Вашей паре принимает решения по таким вопросам?",** *%*

В семьях, где решения не принимаются совместно, четко прослеживается распределение обязанностей между женщиной и мужчиной. Так женщина является лидером в распределении расходной части семейного бюджета: как и на что потратить деньги, которые находятся в совместном пользовании, а мужчина отвечает за то, как и где заработать/добыть денег, а также за вопросы инъекционного потребления: где и каким образом добыть наркотик и компоненты для его приготовления, какой наркотик покупать/готовить, как употреблять (вдвоем или в компании, одним шприцом или каждый своим и т.п.). Стоит отметить, что наибольший уровень консенсуса у пар отмечается в вопросах сексуального поведения и взаимодействия с социальным окружением, в том числе с сотрудниками(цами) ВИЧ-сервисных организаций. Что касается репродуктивного здоровья, в том числе решения оставлять ли ребенка в случае беременности и как его потом воспитывать, то у пар, у которых есть дети, также наблюдается равноправие, хотя стоит отметить, что вопросами воспитания ребенка, по мнению, как опрошенных мужчин, так и женщин, занимается больше женщина (рис 1.13).

Рис 1.13. **Самостоятельное принятие решения респондентами(ками) по вопросам,** %

В то же время, по мнению сотрудников(ниц) НПО, женщины в парах ПИН являются менее самостоятельными, зависимыми от мужчин в разных сферах жизни.

«Мужчина командует чаще. Женщина становится ранимой после начала употребления наркотиков, легко поддается стрессовым ситуациям. Она старается подстраиваться под мужчину, который под наркотиками резкий и агрессивный» (старший социальный работник).

«Учитывая, что она не такая смелая, чтобы самой делать инъекцию, она зависит от мужчины. А мужчины этим пользуются: «Я тебя уколю, но ты сделаешь мне вот это». То ли в сексуальном плане, то ли какие-то деньги, то ли наркотики, то ли принести, подать, постирать» (старший социальный работник).

Лидерство мужчин, в значительной мере, обусловлено тем, что они гораздо чаще являются «добытчиками» в семье – зарабатывают или иным способом находят деньги и наркотики. Именно поэтому пары, в которых лидером является женщина, попадаются достаточно редко.

«Есть женщины, которые сами добывают и еду, и наркотики, и мужа кормят. Но чаще лидирующую роль играет мужчина» (социальная работница).

«Есть пары, где муж добывает деньги – временный заработок, лазанье по карманам или еще каким-то способом. У такого мужа жена под полным контролем. Есть же те, кто стоит на трассе и сами приносят деньги и наркотики для того, чтобы и он раскумарился и раскумариться самой. Поэтому добыча наркотиков и денег является основой того, кто есть главным в семье» (координаторка направления).

«Редко когда женщина стоит у руля. Это или обеспеченная женщина или у нее обеспеченные родители. А если женщина полностью зависит от мужчины, то всем заправляет мужчина» (социальная работница).

«Он – лидер, безусловно, потому что он – добытчик наркотиков, он качает свои права… Я знаю семьи, где он не выпускает ее на улицу, он ей ставит условия» (руководительница НПО).

«Кто играет ведущую роль? Тот, кто может достать наркотики. Если это делает женщина – она играет ведущую роль. Если в паре это делает мужчина – то мужчина. В семье, где люди употребляют наркотики, нет старшего, там главное, кто достанет или кто принесет этот наркотик» (социальный работник).

«Я заметила, что кто – главный добытчик, тот, в основном, и лидирует. Если женщина – главная по добыче денег, значит она и в семье главная. Если мужчина, значит, лидирует он» (аутрич-работница).

Такое несоответствие может объясняться двумя причинами. Во-первых, возможно, респонденты(ки)-ПИН пытались выглядеть лучше в глазах исследователей(ниц) и описывали свою семью как более «правильную», чем она есть на самом деле.

Это предположение подтверждается тем что, согласно ответов респондентов(ок)-ПИН, несмотря на преимущественно совместное принятие решений и отсутствие явных противоречий в ответах мужчин и женщин на вопросы о лидерстве в отношениях, в большинстве пар (55%) не реже, чем несколько раз месяц случаются конфликты, а у каждого третьего респондента(ки) – не реже, чем несколько раз в неделю (рис 1.14).

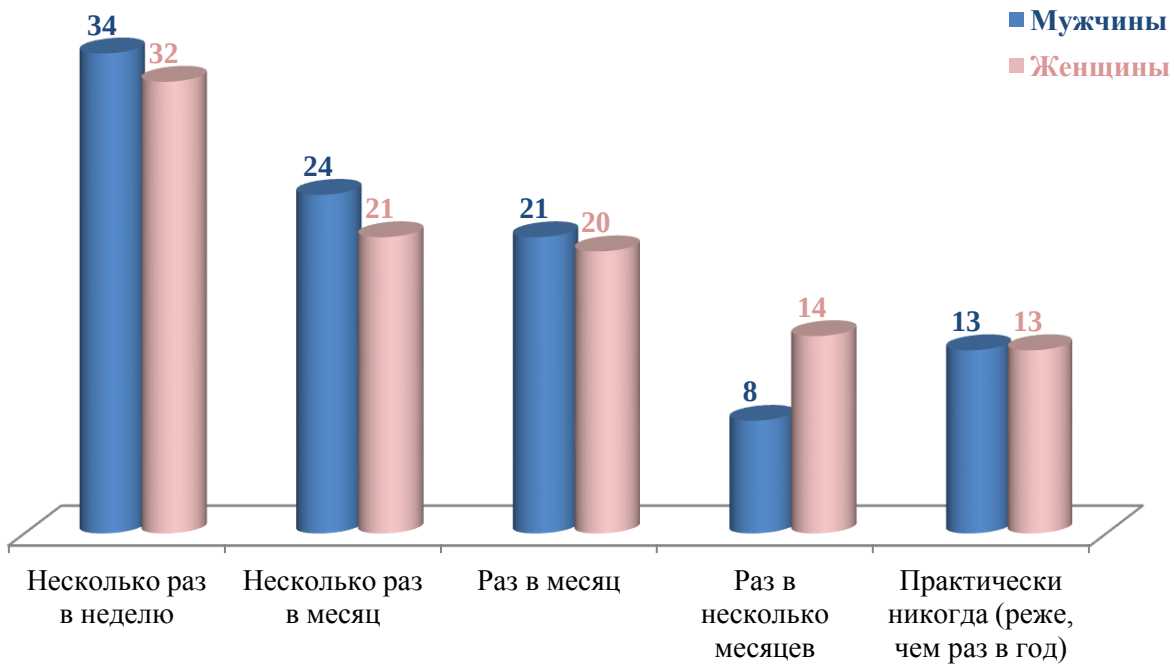

Рис 1.14. **Частота конфликтов в парах ПИН,** %

По ответам респондентов(ок), в основном конфликты выражаются в общении на повышенных тонах: партнеры обычно ругаются, скандалят (об этом упомянули 70% мужчин и 76% женщин). Каждая четвертая пара во время конфликтов просто разговаривает и находит компромисс (об этом упомянули 26% мужчин и 19% женщин). И только по 4% мужчин и женщин сказали, что во время конфликтов они бьют посуду, ломают вещи, дерутся. Одна женщина сказала, что у них распространенной практикой является объявление бойкота.

Самыми распространенными причинами споров являются конфликты на бытовой почве (71% респондентов(ок)), а также отсутствие денег на потребности, не связанные с употреблением наркотиков (рис. 1.15). Среди других причин конфликтов две женщины и двое мужчин назвали алкоголь, одна женщина и один мужчина – ревность, у одного мужчины с женщиной не совпадают сексуальные предпочтения, одна женщина хочет ребенка, а ее муж – нет, одной женщине не нравится тон, которым с ней общается муж, одна считает, что муж подает плохой пример ребенку и у одного мужчины конфликты с партнершей возникают из-за различных политических взглядов.

Рис 1.15. **Причины конфликтов среди пар ПИН,** % [16]

Во-вторых, возможно опрошенные сотрудники(цы) НПО под влиянием существующих стереотипов несколько преувеличивали зависимость женщин. Например, часть экспертов(ок) указывали, что в некоторых семьях лидерство мужчин является лишь видимостью, а на самом деле женщины манипулируют своими партнерами.

«По моим наблюдением, знаете, как бывает? Вроде бы, на первый взгляд, кажется, что доминирует в отношениях мужчина. Но женщины у нас довольно-таки мудрые. Для того чтобы выживать, за веревочки в этих отношениях все равно дергает женщина» (социальный работник).

«Мужчина думает, что главный – он. А на самом деле, наверное, женщина. Потому что, когда ей нужно что-то употребить, она рассказывает своему мужчине сказки: или ей куда-то срочно надо, или она придумывает историю, что ему что-то срочно надо, и ей нужно удалиться для этого» (социальная работница).

«Роль мужчины – добытчик наркотиков, шприцов бесплатных. За это чаще всего отвечает мужчина. Но, когда они уже приходят к нам в организацию, и мы начинаем с ними работать, то мы видим, что в основном говорит женщина. Принимает решения женщина. Даже в элементарных вещах. Например, записываем их на какой-то тренинг, тестирование, к специалисту нашему. Дату, время, телефон, придут, не придут – говорит женщина» (координаторка направления).

[16] *Сумма превышает 100%, т.к. респонденты(ки) могли выбирать несколько вариантов ответов*

При этом различий во мнениях экспертов(ток) в зависимости от их пола не зафиксировано: как среди мужчин, так и среди женщин есть те, кто говорил о зависимости женщин от мужчин, так и те, кто характеризовал женщин как мудрых «дипломатов», которые управляют своими мужчинами, хотя внешне создают видимость подчинения.

Эксперты(ки) также выделили ряд других тенденций, характерных для взаимоотношений пар ПИН из числа их клиентов(ок). Так, роль «добытчика», характерная для многих мужчин-ПИН, проявляется в том, что в НПО первыми из двоих партнеров, как правило, приходят мужчины, а потом уже подтягиваются женщины. Гораздо реже пара приходит вместе, а случаи, когда первой приходит женщина, являются исключением.

«Чаще всего первыми приходят мужчины. У них есть такая особенность, что он сам должен проходить какое-то время, прежде чем он приведет свою партнершу» (координаторка направления).

«В основном, мужчина приводит женщину. Это случается чаще всего. Потом – приходят вдвоем. И очень редко бывает, что сначала женщина приходит, а потом появляется ее мужчина» (социальный работник).

«Бывает, приходят вместе. Это касается пар, которые потребляют вместе и они как бы слились. А если женщина зависима от мужчины, то сначала приходит мужчина, а потом может ее привести. А бывает, что и не приводит. Чтобы первой пришла женщина, такое бывает редко» (руководительница направления).

«Чаще мужчина приводит свою женщину. Сначала он приходит сам, как бы на разведку, а потом со временем приводит свою женщину. А может и не приводить, если он в семье основной добытчик всего, и женщина находится в его зависимости» (аутрич-работница).

В парах, где женщина не употребляет наркотики, она может прийти в организацию первой и буквально «притащить» своего мужчину в надежде на то, что посещение НПО поможет ему избавиться от наркозависимости.

С одной стороны лидерство мужчин обеспечивает женщинам определенные преимущества: им не нужно (или нужно, но в значительно меньшей степени) прикладывать усилия для того, чтобы добыть наркотик, они меньше рискуют попасть в зону внимания правоохранительных органов. В частности, говоря о том, почему мужчины приходят в НПО первыми, многие эксперты(ки) употребляли фразы «на разведку», «чтобы убедиться, что тут – безопасно». С другой стороны, это накладывает на женщину определенные ограничения, делает ее зависимой от воли мужчины, лишает некоторых возможностей. В частности, эксперты(ки) указывали на то, что мужчины имеют более широкий круг общения, меньше привязаны к дому, чем женщины.

«Мужчина потребляет больше. Если в паре, то мужчина колет себе первым и больше. Как это он будет колоть себе меньше?.. Он может уколоться несколько раз, а ей достаточно только раскумариться» (социальная работница).

«Мужчина более раскомплексован. У него больший круг общения. В квартире он проводит меньше времени, чем женщина… Женщина в большинстве случаев сидит дома и ждет, пока он привезет ей дозу. Поэтому и круг общения у нее ограничен» (координаторка направления).

«У нас есть клиент, у которого партнерша тоже ПИН. Так вот она к нам ни разу не доходила, все приносил он» (руководительница направления).

Некоторые мужчины принуждают/подталкивают своих партнерш к предоставлению сексуальных услуг за плату.

«Есть женщины, которые с мужчинами, но они подрабатывают коммерческим сексом. Их заставляют идти на коммерческий секс мужчины, чтобы получать наркотики. Многие женщины находятся в зависимости от мужчин. Переживают даже насилие» (руководительница направления).

«Есть клиентка, у которой парень – ее сутенер, то есть она зарабатывает и на него и на себя, предоставляя сексуальные услуги. Но она этого не признает в открытую» (социальный работник).

В среде ПИН обостряются многие гендерные проблемы, характерные для общества в целом, например то, что ответственной за незапланированную беременность, как правило, считается женщина, и довольно часто ей приходится решать эту проблему самостоятельно.

«Женщина всегда рискует забеременеть. Узнают они [женщины-ПИН]) об этом уже на поздних сроках, когда нельзя делать аборт. А искусственные роды делать очень дорого. И ей приходится рожать этого ребенка. У меня есть девочка, у которой уже трое детей. И обо всех беременностях она узнала на поздних строках» (социальная работница).

1.3. Социальная идентичность женщин и мужчин-ПИН

В исследовании применялись две психологические методики, позволяющие выявить особенности гендерной идентичности и степень осознанности личностью собственных гендерных стереотипов, а также поведенческих проявлений: опросник «Кто я?» и семантический дифференциал. Применялись эти методики и в ходе опроса женщин-ПИН, и в ходе интервью с сотрудниками(цами) НПО. Триангуляция полученных данных позволила выявить, насколько совпадает самоидентичность женщин-ПИН и то, как их видят (и, соответственно, как с ними обращаются) сотрудники(цы) НПО.

Результаты, полученные вследствие применения указанных методик, представлены ниже.

Методика «Кто я?»

Согласно результатам исследования, представленным на рис. 1.16, для всех опрошенных женщин-ПИН характерна одинаковая тенденция рейтингования различных социальных ролей. Первые места в самооценке респонденток занимают семейные и межличностные роли. Это означает, что именно эти роли и статусы являются для них значимыми и актуальными. В то же время, на данный момент респондентки не осознают и четко не идентифицируют свои профессиональные роли и жизненные позиции (ставят их на последние места в рейтинге). Также это показывает, что у опрошенных женщин ярко выражены стереотипы, связанные с «типичными» ролями и статусами женщин в обществе.

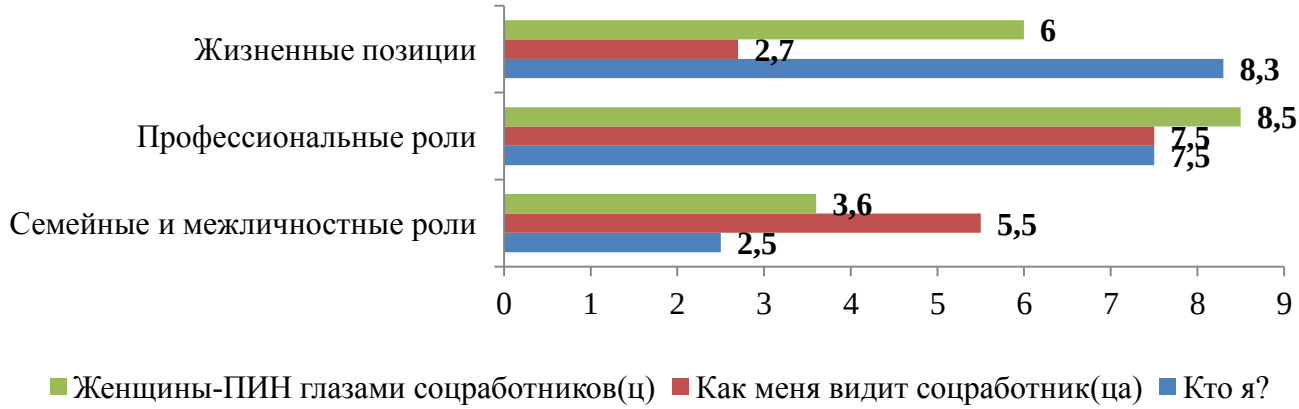

Рис. 1.16. **Соотношение рейтингов различных категорий, составляющих содержание социальной идентичности личности женщины-ПИН**

Одновременно результаты демонстрируют достаточно выраженное противоречие между представлением опрошенных женщин-ПИН о себе и тем, как, по их мнению, они воспринимаются социальными работниками(цами), а также оценкой ПИН со стороны социальных работников. Особенно явно эти противоречия проявляются в восприятии семейных, межличностных ролей, а также жизненных позиций, что говорит о том, что и у ПИН по отношению к социальным работникам(цам) и у социальных работников(ниц) по отношению к ПИН существуют стереотипы. Однако стоит подчеркнуть, что эти стереотипы разные (рис. 1.17).

Так, первые места в рейтинге социальных работников(ниц) занимают следующие представления о женщинах-ПИН:

1. она наркозависимый человек;
2. она жертва;
3. она подруга.

Данный список говорит о том, что опрошенные социальные работники(цы), воспринимая таким образом, женщин-потребительниц наркотиков, выстраивают с ними отношения и взаимодействие, как врачи с больным человеком, как «спасатели» или как друзья.

Опрошенные женщины-ПИН высказывали абсолютно противоположную точку зрения о том, является ли для них позиция наркозависимого человека или жертвы актуальной и значимой на данный момент. Респондентки рассчитывали на то, что социальные работники(цы) их таковыми не воспринимают.

Рис. 1.17. **Соотношение рейтингов составляющих социальной идентичности личности женщины-ПИН**

В то же время наблюдается единодушие женщин-ПИН и социальных работников(ниц) во взгляде на дружбу. И те и другие оценивают женщин-ПИН как подруг. Причем женщин-ПИН считают подругами как сотрудники-мужчины (в среднем 4,5 позиция в рейтинге), так и сотрудницы-женщины (4,7 позиция).

В то же время социальные работники(цы) абсолютно не воспринимают женщин-ПИН в качестве любящих жен и заботливых мам. Чего нельзя сказать о самих женщинах, которые эти характеристики поставили на первые места в рейтинге. Единодушными респонденты(ки) были в оценке женщин-ПИН как красавиц, профессионалок и домохозяек.

Противоречивым является восприятие женщин, употребляющих наркотики, как активисток, лидеров. Соцработники(цы) видят их в данном качестве, а женщины себя таковыми не считают. При этом сотрудницы-женщины более склонны характеризовать женщин-ПИН как активисток/лидеров (в среднем 4,4 место в рейтинге характеристик), чем мужчины (6,7 место).

Не существует различий в самоидентификациях опрошенных женщин-ПИН в зависимости от возраста, наличия мужа или постоянного партнера и лидерства в паре.

Необходимо подчеркнуть, что по результатам опроса социальных работников наблюдается значительный разброс в оценках по разным характеристикам идентичностей женщин-ПИН (см. в табл. 1.1. минимальный, максимальный и средний показатели). Это показатель отсутствия «единодушия» в оценках ПИН, что может быть результатом индивидуального опыта общения социальных работников(ниц) с разными представителями(льницами) группы потребителей(ниц) наркотиков.

Таблица 1.1

***Размах вариации ответов социальных работников(ниц) на вопрос:* «Оцените, пожалуйста, среднестатистическую женщину-ПИН, которая является клиенткой Вашей организации?»,** *абс. значения (n=25 чел.)*

	Минимум	***Максимум***	***Среднее***	***Рейтинг***
1. Красивая женщина	1	10	5,12	4
2. Любящая жена	4	10	6,8	9
3. Заботливая мама	1	9	5,88	6
4. Подруга	1	8	4,6	3
5. Наркозависимый человек	1	7	1,96	1
6. Активистка, лидер	2	9	5,4	5
7. Жертва	1	9	3,68	2
8. Домохозяйка	2	10	6,72	8
9. Профессионалка	3	10	6,28	7
10. Другое	-	-	-	-

Методика «Семантический дифференциал»

Полученные результаты по методике семантического дифференциала дают возможность сделать выводы, что потребители(ницы) наркотиков очень низко оценивают свою активность, самостоятельность и контроль за различными сферами жизни (табл. 1.2).

Женщины-ПИН более критичны к себе. В то же время наблюдается достаточно большой разброс мнений ПИН о своих поведенческих реакциях, что говорит о неоднородности группы респондентов(ок) и вариативности индивидуальных поведенческих реакций потребителей(ниц) наркотиков.

Таблица 1.2

Размах вариации ответов ПИН на вопрос о самоидентификации поведенческих реакций, *абсолютные значения*

Категории	**Среднее**			**Среднеквадратическое отклонение**		
	Все ПИН (N=300)	*Женщины (N=198)*	*Мужчины (N=102)*	*Все ПИН (N=300)*	*Женщины (N=198)*	*Мужчины (N=102)*
Активность	-1,4	-2,04	-0,15	4,307	4,384	3,878
Самостоятельность	-3,64	-3,27	-4,34	4,938	5,033	4,694
Контроль	-2,81	-3,06	-2,32	4,877	4,989	4,638

В свою очередь, анализ данных показал, что существует выраженная линейная зависимость между проявлениями самостоятельности и контроля у потребителей(ниц) наркотиков: коэффициент корреляции Спирмена равняется 0,379 для всех респондентов(ок), 0,434 – для женщин, 0,287 – для мужчин. Иначе говоря, чем выше самостоятельность потребителя(ницы) наркотиков, тем больше он контролирует свои поведенческие реакции и жизнь в целом, и, наоборот, чем меньше самостоятельность, тем хуже контроль. У женщин-ПИН связь между двумя этими показателями более сильная.

Согласно результатам, представленным в таблице 1.3, наблюдается явная тенденция расхождения оценок поведенческих практик у потребителей(ниц) наркотиков и социальных работников(ниц). По мнению соцработников(ниц), ПИН зависимы, обращаются за медицинской помощью только в крайних случаях, не контролируют свою жизнь, не уделяют

внимания своему внешнему виду, предпочитают находиться вне дома, колются всегда после кого-то, не могут соблюдать свою дозу, колют некачественные наркотики, имеют много сексуальных партнеров и не хотят менять свою жизнь. Возможно, такие расхождения в оценках у потребителей(ниц) наркотиков и социальных работников(ниц) связаны с тем, что ПИН при ответах на данные вопросы давали социально-значимые ответы. Тем не менее, на данные противоречия стоит обратить внимание.

Таблица 1.3

Средние значения семантического дифференциала

	Среднее значение			
	Все респонденты(ки) (N=300)	*Мужчины (N=102)*	*Женщины (N=198)*	*Социальные работники(цы) (N=25)*
Имею мало знакомых	1,1	1,4	0,9	1,68
Сильная/ый	-1	-0,9	-1,1	0,16
Свободная/ый	0	0,1	0	1,84
Обеспечиваю себя самостоятельно	-0,6	-0,9	-0,4	-0,08
Чаще всего принимаю решения самостоятельно	-1,6	-1,8	-1,5	0,04
Обращаюсь за медпомощью при первых симптомах	0,6	0,8	0,5	1,72
Полностью контролирую свою жизнь	-0,8	-0,8	-0,8	0,92
Уделяю много внимания внешнему виду	-1,3	-0,9	-1,6	-0,28
Предпочитаю находиться дома	-1,2	-1	-1,3	0,24
Имею много сексуальных партнеров	1,9	2,6	1,6	-1
Легко соблюдаю свою дозу, употребляю качественные наркотики	-1,3	-1,4	-1,2	1,4
Колюсь всегда первой/ым	-1,5	-1,8	-1,3	0,64
Хочу поменять свою жизнь	-2,2	-2,3	-2,1	-1,24

Среди основных тенденций, согласно результатам, представленным в таблице 1.3, можно выделить следующие:

- В целом респонденты(ки) из числа ПИН оценивают разные проявления поведения, свойственные потребителям(ницам) наркотиков, как неярко выраженные индивидуально (в интервале от -1,8 до 1,8). Впрочем, есть исключения – желание поменять свою жизнь и наличие небольшого количества сексуальных партнеров у мужчин-ПИН.
- Респонденты(ки) из числа ПИН не смогли определиться с тем, являются ли они свободными или нет. Напротив, социальные работники(цы) считают их скорее зависимыми.
- Потребители(ницы) наркотиков склонны считать, что в какой-то степени обеспечивают себя самостоятельно, но чаще зависят материально от других.

- Контроль за собственной жизнью у ПИН скорее отсутствует.

Таким образом, мы видим, что сотрудники(цы) НПО склонны несколько преувеличивать некоторые характерные для их клиенток-ПИН черты (например, безразличие к своему внешнему виду, безответственное отношение к здоровью и т.п.), а те, в свою очередь, склонны их приуменьшать. С учетом этого следует интерпретировать ответы экспертов на вопрос о типичных женщине и мужчине-ПИН.

Типичные женщина и мужчина-ПИН

В описаниях типичных ПИН – мужчины и женщины, которые дали эксперты(ки), фигурировало очень много общих признаков, на каждом из которых акцентировали внимание как мужчины, так и женщины.

1) Подчиненность всего жизненного уклада одной цели – добыть наркотик, что отражается на особенностях взаимодействия с социальным окружением, психологическом состоянии клиентов(ок) и т.п.

«Это человек, который зависит от постоянного поиска наркотика и его добычи» (руководительница НПО).

«Что женщины, что мужчины [просчитывают], что у кого-то как-то можно денег взять, развести кого-то, то есть видят не человека, а деньги в нем» (старший социальный работник).

«Самое главное для них – надо где-то деньги взять, где-то украсть, еще как-то. Когда они уколются, потом уже все остальное. Например, если есть деньги, он не ест. Он голодный пойдет, уколется, а потом будет искать деньги на то, чтобы покушать» (старший социальный работник).

2) Жизненная неустроенность, отсутствие стабильного заработка, очень часто – вовлеченность в незаконные виды деятельности, хотя для мужчин и женщин они разные. В первом случае речь чаще всего идет о воровстве и другом криминале, во втором – о платном оказании секс-услуг. Наркоупотребление и вовлеченность в незаконные виды деятельности приводит к наличию у многих ПИН судимостей, причем неоднократных.

«У женщин меньше криминала, если не считать таким проституцию…. Но это не кражи, не разбои. Я считаю это нелегальной, но работой. Женщина получает деньги за свои услуги, она отрабатывает эти деньги» (старший социальный работник).

«Вся их жизнь связана с употреблением. Не одна судимость… Есть у нас такая женская колония в Чернигове – это строгий режим. Кто Чернигов прошел, у тех закалка…» (социальный работник).

3) Наличие проблем со здоровьем (вены, печень, туберкулез, гепатит), нестабильное психологическое состояние.

«Они не смотрят за собой. Заболело, укололся – не болит. Там щемит, укололся – не щемит. Если нормальный человек пойдет в больницу, то тут нужно, чтобы уже сильно заболело, чтобы обратиться в больницу» (социальная работница).

«Годам к 30-40 они имеют в наличии какое-то заболевание, ВИЧ-инфекцию или гепатит С. Это как факт. Потом, как правило, к этому возрасту уже обязательно есть какая-то судимость. Или условная, или уже был срок какой-то» (социальный работник).

«[У многих] вся жизнь связана с употреблением. Не одна судимость. Соответственно многие болеют: и ВИЧ есть, и гепатит, и туберкулез – весь букет» (социальный работник).

5) Внешняя неухоженность, безразличие к своему внешнему виду, которое проявляется как у мужчин, так и у женщин-ПИН со значительным стажем употребления.

«Если они молодые, то еще и вещи себе модные покупают. А вот если давно употребляют, то тогда денег на себя не хватает, на те же гигиенические средства. И ходят тогда они чумазые» (старшая социальная работница).

«Если женщина-ПИН в начале своего пути употребления, то она еще не сильно отличается от остальных людей. Она нормально выглядит. Она за собой следит, красится и одевается хорошо. Но чем дольше человек употребляет наркотики, тем... Человек становится неопрятным, неаккуратным, не следит за собой, за своей внешностью. Мужчина-ПИН также» (социальный работник).

«Что у женщины, что у мужчины специфический запах, специфический вид. По мужчине очень легко определить, что это – наш клиент. Женщина все-таки больше пытается ухаживать за собой. Но нам вообще несложно определить…» (координаторка направления).

Хотя некоторые соцработники(цы) указывали, что это все-таки больше характерно для мужчин, чем для женщин-ПИН.

«Некоторые смотрят за собой, некоторые не смотрят, по-разному. Но если женщины все же пытаются выглядеть (красиво), заботятся об этом как-то, то мужчинам все равно» (старший социальный работник).

«Вы знаете, это, наверное, плюс нашим женщинам, они все-таки стремятся [следить за собой]. Несмотря на то, что это такая целевая группа, им хочется и нормально выглядеть, и быть одетыми хорошо. Стараются, по крайней мере, за собой ухаживать. Но насколько это получается…» (социальный работник).

«Есть многие женщины, которые употребляют, но они за собой ухаживают. У нее есть макияж, вещи пусть недорогие – но чистые. Мужчины, в этом плане… Наркотик заполняет все. И ему неважно, что он без носков, в старых туфлях, и штаны у него короткие» (социальная работница).

«Женщины пытаются подчеркнуть свою сексуальность, свою женственность, могут надевать красивую одежду. Женщина – более кокетлива, флиртующая, она пытается как-то расположить к себе» (социальный работник).

«Есть такие, которые совсем не смотрят за собой. Грязные ногти. Грязная одежда. Ходят вонючие, без косметики. А есть такие, кто подкрашивается и прическу делает. Все зависит от женщины» (старшая социальная работница).

Как уже говорилось выше, в числе гендерных различий многие эксперты(ки) указывали, что женщины менее склонны переходить на тяжелые наркотики, чем мужчины. Также говорили о психологических различиях, характеризуя женщин как более мягких, скромных, стеснительных, а мужчин – как более уверенных в себе, жестких, а порой – агрессивных. При этом указанные утверждения хотя и соответствуют реально существующим тенденциям, однако абсолютизировать их не стоит. Исходя из этого, в ходе

обучения сотрудников(ниц) НПО следует акцентировать их внимание на дискуссионном характере подобных утверждений, учить воспринимать их критически.

«Женщина – более мягкая, податливая, не агрессивная, скована, скромна, скрытная. А мужчина более жесткий и более уверен в себе» (старший социальный работник).

Правда, опрошенные соцработники(цы) уточняли, что нарисованный ими образ – очень обобщенный и что есть определенная часть клиентов(ок), которые в него не вписываются, в частности речь идет о молодых ПИН, которые начали употреблять наркотики недавно. Они еще не столкнулись в полной мере с негативными последствиями употребления, поэтому у них существует иллюзия, что они не являются зависимыми.

«Бывают и высокопоставленные люди, которые подъезжают за шприцами, потому что являются зависимыми. Я бы никогда не сказала, по его внешнему виду, что он зависимый. Тоже бывает и с женщинами-ПИН. Не всегда скажешь, что она употребляет» (руководительница НПО).

Типология женщин-ПИН

Экспертов также просили определить типы женщин-ПИН, исходя из опыта их работы с ними. В качестве основы для типологизации соцработники(цы) чаще всего использовали следующие признаки:

1) Тип употребляемого наркотика (опиатчицы, стимуляторщицы): первые, по словам экспертов(ок), более спокойные и уравновешенные, тогда как вторые – гиперобщительны и гиперактивны.

«Смотря какой наркотик употребляется. Если это опиум, например, то они более спокойные. Приходят, могут поговорить и все. Если же это амфетамин, первинтин, то им нужно движение. Они больше нервничают. Они постоянно куда-то спешат, и внешний вид об этом говорит» (социальная работница).

«Поведение зависит от вида потребляемого наркотика. Если это опиаты, то человек спокойный и заторможенный. Если стимуляторы – то он ни секунды не сидит на месте. Ему надо постоянно какое-то движение» (координаторка направления).

«Молодые наркопотребительницы, употребляющие стимуляторы, какие-то яркие. Несут себя как звезд. И чувствуют себя Анджелиной Джоли и ей подобными» (руководительница НПО).

«Они постоянно торопятся, постоянно спешат. У них очень плотный график. Если группа, то это видно, они как воробьи, которые в стайку собрались, обсуждают что-то активно, а потом активно куда-то идут, за наркотиком» (руководительница НПО).

«Те, кто употребляет амфетамин, бодрые, общительные, разговорчивые. А те, кто употребляет ширку, другие: укололся и хочется посидеть, помечтать, повтыкать» (социальный работник).

«Девочки, употребляющие стимуляторы… То она смеется, то она плачет. То она не может стоять на месте, говорит без умолку. Сильно меняется эмоциональное состояние. Девочки, употребляющие опиаты, более ровные в плане психического состояния» (социальная работница).

«Женщины, употребляющие стимуляторы, как правило, моложе. Они чаще всего имеют опрятный вид… Они более открытые, контактные, очень общительные, даже гиперобщительные» (координаторка направления).

При этом, по словам социальных работников(ниц), на данный момент как среди женщин, так и среди мужчин достаточно распространена полинаркомания, что связано с особенностями наркосцены – дороговизной наркотиков, сложностью/невозможностью достать некоторые из них.

«У нас проблема в том, что потребители употребляют абсолютно все, начиная от пива и заканчивая ширкой, винтом, «любая пуля – лишь бы насмерть». У нас нет таких «культурных» наркоманов, которые бы употребляли, допустим, одну ширку, или один винт, или один амфетамин» (социальный работник).

«В связи с дороговизной наркотика сейчас нет каких-то четких разграничений. Если рядом амфетамины – будут нюхать фен, колоть винт, если этого нет – будут черной колоться, опиатами. Если нет ни того, ни другого – будут димедрол употреблять. Если нет и этого – найдут, где купить метадон, и будут его употреблять» (социальный работник).

В связи с теми же причинами довольно часто встречается двойная зависимость – от наркотиков и от алкоголя. Правда, это, по словам социальных работников(ниц), более характерно для женщин, чем для мужчин.

«Очень часто у женщин есть особенность – кроме наркотической зависимости имеется и алкогольная зависимость. Это связано с дороговизной наркотиков. Не всегда у мужчины получается добыть наркотик и на себя, и на женщину. А женщине надо чем-то заморачиваться. Поэтому это как дешевый вид наркотика – пойти и купить бутылку самогона» (социальный работник).

2) Стаж наркозависимости («молодые ПИН» и «старые ПИН»): первые еще не в полной мере ощутили на себе все негативные последствия употребления (здоровье, внешность, социальная дезадаптация и т.п.), поэтому довольно часто не считают себя зависимыми и не признают, что нуждаются в помощи НПО.

«Со старыми наркоманами, которые длительное время в системе, очень легко работать. Они ничего не скрывают, приходят сюда, как домой. Они открывают все свои проблемы. Есть вторая подгруппа – молодежь. С ними сложнее. Они пытаются хорохориться и говорить, что у них все нормально, все под контролем. Их сложнее мотивировать на тестирование, на посещение какого-либо врача и т.д.» (социальная работница).

«Женщины, которые являются завсегдатаями дискотек, клубов, компаний… Это какая-та субкультура: наколки, вечеринки, баловство, и наркоманами они себя не считают… С этой группой работать сложно, потому что они не хотят, чтобы с ними работали» (старший социальный работник).

«Женщина до 35 лет, как и любой другой потребитель, верит в то, что еще может бросить наркотики, что может закончить какие-то курсы и найти работу. Она еще не до такой степени осознает свою зависимость, как женщины старшего возраста, которые понимают, что не могут спрыгнуть и пытаются приспособиться жить с этим» (координаторка направления).

«Женщины, которые долго в употреблении, выглядят хуже. Те, кто только начал, еще молодые красивые. К ним еще подкатывают мальчики и дают уколоться. А те, кто долго в употреблении, то там хуже…» (социальная работница).

«Тут очень важен возраст. Молодые себя чувствуют героями. Они говорят: «Я захотел – укололся, не захотел – не укололся, Я – хозяин, царь и бог. Я знаю, что Вы, Светлана Аркадьевна, несчастная. Не пробовали в жизни, что такое наркотик». Вот как они себя несут» (руководительница НПО).

«Еще одна группа – подростки, молодежь. Они, играясь, решили попробовать. И стали потребителями» (аутрич-работник).

Эти признаки в какой-то степени пересекаются: представительницы старших возрастных групп, как правило, предпочитают опиаты, тогда как среди молодежи много стимуляторщиков. Кроме того, для молодежи более характерна полинаркомания.

«Молодежь [чаще употребляет] стимуляторы. Женщины после 40 – опиумные наркотики» (старший социальный работник).

«Если смотреть по возрастным категориям, то опиаты принимают женщины в возрасте от 35 до 50 лет. Среди тех, кто моложе 35-и, таких меньше. Здесь преобладают стимуляторы» (координаторка направления).

«Ширку, допустим, употребляют люди, которым уже за 30. Молодежь очень мало ее употребляет. А такие наркотики как амфетамин, винт, первинтин употребляют люди помоложе» (социальный работник).

«Более молодые менее разборчивы в приеме наркотических веществ и пробуют все, что можно и что нельзя. А женщины постарше более расположены к одному наркотику, допустим к тем же опиатам и маковому раствору» (старший социальный работник).

«Если говорить об опиатах, то средний возраст женщин [которые их употребляют] где-то от 28 лет до 34… Если говорить о мужчинах, употребляющих опиаты, то они даже старше, до 40 лет» (координаторка направления).

Также очевидно, что эти два признака могут использоваться для типологизации не только женщин, но и мужчин-ПИН.

Типологизация женщин-ПИН по признакам употребляемого наркотика и стажа наркозависимости, встречалась в большинстве интервью, как с экспертами, так и с экспертками. Возможно, это связано с тем, что отличия в поведении и жизненном укладе женщин-ПИН, обусловленные этими характеристиками, проявляются наиболее ярко.

3) Уровень материальной обеспеченности. Этот признак использовался для типологизации в чистом виде всего в двух-трех интервью. Гораздо чаще эксперты(ки) обеих полов соотносили этот признак с другими, поэтому он фигурировал в типологиях, построенных на основании других признаков. К примеру, более высокий уровень материальной обеспеченности характерен для более молодых ПИН, а также для тех, кто еще не лишился поддержки родственников.

«Есть такие, которые выживают, и 5 гривен им в радость. Купил сейчас булочку, поел и, слава Богу. Он укололся, и день прошел. А есть те, которые с более высокими запросами и требованиями, которые колются не просто уличным раствором опия, а героином и метадоном. Это – другие наркоманы, мажорные как мы их называем» (социальная работница).

4) Тип отношений с партнером. Как уже говорилось, по мнению экспертов(ок), среди пар ПИН довольно распространена патриархальная модель отношений, при которой

мужчина является добытчиком и ему же принадлежит главенствующая роль в семье, тогда как женщина подчинена ему.

«Можно разделить женщин на тех, кто живет за счет своего партнера, подчиняется ему и зависит от него, и самостоятельных. Как правило, мужчина – главный, и он на свое усмотрение выделяет ей средства. Есть варианты, когда женщина главенствует» (социальная работница).

«Первая группа – это пары, где мужчина занимается добычей наркотика, а женщина – дома. Ей отведена роль домохозяйки. Такая женщина зачастую подавлена и пассивна. Ей все приносит муж. Она во всем на втором месте» (аутрич-работник).

В отдельную группу эксперты(ки) выделили женщин-лидеров, правда, уточнив при этом, что таких женщин среди ПИН немного. Это женщины, которые не позволяют мужчине доминировать над собой, а выстраивают равноправные отношения, либо даже берут на себя роль лидера в семье. Однако, этого очень сложно достичь, не будучи экономически независимой. Поэтому к этому типу относятся либо женщины, которые сами обеспечивают себя (например, за счет предоставления секс-услуг, приготовления и продажи наркотиков), либо молодые красивые женщины, которые без труда могут найти себе нового партнера, поэтому не слишком дорожат старым.

«Есть активные женщины, более активные, чем мужчины. Она выступает в роли предводителя стаи, решает все дела, знает, где и что продают» (руководительница направления).

Эта типология также встречалась довольно часто, при этом существенных отличий во мнениях экспертов(ток) в зависимости от их пола не выявлено. Тенденцию о большей распространенности патриархальной семьи в среде ПИН подтверждали и женщины, и мужчины. Хотя, как уже говорилось, сами клиенты(ки) более склонны описывать свои семьи как равноправные.

5) Основной источник существования (легальная работа, секс-бизнес, криминал). Представительницы первой группы, как правило, более социально адаптированы, у них меньше проблем с законом, еще не утрачены социальные связи. Зачастую они пытаются контролировать свое употребление, не выходя за определенные рамки, заботиться о здоровье. Исходя из этого, такие женщины более лояльны к НПО. Для представительниц двух других групп, напротив, характерны проблемы со здоровьем и с законом, деструктивное поведение по отношению к себе, разрыв связей с представителями(цами) ближайшего социального окружения (родственниками, детьми) и т.п.

«Работающие больше держатся, они стараются, чтобы не заметили на работе. Потому что если узнают коллеги, то можно будет потерять работу. А те, кто не работает, уже идут по бездорожью. Их уже невооруженным глазом видно» (социальная работница).

«Есть женщины, которые просто знают свою норму и не опускаются до дна. Они стараются и употреблять, и в семье быть» (социальная работница).

«Я, наверное, разделила бы женщин на тех, которые работают, и которые не работают. Первые пока еще сами способны как-то себя обеспечить и защитить. Вторая группа – это потерявшие связь с близкими, работу, мужа, возможность общаться со своими детьми, потому что родственники намерены лишить их родительских прав» (руководительница НПО).

«Есть такие женщины, которые пытаются как-то устроить свою жизнь, что-то изменить и готовы любую работу сделать, чтобы принести (заработок) в дом себе, а если у нее ребенок – то ребенку. Есть категория женщин, которые находят себе мужчин, чтобы чувствовать поддержку и, соответственно, чтобы мужчина обеспечивал ее. А есть такие, которые чтобы добыть деньги, зачастую разводят кого-то» (старший социальный работник).

«Есть женщины-ПИН, оказывающие секс-услуги за наркотики. Есть те, кто ворует. И есть те, кто работает. Если взять их, то они зачастую потребляют не систематически. У них есть стабильный и постоянный доход. У них есть семьи. Они пытаются потреблять контролируемо. Они стараются не общаться с другими ПИН вообще. Женщины, которые пытаются добыть себе на дозу путем кражи, живут по своим понятиям и каким-то воровским устоям. Они считают себя высшей кастой. Женщины, продающие себя за наркотики, либо находят себе спонсора, либо работают в борделях или на трассах. Они за свои услуги могут брать только наркотиками» (социальный работник).

«Можно их распределить так: женщины-аферистки и мошенницы; женщины-воровки; женщины, которые работают и женщины, предоставляющие сексуальные услуги за вознаграждение. Женщины-воровки и женщины-мошенницы хорошо выглядят, они – более ухожены, так как им надо хорошо выглядеть. Женщины, предоставляющие сексуальные услуги, выглядят более вульгарно» (социальный работник).

«Женщины, которые целенаправленно хотят употреблять наркотики и идут на криминал: карманные кражи, квартирные, на базаре воруют. Украл – выпил – в тюрьму. Такие люди себя считают в романтическом образе жизни и обращаются тогда, когда уже припекло» (старший социальный работник).

Эксперты(ки) особенно акцентировали внимание на том, что женщины-ПИН, вовлеченные в сферу секс-бизнеса, являются очень маргинализированными, подверженными стигматизации и самостигматизации, для них характерен очень высокий риск инфицирования ВИЧ и другими ИППП. Ведь они, как правило, занимают наиболее низкие ступени в иерархии секс-бизнеса. Они часто соглашаются на незащищенные сексуальные контакты, подвержены насилию, не имеют доступа к качественной медицинской помощи.

«Работницы секс-бизнеса, не те, что работают в гостиницах, а трассовички, вокзальные, находятся в полу-бомжовом состоянии... Они постоянно испытывают к себе плохое отношение» (старший социальный работник).

«Женщины, которые предоставляют секс-услуги, стоят на трассе. Они не просто РКС, а прежде всего ПИН, а потом уже РКС. Они там стоят, чтобы добыть деньги на наркотики» (социальный работник).

«Есть женщины-РКС-ПИН. У них своя ситуация. Они себя чувствуют более ущемленными. Даже было, что женщина ко мне походит как побитая собака. И говорит: «Ничего страшного, что я проститутка?» (аутрич-работница).

«Женщина РКС-ПИН чувствует себя настолько неуверенно, что она даже не может позволить себе пойти к врачу… Когда ты с ней приходишь в учреждение, которое может оказать ей помощь, ты ее не узнаешь просто. Потому что она не знает, что сказать, как себя записать. Чаще они просто умалчивают [проблемы] Закрываются. Сами пытаются решить в своем кругу» (социальная работница).

6) Наличие мужа, детей, семейных обязанностей. Довольно часто наличие у женщины детей, необходимость заботиться о них служит определенным сдерживающим фактором для

рискованного поведения, мотивирует попытаться сохранить здоровье, удержаться на определенной ступени социальной лестницы (например, сохранить легальную работу, контролировать употребление наркотиков).

«Женщины семейные или несемейные. Об этом даже не надо спрашивать у клиентки. Если она может здесь просидеть полдня, то видно, что она предоставлена сама себе. У нее есть свободное время, и она его проводит так, как хочет. Есть женщины, которые прибегают получить свою услугу и убегают. Закинули дома стирку, прибежали сюда получить шприцы и убежали. Они не могут здесь долго находиться. Потому что ребенок в садике и надо за ним идти. Или муж остался дома с ребенком» (социальная работница).

«Если у нее есть ребенок, а она живет без мамы и бабушки, то она должна больше шевелиться, потому что надо думать еще и о ребенке, а не только о наркотиках. Надо думать о каком-то заработке» (старшая социальная работница).

«Если женщина – мать, то она больше заинтересована в поиске работы и содержании ребенка. Это отличает женщину от мужчины, которому все равно, есть ли у него дети» (руководительница направления).

«Если женщина проживает с ребенком, тогда проявляются какие-то материнские чувства, привязанность, заботливость. Чувствуется, что, пусть на минимальном уровне, но это есть. Например, они сами подходят и просят протестировать [на ВИЧ], говорят, что живут с ребенком. У них ответственность повышается» (аутрич-работница).

В некоторых случаях стимулом к изменению своей жизни для женщины становится известие о беременности.

«Некоторые получают только шприцы. А литературу берут только потому, что ее надо взять. А когда забеременеют, то уже начинают более ответственно ко всему относиться и интересоваться, не передадутся ли ее болезни ребенку, отразится или не отразится на ребенке ее кумар» (социальный работник).

Правда, эксперты(ки) уточняли, что наличие детей является важным далеко не для всех клиенток.

«У некоторых клиенток хотя и есть дети, но они такие несчастные и маму практически не видят» (социальная работница).

«Тут есть еще такой нюанс: живет ли она с ребенком? Потому, что много случаев, когда ребенка отдают маме, бабушке, кто-то воспитывает, а они (женщины) живут отдельно. Тогда особо ничего не меняется. Единственное, что они могут прикрываться ребенком: чуть что – а у меня ребенок» (аутрич-работница).

«У многих детей поотбирали. У них нет жилья, постоянного места жительства. Кто-то, допустим, отбывал срок наказания. В таких случаях забирают детей. Некоторые хотят их вернуть, Но у них это не получается, потому что чтобы вернуть детей, надо пройти сложную процедуру. Устроиться на работу официально. Принести справку с места работы. Иметь свою семью, жилплощадь. Для них это нереально» (аутрич-работник).

7) Наличие не утраченных социальных связей с родителями, другими родственниками, в частности, взрослыми детьми. Это более характерно либо для молодых женщин-ПИН, родные которых еще не потеряли надежду на их излечение от наркозависимости, либо для «более социализированных», которые, несмотря на свою

наркозависимость, пытаются остаться в социуме (иметь легальные источники дохода, контролировать свое потребление и т.п.).

«Домашние женщины, которые живут с родителями, или у них есть дети, есть обеспечение. За их жизнь постоянно кто-то борется: мамы, папы, братья, дети. Их пытаются лечить. Они, то лечатся, то колются. С ними сложно работать, потому что они больше хотят употреблять, чем лечиться» (старший социальный работник).

«Все зависит от того, как давно женщина употребляет наркотики. Если на ранней стадии, то еще идет поддержка семьи, родственники не теряют надежду, что в ее жизни что-то изменится. Если же она имела судимости – она на льдине…» (социальный работник).

«Есть [женщины-ПИН] домашние, я их так называю. У которых есть семья, дом, родители, которые о них беспокоятся. Они более молодые» (социальный работник).

«Я бы разделила женщин-ПИН на тех, кто сам себе добывает, и тех, у кого есть поддержка со стороны мужа, родителей или взрослых детей. Таким женщинам гораздо легче» (социальная работница).

Типологии по таким признакам, как основной источник дохода, наличие мужа, детей, семейных обязанностей и не утраченных социальных связей с родителями/родственниками также встречались довольно часто в ответах экспертов, независимо от их пола.

8) Также некоторые эксперты(ки) выделили подгруппу женщин-ПИН, вовлеченных в употребление партнером. По словам социальных работников, они не могут избавиться от наркозависимости (особенно, если мужчина продолжает употреблять), однако хорошо осознают свою проблему и пытаются минимизировать ее негативные последствия (следить за своим здоровьем, придерживаться безопасного поведения).

«Глупая категория – женщины, которые вслед за своими мужьями пытаются попробовать, почему муж, находясь в зависимости, не может выйти из нее. «Чтобы ему помочь, я попробую сама». Эту категорию просто растаптывают наркотик и алкоголь. И выбраться из этого очень сложно. Но с такими легче всего работать, потому что они понимают, что сами туда попали, и возникает нежелание жить в наркотиках… Это – более мотивированная подгруппа. Они хотят выкарабкаться. Даже если у них не хватает силы воли бросить, они обращаются за услугами, потому что хотят хотя бы сохранить себе здоровье» (старший социальный работник).

«Есть такие женщины, которые ранее не употребляли. Они вышли замуж за потребителя и впоследствии не ушли от него, а тоже сами стали потреблять. Эти женщины самые сохранные. Они еще думают о детях» (руководительница направления).

В целом, рассматривая типологию женщин-ПИН, следует учитывать, что большинство выделенных нами признаков пересекаются между собой. К примеру, более высокий уровень материальной обеспеченности чаще встречается среди молодых ПИН, которые сравнительно недавно были вовлечены в употребление, а также среди тех, кто еще не лишился поддержки родственников. Вероятность разрушения социальных связей возрастает с увеличением стажа наркозависимости, также как и отсутствие источников социальной поддержки. Последнее может приводить к вовлечению ПИН в нелегальные виды деятельности и, как следствие, наличию у человека судимостей и т.п. Таким образом, эти признаки были разделены для целей анализа, однако в реальности типы женщин-ПИН более сложные, чем описанные выше.

«Укрупнив» типологии женщин-ПИН путем объединения при их построении нескольких пересекающихся признаков, получим следующую классификацию:

1) «старые» ПИН-опиатчицы (более спокойные и уравновешенные, а также признающие свою проблему) и «молодые» ПИН-стимуляторщицы (гиперактивные и гиперобщительные, не считающие себя зависимыми);

2) женщины-ПИН, не имеющие дохода, а также те, кто имеет определенный доход (внутри этой группы выделяются подгруппы в зависимости от источника получения этого дохода – легальная занятость, секс-бизнес, криминал);

3) женщины-ПИН, имеющие источники поддержки и семейные обязанности, необходимость заботиться о ком-то, и женщины, утратившие социальные связи;

4) женщины-ПИН, которые явно или неявно лидируют в отношениях с партнером, либо наоборот подчиняются мужчине, а также те, у кого выстроены равноправные отношения.

В процессе подготовки сотрудников(ниц) НПО следует обращать их внимание на то, что типология женщин-ПИН достаточно сложна, а многие признаки пересекаются между собой. Хотя, как показывают результаты глубинных интервью, опрошенные эксперты(ки) это в целом осознают. Так, они довольно часто описывали двух-трех-мерные типологии женщин-ПИН, например, «(1) молодые ПИН, (2) у которых еще все хорошо со здоровьем, (3) за жизнь которых еще борются родственники».

Соотношение мужчин и женщин-ПИН среди клиентов проектов СВ остается стабильным в течение последних нескольких лет и составляет примерно 70% на 30%.

Социальный портрет женщин и мужчин-ПИН является достаточно схожим. Средний возраст опрошенных – 36-38 лет, но женщины несколько моложе: более 50% в возрасте до 35 лет, а почти половина мужчин – 36-45 лет. Большинство респондентов(ок) проживают в собственных квартирах/домах/помещениях с мужем/женой/партнером и/или со своим ребенком и/или ребенком партнера. У более чем половины женщин и каждого второго опрошенного мужчины есть дети. Среди опрошенных ПИН наблюдается высокий уровень незанятости (только каждый четвертый имеет постоянную работу). Самой распространенной формой занятости респондентов(ок) является непостоянная работа или случайные заработки. В среде ПИН широко распространены потребительские и иждивенческие настроения: они больше рассчитывают на то, чтобы жить за счет других. На работу (как постоянную, так и непостоянную) как основной источник существования больше рассчитывают мужчины, чем женщины, что свидетельствует о большей экономической уязвимости женщин-ПИН и предполагает их зависимость, в том числе и от постоянного партнера. Зависимость женщины от мужчины в парах ПИН также проявляется в том, что добычей и приготовлением наркотиков занимается, как правило, мужчина, а на женщину падает груз бытовых проблем, обязанностей по воспитанию детей и т.п. Опрошенные эксперты(ки) также указывали на то, что женщины-ПИН подвергаются гораздо большему осуждению со стороны социального окружения, чем мужчины-ПИН, для них более характерна стигматизация и самостигматизация.

У большинства опрошенных мужчин и женщин-ПИН стаж совместного проживания довольно длительный: у 4 из 5 опрошенных он превышает год, что указывает на определенное постоянство в выборе партнеров. Для большинства опрошенных пар

инъекционное потребление наркотиков является семейной проблемой, 92% опрошенных женщин-ПИН сказали, что их муж также употребляет инъекционные наркотики. Эксперты(ки) также подтвердили, что пары, в которых женщина потребляет наркотики, а мужчина – нет, встречаются очень редко. Тогда как обратная ситуация, когда партнерша мужчины-ПИН не употребляет наркотики, встречается гораздо чаще.

По мнению самих ПИН (около половины опрошенных респондентов(ок), как мужчин, так и женщин), в их парах царят равноправные отношения. Среди остальных пар лидером отношений чаще называют мужчину: так считают 39% респондентов и 24% респонденток. В семьях, где решения не принимаются совместно, четко прослеживается распределение обязанностей между женщиной и мужчиной: женщина является лидером в распределении расходной части семейного бюджета, а мужчина отвечает за то, как и где заработать/добыть денег, а также за вопросы инъекционного потребления.

Тем не менее, судя по всему, отношения в парах ПИН на самом деле более сложные, чем это хотели показать респонденты(ки). Так, только каждый второй из тех, у кого есть постоянный партнер или муж/жена (это касается в равной степени и мужчин, и женщин), упоминают его/ее в качестве человека, к которому можно обратиться за поддержкой. В большинстве пар (55%) не реже, чем несколько раз месяц случаются конфликты, а у каждого(ой) третьего(ей) респондента(ки) – не реже, чем несколько раз в неделю. Самыми распространенными причинами конфликтов являются конфликты на бытовой почве (71% респондентов(ок)), а также отсутствие денег на потребности не связанные с употреблением наркотиков.

Результаты, полученные в ходе применения психологических методик, показали, что для женщин-ПИН характерны противоречивое представление о себе, у них присутствуют стереотипы о типичных ролях женщин в обществе. Респондентки не видят себя профессионалами, лидерами, активистами, а сосредоточены на межличностных и семейных ролях.

У социальных работников(ниц) представления о женщинах-ПИН сильно отличаются от самовосприятия женщин-ПИН, часто они противоречат друг другу. Существуют стереотипы по отношению к женщинам-ПИН, на которых строится отношение соцработников(ниц) и консультирование (наркозависимый – больной человек, жертва/горемыка, подруга). Это же подтверждается и результатами анализа глубинных интервью с экспертами. В частности, довольно часто звучали фразы типа «женщины – существа слабые», «нормальная семья – та, где добытчиком является мужчина» и т.п.

В описаниях типичного мужчины-ПИН и типичной женщины-ПИН, которые дали эксперты(ки), фигурировало очень много общих признаков:

- подчиненность всего жизненного уклада одной цели – добыче наркотика, что отражается на особенностях взаимодействия с социальным окружением, психологическом состоянии клиентов(ок) и т.п.;
- жизненная неустроенность, отсутствие стабильного заработка, очень часто – вовлеченность в незаконные виды деятельности, и, как следствие, наличие судимостей;
- наличие проблем со здоровьем, нестабильное психологическое состояние;
- неухоженность, безразличие к своему внешнему виду.

При этом, нарисованный образ женщины-ПИН – очень обобщенный, он сильно варьируется в зависимости от ряда характеристик, часто пересекающихся между собой, таких как возраст/стаж наркозависимости, тип употребляемого наркотика, уровень материальной обеспеченности, основной источник существования (легальная работа, секс-бизнес, криминал), наличие мужа/детей, степень социализированности (наличие работы, не утраченных социальных связей с родными) и т.п.

2. ОПЫТ НПО ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГЕНДЕРНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ УСЛУГ КЛИЕНТАМ И КЛИЕНТКАМ-ПИН

2.1. Понимание сотрудниками и сотрудницами НПО понятий «гендер» и «гендерно-ориентированные услуги»

Анализ ответов экспертов(ок) на вопрос о сущности понятий «гендер» и «гендерно-ориентированный подход» позволил выделить среди опрошенных три группы:

1) Для некоторых опрошенных сотрудников(ниц) НПО эти понятия вообще новые. Правда, следует заметить, что таких было немного и не во всех организациях. Это, как правило, аутрич-, а не социальные работники(цы), люди без высшего образования, имеющие опыт наркозависимости.

«Гендерно-ориентированный подход? Я так понимаю, что это – разделение мужчин и женщин. Или это общее для мужчины и женщины?» (социальная работница).

«Наверное, особенный подход какой-то? Индивидуальный подход, наверное, к каждому клиенту, мне так кажется» (аутрич-работница).

« – Скажите, пожалуйста, Вам вообще слово «гендер» о чем-то говорит?

– Нет, пока нет.

– То есть нигде не слышали, ни в ходе обучения, ни в литературе не встречали, ничего?

– Нет, не слышал» (аутрич-работник).

2) Часть экспертов(ок) осознают, что гендерно-ориентированный подход к предоставлению услуг подразумевает то, что работать с мужчинами и женщинами нужно по-разному, однако не могут описать эти отличия.

«Я это понимаю так, что должен быть разный подход к оказанию услуг и сами услуги для мужчин, и для женщин. Есть что-то общее, но есть и отличия, конечно» (социальная работница).

«Гендерно-ориентированный? Это, наверное, такой подход, когда есть услуги отдельно для мужчин и отдельно для женщин» (аутрич-работница).

«Так закрутили вопрос! Я думаю, что это – предоставление услуг с учетом различия полов. Все равно ведь женщины от мужчин отличаются» (социальная работница).

3) Для другой части сотрудников(ниц) НПО характерно достаточно интуитивное понимание понятий «гендер» и «гендерно-ориентированный подход», далекое по формулировкам от научных определений, но при этом более-менее точно отражающее их суть.

«Это означает, что женщина не должна находиться под гнетом мужчины. Ее надо учить тому, чтобы она могла постоять за себя. Должны смягчаться половые отличия. Не только женщина должна заниматься воспитанием детей, но и мужчина также должен принимать участие в этом» (руководительница НПО).

«Наш проект ориентирован на то, чтобы быть гендерно-чувствительным. Мы понимаем, что женщины и мужчины имеют биологические и социальные отличия. Они по-разному воспринимают те или иные ситуации, трудности, с которыми они сталкиваются при потреблении наркотиков, по-разному реагируют» (старший социальный работник).

В эту группу «поинформированных» входят социальные работники(цы) и координаторы(ки), многие из которых имеют высшее образование по специальностям «социальная работа», «психология» и другим смежным специальностям, значительный опыт работы в сфере ВИЧ-сервиса. Некоторые из них даже имеют опыт участия в тех или иных проектах, ориентированных на работу с женщинами или парами ПИН.

Забегая наперед, можно сказать, что большинство НПО, включенных в исследование, так или иначе используют (или использовали ранее) в своей работе те или иные элементы гендерно-чувствительного подхода, придя к этому на основе опыта работы с клиентами(ками). Однако далеко не все эксперты(ки) понимают, что то, что они делают, относится к гендерно-ориентированному подходу.

Подобно уровню информированности о гендере и гендерно-ориентированном подходе в работе с ПИН, источники получения информации по этим вопросам также существенно варьируются в зависимости от уровня образования, должности и специфики служебных обязанностей сотрудника(цы) НПО. В частности, гораздо более активно изучают этот вопрос с использованием разных источников информации координаторы(ки) проектов, а также социальные и, изредка, аутрич-работники(цы), которые были так или иначе задействованы в проектах, которые включали определенные гендерно-ориентированные компоненты. Те же сотрудники(цы), чья деятельность не связана с предоставлением гендерно-ориентированных услуг (либо им кажется, что не связана) обращают значительно меньше внимания на эту информацию, даже если получают ее.

« – Работая в НПО, проходили ли Вы обучение по вопросам гендера?
– Да. Это был тренинг.
– Чему именно Вас обучали?
– Что надо учитывать пол человека, психологическую разницу между мужчиной и женщиной. Это если в двух словах. Я больше не помню» (социальная работница).

Опрошенные указывали, следующие источники информации о гендере, в частности применительно к сфере ВИЧ-сервиса:

1. Обучение в ВУЗе. Этот источник информации актуален для тех, кто имеет профильное образование (например, по специальностям «социальная работа», «психология» и другим смежным) и получил его сравнительно недавно (как минимум, в период независимости Украины), когда концепция гендера начала более-менее полно освещаться в ходе обучения специалистов(ок). С одной стороны, в процессе обучения в ВУЗе тема гендера рассматривается в общем, а не применительно к конкретной социальной группе ПИН, поэтому даже люди с высшим образованием нуждаются в дополнительном обучении, чтобы эффективно работать с этой целевой группой.

«Теорию, методы, техники работы по гендерному признаку мы изучали в университете, но все ведь индивидуально. Это были общие темы, которые включались в отдельные пункты» (старший социальный работник).

«Я получал такую информацию, обучаясь в вузе. Был цикл лекций» (аутрич-работник).

С другой стороны понимание человеком концепции гендера в целом значительно упрощает процесс его обучения конкретным методикам и нюансам предоставления гендерно-чувствительных услуг представителям(ницам) целевой группы ПИН, позволяет сделать это обучение более эффективным. В противном же случае, люди хуже

воспринимают информацию, которая дается им на тренинге, ограниченно применяют ее на практике.

Правда, речь идет далеко не обо всех сотрудниках(цах), а лишь о части. Некоторые социальные и аутрич-работники(цы), не имеющие высшего образования, и получавшие информацию лишь на тренингах и из других источников (например, самообразование), продемонстрировали довольно высокий уровень информированности о гендере и гендерно-ориентированном подходе.

Некоторые руководители НПО стараются по максимуму укомплектовать штат организации людьми, которые имеют высшее образование по специальностям «психология», «социальная работа». Однако, как показывает практика, это не всегда возможно.

«В основном я ориентируюсь, чтобы у них (соцработников) было высшее образование – психологическое или «социальная работа». Во-вторых, они должны повышать свою квалификацию. У нас двое сотрудников прошли тренинги по гендерно-чувствительной работе с женщинами. Еще двое это проходили во время обучения в университетах» (руководительница НПО).

2) Тренинги по соответствующей тематике, организованные Альянсом и другими международными донорами. Этот источник информации опрошенные называли чаще всего. В каждой из НПО, включенных в исследование, хотя бы несколько человек прошли такое обучение, при этом, в большинстве случаев, потом они передавали полученные знания остальным сотрудникам(цам). Руководительница одной из организации даже обучалась за границей.

«Я совсем недавно была на тренинге, связанном с внедрением гендерно-чувствительного подхода, который проводил «Делойт». Там шла речь о возможности выделения государственных средств на снижение вреда и возможности внедрения гендерно-чувствительного подхода в те активности, которые будут финансироваться из городского бюджета» (руководительница НПО).

«Было у нас обучение персонала. Ездили на тренинги по гендерным отличиям, которые проводились Альянсом. Когда мы проводили эти группы [для женщин], тогда все это изучалось» (руководительница направления).

3) Дополнительные источники информации включают:

- самообразование, в том числе с использованием возможностей сети Интернет;
- опыт социальной работы, который был у сотрудников(ниц) до прихода в НПО.

«До работы в организации, я работал в центре реабилитации. И там мы видели, что некоторые услуги нельзя предоставлять вместе для мужчин и женщин, а некоторые можно и они хорошо проходят» (старший социальный работник).

Также в некоторых НПО проводятся внутренние тренинги для персонала по разным вопросам, в том числе и относительно гендера, своими силами.

«Мы проводим свои тренинги для сотрудников каждые два месяца. Эффект виден. Я провожу срез знаний среди соцработников, что они восприняли и как» (руководительница НПО).

2.2. Опыт НПО по внедрению различных элементов гендерно-ориентированного подхода в работе с ПИН

Опыт НПО по внедрению гендерно-ориентированного подхода рассматривался в ходе исследования, исходя из концепции, согласно которой данный подход включает в себя пять основных компонентов:

1) включение в рабочий план мероприятий, ориентированных на разработку и внедрение гендерно-чувствительных услуг для женщин и мужчин-ПИН, создание комфортной эмоциональной и физической среды для клиенток в НПО и обучение персонала вопросам гендера;

2) разработка гендерно-чувствительных политик и процедур предоставления услуг (документов, регулирующих методы предоставления услуг таким образом, чтобы учитывались гендерные особенности клиентов(ок), регламентировались отношения между мужчинами и женщинами в коллективе, среди клиентов(ок), между клиентами(ками) и сотрудниками(цами);

3) непосредственно предоставление гендерно-ориентированных профилактических услуг;

4) создание комфортной эмоциональной и физической среды для женщин в НПО (например, выделение особого времени и отдельного помещения для работы с женщинами);

5) мониторинг и оценка деятельности НПО с точки зрения гендерной чувствительности.

Включение в рабочий план мероприятий, направленных на реализацию гендерно-ориентированного подхода

Исходя из результатов интервью, можно сделать выводы, что социальные и аутрич-работники(цы) имеют очень приблизительное представление о рабочем плане организации в целом, и о гендерно-ориентированных услугах/мероприятиях, которые в него включены в частности. Последние часто отождествлялись со всеми услугами, которые предоставляются женщинам, начиная от обмена шприцев и заканчивая группами самопомощи для женщин.

«У нас существует рабочий план, где указано четко, сколько мужчин и сколько женщин мы должны проконсультировать и протестировать, сколько новых клиентов охватить. Это обязательно регламентируется и учитывается в первую очередь» (социальная работница).

Однако, это – не худший вариант. Некоторые аутрич-работники(цы) в отдельных НПО вообще указывали, что вопрос о рабочем плане НПО – не в их компетенции и советовали обратиться к сотрудникам(цам), которые работают в офисе организации.

Более полные ответы на соответствующий вопрос давали координаторы(ки)/руководители(цы) НПО. Из их ответов следует, что в рабочих планах большинства НПО, включенных в исследование, вопросы гендера так или иначе затрагиваются (или их планируется включить в дальнейшем).

«В 2015 заканчивается стратегический план, и мы будем собирать коллектив и разрабатывать стратегию на следующие 5 лет, в том числе и гендерную политику учитывать» (руководительница НПО).

«В рабочий план включены такие мероприятия: проведение групп само/взаимопощи для женщин-ПИН, супервизия психолога группы взаимопомощи для женщин-ПИН,

индивидуальные консультации психолога, индивидуальные консультации соцработника, которые проводит соцработник-женщина» (координаторка направления).

Обучение персонала вопросам гендера

Как уже говорилось, хотя бы часть сотрудников(ниц) в каждой НПО прошли обучение по вопросам гендера. Как правило, речь шла о тренингах Альянса или других международных проектов. Детальнее об этом в *разделе 2.1*.

Разработка гендерно-чувствительных политик и процедур предоставления услуг

Политики и процедуры предоставления услуг – это документы, регулирующие методы предоставления услуг таким образом, чтобы учитывались гендерные особенности клиентов(ок), регламентирующие отношения между мужчинами и женщинами в коллективе, между клиентами(ками), клиентами(ками) и сотрудниками(цами) и другие подобные вопросы.

Вопрос о наличии в НПО разработанных и утвержденных гендерно-чувствительных политик и процедур (и, очевидно, само понятие «политики и процедуры предоставления услуг») повергал в недоумение большинство опрошенных социальных и аутрич-работников(ниц).

«Это не сама организация разрабатывает, а международные организации «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», например. И не только для Украины, а для всего мира. С использованием этих документов обучают на тренингах сотрудников со всей Украины» (старший социальный работник).

«Этого [о наличии в НПО гендерно-чувствительных политик и процедур] я знать не могу потому, что я – аутрич-работник. Мои обязанности – выдача шприцов, презервативов, салфеток» (аутрич-работница).

В частности, в качестве документов, в которых определяются особенности работы с женщинами и мужчинами-ПИН, большинство социальных работников(ниц) указывали стандартную рабочую документацию проекта (например, журналы/ведомости, в которых фиксируется предоставление услуг, и на основании которых потом формируется база данных Syrex, документацию, которая заполняется при проведении групп самопомощи, первичную анкету, которая заполняется при включении клиента(ки) в проект и т.п.).

«Ведутся ведомости на группах. В них указывается дата, ставится подпись женщины, отмечается количество женщин, посетивших группу, вопросы-ответы в виде тестов» (социальная работница).

«Ведутся журналы клиентов, где фиксируется, кто вышел к нам на связь он-лайн – женщина или мужчина, возраст, что употребляет, как долго, какое образование, есть ли дети, есть ли судимости, стоит ли на учете, когда в последний раз сдавали анализы на туберкулез, на ВИЧ, на гепатит, знают ли они результаты. Есть первичная анкета, в которой человек говорит о себе (то же самое), чтобы мы как социальные работники понимали с кем имеем дело» (старший социальный работник).

Это позволяет констатировать, что таковые политики в организациях отсутствуют. Это подтвердили и те сотрудники(цы) (как правило, координаторы(ки) и некоторые соцработники(цы), которые понимают, что такое политики и процедуры предоставления услуг, прямо признавшись, что таких документов в организации нет.

«Надо, наверное, политику и процедуры разработать, с чего начинать. Все это надо обсудить, как-то узаконить, чтобы это было задокументировано. Ознакомить с политикой всех социальных работников» (руководительница НПО).

«Гендерно-чувствительная политика – такого у нас нет, однозначно. Но, думаю, это было бы интересно» (координаторка направления).

При этом на практике некоторые компоненты гендерно-ориентированного подхода в НПО внедряются, но их реализация, как правило, базируется на других документах организации.

«У нас есть куча политик. У нас есть направление РКС, понятно, что должна быть политика для женщин секс-бизнса. Но [чтобы была] отдельная какая-то политика, прописанная именно по гендеру, то я такого, честно говоря, не знаю» (руководительница направления).

«В документах организации отражен гендерно-чувствительный подход к деятельности. В коллективе работают и женщины, и мужчины. Клиент может контактировать с тем сотрудником, который у него вызывает больше доверия. Женщинам, зачастую, удобнее консультироваться и получать инструментарий у женщин. Услуги предоставляются с учетом гендерных особенностей женщин и мужчин» (старшая социальная работница).

Предоставление гендерно-ориентированных профилактических услуг для ПИН

Прежде всего, следует указать, что для многих опрошенных экспертов(ок), особенно социальных и аутрич-работников(ниц), понятие «гендерно-ориентированные услуги» было не совсем понятным. В частности, на данный фактор влияет наличие/отсутствие в организации опыта реализации проектов, в которых присутствовали те или иные гендерно-ориентированные услуги. В организациях, которые имеют значительный опыт таких проектов (гг. Хмельницкий, Кривой Рог, Одесса) персонал НПО в целом (а не только координаторы(ки)) гораздо лучше ориентируется в этих вопросах.

Таким образом, описание экспертами(ками) гендерно-ориентированного компонента в деятельности НПО варьируется от достаточно полного и адекватного по содержанию:

«Гендерно-направленные услуги – это работа с женщинами секс-бизнеса, женщинами-[ПИН], имеющими и не имеющими детей, беременными и не беременными, ВИЧ-инфицированными и неинфицированными, женщинами, которые имеют инфекции передающиеся половым путем и не имеют, нуждаются в лечении и не нуждаются. У мужчин это другое консультирование, другие анализы, другое предоставление услуг, перенаправление к врачам. Проведение групп женских по темам и методам отличается от мужских. Материальная мотивация тоже отличается. Наборы для женщин одни, а для мужчин другие» (старший социальный работник).

до попыток приравнять к гендерно-ориентированным все услуги, которые могут получать женщины, независимо от содержания и условий предоставления. В частности, отвечая на вопрос о гендерно-чувствительных услугах, эксперты(ки) перечисляли все услуги, предоставляемые НПО, с уточнением какими услугами могут пользоваться представителиобеих полов, а какими – только женщины или только мужчины.

«Душ – для мужчин и для женщин. Стирают и мужчины, и женщины. Но феном чаще пользуются женщины, хотя и мужчины тоже пользуются. Группы у нас проводятся.

Раньше мы выдавали женщинам прокладки, а группам мужчин мы их не выдавали. Это и есть гендерно-ориентированные услуги» (социальная работница).

Несмотря на уточнение, что вопрос касается гендерно-ориентированных услуг для ПИН, часть экспертов(ок) попытались описать услуги, предоставляемые их НПО женщинам из других целевых групп: женщинам секс-бизнеса, женщинам, вышедшим из учреждений исполнения наказаний.

«У нас были отдельные специализированные программы для женщин. Например, был PDI для РКС, на данный момент в программе снижения вреда – аутрич конкретно для РКС. Там же только женщины. Выдаем тесты на беременность, гинекологические наборы» (координаторка направления).

В целом все НПО, включенные в исследование, имеют опыт предоставления тех или иных гендерно-ориентированных услуг, как непосредственно профилактических (например, группы самопомощи для женщин и мужчин), так и других, ориентированных на женщин (например, услуги, направленные на улучшение психологического состояния, организацию досуга женщин, отдельные мотивационные наборы для женщин и мужчин и т.п.). Правда, представители(ницы) всех, без исключения, НПО указывали на то, что в связи с сокращением финансирования от многих гендерно-ориентированных услуг на данный момент пришлось отказаться.

«В 2014 году были совсем другие услуги. Были и тренинги и консультации. Проводились группы для женщин. Была масса различных услуг, в том числе и гендерно-ориентированных. Акцент делался на постоянстве и на приверженности. А сейчас предоставляется 4-5 сервисов.... Мы предоставляем базовый пакет услуг по снижению вреда. Он универсален для мужчин и для женщин» (руководительница направления).

«Был выделен один день в неделю для женщин. В этот день приходили специалисты: гинеколог, нарколог, психолог, юрист. Проводились группы для женщин» (старшая социальная работница).

На данный момент предоставление гендерно-ориентированных услуг практикуется (правда, в несколько ограниченном объеме) в трех НПО. В частности, в НПО «Общественное здоровье» (г. Кривой Рог) существует отдельный женский аутрич-маршрут.

«Сейчас у нас есть женский аутрич-маршрут, обслуживающий только женщин, где социальный работник имеет возможность переадресовать к гинекологу, социальному работнику, который с беременными наркопотребительницами работает, к психологу» (руководительница НПО).

В этой же организации реализуется проект по профилактике вертикальной трансмиссии у беременных потребительниц наркотиков и улучшению перинатальных показателей детей, рожденных ими, который финансируется «Фондом Клинтона».

«Есть у нас проект. Его финансирует другой донор. Работают они с беременными женщинами-ПИН, ставят их на учет у нарколога, у гинеколога, ведут до родов. Бесплатные роды. Помогают в этом. Потом помогают, как, какая помощь нужна им» (социальная работница).

В НПО «Виктория» (г. Хмельницкий) практикуется проведение отдельных групп самопомощи для женщин и мужчин; в НПО «Дорога к дому» (г. Одесса) – только для

женщин. Указанные группы проводятся в разное время/разные дни в отдельном помещении, куда не имеют доступа другие клиенты.

«У нас в организации есть группы самопомощи для мужчин и для женщин» (социальная работница).

«Мы проводим группы для женщин. А для мужчин у нас групп нет. Мужчины даже говорят, что это – дискриминация по половому признаку. Им интересно, почему эти группы закрытые и о чем мы там говорим» (социальная работница).

Кроме этого, в «Виктории» для женщин также проводятся группы творческой активности (рисование), клиентам(кам) предоставляется возможность оставить ребенка под присмотром соцработника, пока они получают услуги. Правда, по словам сотрудников(ниц), как правило, этой услугой пользуются женщины.

В целом можно заметить, что и раньше (при большем финансировании), и сейчас среди гендерно-ориентированных услуг преобладали «женские» или те, которые позиционировались как женские (например, детская комната может понадобиться и мужчине, хотя на практике ее услугами чаще пользуются женщины). В числе «мужских» услуг, которые предоставлялись/предоставляются НПО, эксперты(ки) упоминали группы самопомощи для мужчин, мотивационные наборы для мужчин, а также некоторые услуги из числа тех, что используются в качестве мотивации и являются более востребованными среди мужчин (например, уроки игры на гитаре, обучение компьютерной грамотности).

На данный момент НПО стараются сохранить хотя бы какие-то компоненты гендерно-ориентированного подхода, наработанные ранее, привнести опыт, полученный ранее в программы снижения вреда. В частности в процессе консультирования учитываются психологические особенности мужчин и женщин-ПИН.

«Во время консультирования мы стараемся обращать внимание на гендерный компонент, в процессе консультации надо подстраиваться. Потому что если женщине надо общение с определенным психологическим уклоном, то мужчине – нет. Его надо даже припугнуть и показать статистику, ткнуть носом в те ошибки, которые он совершает регулярно» (социальная работница).

При этом обращает на себя внимание то, что опрошенные сотрудники(цы) НПО обоих полов более четко описывают особенности консультирования мужчин. По поводу женщин они констатируют необходимость работать с ними «по-другому, мягче», однако не конкретизируют это понятие.

Гораздо сложнее обстоит дело с услугами, которые предоставлялись ранее, однако потом были исключены из проектов. Организации, по возможности, пытаются сохранить хотя бы самые востребованные из них, однако далеко не всегда это удается. В частности в двух НПО («Виктория» и «Возвращение к жизни») сотрудничество с гинекологом, налаженное ранее в рамках проектов, на данный момент продолжается на волонтерских началах. Однако, очевидно, что объем предоставляемых этим специалистом(кой) услуг в такой ситуации уменьшился.

«Проблема возникла, когда в проекте были врачи, например, гинеколог, а потом их сократили. Сейчас стараемся их вернуть. Гинеколог работает по просьбе посмотреть некоторых больных. Она идет на встречу» (социальная работница).

«Гинеколог был в проекте (раньше) и хотелось бы, чтобы он остался. Потому что это очень важно, особенно для молодых женщин-ПИН… Раньше сотрудник работал в

организации, получал за это деньги, имел конкретные обязанности. И мы со спокойной душой к нему всех направляли. А сейчас мы идем на поклон для того, чтобы он принял наших клиентов, или он говорит: «Идите по месту жительства» (координаторка направления).

Представители(ницы) всех НПО указали на то, что они работают с парами ПИН. Однако довольно часто речь идет о том, что оба партнера одновременно получают стандартный минимальный пакет профилактических услуг.

«В парах – консультирование и обслуживание, как и у всех. Просто пара получает услуги вместе» (социальная работница).

«Услуг, ориентированные именно на пары, нет, но предоставляем услуги парам, как для ПИНов. То есть приходят семейные пары вместе. [Им предоставляют] раздаточный материал – шприцы, презервативы, консультации, помощь психолога, если есть вопросы какие-то» (старший социальный работник).

«К нам [на аутрич-маршрут] пары приходят тоже. Супруга приводит мужа или партнера протестироваться. Мы говорим, что протестировать можем, но результат мы ей не скажем, потому что эта информация конфиденциальна. Работа с двумя партнерами идет только с их согласия, если *пара готова работать и открыть друг другу свои проблемы. Иначе с каждым работаем отдельно» (социальный работник).*

«К нам приходят пары на маршруте, но услуги они получают такие же, как и все остальные клиенты. Нет отдельных услуг, которые были бы прописаны специально для пар» (аутрич-работник).

Что касается парного консультирования, то такой опыт есть у двух организаций. В НПО «Дорога к дому» (г. Одесса) и «Возвращение к жизни» (г. Кировоград) ранее были проекты по консультированию пар ПИН, но на момент исследования они завершились.

«У нас даже был проект по парам ПИН. Мы проводили консультирование женщин и выясняли, какие риски есть в их семье. Это было отдельно от мужчин. А потом проводили совместное консультирование для пары, на что им следует обратить внимание» (координаторка направления).

«На сегодняшний день услуг для пар нет. Но у нас был девятимесячный проект, который конкретно специализировался на парах ПИН. Но он закончился уже» (координаторка направления).

На данный момент в НПО «Конвиктус» (г. Киев) есть услуги по кейс-менеджменту, в том числе и для пар ПИН, а в НПО «Общественное здоровье» (г. Кривой Рог) проводится консультирование дискордантных пар.

«Если у клиента или у клиентки есть какие-то проблемы, сифилис или еще что-то из ИППП, и мы переадресовываем в кожвендиспансер, то, конечно, мы скажем, что очень важно, для того чтобы был результат этого лечения, чтобы участвовал и партнер. А если человек ВИЧ-позитивный, и это подтвердилось, то кейс-менеджер будет делать все возможное со своей стороны, чтобы в его кейсе появились и жена или муж» (социальный работник).

Также в некоторых НПО работают с парами ПИН по индивидуальному запросу, в частности помогают в решении психологических проблем в семье, консультируют пары, которые ждут ребенка. Правда, эта работа – не систематическая.

«У нас услуги для всех и для пар вместе. Есть моменты, когда пара приходит по вопросам трудностей в семье, но это было индивидуально и не часто. Было, когда мужчина употреблял, а женщина его спасала» (старший социальный работник).

В НПО «Виктория» (г. Хмельницкий) и НПО «Возвращение к жизни» (г. Кировоград) предоставляют услуги для со-зависимых.

«Мы оказываем услуги партнерам ПИН. То есть, когда один человек употребляет, а второй – нет. Но он получается со-зависимый. У нас психолог работает с такими парами» (социальный работник).

Создание комфортной эмоциональной и физической среды для женщин в НПО

Большинство экспертов(ок) не разделяют понятия «предоставление гендерно-ориентированных услуг» (расширение спектра услуг) и «создание комфортной среды для женщин в НПО» (создание определенных условий получения этих услуг, которые были бы комфортными для женщин). Так, в качестве мер по созданию комфортной среды для женщин в НПО, некоторые эксперты(ки) указывали расширение спектра услуг НПО (для всех клиентов(ок), как женщин, так и мужчин), усовершенствование ее материально-технической базы и т.п., то есть то, что сказывается на удовлетворенности услугами всех клиентов(ок) безотносительно к их полу.

«За время нашей работы многое поменялось. Мы расширяемся. Появляется много новых услуг для женщин и мужчин. Женщины (раньше, в последнее время эти услуги сократили) могли обратиться к гинекологу, инфекционисту, юристу» (старший социальный работник).

«Конечно, мы для всех клиентов стараемся создавать комфортные условия. Мы стараемся проводить и какие-то пикники, и какие-то игры, и другие мероприятия, чтобы люди у нас могли с комфортом проводить время. Чтобы могли с детьми приехать при необходимости. У нас есть вещи и игрушки для деток» (социальная работница).

Очень часто создание комфортной среды отождествлялось с внедрением в НПО услуг, востребованных среди женщин (например, консультации гинеколога, выдача женщинам прокладок и других средств гигиены, тестов на беременность, организация досуга для женщин с детьми).

«Это [наличие гинеколога] было очень эффективно. Количество клиентов увеличилось. Женщина приходила к гинекологу, а заодно и проходила тестирование, всех врачей и оставалась в проекте» (социальная работница).

«Стараемся больше уделять им [женщинам] времени. На Новый год приглашаем мам с детьми и раздаем подарки. Берем автобус и выезжаем на море» (старшая социальная работница).

Многие эксперты(ки) указывали, что разные компоненты гендерно-ориентированного подхода привносились в деятельность НПО «снизу», исходя из опыта работы с женщинами и мужчинами-ПИН, в частности внедрялись те услуги, о которых просили клиенты(ки). Довольно часто сотрудники(цы) НПО даже не осознавали, что реализуемые ими мероприятия позволяют обеспечить гендерную чуткость.

«Гендер у нас возник, как-то сам по себе, мы его не осознавали, но видели, что так надо. Мы чисто интуитивно это внедряли, учитывая потребности и разницу между мужчиной и женщиной» (руководительница НПО).

«Со временем социальные работники видели, что услуги [для мужчин и женщин] должны отличаться и работа с ними тоже. Поэтому все улучшалось, делали отдельные группы, что влияло на комфортное состояние клиентов, прописывали в проекты консультации врачей в зависимости от потребностей женщин и мужчин. С годами это все накапливалось и раскладывалось по полочкам, улучшалось по качеству. Результат тот, что приходит сюда много женщин-клиенток» (старший социальный работник).

В частности, поскольку женщины, имеющие маленьких детей, отказывались посещать группы самопомощи, была создана детская комната, что позволило увеличить количество клиенток.

«Мы [группа самопомощи для женщин] собираемся отдельно от мужчин. Пьем чай с тортиком. Общаемся. Все знают, что это у нас происходит по средам после обеда, чтобы было для всех удобно. Если кому-то не с кем оставить детей, то они приходят с детками, которые играют здесь в отдельной комнате. А мы занимаемся» (социальная работница).

Иногда в процессе внедрения таких услуг случались казусы. Например, в Одессе был опыт, когда в НПО попытались привлечь женщин за счет предоставления возможности воспользоваться стиральной машинкой. Однако, на практике оказалось, что эта услуга более востребована среди мужчин. Это является иллюстрацией того, как влияют существующие стереотипы на работу с клиентами(ками). Стирка традиционно воспринимается как женская работа, в то время как она является одинаково необходимой для мужчин и женщин. Поэтому эта услуга и позиционировалась сначала как женская, хотя на самом деле таковой не является.

Мероприятия по созданию комфортной среды для женщин в НПО реализовывались в рамках гендерно-ориентированных проектов, и во многих случаях их реализация прекратилась после завершения. Например, в НПО «Общественное здоровье» (г. Кривой Рог) был отдельный «женский» день, когда проводились группа самопомощи и досуговые мероприятия (мастер-классы по вышиванию и т.п.) для женщин. Однако после завершения соответствующего проекта эта практика прекратилась.

«В нашей организации были перед этим проекты, направленные непосредственно на женщин. В комьюнити-центре были женские дни, когда мужчины не заходили, не обслуживались специально, чтобы создать определенную атмосферу. Была специальный социальный работник-женщина. Позволю себе сказать, такое «бабское царство». Это их подкупало, они приходили сюда» (социальный работник).

При этом эксперты(ки) указывают, что с одной стороны, наличие «женских» дней нравилось клиенткам(там), повышало уровень их удовлетворенности услугами и доверие к НПО, с другой же стороны, сотрудники(цы) НПО сталкивались с трудностями в процессе внедрения такой практики. Насколько можно судить из интервью, это связано с отсутствием в НПО отдельного помещения (в идеале – с отдельным входом), которое можно было бы использовать сугубо для работы с женщинами.

«Поначалу были трудности, потому что ребята привыкли, что комьюнити-центр работает с понедельника по пятницу. А тут по средам был женский клуб. На двери

вывеска: «Сегодня – женский день». Поначалу ребята ходили, и девчонки просто себя неловко чувствовали. Они о чем-то своем беседуют, а кто-то врывается: «Дайте шприцы» (социальная работница).

«У нас был период, когда работали с РКС, и тогда в НПО были дни, когда приходили только женщины, и не пускали наркопотребителей-мужчин. Это улучшило качество предоставления услуг. Женщины стали более спокойно себя чувствовать и говорить о решении каких-то своих вопросов… Хотя так как это было одно помещение, нам очень трудно было справиться в этот период с ПИНами. Потому что они пытались напором просто прорваться, и приходилось прилагать усилия, чтобы просто их оттуда выгнать» (социальная работница).

Фактически, единственная форма работы по созданию комфортной среды для женщин в НПО, которая реализуется на данный момент – это наличие детской комнаты в НПО «Дорога к дому» (г. Одесса).

«У нас есть детский центр. Это своего рода детский сад. Там можно на несколько часов оставить ребенка под присмотром специалиста, а самой пойти порешать какие-то вопросы. Благодаря этому нас стало посещать больше женщин на постоянной основе, потому что с ребенком не всегда могли выбраться» (социальная работница).

Мониторинг и оценка с точки зрения гендерной чувствительности.

У социальных и аутрич-работников(ниц) этот вопрос вызывал недоумение, как правило, они отождествляли мониторинг с точки зрения гендерной чувствительности со стандартной процедурой мониторинга и оценки, а то и с отчетностью.

«Мы мониторинг не ведем. Может руководство ведет, но мы нет» (социальная работница).

«Приезжает нас мониторить организация «Прайс-хаус». Они проверяли работу и с женщинами отдельно, и с мужчинами. Также приезжает из общественного центра свой куратор, который мониторит полностью работу по тому рабочему плану, который мы написали и подавали ему. И если их все устраивает, тогда наши доноры, это все оплачивают» (старший социальный работник).

«Координатором отслеживалась частота получения услуг женщинами, регулярность посещения мероприятий, время проведения консультаций» (старшая социальная работница).

«У нас в главном офисе сидит документатор, который фиксирует все ведомости, которые мы ему сдаем. Мы ему отдаем то, что фиксируем на местах. И он уже подсчитывает, какой охват мы сделали. И тогда уже идет распределение на женщин-мужчин» (социальная работница).

Координаторы(ки) и некоторые социальные работники(цы), которые лучше понимают, что понятие мониторинга с точки зрения гендерной чувствительности не является синонимом отчетности или мониторинга и оценки, которые проводятся донором, признавались, что такой практики в их НПО не существует. Лишь руководительница одной из НПО указала, что такой мониторинг она проводит сама, присутствуя при предоставлении услуг клиентам(кам).

«Мониторинг гендерной чувствительности я постоянно провожу: как сотрудники относятся, на аутрич-маршруты выезжаю. Если вижу какие-то недостатки в отношениях социальных работников с клиентами, то я заполняю анкеты по мониторингу, где рекомендую консультации» (руководительница НПО).

Такая инициатива руководительницы НПО весьма похвальна, правда, остается открытым вопрос о критериях и эффективности такого мониторинга.

2.3. Отношение клиентов/клиенток и сотрудников/сотрудниц НПО к гендерно-ориентированному подходу в работе с ПИН

Отношение как сотрудников(ниц) НПО, так и самих ПИН к перспективам внедрения в НПО гендерно-ориентированного подхода весьма неоднозначное.

Так, по словам клиентов(ок), чрезвычайно важными при получении услуг в НПО для них являются факторы доброжелательного отношения со стороны сотрудников(ниц) (96%) и удобств в посещении организации, таких как удобное время (89%), близкое расположение к дому (83%), приватность при обсуждении личных вопросов (83%). Значимо реже респонденты(ки) отмечали важность гендерно-чувствительных факторов, таких как общение с сотрудником(цей) одного пола (39%), общение с клиентами(ками) одного пола (36%), либо общение с клиентами(ками) противоположного пола (33%) (рис 2.1).

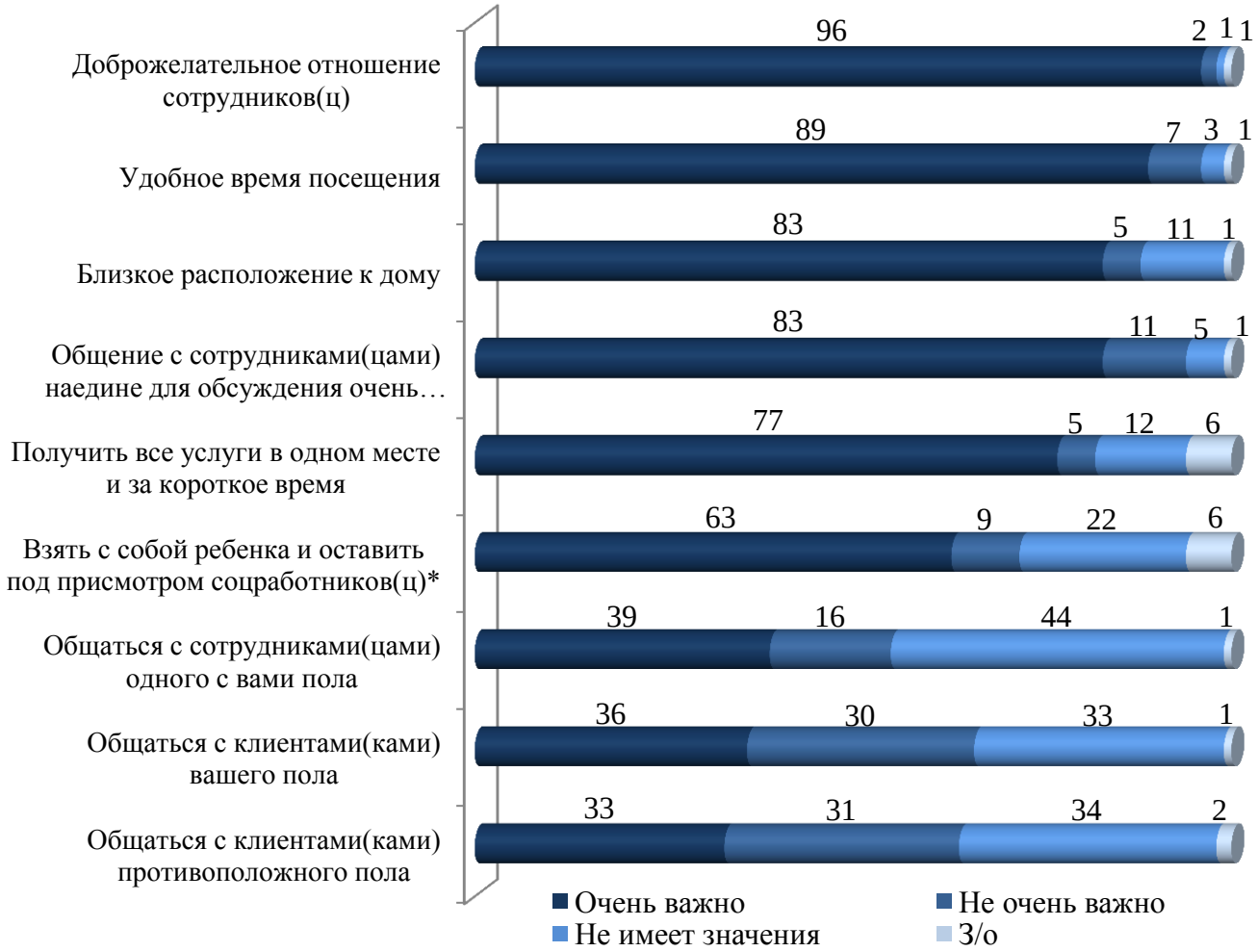

Рис 2.1. Распределение ответов на вопрос: **«Насколько для вас важны при получении услуг в организации следующие аспекты…?»,** *%*

**Среди тех клиентов(ок), у которых есть дети до 6 лет, n=65*

Различия в значимости анализируемых факторов среди женщин и мужчин прослеживаются в оценке только двух возможностей: общение с сотрудниками(цами) одного пола и организация присмотра за ребенком на время получения услуг (рис 2.2).

Рис 2.2. **Рейтинг важности факторов при получении услуг в организации для мужчин и женщин-ПИН,** *%*

**Среди тех клиентов(ок), у которых есть дети до 6 лет (женщины n=44; мужчины n=21)*

Судя по полученным ответам, большинство женщин (73%) толерантно относятся к общению с клиентами и клиентками. Только треть респонденток считают, что в офисе организации нужно выделить отдельные часы приема для женщин (рис 2.3).

Рис 2.3. Распределение ответов женщин-ПИН на вопрос: **"Нужно ли в офисе организации выделить отдельные часы приема для женщин?",** *%*

Основным аргументом, который приводят респондентки, поддерживающие идею отдельных часов приема для женщин, является то, что *«так будет комфортнее, потому что есть вопросы, о которых при мужчинах не поговоришь»*. Об этом упомянули 62% женщин, которые поддерживают идею об отдельных часах приема. Каждая четвертая клиентка сказала, что так будет меньше очередь. Три респондентки сказали, что было бы хорошо, чтобы в эти часы принимали психолог, гинеколог и маммолог. Некоторые считают, что мужчины ведут себя не должным образом и подают плохой пример детям, которых женщины вынуждены брать с собой в организацию: *«где мужчины, там скандалы, ссоры»*, *«мужчин много курящих, матерящихся, а женщины приходят с детьми. У мужчин часто ТБ»*, *«чтобы дети меньше видели других клиентов»*. Одна женщина считает, что это бы ее дисциплинировало, и она бы ходила чаще в организацию, а одна респондентка с удовольствием вспомнила, что раньше в организации был отдельный день для женщин.

Их оппонентки, которые считают, что отдельные часы для женщин выделять не нужно, аргументируют это тем, что они приходят в удобное для себя время (38%), считают, что у мужчин и женщин одинаковые проблемы (23%), и никто никого не стесняется (16%). В целом респондентки утверждают, что их в НПО и так все устраивает. Некоторые отмечают, что в организации достаточно индивидуальных консультаций, где они могут поговорить без посторонних: *«если захочу пообщаться на интимные темы, то созвонюсь с соцработником и приду тогда, когда никого не будет»*, *«все равны, а для личных проблем есть индивидуальные консультации»*, *«мне мужчины не мешают, все равно можно наедине поговорить»*. Одна клиентка считает, что *«должен быть одинаковый подход, а не дискриминация»*.

Таким образом, большинство клиенток устраивает отсутствие отдельных часов приема для женщин. Намного важнее сохранить возможность индивидуально проконсультироваться на личные темы в подходящее для них время.

Именно поэтому большинство респонденток склоняется к тому, что разные формы групповой работы, в том числе занятия (консультации) по вопросам здоровья, группы взаимопомощи, культурно-массовые мероприятия (тематические встречи, вечера) лучше организовывать совместно. Тем не менее, стоит отметить, что мужчины больше чем женщины склонны к тому, что групповые занятия по вопросам здоровья надо проводить вместе, тогда как каждая третья респондентка сторонница их отдельного проведения. Только 3% клиентов и 14% клиенток считают, что группы взаимопомощи необходимо проводить отдельно. Лишь 3% женщин хотели бы участвовать в культурно-массовых мероприятиях отдельно, из мужчин за это не высказался никто (рис 2.4).

Только 5 женщин из 198 хотели бы, чтобы все три формы работы проводились раздельно. Это они объясняют тем, что не все можно обсудить в присутствии мужчин, а одна сказала, что она просто хочет, *"чтобы меньше людей видели меня здесь и знали мои проблемы"*.

Значительно больше клиентов(ок) высказались за совместное проведение всех групповых мероприятий, в том числе 44% респонденток и 57% респондентов. Это свидетельствует о том, что им важно общаться в организации с клиентами(ками) противоположного пола. Каждый третий мужчина и женщина объясняют свою позицию тем, что *«так интереснее и веселее»*. 28% клиентов и 23% клиенток считают, что *«так лучше усваиваются знания»*. 21% мужчин и 17% женщин считают, что *«так можно лучше понять*

друг друга». Некоторые респонденты(ки) считают, что *«нужно работать с парой»* и что они *«не стесняются»*. Для некоторых клиентов(ток) важно иметь возможность посещать организацию в любое время, потому что они ходят в НПО, когда им удобно. Эти респонденты(ки) опасаются, что введение "женских часов" ограничит их в получении услуг. Один мужчина и две женщины расценивают это, как дискриминацию по полу, а три женщины считают, что *«для личных вопросов есть индивидуальные консультации»*.

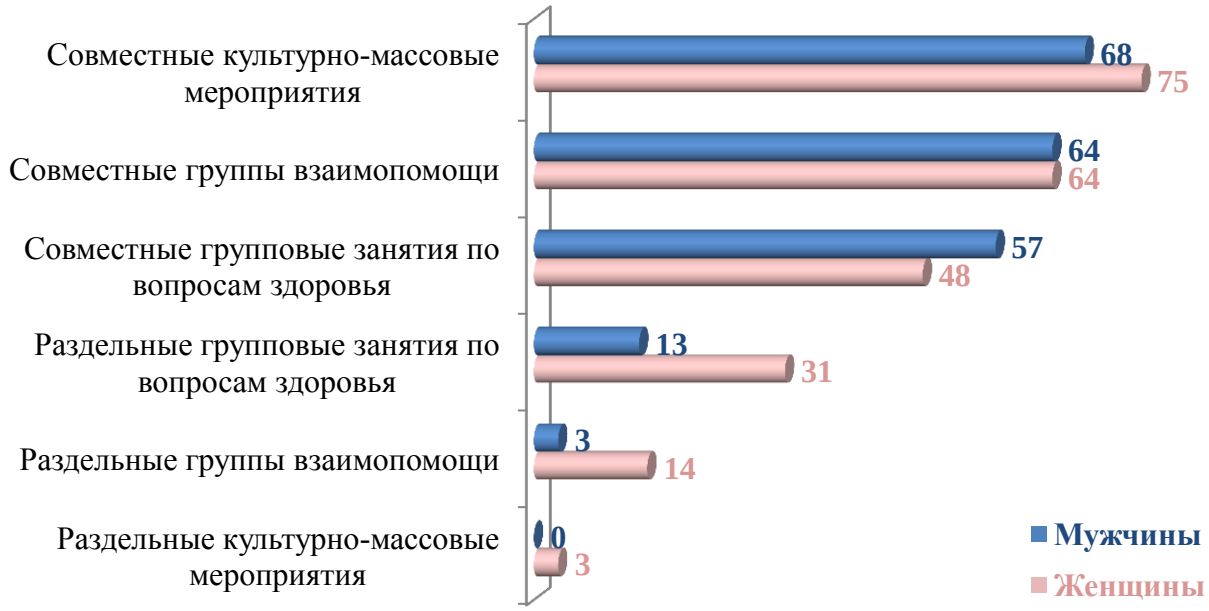

Рис 2.4.**Формы проведения мероприятий в НПО, которые нравятся респондентам(кам),** *%*

19% респонденток и 30% респондентов сказали, что им все равно вместе или отдельно они будут посещать все формы работы НПО. Свою позицию они объясняют так же, как и те респонденты(ки), которые поддерживают совместное проведение всех мероприятий, утверждая, что для обсуждения личных вопросов они могут посетить индивидуальную консультацию.

Указанные тенденции подтверждаются и результатами опроса сотрудников(ниц) НПО. В частности, по их наблюдениям, главным фактором, который определяет, где именно клиент(ка)-ПИН получает услуги НПО (в офисе, общественном центре, на ПОШе, аутрич-маршруте и т.п.), является территориальное удобство. Как мужчины, так и женщины ходят за необходимыми им услугами туда, куда им ближе/удобнее добираться.

«У нас разбито все по районам. Те люди, которые живут на Выставке, получают услуги здесь. Те, которые живут в Гречаном, Юго-Запад, Раково – по месту жительства… Если дальние районы, я беру сумочку, беру тесты быстрые и на маршрут… Есть такие ребята, которые ходят по стенке, но употребляют наркотики. К таким я прихожу домой» (социальная работница).

«Есть клиенты, которые получают услуги только на аутрич-маршрутах и сюда приходят очень-очень редко. Это связано с тем, что аутрич может работать недалеко от дома» (социальная работница).

«Есть люди, клиенты наши, которые привыкли (получать услуги) на аутриче. Вот, например, у нас есть маршрут для РКС (там, в том числе, и ПИНы-женщины). Они не

придут сюда никогда в жизни. Им удобно, когда социальный работник непосредственно приходит к ним. Если брать просто ПИН, не РКС, тогда смотря кому. Некоторые привыкли к ПОШ, они там общаются. Есть категория клиентов, которые наоборот не хотят, чтобы их видели. Им проще тихонечко прийти в офис. Тут у нас закрытая зона. Не видно, куда пошел человек, с чем он вышел отсюда. Это особенности каждого человека» (координаторка направления).

Подобным образом, эксперты(ки) указывали, что нужно выделить четкое время для женских групп самопомощи или других подобных мероприятий, однако это и так в принципе делается. Однако разделять время для предоставления клиентам(кам) разного пола самых простых услуг, типа обмена шприцов или консультирования соцработника нет смысла, так как это ухудшит доступность этих услуг.

«Женщина прибегает тогда, когда ей позволяет свободное время. У нее есть свободные 40 минут. Она здесь недалеко находится – она обязательно зайдет. Но она не знает, когда это будет, в 12-00 дня или в 17-00 вечера» (социальная работница).

«Они, по большей части, будут ходить только тогда, когда им удобно, когда у них есть на это время» (аутрич-работница).

«У них такой график: сегодня – одно, завтра – другое. Как говорится, семь пятниц на неделе. Они по графику не смогут ходить» (аутрич-работник).

Кроме этого, это связано с определенными логистическими трудностями, ведь далеко не во всех НПО есть отдельное помещение, которое можно было бы использовать для работы с женщинами.

«Выделение особого времени (для работы с женщинами) – как это? Как его можно выделить? Будут идти мужчины, разве мы не будем их пускать? Был бы отдельный кабинет с отдельным входом, тогда можно было бы о таком говорить» (руководительница направления).

Поддержали идею о выделении в НПО отдельного времени для обслуживания клиенток-женщин только отдельные эксперты.

«Я считаю, что это – неплохая идея. Возможно, если бы женщины знали, что эти дни – исключительно их, когда приходят только женщины, когда, возможно, есть отличающиеся от других услуги, конкретно для них, это позволило бы привлечь больше клиенток» (координаторка направления).

Большинство опрошенных экспертов(ок) считают, что есть «женские» и «мужские» вопросы, о которых следует говорить с представителями(цами) каждого пола отдельно и делать это должны сотрудники(цы) одного с клиентами(ками) пола.

«Есть некоторые нюансы по женскому здоровью, например маммограммы, которые мужчина не сможет объяснить. А я, исходя из своего опыта и возраста, могу подсказать, и как к гинекологу пойти, и что надо сделать. И то, что я могу подсказать, мужчина в силу своего незнания не сможет сделать» (социальная работница).

«Какие бы у меня доверительные отношения не были с женщинами, какой бы у меня опыт богатый не был, есть такие темы, на которые со мной женщина говорить не будет. Ей будет проще поговорить с женщиной» (социальный работник).

«Я же не врач-гинеколог, например. Исходя из своего опыта, я могу ее проконсультировать и направить к врачу. Но рассказать, какими прокладками лучше

пользоваться, может только женщина. Поэтому клиентки сами выбирают с кем им общаться» (социальный работник).

Это внедряется и в практике предоставления услуг клиентам(кам). Отдельные группы самопомощи для женщин на данный момент есть только в двух НПО («Виктория» и «Дорога к дому»), а для мужчин – в одной организации («Виктория»).

«Женщина женщине больше откроется. Она же не расскажет парню, что там у нее зудит-чешется. Есть соцработники-мужчины, чтобы работать с мужчинами. Проводится отдельно мужская группа и женская» (социальная работница).

«Мы стараемся их удерживать различными способами и методами. Последний положительный опыт – формирование женской группы. Мы делали неформальные встречи и спрашивали, какие темы им были бы интересны» (социальная работница).

Однако во всех НПО, включенных в исследование, клиентам(кам) (как мужчинам, так и женщинам) предоставляется возможность пообщаться наедине с соцработником(цей) своего пола, если у них возникает такая необходимость.

«У нас достаточно помещений. Еще у нас есть ширмочки. Так что при необходимости можно ширмочку натянуть и пообщаться так, чтобы никто не видел. Мы не ограничены, ни в помещении, ни в возможности уединения» (социальная работница).

«Если человек хочет поговорить о своих проблемах так, чтобы этого никто не видел – пожалуйста, Есть специально отведенное для этого помещение. Там можно спокойно и комфортно пообщаться и рассказать о сути своей проблемы» (социальная работница).

«Иногда у меня возникали трудности в работе с женщинами. И я понимал, что женщину может лучше понять другая женщина. Тогда я привлекал соцработников-женщин» (социальный работник).

«Если среди клиентов кто-то хочет поговорить индивидуально, у нас есть помещение для этого, а в это же время с другими клиентами работают другие соцработники, которые выдают шприцы, спрашивают, как дела, как живут» (руководительница НПО).

По словам экспертов(ок), проблемы интимного или личного характера как мужчины, так и женщины-ПИН предпочитают обсуждать с сотрудником(цей) своего пола. Об этом говорили и сотрудники-мужчины, и сотрудницы-женщины.

«Если приходит мужчина, и у него есть вопросы, касающиеся его здоровья, ему легче поговорить об этом с мужчиной, поэтому естественно с ним работает социальный работник-мужчина» (социальная работница).

«Если мужчина имел рисковое половое поведение, то он скорее пойдет к мужчине. Никогда он не будет общаться по этому поводу с женщиной. Он скорее подойдет и поинтересуется, когда будет социальный работник Сережа, например, или Костя и обратится с этой проблемой к нему» (социальная работница).

Просто получить шприцы и поговорить на менее сенситивные темы за чаем клиентам(кам) интереснее и приятнее с сотрудником(цей) противоположного пола.

«Мужчине приятно, когда за чаем и «мивинкой» можно поговорить с соцработником- женщиной» (старший социальный работник).

«Многим женщинам нравится общаться с социальными работниками-мужчинами. Им нравится слушать комплименты, просить о помощи, чтобы они поднесли сумку, то есть получать, то внимание, которого им не хватает» (координаторка направления).

«Многим мужчинам больше нравится общаться с женщиной-социальным работником. Он от такого общения получает то, чего ему не хватает в повседневной жизни. Так же и с женщинами. Хотя есть какие-то моменты, о которых женщина предпочтет сказать только женщине» (аутрич-работница).

Правда, некоторые социальные работники(цы) говорили, что указанная тенденция касается только мужчин, а женщины-ПИН всегда предпочитают общаться с соцработниками(цами) своего пола.

«Женщине важно, когда соцработник женщина. Если женщина приходит и видит на раздаче мужчину, она просто пришла – взяла – ушла. Не может поговорить, чувствует себя сковано» (старший социальный работник).

«Мужчинам очень нравится, когда социальный работник – женщина. Они улыбаются, аж мурлыкают. Женщины наоборот, более скованы, и им легче общаться с женщиной-соцработником, потому что они знают, что плохо выглядят» (старший социальный работник).

Однако, учитывая все остальные ответы экспертов(ок), можно предположить, что в данном случае речь идет либо о специфике конкретного города/НПО, либо об особенности сотрудников-мужчин из этой НПО, которым сложно наладить контакт с клиентками-женщинами. В пользу этого предположения свидетельствует как опыт социальных и аутрич-работников-мужчин, у которых налажены доверительные отношения с клиентками, так и опыт сотрудников(ниц) НПО, которые координировали гендерно-ориентированные проекты для ПИН.

«Я сколько работаю с этими женщинами, у меня с ними отличные отношения. Звонят, даже домой приезжают. Знают, где я живу, потому что много лет работаю. Просят какие-то… То есть открытость есть…Или есть такие (клиентки), которые могут даже подойти, обнять меня по-дружески» (старший социальный работник).

«У меня есть клиентки, которые с радостью со мной общаются, а вот с девочками не хотят вообще. Я говорю: «У нас психолог есть, Алена, если надо что-то, какие-то проблемы решить». – «Нет, нет, давай с тобой поговорим». А есть клиентки, которые наоборот, больше [к женщинам ходят]» (социальный работник).

«У нас было очень много проектов, в том числе такие, где привлекались отдельно женщины, отдельно мужчины, пары и так далее… В начале нам казалось, что женщине нужна женщина [соцработник], а мужчине – мужчина. Но на практике мы поняли, что все зависит от социального работника. Если он квалифицирован, умеет найти подход к клиенту, то не имеет значения, какого пола клиент. Если же социальный работник, к примеру, сам стесняется женщин, клиентка, естественно, это ощущает, и уже никакой нормальной работы не будет» (координаторка направления).

По словам опрошенных сотрудников(ниц) НПО, они консультируют женщин и мужчин по-разному, пытаются учитывать их психологические особенности. Правда, опрошенные эксперты(ки) упоминали об этом вскользь и не описывали четко особенности консультирования женщин и мужчин-ПИН. Это может объясняться либо тем, что они недостаточно хорошо ориентируются в особенностях и действуют интуитивно, либо тем, что

не считают их важными. В любом случае, в модуль для обучения сотрудников(ниц) НПО целесообразно включить тему об особенностях консультирования мужчин и женщин, возможно, в зависимости от тех или иных характеристик клиентов(ток).

Также обращает на себя внимание, что с мужчинами обращаются, как с взрослыми, ответственными людьми и в процессе консультирования пытаются взывать к их рациональности: показать статистику, объяснить с цифрами, что они делают неправильно и т.п. Тогда как в отношении женщин постоянно делается акцент на том, что с ними нужно работать «по-другому», «по-особенному», «мягко и аккуратно», но не уточняется, как именно.

«Женщина тоньше, с ней надо аккуратненько-аккуратненько… С мужчиной-клиентом я порой бываю очень жестким. Банальный пример. Человек может находиться в отрицании, утверждать, начитавшись ВИЧ-диссидентов, что ВИЧа нет. Я даже не вступаю в такие полемики. Я могу сказать: «Знаешь, я в своей жизни уже достаточно видел. Потом я этих людей встречаю в инфекционке, когда они в памперсах лежат. Поэтому если ты не хочешь в памперсах лежать через некоторое время, бери шприц и пользуйся новым шприцом. И не давай свой шприц никому». А с женщиной я стараюсь не так, аккуратнее» (социальный работник).

«Если их (мужчин и женщин) разделить, то на мужчин я смотрю как на сильных людей, которые должны брать на себя ответственность. Во время консультаций и общения я поднимаю их мужское достоинство не в плане того, что он мужик, который может всех поломать, но ответственный. Если говорить о женщине, то поднимаю их самооценку, чтобы она хоть чуть-чуть поверила, что она – красавица, что она еще мама, что она любима кем-то может быть» (старший социальный работник).

Таким образом, в процессе консультирования определенным образом проявляются гендерные стереотипы, существующие в нашем обществе. В частности, у мужчин пытаются сформировать идеал сильного, ответственного за себя и за окружающих человека, а в работе с женщинами делают акцент на роли жены и матери, что не всегда оправданно.

Что касается отношения к гендерно-ориентированному подходу непосредственно сотрудников(ниц) НПО, то с одной стороны все опрошенные, имеющие опыт внедрения тех или иных компонентов этого подхода в своих организациях, указывали, что это привело к положительным результатам: увеличению количества клиенток из числа женщин-ПИН, повышению уровня их удовлетворенности услугами, уровня доверия к НПО и т.п.

«Когда шел проект по парам ПИН, то мужья, которые никогда бы не привели сюда своих жен, привели к нам своих женщин. Многие из дам посещали и другие наши занятия. Им было интересно, хотя они и не находились в потреблении. Просто приходили вместе с мужьями» (координаторка направления).

С другой стороны, анализ ответов экспертов на вопрос о целесообразности более широкого внедрения гендерно-ориентированного подхода к профилактической работе среди ПИН в Украине свидетельствует, что большинство сотрудников(ниц) НПО об этом серьезно не задумывались, как и о возможных положительных результатах и рисках в процессе его внедрения.

Так, большинство опрошенных представителей(ниц) НПО сказали, что усиление гендерного компонента профилактической работы необходимо, поскольку это позволит привлечь в НПО большее количество женщин-ПИН, либо таких, которые не употребляют

наркотики сами, но являются партнерами мужчин-ПИН, а в перспективе – уменьшить уровень распространенности ВИЧ среди ПИН и их партнеров.

Однако аргументация этой необходимости сводилась к шаблонным фразам «в стиле советских агитационных плакатов».

«Это актуально, потому что у нас в обществе занижена роль женщины, и надо поднимать ее самосознание до уверенности в себе. У нас есть женщины-лидеры и надо, чтобы общество приходило к осознанию того, что она – не раба» (руководительница НПО).

«Если даже часть людей изменят свое поведение на менее рискованное, то это уже будет положительный результат. Потому что будет меньше заражений» (координаторка направления).

«Я считаю, что если такой подход будет внедряться в целом по Украине, то это будет эффективно. Потому что, как ни крути, а потребности у мужчин и женщин разные. И соответственно – их как-то нужно удовлетворять» (координаторка направления).

«Мне кажется, есть смысл сделать это для улучшения качества предоставления услуг… Потому что в общем все получают одинаково, но женщины всегда недополучают по причине того, что у них больше потребностей, чем у мужчин» (социальная работница).

Определенная часть сотрудников(ниц) вообще высказались в таком духе, что того что делается в плане гендерной чувствительности сейчас вполне достаточно и дальше развивать этот подход не стоит.

«Лично мое субъективное мнение, что большого разделения здесь делать не стоит. Ведь болезнь не выбирает – мужчина ты или женщина. И болезни у них одинаковые. Да, разве что подходы могут иметь небольшие нюансы. Но лечение одинаковое, выявление и определение болезней одинаковое» (социальная работница).

«Нет такого. Не нужна такая документация (по гендерно-ориентированному подходу), потому что все зависит от человека. Женщина иногда может быть сильнее и грубее мужчины и ей не понадобятся какие-то услуги. А другой понадобятся, потому что она слабая. Должен быть индивидуальный поход» (социальная работница).

Лишь единичные опрошенные более-менее четко обрисовали шаги, которые необходимо предпринять для более полного внедрения гендерно-ориентированного подхода в работе с ПИН в Украине.

«Этот подход в той или иной мере существовал, его нужно поставить на научную базу, что ли. Разработать процедуру внедрения, механизмы использования. Очень нужно, чтобы была команда социальных работников обученных» (руководительница НПО).

Таким образом, уровень информированности сотрудников(ниц) НПО о сущности гендерно-ориентированного подхода в работе с ПИН варьируется от полного непонимания этого термина (справедливости ради, следует сказать, что таких сотрудников(ниц) было немного и не во всех организациях) до достаточно интуитивного понимания понятий «гендер» и «гендерно-ориентированный подход», далекого по формулировкам от научных определений, но при этом более-менее точно отражающим их суть. Степень понимания зависит от наличия у сотрудника(цы) высшего образования по соответствующим специальностям, опыта работы в сфере ВИЧ-сервиса, и, особенно, от опыта участия в тех или иных проектах, ориентированных на работу с женщинами-ПИН или парами ПИН. В

организациях, которые уже работали в подобных проектах, персонал в целом (а не только координатор(ка) гораздо лучше ориентируется в этих вопросах.

Результаты интервью с экспертами свидетельствуют, что в большинстве НПО, включенных в исследование, до 2015 года достаточно активно внедрялись отдельные компоненты гендерно-ориентированного подхода (а именно предоставление гендерно-ориентированных услуг, даже если они не позиционировались как таковые, и создание комфортной среды для женщин в НПО). Это делалось как в рамках проектов, ориентированных на работу с женщинами-ПИН и парами ПИН, опыт реализации которых есть у некоторых НПО, так и в рамках обычных проектов СВ. После сокращения финансирования от многих вещей пришлось отказаться, однако организации стараются сохранить хотя бы некоторые элементы из того, что было наработано. В частности, сотрудники(цы) говорили о том, что они учитывают гендерные особенности в ходе консультирования клиентов(ок).

Однако это делалось и продолжает делаться, как правило, стихийно, исходя из пожеланий клиентов(ок). В частности, поскольку женщины, имеющие маленьких детей, отказывались посещать группы самопомощи, в одной из НПО была создана детская комната, что позволило увеличить количество клиенток(ов). Более того, эксперты(ки) далеко не всегда понимают, что их ежедневная работа является проявлением гендерно-ориентированного подхода.

Что касается остальных компонентов, то включение гендерного подхода в рабочий план организации, разработка гендерно-чувствительных политик и процедур предоставления услуг и соответствующий мониторинг практиковались НПО гораздо реже.

По словам клиентов(ок), чрезвычайно важными для них при получении услуг в НПО являются факторы доброжелательного отношения со стороны сотрудников(ниц), удобное время работы, близкое расположение к дому, приватность при обсуждении личных вопросов. Значимо реже респонденты(ки) отмечали важность гендерно-чувствительных факторов, таких как общение с сотрудником(цей) одного пола, общение с клиентами(ками) одного пола либо общение с клиентами(ками) противоположного пола. Большинство респондентов(ок) не заинтересованы в проведении групповых мероприятий отдельно для мужчин и женщин, поскольку совместные формы работы, по их мнению, проходят интереснее, веселее, познавательнее и позволяют расширить круг общения. Эти же тенденции подтвердили и опрошенные сотрудники(цы) НПО.

Что касается отношения к гендерно-ориентированному подходу непосредственно сотрудников(ниц) НПО, то с одной стороны все опрошенные, которые имеют опыт внедрения тех или иных компонентов этого подхода в своих организациях, указывали, что это привело к положительным результатам: увеличению количества клиенток(ов) из числа женщин-ПИН, повышению уровня их удовлетворенности услугами, уровня доверия к НПО и т.п. С другой стороны, анализ ответов экспертов(ок) на вопрос о целесообразности более широкого внедрения гендерно-ориентированного подхода к профилактической работе среди ПИН в Украине свидетельствует о том, что большинство сотрудников(ниц) НПО об этом серьезно не задумывались, как не задумывались и о возможных положительных результатах и рисках в процессе его внедрения.

3. ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ НПО С КЛИЕНТАМИ И КЛИЕНТКАМИ-ПИН

3.1. Гендерная специфика привлечения и удержания клиентов и клиенток-ПИН

Все опрошенные ПИН являются клиентами(ками) ВИЧ-сервисных НПО. Большинство респондентов(ок) имеют солидный клиентский стаж. Более года получают ВИЧ-сервис 76% респондентов(ок), по 10% – от 6 до 12 месяцев и от одного до 6 месяцев. Незначительной оказалась группа новых клиентов(ок): 5% респондентов(ок) получают услуги менее одного месяца. Значимых гендерных различий по стажу получения услуг ВИЧ-сервисных НПО не оказалось (табл. 3.1). Даже принимая во внимание, что в процессе рекрутирования при проведении исследования происходит определенный «перекос» в сторону регулярных клиентов(ок) с большим стажем, можно предположить, что сегодня основные усилия НПО сосредоточены на удержание старых, а не на привлечение новых клиентов(ок). Однако данную гипотезу следует перепроверить, исходя из данных программной отчетности организаций.

Таблица 3.1

Клиентский стаж респондентов(ок), %

	Все	В т.ч.	
	n=300	Мужчины, n=102	Женщины, n=198
Менее месяца назад	5	5	6
1-6 месяцев назад	10	9	10
6-12 месяцев назад	9	8	10
Более 1 года назад	76	78	74

Как правило, новые клиенты(ки) приходят в ВИЧ-сервисные НПО благодаря инициативе своего социального окружения. Большинство клиентов(ки) (67%) сообщили, что в организацию их «привели» близкие люди: знакомые, которые уже ее посещают (55%), муж (жена)/партнер (13%), другие родственники – мама, брат или знакомые, например, один клиент назвал служителей церкви пятидесятников (1%). Каждый пятый респондент(ка) (26%) указал сотрудников(ниц) или волонтеров(ок) НПО (как правило, из числа своих знакомых). Лишь единицы клиентов(ок) узнали о НПО из СМИ или других внешних источников. Также редко респонденты(ки) (несколько женщин-ПИН) упоминали медицинских работников(ниц), которые перенаправили их в НПО (табл. 3.2).

Данные опроса свидетельствуют о некоторых гендерных особенностях в привлечении клиентов(ок). Среди женщин-ПИН примерно равное значение играют три источника из их социального окружения: знакомые женщины-клиентки (29%), знакомые мужчины-клиенты (25%) и сотрудники(цы) (волонтеры(ки) НПО (25%). Среди мужчин по привлечению их в ВИЧ-сервис однозначным лидером являются знакомые мужчины-клиенты данной НПО (48%), почти вдвое реже – сотрудники(цы) (волонтеры(ки) НПО (27%). Значительно реже (8%) клиенты(ки) вспоминали знакомых женщин, которые уже получали услуги в НПО (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Пути привлечения клиентов(ок) в ВИЧ-сервисные НПО, %

	Все, n=300	В т.ч.	
		Мужчины, n=102	Женщины, n=198
Вас привел(а) муж (жена)/партнер	13	14	13
Вас привел кто-то из друзей, знакомых (мужчин), уже посещающих организацию	33	48	25
Вас привел кто-то из подруг, знакомых (женщин), уже посещающих организацию	22	8	29
Вас привел кто-то из волонтеров(ок), сотрудников(ниц)	26	27	25
Узнали о ней из СМИ, Интернета, рекламы	2	1	3
Узнали о ней от медработников(ниц)	2	0	3
Другое	*1*	*2*	*1*
Не помню, не хочу отвечать	*1*	*0*	*1*

Есть общее и особенное в привлечении в ВИЧ-сервис клиенток(ов), которые имеют и не имеют партнера. Общее – большинство приходят по рекомендации близкого социального окружения, в т.ч. около половины ссылаются на друзей и знакомых, как женщин, так и мужчин. Каждую пятую клиентку, имеющую партнера, именно он и привел в организацию. Среди одиноких на сегодня клиенток только двое указали на бывшего мужа/партнера, зато почти треть вспоминали сотрудников(ниц) или волонтеров(ок) НПО, что значимо больше, чем среди семейных женщин (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Особенности привлечения клиенток в ВИЧ-сервисные НПО, %

Пути привлечения в НПО	Клиентки, которые…	
	имеют мужа, партнера, n=121	не имеют такового, n=77
Вас привел(а) муж (жена)/партнер	20	3
Вас привел кто-то из друзей, знакомых (мужчин), уже посещающих организацию	25	25
Вас привел кто-то из подруг, знакомых (женщин), уже посещающих организацию	30	27
Вас привел кто-то из волонтеров(ок), сотрудников(ниц)	21	31
Узнали о ней из СМИ, Интернета, рекламы	1	6
Узнали о ней от медработников(ниц)	1	4
Другое	*1*	*1*
Не помню, не хочу отвечать	*1*	*3*

По словам социальных работников(ниц) НПО, привлечение в проекты снижения вреда женщин-ПИН является более трудоемким процессом, чем мужчин. Они хуже идут на контакт и более недоверчиво относятся, им требуется больше времени, чтобы раскрыться и

начать доверять сотрудникам(цам) НПО. О таких особенностях женщин говорили сотрудники(цы) независимо от пола. При этом речь идет именно о привлечении клиенток, в процессе дальнейшей работы с ними, когда уже сформирован определенный уровень доверия, эти проблемы снимаются, хотя актуализируются другие особенности, о которых речь пойдет ниже.

«Женщины по-другому подходят к этому вопросу. Женщина сначала позвонит, все узнает и затем только придет. А мужчина придет сразу» (социальная работница).

«Мужчины легче идут на контакт, они приходят напрямую за шприцом и помощью. Взял и ушел. А женщине нужен толчок, чтобы переступить грань стыда и прийти сюда. Чтобы женщина начала доверять, ей надо какое-то время после прихода в центр, чтобы открыться» (социальная работница).

«Легче привлечь мужчину. Потому что у женщин сразу идет вопрос: «А кто об этом узнает?». Если есть ребенок, и он учится в школе, они [женщины] боятся, чтобы в школе не узнали, чтобы нигде не проскочила такая информация. Если идет какая-то съемка, то они просят не снимать лицо. С мужчинами в этом плане проще» (социальная работница).

Женщины более стигматизированы, и часто как реакция на это у них возникает отрицание проблемы.

«Мужчине-ПИН проще сюда прийти и остаться. Потому что он ассоциирует себя с мужчиной, который употребляет наркотики. Женщина ассоциирует себя с женщиной, но если брать глубже, то она себя может ассоциировать с проституткой или с матерью. Если она – проститутка, ей стыдно сюда прийти. А если мама, то перед детьми стыдно» (старший социальный работник).

«Женщине сложнее признать вою проблему. Она считает себя не такой. Ей стыдно самой подойти. Это видно даже во время работы на маршруте» (аутрич-работница).

«Женщина более агрессивная, закрытая, ее сложнее привлечь. Ей страшнее раскрыть свой статус наркопотребителя. Мужчину проще привлечь в наши программы» (координаторка направления).

«Мужчину проще привлечь и ему почему-то проще раскрыть факт употребления наркотиков, чем женщине. Женщина больше боится осуждения, она более чувствительна к этим вещам, поэтому женщину сложнее привлечь» (координаторка направления).

Также у женщин меньше свободного времени, поскольку они больше заняты детьми и домашней работой, нежели мужчины.

«Мужчин легче привлечь. Потому что женщина еще и занята домом и детьми, которых надо собрать и в садик, и в школу. Она больше находится в зависимости от мужчины» (координаторка направления).

«Мужчины тыняются, им бы поговорить: «А где, а что?». Женщины больше в движении – дети. Вчера вы видели, на опросе – куча женщин с детьми. Что, она будет ко мне туда приходить? Чаще всего – звонят (с какой-то проблемой). И ты конкретно назначаешь время, куда прийти и к кому обратиться. И она хочет получить услуги, например, на неделю: «Дайте мне не два шприца, а на неделю, чтобы я больше сюда не приходила» (социальная работница).

Как уже говорилось, если речь идет о парах ПИН, то первым в большинстве случаев в организацию приходит мужчина, и только уверившись, что ее посещение безопасно, приводит туда женщину.

«Многие женщины приходят вслед за мужчиной своим, который говорит, что здесь нет угрозы, что здесь безопасно, что здесь есть помощь» (социальная работница).

Это следует учитывать для более эффективного привлечения женщин в НПО. Например, если у пришедшего мужчины есть партнерша, ему можно рассказать об услугах, которые она может получить в организации, либо передать листовку с перечнем сервисов, ориентированных на женщин. Также женщин можно привлечь, предложив их партнерам-мужчинам, пришедших в НПО, поучаствовать в каких-либо мероприятиях для пар.

Что касается удержания клиентов(ок), то эксперты(ки) указывали, что как правило, клиенты(ки) уходят из проектов в силу объективных обстоятельств – госпитализации, переезда, лишения свободы, смерти. Также причиной выбывания из проекта снижения вреда может быть то, что человек становится клиентом(кой) сайта ЗПТ, либо выявляется его(ее) ВИЧ-положительный статус, и он(а) переадресовывается в организацию, сопровождающую ЛЖВ.

«У нас клиенты выбывают только в двух случаях: или их садят, или они умирают. Других причин нет» (социальная работница).

«Если клиент не умер, то он ходит сюда, как в дом родной. Редко когда он переезжает, уезжает или лежит в больнице, то не ходит. А в основном все стабильно и для женщин и для мужчин» (руководительница НПО).

«Из проектов за год выбывает где-то 12-18% клиентов. Это в основном наши старые клиенты по причине смерти или болезни (лежачие). Это те, которые меняют место жительства, уезжают из Одессы по разным причинам в другие населенные пункты. Выбывают в места заключения. Или что-то кардинально меняется в их жизни, и они уходят от потребления» (координаторка направления).

«Те, кто прошел реабилитацию, начинают ходить в группы или в церковь, кто куда. К нам они не ходят. Она говорит: «Я вот слышу, тема идет о наркотиках, у меня шкура идет буграми, я не хочу это слушать, чтобы не сорваться. Я в себе еще не уверена» (социальная работница).

«Большинство, все-таки, остается, как женщины, так и мужчины. Потому что они привыкают к этим услугам, перестают покупать шприцы. И они не видят смысла от этого отказываться. Другое дело – если переехали, или не дай Бог, умерли, попали в колонию. Это – основные причины, по которым они перестают пользоваться нашими услугами. А если этих причин нет – они, как правило, в программе снижения вреда» (координаторка направления).

Гендерная специфика относительно удержания клиентов(ок) проявляется в том, что мужчины чаще уходят из проектов вследствие проблем с законом, женщины могут выйти замуж и прекратить посещать НПО, чтобы скрыть факт наркозависимости от мужа и его родственников.

«Выбывают у нас в первую очередь мужчины по причине самой элементарной – их посадили… Есть случаи, когда женщины выходят замуж, и мужья не знают, что они были в употреблении. Тогда они тоже перестают нас посещать, чтобы ни муж, ни новые родственники об этом не узнали» (социальная работница).

Единственное исключение, когда клиенты(ки) выбывают из проектов СВ в силу субъективных факторов – это молодые ПИН, которые только недавно начали употребление наркотиков и еще не ощутили на себе в полной мере его негативные последствия. Такие клиенты(ки) могут уходить из проекта, поскольку считают, что предоставляемая помощь им не нужна. Однако, их немного.

«Остаются клиенты или не остаются в проекте зависит не от пола, а от того на каком этапе употребления человек находится. Если он находится на этапе «все у меня хорошо», то его трудно оставить в проекте, даже если его кто-то привел. Просто когда у него начнутся трудности, он будет знать, куда прийти. То есть, когда люди переходят на другие стадии употребления, большинство из них возвращаются за помощью» (социальная работница).

Остальные клиенты(ки) в основном продолжают посещать организацию, хотя и с разной периодичностью: кто-то ходит регулярно, а кто-то появляется раз в несколько месяцев.

Каждая организация мотивирует своих клиентов(ок) по-разному, в силу своих возможностей и фантазии сотрудников(ниц). С этой целью используются: выдача гуманитарной помощи (вещи, продукты), творческие занятия (игра на гитаре, рисование, вышивание) и обучающие мероприятия (компьютерная грамотность), предоставление бытовых услуг (возможность постирать, помыться), спортивные тренажеры, возможность посмотреть телевизор, воспользоваться Интернетом, не говоря уже о возможности попить чай, поиграть в настольные игры.

«Мы их подкармливаем «Мивинкой», они становятся более открытыми. У нас есть душевая кабинка, стиральная машинка… Горячая вода нынче дорогая, не всегда есть. А у нас бесплатно это все: шампуньки, гели, пеночки, мочалочки» (социальная работница).

«Очень много приносят стирку. Цены растут на порошок, на воду, на электричество. Ей проще прийти сюда, закинуть стирку, принять душ, выпить чашечку кофе, поговорить с нами на любые темы. Если она не задает вопросы, мы ищем зацепку, чтобы понять, как человек живет» (социальная работница).

«У нас есть спутниковое телевидение, так что они с удовольствием ходят смотреть фильмы. После просмотра [художественного] фильма я всегда ставлю образовательный фильм, например, про гепатит. Мы его посмотрели, обсудили, произошла такая внеплановая работа. И что-то все равно откладывается в голове» (социальная работница).

Однако, практически все опрошенные соцработники(цы) так или иначе сходились во мнении, что первичным мотивом посещения НПО для клиентов(ок)-ПИН является возможность получить какие-то материальные блага, начиная от бесплатных шприцов, бинтов и прокладок и заканчивая возможностью постирать белье, помыться, получить гуманитарную помощь или поесть.

«За эти годы мы заметили, что самое лучшее – это материальная мотивация. Наркоман, человек которому нужна доза, а она не в магазинах и не дешево, не пойдет слушать, что кто-то что-то ему будет рассказывать, спасать... Но если мы не будем на него влиять, он будет это все [туберкулез, ВИЧ, другие инфекции] распространять. А если он придет, то будет знать, что можно вести себя по-другому. И мы должны понимать,

что, давая ему каких-то 20 гривен, мы обезопасиваем себя, своих детей. А если сказать, чтобы пришел, а мы его научим вести себя так, чтобы не заразиться туберкулезом – он не придет» (старший социальный работник).

«Все они – что женщины, что мужчины – хотят, чтобы что-то для их жизни было, к примеру, финансы, потому что это – самая большая проблема. Или питание какое-то. Они приходят: «Вот мне сказали, я хочу стать клиентом вашей организации, у вас тут тормозки дают?» – первый вопрос» (старший социальный работник).

«Лучше всего мотивация работает материальная, чтобы что-то получить, даже шприцы те же бесплатно или презервативы… Наркоману денег заработать трудно. Если три шприца на день ему надо, раньше шприц сорок копеек стоил – то ничего, а сейчас один шприц стоит 3.50. То есть уже можно вместо шприцов купить пачку сигарет, а шприцы зайти и взять в пункте обмена... Даже просто приходят ко мне на ПОШ попросить закурить» (социальный работник).

Также, по словам экспертов(ок), очень важно доброжелательное отношение сотрудников(ниц) НПО к клиентам(кам).

«Я думаю, что суть в социальных работниках, которые это делают [мотивируют]. Можно просто сухо это давать как на заводе, а можно в это вкладывать свое сердце и душу, человечность, внимание. Консультирование и мотивация – это классика. Ее преподают в университетах, на тренингах. Но сюда приходят люди, которые по жизни психологи внутри. Они чувствуют, кто перед ними сидит. Перед ним может сидеть не грамотный, но сочувствующий человек, и они опять придут. Может сидеть дом советов, но не интересующийся их проблемами, отвергающий их» (старший социальный работник).

«Для них очень важно видеть, что их принимают такими, как есть. Когда они видят, что никто не собирается их тайны кому-то рассказывать, никто не собирается быть врагом. Когда они видят, что здесь, на рабочих местах сидят друзья, которые помогут, это располагает очень сильно» (социальная работница).

«Все хотят какого-то тепла. Им нравится то, что мы с ними общаемся, как с людьми. Многие приходят не просто получить какую-то консультацию или шприц, а просто по-человечески пообщаться, посидеть, попить чай в такой обстановке» (социальный работник).

Мнения экспертов относительно того, кого легче удержать в проектах СВ и мотивировать к регулярному посещению НПО, женщин или мужчин, разделились. Некоторые опрошенные говорили, что женщин удерживать сложнее (хотя и не объясняли, почему), другие – что пол клиентов(ок) на сложность их удержания не влияет. При этом вторая точка зрения среди опрошенных экспертов(ток) мужчин и женщин преобладала.

«Женщину сложнее именно привлечь. А если ее уже привлекли, то удержать, в принципе, не сложно. Если не сделали ошибок, не испугали ее чем-то, в организации все работает, как положено, то она останется» (координаторка проекта).

«Парней легче удержать. Они чаще сюда приходят, их легче мотивировать. Для женщин нужны какие-то дополнительные услуги: детские комнаты, подарочки, шампуньки, гели, прокладочки, станочки. Заманивать их» (социальная работница).

«Мужчины привыкли к тому минимальному набору услуг, который мы предоставляем – шприцы, спиртовые салфетки, презервативы, консультации, литература. Они пришли, получили консультацию и инструментарий и ушли. А женщинам этого мало. Им надо еще

что-то еще, например, гигиенические наборы именно для женщин, мероприятия, интересные именно для женщин» (координаторка направления).

Однако, не вызывает сомнения, что у женщин есть специфические потребности, удовлетворение которых могло бы мотивировать их к посещению НПО. В частности, выдача прокладок и других гигиенических средств, бесплатные услуги парикмахера, помощь в решении каких-либо сложных жизненных ситуаций могут служить хорошим аргументом как в процессе привлечения женщин-ПИН, так и в ходе их мотивирования к регулярному посещению НПО.

«Парикмахер, который предоставляет бесплатные парикмахерские услуги – для женщин это очень интересно. Неважно – употребляет, не употребляет – всегда женщина хочет выглядеть хорошо. [Следует возобновить] бытовые услуги, которые у нас были – стирка, душ. Им это было интересно. Интернет, компьютер чтобы был там. Потому что многие женщины через интернет ищут работу, какое-то резюме заполняют. Кому-то надо было с родственниками, которые за границей, связаться» (координаторка направления).

«Женщинам нужно давать перспективу получения каких-то чисто женских услуг. Например, если ты в депрессии – можешь прийти к психологу, который осуществляет кризисное консультирование, поможет выбраться из этого состояния. Если ты оказалась одна на улице, мы тебе можем оказать помощь с временным проживанием» (руководительница НПО).

Среди услуг, в которых женщины особенно нуждаются, и возможность получить которые мотивировала бы их к посещению НПО, эксперты(ки) отдельно выделили консультации гинеколога.

«Для девочек очень было бы замечательно, если бы была такая услуга – врач-гинеколог, которая помогла бы запланировать семью, потом вела бы ее во время беременности… и не рассказывала бы ей, какая она нехорошая и что она всю жизнь делала с собой» (социальная работница).

«Не каждая [женщина-ПИН] может пойти и показать свои ноги и вены в районную женскую консультацию, потому что они стесняются. И если бы в проекте были консультации гинеколога, то это было бы хорошей мотивацией» (аутрич-работник).

Для женщин, у которых есть дети, очень сильным мотивом посещения НПО может стать возможность получения разнообразных услуг для детей, начиная от материальной помощи и заканчивая организацией праздников и других мероприятий для них.

«Что-нибудь связанное с детьми. Какие-то центры для них. Или даже на ПОШах какая-то помощь, например, витаминка ребенку или шоколадка. Так как у нее большая часть уходит на наркотик, как бы ни крути. Если бы что-то давалось ребенку, это бы удерживало женщину» (социальная работница).

Также эксперты(ки) зачастую говорили, что гендерные отличия в плане привлечения и удержания клиентов(ок) – довольно условные, а гораздо большее значение имеет индивидуальный подход к клиентам(кам), ориентированный на удовлетворение потребностей и решение проблем каждого конкретного клиента(ки). Это говорит о недостаточной осведомленности опрошенных сотрудников(ниц) НПО об особенностях гендерно-ориентированного подхода, который не исключает индивидуальный подход,

поскольку позволяет учитывать отличия внутри групп мужчин и женщин. На этом моменте следует акцентировать внимание в процессе обучения сотрудников(ниц).

«Мотивация для каждого своя. Если кому-то надо прийти и получить только консультацию инфекциониста, то кого-то это может не заинтересовать. Если у кого-то недостаток общения, то он придет сюда за консультацией. Если у него проблема с законом, то ему надо будет сюда прийти к юристу. И если услуг будет больше, то и клиентов будет больше, потому что каждый будет обращаться за тем, что ему необходимо» (социальная работница).

«Бывает, очень часто, общаюсь с человеком. И это, вроде, не моя работа и не моя проблема, мне за это деньги не платят. Но я услышал этого человека и переадресовал к социальному работнику или позвонил тому же наркологу, поучаствовал в его судьбе. А потом, бывает, что через год он станет моим клиентом» (социальный работник).

«Как по мне [удержать можно, если] не бояться вовлекать большее количество людей в судьбу клиента. Я, например, социальный работник снижения вреда. Я смотрю сферу ее потребностей. Я переадресовываю, если вдруг в этом есть необходимость, в тот же кейс-менеджмент, пытаюсь переадресовать туда, сюда, вовлекать медицинские учреждения, если в этом есть необходимость. Если у нее были нарушены отношения с наркологом – подъеду, пообщаюсь, дам понять, что этот человек не бесхозный, что за ним стоят люди, которые будут переживать. Если, например, она хочет лечь на детокс. Ей надо гинеколога пройти, я ей говорю: «Вот эти пункты проходишь, а потом я подключусь, я помогу тебе» (социальный работник).

3.2. Спрос женщин и мужчин-ПИН на услуги СВ

Программа исследования предусматривала изучение реализованного и перспективного спроса клиентов(ок) на услуги проектов снижения вреда, анализ гендерных особенностей предпочтений клиентов(ок).

Почти все опрошенные клиенты(ки) НПО (не менее 90%) на сегодня охвачены минимальным пакетом услуг, который включает получение бесплатного шприца, презерватива, инфоматериалов (например, в виде буклета, листовки) и консультацию социального или аутрич-работника(цы). Только 3% опрошенных ответили, что за последний год они не получили шприц, 7% – буклет, листовку, 10% – презервативы. И хотя в перечень полученных за год услуг мы не включали консультации социального или аутрич-работника(цы), ответы клиентов(ок) о контактах с работниками НПО в течение последнего месяца позволяют с большой долей уверенности утверждать, что хотя бы раз за год почти все клиенты(ки) такие консультации получали.

Полученные данные свидетельствуют о высоком охвате клиентов(ок) тестированием на ВИЧ-инфекцию (90%) и другие ИППП. Только за последние 12 месяцев 81% респондентов(ок) с помощью сотрудников(ниц) НПО получили услуги КиТ, прошли диагностику других заболеваний (сифилис, гонорея, гепатиты) 66%.

Каждый второй респондент(ка) за последний год прошел консультацию специалиста, в т.ч. психолога – 33%, фтизиатра – 23%, нарколога – 21%, инфекциониста – 16%. С учетом показателей по тестированию можно было ожидать более высокого уровня охвата консультированием. Однако, в большинстве случаев дотестовое консультирование, по словам клиентов(ок), в НПО проводят социальные работники(цы) (более детально об услугах КиТ – в разделе 3.3).

Треть опрошенных сообщили о помощи со стороны НПО в переадресации в лечебные учреждения, в т.ч. 18% – о содействии прохождении лечения наркозависимости, постановке на программу ЗПТ (табл. 3.4).

С учетом новых условий грантовой поддержки программ снижения вреда среди ПИН достаточно высоким оказался показатель получения клиентами(ками) гуманитарной помощи (42%), которую персонал использует для усиления мотивации клиентов(ок) к регулярному сотрудничеству с НПО, раздачи лубрикантов (53%). В ряде НПО была возможность обеспечить клиентов(ок) стерильными салфетками, тестами на беременность.

Таблица 3.4

Охват клиентов(ок) услугами НПО за последние 12 месяцев, *%*

	Все n=300	В т.ч.	
		Мужчины, n=102	Женщины, n=198
Шприцы, иголки	97	98	97
Презервативы	90	96	87**
Тестирование (анализ) на ВИЧ	81	86	78
Тестирование (анализ) на другие заболевания	66	69	65
Лубриканты	53	47	56
Тесты на беременность	14	6	19
Помощь психолога	33	32	33
Консультация фтизиатра	23	27	21
Консультация нарколога	21	24	19
Консультация инфекциониста	16	21	14
Консультация гинеколога	12	1	17
Консультация другого врача	3	4	3
Помощь при обращении в медицинские учреждения	21	16	23
Помощь в лечении наркозависимости, постановке на программу ЗПТ	18	19	17
Продуктовые пайки, гуманитарная помощь	42	47	39
Другое	*23*	*28*	*20*
Не помню, не хочу отвечать	*1*	*1*	*1*

**Сумма превышает 100%, т.к. респонденты(ки) должны были указать все полученные услуги*

*** Цветом выделены ячейки, в которых зафиксированы значимые отличия*

Реализованный спрос мужчин и женщин из числа клиентов(ок) по многим видам услуг за последний год существенно не отличается. Приблизительно совпадают охваты в получении шприцев, прохождении тестирования на ИППП, консультировании у психолога и врачей. Исключение, как и ожидалось, составляет гинеколог: консультацию этого специалиста с помощью НПО прошли 17% женщин и 1% мужчин (скорее всего, речь идет о парном консультировании). Интересно было бы сравнить долю женщин, прошедших консультацию гинеколога, с долей мужчин, прошедших консультацию андролога/уролога. Однако соответствующий вопрос в анкету не был включен.

Значимо более низкими оказались охваты женщин по таким видам услуг как тестирование на ВИЧ-инфекцию (86% мужчин и 78% женщин) и получение презервативов (96% мужчин и 87% женщин). Тем не менее, эти показатели для женской аудитории можно

расценивать как достаточно высокие. Более востребованными клиентками(тами) являются также экспресс-тесты на определение беременности (получали: 6% мужчин и 19% женщин). Показатели охвата этой услугой в разрезе НПО свидетельствуют, что доступность данной услуги в разных организациях существенно варьируется: в трех из пяти НПО каждая четвертая клиентка получала эту услугу, в двух других НПО – единицы. Это может свидетельствовать о не полностью удовлетворенном спросе на эту услугу.

Для проверки данной гипотезы сопоставим ответы респондентов(ок) о полученных в течение года услугах НПО и потребностях, подтвержденных клиентами. Как свидетельствуют данные опроса (табл. 3.5), большинство услуг проектов снижения вреда остаются востребованными их клиентами. Чаще других респонденты(ки) называли бесплатные шприцы и иголки (83%), презервативы (74%), продуктовые пайки и другие виды гуманитарной помощи (83%). Почти две трети опрошенных заинтересованы в дальнейшем прохождении тестирования на ВИЧ и другие ИППП, примерно столько же (63%) – в консультации специалистов: врачей (32-37% в зависимости от специализации) и психолога (43%).

Сопоставление ответов респондентов(ок) об услугах, полученных за последний год, и тех, в которых они нуждаются, позволяет утверждать, что на ряд услуг сегодня спрос превышает предложение. В первую очередь, речь идет о консультациях специалистов и получении гуманитарной помощи. В то же время есть определенные виды ВИЧ-сервиса, заинтересованность клиентов(ок) в которых меньше, чем предложение. Возможно, что в ряде случаев срабатывает феномен «привыкания» клиентов(ок) к тому, что эта услуга всегда доступна. В первую очередь это видно по их отношению к сервисам, входящим в минимальный пакет и КиТ: число получивших шприцы, иголки, презервативы, КиТ за последний год значимо превышают число тех, кто хотел бы в дальнейшем их получать.

Таблица 3.5

Соотношение услуг НПО, полученных клиентами(ками) за последние 12 месяцев, и потребность в их дальнейшем получении, *%*

	Получили	Нуждаются	Баланс
Шприцы, иголки	97	83	- 14
Презервативы	90	74	- 16
Лубриканты	53	51	- 2
Тесты на беременность	14	21	7
Тестирование (анализ) на ВИЧ	81	61	- 20
Тестирование (анализ) на другие заболевания	66	62	- 4
Консультация гинеколога	12	35	23
Консультация нарколога	21	37	16
Консультация фтизиатра	23	32	9
Консультация инфекциониста	16	36	20
Консультация другого врача	3	9	6
Помощь психолога	33	43	10
Помощь при обращении в медицинские учреждения	21	25	4
Помощь в лечении наркозависимости, постановке на программу ЗПТ	18	27	9
Продуктовые пайки, гуманитарная помощь	42	83	41
Другое	*23*	25	2

Особенностями спроса клиенток НПО на услуги по профилактике ВИЧ, исходя из полученных данных (табл. 3.6), являются:

- больший (70%) по сравнению с мужчинами (48%) спрос на консультации специалистов, в т.ч. психолога (45%) и гинеколога (35%);
- значимая неудовлетворенная потребность в помощи в лечении наркозависимости, в т.ч. ЗПТ, и экспресс-тестах на беременность.

Причем, как правило, о потребности в тестах на беременность сообщили женщины, которые заинтересованы получать и презервативы. В тоже время 7 респонденток (4%) указали, что хотели бы получать тесты, но не нуждаются в презервативах.

Таблица 3.6

Соотношение услуг НПО, полученных женщинами-ПИН за последние 12 месяцев, и потребность в их дальнейшем получении, % (n=198)

	Получили	Нуждаются	Баланс
Шприцы, иголки	97	83	-14
Презервативы	87	71	-16
Лубриканты	56	55	-1
Тесты на беременность	19	29	10
Тестирование (анализ) на ВИЧ	78	63	-15
Тестирование (анализ) на другие заболевания	65	64	-1
Консультация гинеколога	17	52	35
Консультация нарколога	19	38	19
Консультация фтизиатра	21	34	13
Консультация инфекциониста	14	37	23
Консультация другого врача	3	10	7
Помощь психолога	33	45	12
Помощь при обращении в медицинские учреждения	23	29	6
Помощь в лечении наркозависимости, постановке на программу ЗПТ	17	28	11
Продуктовые пайки, гуманитарная помощь	39	83	44
Другое	*20*	22	2

В целом, и женщин, и мужчин-ПИН из числа клиентов(ок) НПО можно охарактеризовать как достаточно заинтересованную в общении со специалистами и персоналом проектов аудиторию, открытую и готовую к расширению тем и форм консультирования, осознающую потребность в получении дополнительных навыков эффективной коммуникации со своим ближайшим окружением, медицинскими работниками(цами). Судя по распределению ответов респондентов(ок) на вопрос «Какую информацию Вы хотели бы получать в организации?» (табл. 3.7), больше всего клиенты(ки) заинтересованы в получении дополнительных знаний и навыков эффективного общения с:

- медицинскими работниками(цами) (56%);
- партнерами(шами) (53%)
- членами семьи (48%);
- детьми (30%).

Исходя из заявленных респондентами(ками) информационных потребностей, больше всего клиенты(ки) хотели бы научиться разговаривать с медицинскими работниками(цами),

для того чтобы последние не отказывали им в помощи. Причем этой проблемой значительно больше обеспокоены женщины (61%), чем мужчины (46%). В отличие от общения с медиками, коммуникация с партнером(шей) в равной степени интересует и опрошенных мужчин, и женщин (53%). Причем получить информацию по партнерским взаимоотношениям хотели бы не только замужние женщины (57%), но и те, кто на момент опроса не имели партнера (46%). Из предложенных в анкете «партнерских» тем чаще других респонденты(ки) выбирали предупреждение/решение конфликтных ситуаций и разговор о безопасном употреблении наркотиков. Значительно меньше интересует респондентов(ок) вопрос об использовании презервативов (16-17%).

Таблица 3.7

Распределение ответов на вопрос: **«Какую информацию Вы хотели бы получить в организации?», %**

	Все n=300	В т.ч.	
		Мужчины, n=102	Женщины, n=198
Как наладить отношения с партнером(шей)	24	24	24
Как избегать/решать конфликты с партнером(шей)	33	34	33
Как убедить партнера(шу) использовать презерватив	16	17	16
Как разговаривать с партнером(шей) о безопасном употреблении наркотиков	25	25	26
Как избегать/решать конфликты с семьей	48	52	46
Как избегать/решать конфликты с детьми	30	28	31
Как снизить частоту/дозировку употребления	42	42	42
Предупреждение нежелательной беременности	13	10	15
Планирование беременности	12	7	14
Беременность и роды, уход за ребенком	13	10	14
Что делать при передозировке	44	39	47
Как разговаривать с медработниками(цами), чтобы они не отказали в помощи	56	46	61
Другое	*2*	*4*	*2*
З/о, не хочу отвечать	*1*	*2*	*0*
Никакая информация не нужна	10	15	7

Второй, после формирования коммуникационных навыков, топ-темой для опрошенных клиентов(ок) является безопасное употребление наркотиков, в т.ч. помощь при передозировках (47% женщин, 39% мужчин) и снижение частоты/дозировки употребления (в равной степени – по 42%).

Остальные вопросы, предложенные респондентам(кам), вызвали у них значительно меньшую заинтересованность, включая предупреждение нежелательной беременности (13%), ее планирование (12%), беременность, роды и уход за ребенком (13%).

Вместе с тем, вопрос о потребностях в дополнительной информации повышенного интереса респондентов(ок) не вызвал. Опрошенные, как правило, выбирали темы из предложенного в анкете списка. Всего несколько клиентов(ок) от себя добавили следующие

темы: новые виды лечения ВИЧ-инфекции; отказ от употребления наркотиков; как вести себя партнерам, если у них разный тип ВИЧ-инфекции; как найти себя в вере; юридические вопросы (по одному респонденту(ке).

Возможно, это связано с пониманием ВИЧ-сервисной специализации НПО и доступностью консультаций, как минимум, социального работника.

В целом, данные, полученные в ходе опроса клиентов(ок), совпадают с мнением сотрудников(ниц) НПО, что может свидетельствовать об их надежности.

Так, по словам соцработников(ниц), большинство услуг пользуются спросом, как среди мужчин, так и среди женщин. Это касается как сугубо профилактических услуг – выдачи шприцов, презервативов, тестирования на ВИЧ, гепатит, так и бытовых (например, возможность принять душ, постирать белье), помощи в решении проблем со здоровьем, включая выдачу медикаментов, переадресацию в медицинские учреждения или в проекты по уходу и поддержке для ЛЖВ (в случае необходимости).

«У них у всех, и у мужчин, и у женщин проблемы с венами. Почти у всех трофические язвы, шрамы» (социальная работница).

«Мы предоставляем услуги психолога, венеролога, инфекциониста. У нас большая часть клиентов с гепатитом С и ВИЧ. И у них начинаются сопутствующие болезни. Они к нам обращаются за медицинской помощью. [Это востребовано] и среди мужчин, и среди женщин» (социальный работник).

При этом эксперты(ки) указывали, что женщины приходят в НПО несколько реже, чем мужчины.

«Женщины – чуть-чуть реже ходят, потому что дети, дом, хозяйство. Мужчины все-таки чаще» (социальная работница).

«Я приезжаю сюда [на ПОШ] и постоянно вижу одних и тех же мужиков. Женщин вижу реже. Эта тенденция сохраняется и на маршруте. Есть места, где мы собираемся. Приходишь, а пацаны уже сидят. А женщина, если успела выбраться, то прибежала. И просто на улице я их [мужчин] чаще вижу. За маршрут могу его встретить раза 3-4, а ее 1 раз в неделю, а то и 1 раз в месяц» (социальная работница).

В частности, это обусловлено тем, что женщины более прагматичны во взаимодействии с НПО и приходят за конкретными услугами. Просто потратить свободное время они приходят гораздо реже, чем мужчины.

«Они (женщины) приходят в тот день, когда есть специалисты – нарколог, психолог. То есть они стараются попасть к специалисту, получить инструментарий и еще постирать и, по возможности, протестироваться» (координаторка направления).

К числу сугубо «женских» и «мужских» услуг эксперты(ки) отнесли помощь в посещении врачей соответствующего профиля (гинеколог для женщин, уролог для мужчин). Однако гинеколог пользуется бóльшим спросом среди женщин, чем андролог/уролог среди мужчин, что скорее всего связано не с отсутствием у мужчин такой потребности, а с тем, что в обществе не сформирована практика посещения мужчинами таких профильных врачей. Связано это с тем, что женщина традиционно ответственна за рождение ребенка, следовательно, она обязана следить за своим половым здоровьем. От мужчин такая забота не требуется. Особенно часто говорили об актуальности услуг гинеколога сотрудники(цы) НПО, в проектах которых раньше работал такой специалист.

«У женщин нужда в гинекологе, ведь не каждая женщина пойдет к простому врачу. Наш гинеколог принимала их в таком виде, как есть: немытыми, с гниющими ногами. Она имела к ним хороший подход» (социальная работница).

Также к числу чисто «женских» услуг соцработники(цы) отнесли детскую комнату и другие товары/услуги для детей (например, памперсы), потому что об этом просят, как правило, клиентки-женщины. При этом, опрошенные эксперты(ки) указывали, что спрос на эти услуги среди женщин-ПИН, имеющих детей, очень высокий.

«Очень многие просят детскую комнату. У нас есть мамочки. И они этих детей таскают и на метадоновую программу, и везде» (социальная работница).

Перечень других услуг, на которые, по словам экспертов(ок), существует спрос среди женщин-ПИН, включает выдачу «женских» товаров (например, прокладок, тестов на беременность) и средств гигиены (шампуни, гели и т.п.), предоставление бытовых услуг (возможность постирать белье, принять душ, подстричься), помощь в решении социальных проблем (например, оформление документов, предоставление временного жилья).

«Для нашего города очень актуален вопрос о ночлежке какой-то или чем-то таком. Потому что у нас нет мест таких, где можно было бы просто переночевать. Например, если муж избил, выгнал. К себе домой всех не приведешь. Кризисный центр – там очень много условий, плюс на это нужно время» (социальная работница).

«Еще одна трудность состоит в восстановлении документов и оформлении временной прописки… Женщины многие не могут оформить помощь на детей по причине того, что у нее нет прописки. Это заставляет их выходить на трассы с грудными детьми» (социальная работница).

По данным опроса, все организации, участвующие в проекте, практикуют не только индивидуальное, но и парное консультирование. За последний год 43% клиентов(ок) НПО проходили вместе со своим партнером(шей) консультацию у социального(ой) работника(цы), в.т.ч. 63% респондентов(ок), живущих в официальном или гражданском браке. Значительно меньше респондентов(ок), имеющих партнеров, проходили парное консультирование у других специалистов: психолога (19%), нарколога (11%), дерматовенеролога (7%). При этом большинство опрошенных довольны полученной консультацией и хотели бы ее пройти еще. Среди респондентов(ок), не имеющего такого опыта, число желающих больше, чем незаинтересованных в таком сервисе. От 2 до 5% респондентов(ок) не смогли дать точный ответ о прохождении и интереса к парному консультированию.

Полученные данные позволяют констатировать высокий интерес живущих совместно ПИН к парным консультациям специалистов(ок), в особенности соцработника(цы) (79%) и психолога (74%), значимо меньше – около половины – нарколога и дерматовенеролога (рис 3.1).

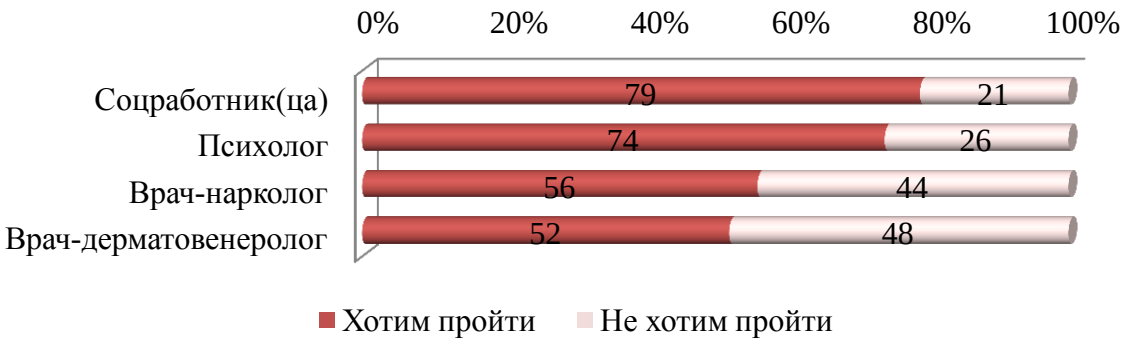

Рис. 3.1. Интерес к парному консультированию среди совместно проживающих ПИН, %[17]

Опыт прохождения парного консультирования совместно проживающих мужчин и женщин значимо не отличается, что можно рассматривать как свидетельство надежности полученных данных. А что касается заинтересованности в будущих консультациях, то среди женщин оказалось значимо больше, чем среди их партнеров, желающих пройти совместную консультацию нарколога (62% женщин и 50% мужчин) и дерматовенеролога (57% женщин и 44% мужчин). Еще больше респондентов(ок) подтвердили свою заинтересованность в консультировании у соцработника(цы) и психолога, однако без значимых гендерных различий.

Что касается отложенного (перспективного) на сегодня спроса, то респонденты(ки) дополнительно к указанным в анкете называли только врачей-специалистов. Так, четыре женщины и один мужчина хотели бы пройти парную консультацию у гинеколога; один мужчина и одна женщина хотели бы пройти консультирование у психиатра/психотерапевта; двое мужчин хотели бы попасть к невропатологу, а один мужчина – к нейрохирургу; одна женщина хотела бы посетить фтизиатра; один мужчина – терапевта; одна женщина – отоларинголога; один мужчина – гастроэнтеролога; одна женщина – хирурга, а двое мужчин – сосудистого хирурга и одна женщина – арт-терапевта.

Эксперты(ки) также подтвердили, что для ПИН, которые имеют партнеров(ш) (ПИН или не-ПИН), очень актуально парное консультирование специалистов.

«[Предоставлять] семейное консультирование. Какие-то услуги, которые были бы интересны и актуальны для двоих, для семьи. Потому что если они находятся в паре, то надо информировать их о том, как они влияют друг на друга. Им это интересно. Они не понимают некоторых вещей, например, почему, когда один прекращает принимать наркотики, то он не может находиться рядом с потребляющим: «Я же его люблю». Или – мы хотим вдвоем спрыгнуть, запишите нас вместе в один реабцентр. А это запрещено. То есть должны быть консультации психологов и других специалистов именно для семейных пар потребителей. Может быть, даже помогать решать их конфликтные вопросы» (руководительница направления).

Многие эксперты(ки) указывали на сложности, которые возникали в том случае, когда в НПО внедрялись определенные услуги для женщин-ПИН или для всех ПИН, клиенты(ки) привыкали пользоваться этими услугами, а потом после завершения проекта их финансирование прекращалось и услуги сворачивались.

[17] Без респондентов, которые выбрали «затрудняюсь ответить», 2-5%

«Когда у нас в прошлом году работал женский клуб, то было очень много женщин. Мы дали толчок, и они ходили, ходили. Потом по проекту этот клуб резко закрыли. Но мы все равно с ними общаемся, не теряем из поля зрения, предоставляем услуги, они приходят» (старший социальный работник).

«Если раньше у нас был комьюнити-центр, у клиентов была возможность приходить, сидеть, смотреть телевизор, пить чай, общаться с нами, то в этом году его нет – порезали финансирование. Просто консультативный пункт. Пришел, получил консультацию – все, до свидания» (социальный работник).

3.3. Особенности предоставления профилактических услуг женщинам и мужчинам-ПИН

Важной составляющей эффективного ВИЧ-сервиса является качественное мотивационное консультирование. Основная нагрузка по предоставлению профилактической информации и формированию навыков безопасного поведения всегда ложилась в НПО на социальных и аутрич-работников(ниц). Особенно она возросла при реализации проектов снижения вреда в рамках 10 раунда финансирования ГФ, когда существенно сократились возможности НПО для привлечения других специалистов.

Более действенным становится консультирование при его «подкреплении» выдачей профилактических средств. Проанализируем, с помощью данных опроса клиентов(ок), насколько точно придерживаются сотрудники(цы) НПО ключевых принципов ВИЧ-сервиса на примере их работы за последний перед . Фактически речь идет об июне-июле 2015 г.

Большинство опрошенных клиентов(ок) в эти месяцы получали услуги НПО и контактировали с социальными или аутрич-работниками(цами), в т.ч. 91% респондентов(ок) получали бесплатные шприцы и 79% – презервативы. Первую услугу получили в равной степени мужчины и женщины, презервативы – 88% клиентов и 74% клиенток. Вместе с получением профилактических средств клиенты(ки), как правило, беседовали с сотрудником(цей) НПО. Только 3% респондентов(ок), т.ч. 4% женщин и ни один (!) мужчина, сообщили, что соцработник, выдавая шприц, с ними ни о чем не говорил. Столько же (3%) опрошенных отрицали общение с соцработником(цей) при получении презерватива, в т.ч. 3% мужчин и 2% женщин.

Проанализируем тематику общения клиентов(ок) с социальными и аутрич-работниками(цами). Для установления и налаживания с клиентами(ками) доверительных отношений, привлечения их внимания большинство социальных и аутрич-работников(ниц) начинают диалог с нейтральных тем. Об этом сообщили 91% клиентов(ок), в т.ч. 92% женщин и 89% мужчин. Как правило, соцработники(цы) интересуются личной жизнью (85%), здоровьем клиентов(ок) (45%), их детей (33%) и/или отношениями с партнером (33%). После чего в большинстве случаев (85%), по данным опроса клиентов(ок), идет напоминание или более активное обсуждение профилактической тематики, т.е. вопросов, которые так или иначе связаны с возможным риском инфицирования ВИЧ, другими парентеральными инфекциями и способами их предупреждения. Чаще других респонденты(ки) вспоминали обсуждение с социальным(ой) работником(цей) таких тем, как необходимость использования только новых шприцев/иголок (59%), правила утилизации использованных шприцев (58%), последствия совместного их использования (55%), необходимость дезинфекции шприцев в случае отсутствия новых (46%) и другие (выделено жирным шрифтом – табл. 3.8). Также достаточно часто клиенты(ки) (65%) обсуждают с соцработниками(цами) темы, связанные с уменьшением риска передозировок (57%) и других последствий наркопотребления, в т.ч. как

безопасно ввести наркотик (43%), скорость его введения (39%), использование жгута при инъекции (37%).

Ряд клиентов(ок) вспомнили и другие темы, которые обсуждал(а) с ними соцработник(ца), выдавая шприц. Среди них – переход на ЗПТ (2 респондента), отказ от употребления инъекционных наркотиков (2 респондента), предложение пройти КиТ (1 респондент).

Таблица 3.8

Вопросы, которые обсуждал(а) соцработник(ца) с клиентами(ками), выдавая шприц, %

	Все, n=274	В т.ч.	
		Мужчины n=93	Женщины n=181
«Как у вас дела?»	*85*	*87*	*85*
Необходимость использования только новых шприцев/иголок	**59**	**70**	**53**
Утилизация использованного шприца	**58**	**69**	**53**
Как избежать передозировки, что делать?	57	58	56
Последствия совместного использования шприца	**55**	**61**	**51**
О дезинфицировании шприца, если нет нового	**46**	**55**	**41**
О самочувствии	*45*	*38*	*49*
О влиянии наркотиков на организм, их вреде	**43**	**47**	**41**
Как безопасно разделить дозу?	**43**	**56**	**37**
Как безопасно ввести наркотик?	43	51	40
Как говорить с партнером о безопасном употреблении наркотика?	**42**	**46**	**39**
Необходимость кипятить купленный раствор	**40**	**50**	**35**
Скорость введения наркотика	39	44	36
Как проконтролировать качество наркотика?	**38**	**45**	**34**
Использование жгута при инъекции	37	41	35
О детях	*33*	*24*	*37*
О взаимоотношениях с партнером	*33*	*41*	*29*
Другое	*4*	*4*	*4*

Распределение ответов клиентов(ок) НПО о темах, на которые с ними говорил соцработник(ца) при выдаче шприцев, свидетельствует о том, что с мужчинами ведется более активная просветительская работа, чем с женщинами. Об обсуждении большинства вопросов, связанных с рисками и предупреждением инфицирования ВИЧ при введении наркотика, чаще вспоминали клиенты (94%), чем клиентки (81%) (значимые различия по отдельным темам выделены заливкой в табл. 3.8). Аналогичная тенденция прослеживается и в обсуждении других рисков, связанных с наркопотреблением, и их предупреждения.

Определенные гендерные различия прослеживаются в консультировании клиентов(ок) при выдаче презервативов. Следует заметить, что, как правило, все услуги, входящие в минимальный пакет, предоставляются комплексно: в одном месте и в одно время. По данным опроса клиентов(ок), в течение последнего месяца 78% респондентов(ок)

(в т.ч. 73% женщин и 87% мужчин) получали от персонала НПО и шприцы, и презервативы, 14% (19% женщин, 4% мужчин) – только шприцы, 1% (4 человека) – только презервативы. Таким образом, у социальных работников(ниц) была возможность обсудить с подавляющим большинством клиентов(ок) вопросы безопасного секса и предупреждения ИППП. Судя по полученным данным (табл. 3.9), такое консультирование активно практикуется. Только 3% респондентов(ок) сообщили о том, что получили презервативы без общения с социальным или аутрич-работником(цей).

Главной темой обсуждения при выдаче презерватива является риск передачи ВИЧ/ИППП и использование презерватива как надежного средства профилактики. Об этом свидетельствуют ответы 78% респондентов(ок). Относительно реже клиенты(ки) упоминают о консультировании по вопросам правильного использования презервативов и обсуждении его использования с партнером(шей), причем значимо реже эти темы обсуждаются с женщинами, чем с мужчинами (значимые различия по отдельным темам выделены заливкой в табл. 3.9).

Таблица 3.9

Вопросы, которые обсуждал соцработник с клиентами(ками), выдавая презервативы, %

	Все n=237	В т.ч.	
		Мужчины n=90	Женщины n =147
О риске передачи ВИЧ/ИППП	78	76	80
Что презерватив защищает от ВИЧ/ИППП	77	76	78
«Как у вас дела?»	*60*	*57*	*62*
Как правильно пользоваться презервативами	49	56	46
Контрацепция, предупреждении беременности	44	54	38
Как убедить партнера(шу) пользоваться презервативами	44	56	37
Как говорить с партнером(шей) о сексе	41	49	35
О взаимоотношениях с партнером(шей)	*33*	*40*	*29*
О самочувствии	*25*	*18*	*29*
О детях	*24*	*20*	*26*
Другое	*3*	*2*	*3*
Ни о чем, просто выдал презервативы	3	3	2

Со слов респондентов(ок), часть социальных и аутрич-работников(ниц) стремилась поделиться с ними не только профилактической информацией, но и сформировать у клиентов(ок) навыки безопасного поведения. В частности, 38% всех опрошенных подтвердили, что за последний месяц соцработник(ца) им показывал(а), как дезинфицировать, разделять наркотик, 33% – как правильно использовать презерватив. Причем, по обоим показателем значимых различий между ответами мужчин и женщин не оказалось. Немного активнее по «презервативам» соцработники(цы) работают с мужчинами (37%), чем с женщинами (31%).

Данные о получении раздаточных материалов (шприцев, презервативов) и сопутствующем диалоге между социальным/аутрич-работником(цей) с клиентами(ками) подтверждаются распределением ответов респондентов(ок) на другой вопрос – о частоте и форме получения информации в течение последних 12 месяцев. Только 6% опрошенных

клиентов(ок) отрицают получение информации о безопасном введении наркотиков и безопасном сексуальном поведении от персонала НПО. Еще 6% респондентов(ок) ответили, что длительность их общения с социальными работниками(цами) не превышала 10 минут, в т.ч. у 1% (4 человека) такая встреча была одна, у 5% – несколько раз. Незначительной (16%) оказалась группа клиентов(ок), которые за год получали краткосрочную или длительную (более 10 мин.) разовую индивидуальную консультацию. Большинство опрошенных подтвердили регулярность получения устной информации от персонала НПО (табл. 3.10).

Еще активнее социальные работники(цы) используют ИОМ для просвещения клиентов(ок). Причем 82% клиентов(ок) получали печатную продукцию неоднократно. Только 7% респондентов(ок) отрицают получение листовок, буклетов от сотрудников(ниц) НПО. Остальные (11%) получали один раз.

Более двух третей клиентов(ок) (70%) сообщили, что за последний год также принимали участие в групповых занятиях, более половины (58%) – в просмотре тематических фильмов и/или видеороликов.

Таблица 3.10

Частота и форма получения клиентами(ками) информации о безопасных введении наркотиков и сексуальном поведении за последний год, %

Ответ по каждой строке	Ни разу	1 раз	Несколько раз	Часто	Затруднились ответить
Выдавали листовки, буклеты	7	11	26	56	0
Проводили индивидуальную консультацию (беседу) длительностью 10 минут и более	12	18	33	36	1
Сотрудник(ца) упоминал(ла) о безопасном поведении в разговоре с вами (до 10 минут)	13	15	27	43	2
Показывали фильмы, видеоролики	42	14	27	17	0
Проводили групповые занятия	29	13	29	28	1
Использовали какие-либо наглядные пособия	33	18	23	22	4

Существенных различий в общем подходе НПО к информированию и просвещению женщин и мужчин из числа клиентов(ок), по данным их опроса, не прослеживается. Можно говорить о том, что среди женщин несколько больше (7%) вообще не охваченных личным консультированием (беседой) с соцработником(цей). Среди мужчин этот показатель составляет 3%. Однако при реализованной выборке эти различия являются незначимыми, как и в охвате групповыми занятиями, раздачей ИОМ.

Относительно тенденций в организации просвещения клиентов(ок), то, по мнению, последних, на сегодняшний день информация о безопасном поведении предоставляется персоналом НПО примерно с такой же частотой, как и в первые месяцы вовлечения в проект. Так считают 67% мужчин и 61% женщин. Часть клиентов(ок) (22%) думают, что их теперь информируют чаще, 13% – реже. При этом различия в ответах мужчин и женщин не являются значимыми (табл. 3.11).

Также не выявлено существенных различий в оценке респондентами(ками) с разным клиентским стажем. В частности, большинство клиентов(ок), получающих услуги в НПО

более одного года (60%), считают, что частота информирования осталась прежней, 25% – увеличилась и только 14% – уменьшилась.

Таблица 3.11

Распределение ответов на вопрос: **«Вспомните, пожалуйста, время, когда Вы только начали посещать организацию. Чаще или реже информируют Вас о безопасном употреблении наркотиков и сексуальном поведении на данный момент?**», %

	Все n=300	В т.ч.	
		Мужчины n =102	Женщины n =198
Чаще	22	23	22
Примерно так же	63	67	61
Реже	13	9	15
Затрудняюсь ответить	*2*	*1*	*2*

Практически все опрошенные клиенты-ПИН (по 96% мужчин и женщин) сообщили о том, что сотрудники(ца) организации предлагали им пройти тестирование на ВИЧ в НПО, и большинство из них воспользовались этим предложением. В итоге, 91% мужчин и 90% женщин были протестированы.

Консультирование, сопутствующее тестированию на ВИЧ-инфекцию, является достаточно важным источником информации о ВИЧ и способах его предупреждения. Дотестовое консультирование было проведено со всеми мужчинами и с 98% женщин, проходивших КиТ в НПО. 89% респондентов(ок) (как мужчин, так и женщин), которые проходили дотестовую консультацию указали, что ее проводил соцработник НПО, в остальных случаях – медицинский(ая) работник(ца).

Исходя из ответов респондентов(ок), консультирование можно оценить как достаточно качественное. Так, большинству клиентов(ок) рассказали о рисках ВИЧ-инфицирования и о том, как их избежать, о процедуре тестирования, а также о его добровольности и бесплатности, объяснили, почему нужно знать свой ВИЧ-статус и какими могут быть результаты теста, а также получили согласие респондентов(ок) на проведение. При этом, значимых различий относительно качества консультирования мужчин и женщин не выявлено (рис. 3.2).

В качестве «других» тем консультации респонденты(ки) упоминали конфиденциальность, а также жаловались на то, что с ними говорили о том, что они «и так давно знают». В последнем случае можно предположить, что клиент(ка) проходил(а) КиТ неоднократно.

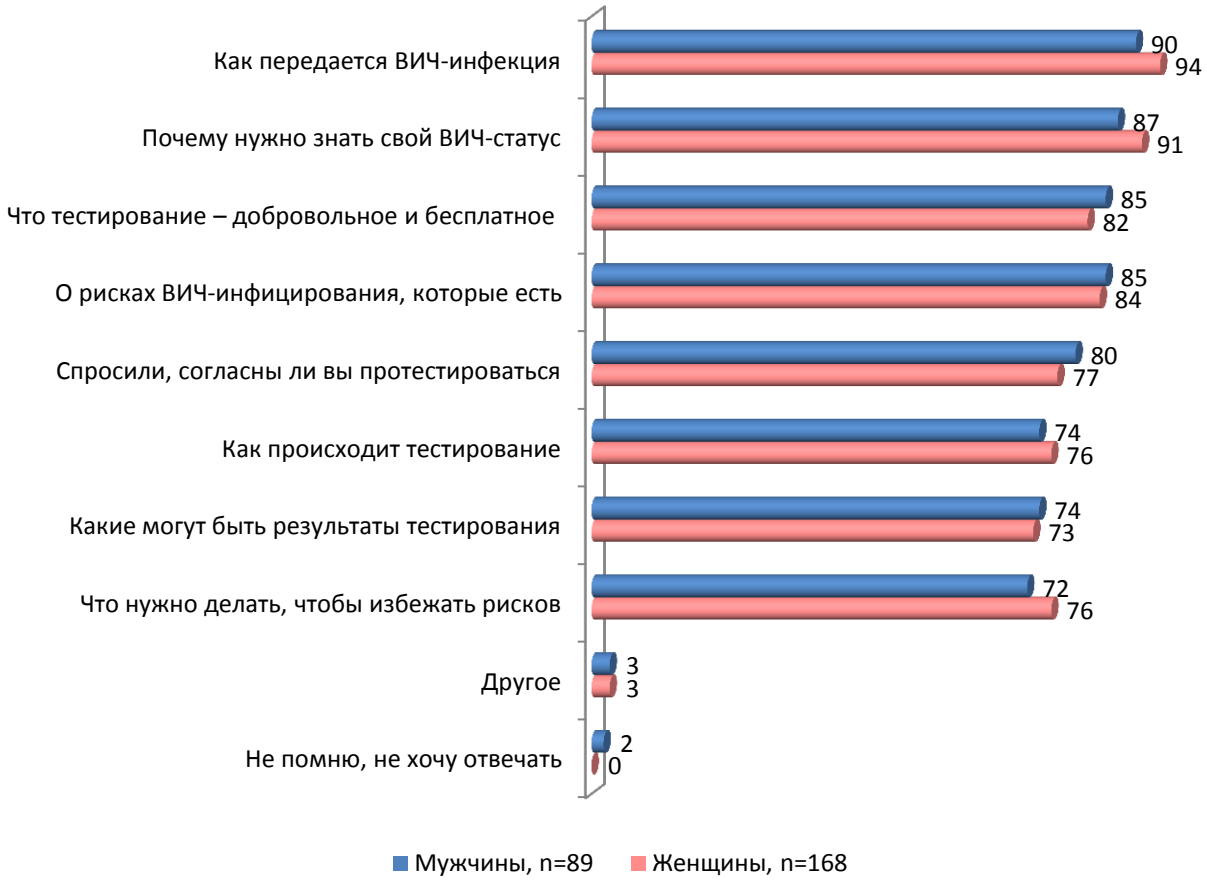

Рис. 3.2. **Темы, о которых говорили с респондентами(ками) во время дотестовой консультации,** *% к тем, кто ее проходил.*

Самотестирование на ВИЧ-инфекцию, начавшее внедряться в практику ВИЧ-сервисными НПО сравнительно недавно, проходили 8% респондентов(ок) (в т.ч. 9% мужчин и 7% женщин). При этом, значимых различий в зависимости от клиентского стажа опрошенных выявлено не было.

Практически все опрошенные, проходившие самотестирование (а это 9 мужчин и 14 женщин), получили тест-систему в НПО. Лишь 1 мужчина указал, что он купил ее в аптеке, а 1 женщине ее принес кто-то из «друзей, знакомых». С каждым из клиентов(ок), получивших тест-систему в НПО, перед ее выдачей была проведена консультация, а в некоторых случаях соцработник(ца) даже присутствовал(а) при тестировании, подсказывая, что и как делать.

Что касается содержания консультации, то в большинстве случаев клиентам(кам) рассказывали о процедуре самотестирования (13 из 21 человека) и о том, что нужно делать если будет выявлен положительный результат (6 из 21 человек). Один респондент указал, что ему рассказали о добровольности тестирования, а еще один «был как в тумане, поэтому ничего не помнит». Оценивая качество консультирования, следует учитывать, что в отличие от вопроса о содержании дотестовой консультации при проведении КиТ, в котором респондентам(кам) предлагались варианты ответа, в случае самотестирования они должны были вспомнить, о чем с ними говорили, самостоятельно.

Описание процедуры самотестирования в большинстве случаев звучало так: «продезинфицировал и проколол палец, набрал кровь, капнул (на панель) и посмотрел результат». Некоторые респонденты(ки) также уточняли, делали ли они это дома или в

организации, присутствовал ли при этом кто-то другой (как правило, соцработник(ца) или кто-то из родственников) или нет и другие подобные детали. Лишь один респондент (тот, который сказал, что покупал тест-систему для самотестирования в аптеке) сказал, что *«купил систему в аптеке, вколол в вену, набрал кровь, на следующий день повез в СПИД-центр»*. То есть в этом случае речь идет не о самотестировании, а просто о заборе крови для классического анализа на ВИЧ-инфекцию.

Большинство респондентов(ок)-ПИН (93%) отметили, что при посещении организации никогда не испытывали дискомфорта/неловкости в общении с соцработником(цей). Так ответили 94% женщин и 92% опрошенных мужчин. Это свидетельствует о сложившихся доверительных взаимоотношениях между клиентами(ками) и соцработниками(цами) НПО, а также комфортном психологическом климате в организациях.

Остальные респонденты(ки) сообщили о единичных случаях возникновения дискомфорта/неловкости в общении с персоналом НПО (6%) (рис. 3.3).

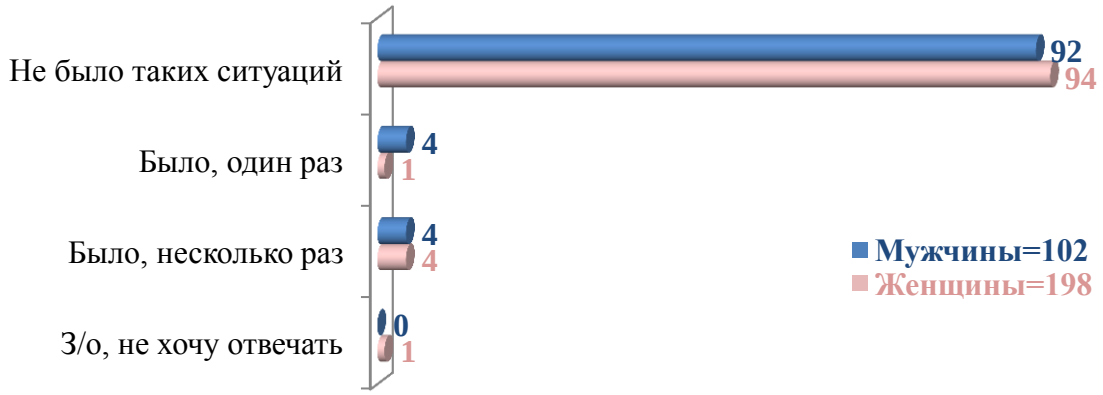

Рис 3.3. Распределение ответов респондентов(ок) на вопрос: **«За последний год были ли ситуации, когда при посещении организации (общении с соцработником(цей) вы испытывали дискомфорт/неловкость?»,** *%*

По ответам респондентов(ок), главной причиной возникновения таких ситуаций является присутствие других клиентов(ок) и невозможность поговорить наедине (об этом упомянули 6 из 20 опрошенных, в т.ч. 3 женщины и 3 мужчины). Еще одной веской причиной клиенты(ки)-ПИН считают затрагивание соцработником(цей) в ходе разговора неприемлемых для них тем, например, секса (4 респондента). Два респондента, в т.ч. один мужчина и одна женщина, считают, что фактором, провоцирующим дискомфорт в общении клиента(ки) с соцработником(цей), является присутствие других сотрудников(ниц).

Кроме указанных в анкете вариантов ответа, клиенты(ки) НПО указали еще ряд причин, которые, по их мнению, могут влиять на их общение с соцработником. Среди таких причин: неловкость при обсуждении проблем, связанных со здоровьем (2 респондента); личные ощущения; плохое самочувствие; боязнь разглашения статуса со стороны соцработника(цы); употребление наркотиков супругой (по одному респонденту).

Респондентам(кам)-ПИН также задавался вопрос: «Как обычно ведет себя соцработник(ца) при общении с вами?». Согласно их ответам, как правило, в глазах клиентов(ок)-ПИН, соцработник(ца) выступает в роли друга. В этом убеждены 64% опрошенных, 21% респондентов(ок) воспринимают соцработника(цу) как своего наставника.

Значительно меньше (6%) клиентов(ок)-ПИН позиционируют соцработника(цу), как учителя, 2% – как врача и практически никто – как безразличного наблюдателя или злюку. 7% клиентов(ок) предложили свои варианты ответа, например: специалист, родственник, хороший знакомый, помощник, психолог, хороший человек, товарищ, внимательный человек, старшая сестра.

Результаты опроса свидетельствуют о высоком уровне доверия клиентов(ок) НПО к социальным работникам(цам), поскольку большинство респондентов(ок) выбрали для их характеристики позитивную оценку. Таким образом, соцработник(ца), в глазах клиента(ки)-ПИН, – это поддержка, совет и опора, это человек, к которому всегда можно обратиться за помощью и он(она) никогда не откажет. При чем, это в равной мере касается, как мужчин, так и женщин-ПИН (рис. 3.4).

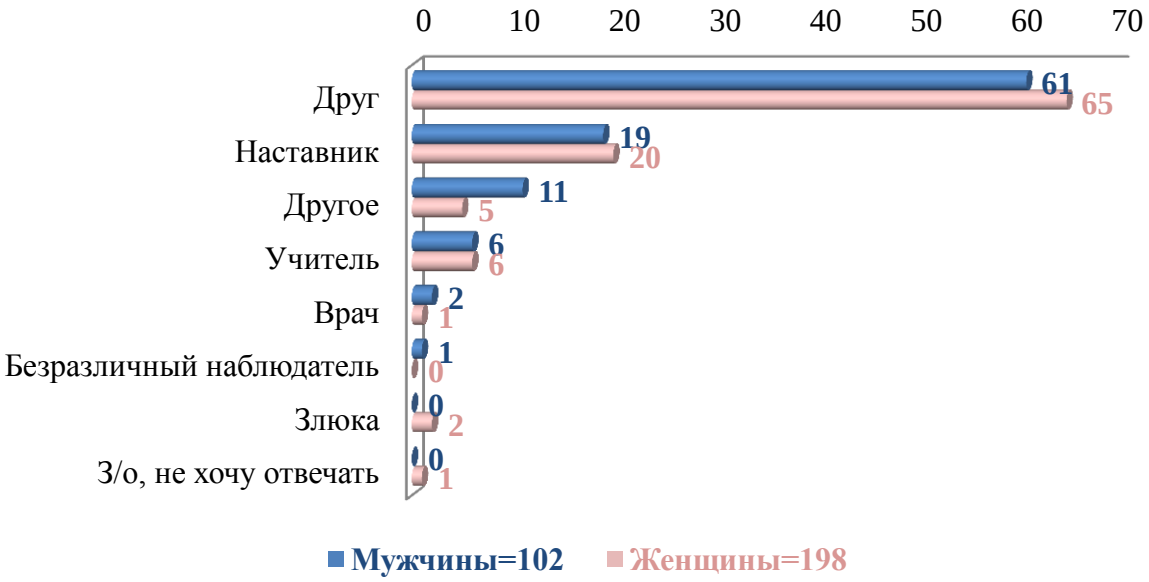

Рис 3.4. **Рейтинг ролей соцработника(ц) глазами клиентов(ки) НПО,** *%*

Уровень откровенности при общении с соцработником(цей) распределился следующим образом: практически половина (49%) респондентов(ок) абсолютно откровенны при общении; еще 44% опрошенных – менее открыты и считают, что могут рассказать многое, кроме наиболее интимных моментов. Лишь 4% из всех опрошенных убеждены, что есть многое, о чем не нужно говорить соцработнику(це). При этом, женщины чуть более склонны к абсолютной откровенности, чем мужчины, однако в силу небольшого объема выборки эти отличия нельзя считать значимыми. В то же время, доля «недоверчивых» клиентов(ок) и среди мужчин и среди женщин одинаково мала (рис. 3.5).

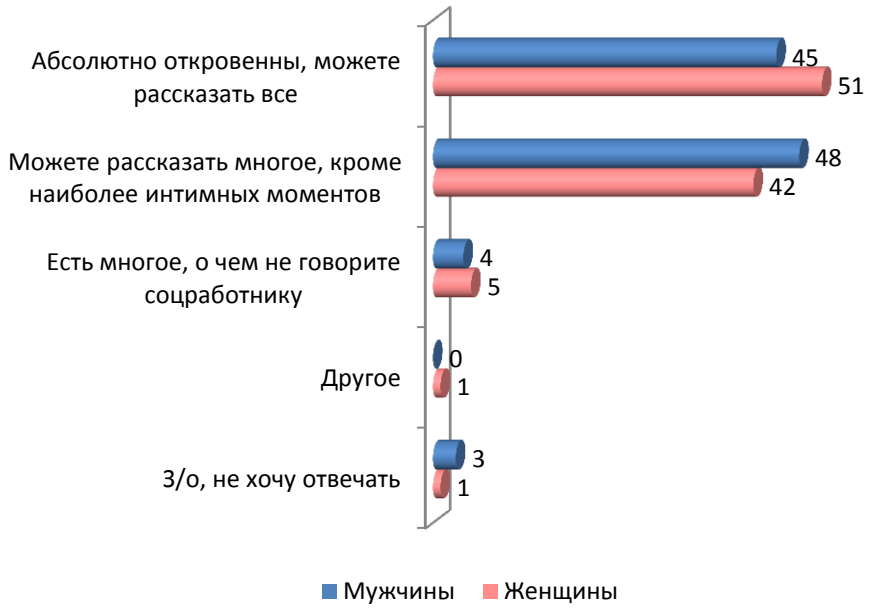

Рис. 3.5. Распределение ответов на вопрос: **«Насколько Вы откровенны при общении с соцработником(цей)?»,** %

Таким образом, с одной стороны, в НПО с женщинами реже разговаривают на разные сенситивные темы, связанные с профилактикой инфицирования ВИЧ, с другой стороны, женщины реже говорили о том, что испытывают дискомфорт при общении с соцработником(цой) и более склонны к откровенности при общении с ним(ней). Таким образом, либо сотрудники(цы) НПО менее склонны разговаривать на такие темы с женщинами, так как ошибочно считают, что это причинит им дискомфорт, либо наоборот женщины реже испытывают дискомфорт, поскольку с ними реже разговаривают на такие «неприятные» темы. В любом случае, социальные и аутрич-работники(цы) нуждаются в обучении тому, как правильно консультировать клиентов и клиенток по вопросам безопасного инъекционного употребления и сексуального поведения.

Таким образом, хотя сотрудники(цы) НПО одинаково ответственно относятся к предоставлению услуг и женщинам и мужчинам-ПИН и у них налажены достаточно доверительные отношения с клиентами(ками) обеих полов, некоторые гендерные особенности своих клиентов(ок) из числа ПИН они все-таки отметили.

В частности, по словам экспертов(ок), предоставление услуг женщинам требует больше времени, так как им важно не только получить необходимые услуги, но еще и поговорить «о жизни». Также они более ответственно относятся к консультациям, задают больше вопросов.

«Женщины более педантичны, дотошные. Она просидит лишний час после консультирования, но все выспросит, задаст больше вопросов…» (социальная работница).

Для женщин, у которых есть дети, очень важна возможность оставить ребенка под присмотром, пока они получают услуги.

«Проводить мероприятия, чтобы они могли приходить сюда с детьми, чтобы они не чувствовали себя оторванными. Чтобы знали, что сюда можно безопасно прийти с ребенком, и он будет присмотрен и при деле, его никто не будет попрекать. Ребенок

может под присмотром погулять, пока мама будет общаться с психологом или с юристом» (координаторка направления).

«Может быть, внедрить опыт Эстонии (там тоже есть отделение «Конвиктуса») и организовать отдельную комнату, чтобы мама могла оставить там ребенка, пока она занимается своими делами. Потому что многие клиентки не могли посещать группы из-за детей» (руководительница направления).

Что касается гендерной специфики взаимодействия с сотрудниками(цами) НПО, то экспертами(ками) было высказано два противоположных мнения. Согласно одному из них, женщины более закрыты, скромны, они менее склонны сами говорить о своих проблемах и просить о том, что им нужно, поэтому их нужно «разговорить», предложить им всю возможную помощь.

«Мужчине проще. Он заходит и спрашивает о «Мивине». А женщина, если хочет кушать, может промолчать. Ей нужно предложить» (социальная работница).

Другая часть экспертов(ок), наоборот утверждает, что женщины более расположены к конструктивному сотрудничеству, чем мужчины.

«Я могу сказать о взаимодействии с социальными работниками. Женщины более открыты и расположены к работе и получению помощи. Мужчины более замкнуты» (руководительница направления).

«Женщина – более открыта, а мужчина более закрыт. Когда начинаешь ему задавать вопросы, начинают возникать какие-то вопросы, типа «Зачем оно вам надо?». Начинаешь объяснять… В работе с мужчинами возникает больше трудностей, чем при роботе с женщинами, потому что мужчины более недоверчивы, чем женщины» (социальный работник).

Оба этих мнения встречаются и среди сотрудников, и среди сотрудниц. Возможно, тут речь идет о каких-то личностных особенностях экспертов(ток), их умении находить контакт с клиентами(ками) разного пола.

Также довольно часто социальные работники(цы) указывали на то, что гендерные особенности хотя и важны, но индивидуальный подход к каждому клиенту(ке), учитывающий его потребности, состояние здоровья, психологические особенности, специфику социального окружения и жизненной ситуации т.п. – еще важнее.

«С того момента, как мы знакомимся с человеком, мы заводим на него анкету и смотрим, какой наркотик он употребляет. И уже с этого момента начинаем понимать, что дальше с человеком происходит. Если это женщина, и мы видим, что она беременна, мы понимаем, какую ей надо оказывать помощь. Также мы смотрим на состояние здоровья. Например, человек говорит, что болеет туберкулезом. Есть и ВИЧ, и гепатит. Понятно, что тестирование я уже не буду предлагать. Но я могу спросить, стоит ли он на учете, получает ли терапию. Если он получает терапию – это одно, а если, говорит, что они мне поставили диагноз «ВИЧ», но я туда не хожу, то понятно, что нам нужно мотивировать его, чтобы он сдал анализы на СД-4 клетки, вирусную нагрузку и т.д.» (социальная работница).

«У нас были случаи, когда мужчина приводил свою беременную женщину, и статус выявлялся. Мы поэтапно ведем этого человечка. Мы успеваем встать на терапию. В этот момент мы занимаемся женщиной больше, нежели мужчиной. Потому что мужчина сдает на СД-4, а женщину нужно просто поэтапно вести» (социальная работница).

Отвечая на вопрос о целях, которые они ставят перед собой в процессе работы с ПИН, большинство опрошенных соцработников(ниц) не смогли дифференцировать женщин и мужчин, а говорили о ПИН в целом.

При этом цели, которые они перед собой ставят, в большинстве случаев сводятся к отказу клиентов(ок) от наркозависимости.

«Общая цель – помочь этим людям перестать жить такой плохой жизнью… хоть как-то вернуться в общество и перестать жить наркотиками» (старший социальный работник).

«Я считаю, что главное, чтобы человек вышел из этого [наркозависимости], вырвать его на реабилитацию из рабства наркотика» (старший социальный работник).

Правда, эксперты(ки) признают, что достигнуть этой цели можно только вследствие длительной поэтапной работы с клиентом(кой).

«Снижение вреда – чтобы они научились безопасно потреблять наркотики. Или перестали совсем их потреблять, если это возможно. Сначала говоришь с ними о безопасном потреблении наркотиков. Потом начинаешь их подводить к ЗПТ. Кто идет на ЗПТ, постепенно перестают докалываться. Вот так потихонечку-потихонечку и получаешь положительный результат» (социальная работница).

«Какие цели ставлю? Чтобы эти люди ходили, не терялись. Чтобы, по возможности, меняли свой образ жизни. Сначала пусть будут шприцы, салфетки, презервативы, если употребляют – пусть делают это безопасно, чтобы ни ВИЧ не подхватить, ни ИППП. Ну а потом, если у человека уже есть какое-то желание больше сделать, чтобы прекращали употреблять те же наркотики» (социальный работник).

«В какой-то один период я просто хотела, чтобы они все стали здоровыми в один момент. А теперь я понимаю, что это – плохая тактика. Она не работает. Изменение поведения – это поощрение к каким-то мелким достижениям. Это работает. Например, некоторые клиенты, которые на ЗПТ, продолжают употреблять, но «Я сбросил еще пять». – «Молодец, давай, у тебя получится» (социальная работница).

Но даже в таком случае добиться столь глобальных изменений в жизни клиентов(ок) не всегда возможно. Поэтому более реалистичная и «близкая» цель – это сохранение здоровья клиентов(ок) и их окружения путем изменения поведения на менее рискованное.

«Основная цель – добиться того, чтобы люди действительно услышали и узнали, стали действительно менять свое поведение. Чтобы сократили риск передачи инфекционных заболеваний. Это одна из основных целей. А вторая цель более глобального масштаба – чтобы они (бросили употребление наркотиков) и не возвращались сюда» (социальная работница).

«Узнать о состоянии здоровья. Если есть какие-то болезни, то выявить их. Например, это может быть туберкулез. Это может быть ВИЧ. Может быть гепатит» (социальная работница).

«Изменение как инъекционного, так и сексуального поведения на более безопасное. Мы их максимально к этому приучаем» (руководительница направления).

«У меня [при работе] со всеми одна цель – хочется, чтобы [мир изменялся] к лучшему. Мое желание, чтобы меньше распространялись болезни – СПИД, гепатиты, болезни, передающиеся половым путем. Чтобы наркоманов наших научить культуре

употребления наркотиков: «Если ты уже употребляешь – употребляй так, чтобы болезней не было, и чтобы как можно меньше навредить другому» (социальный работник).

«В начале моей работы они [цели] у меня были грандиозными. Хотелось помочь всем. А сейчас они минимизировались. Хочется вложить человеку мысль о том, что надо потреблять ответственно. Чтобы хотя бы прятал иголку, чтобы не покололись дети и чтобы не выкидывал шприц, а приносил его к нам на обмен» (социальный работник).

Иногда в качестве целей работы с клиентами(ками) сотрудники(цы) указывали ориентацию на привлечение новых клиентов(ок) и удержание в проекте старых, формирование доверительных отношений с клиентами(ками), то есть то, что является не целью, а средством для достижения собственно целей – снижения вреда, предупреждения инфицирования.

«Цели? Консультировать их, чтобы они не покидали нас, чтобы приходили. Привлекать новых клиентов. Удерживать старых клиентов, вовлекать их в разные новые проекты» (старшая социальная работница).

«Лично у меня цель – стать им близким человеком. В любом случае это не помешает, ни им, не мне» (социальный работник).

Таким образом, новые клиенты(ки) приходят в ВИЧ-сервисные НПО благодаря инициативе своего социального окружения. Большинство клиентов(ок) (67%) сообщили, что в организацию их «привели» близкие люди: знакомые, которые уже ее посещают, муж (жена)/партнер, другие родственники. При этом, среди женщин-ПИН примерно равное значение играют три источника из их социального окружения: знакомые женщины-клиентки, знакомые мужчины-клиенты и сотрудники(цы) (волонтеры(ки) НПО. Среди мужчин однозначным лидером по привлечению их в ВИЧ-сервис являются знакомые мужчины-клиенты данной НПО (48%), почти вдвое реже – сотрудники(цы) (волонтеры(ки) НПО (27%).

По словам социальных работников(ниц) НПО, привлечение в проекты снижения вреда женщин-ПИН является более трудоемким процессом, чем привлечение мужчин, так как женщины долго «раскачиваются». Они хуже идут на контакт и относятся более недоверчиво, им требуется больше времени, чтобы раскрыться и начать доверять сотрудникам(цам) НПО. Женщины более стигматизированы, и часто, как реакция на это, у них возникает отрицание проблемы. Хотя, спустя некоторое время после начала взаимодействия с НПО, после того как был сформирован определенный уровень доверия, эти проблемы теряют свою актуальность.

Женщины также более требовательны в плане предоставляемых им услуг. В частности, они лучше осознают потребности в получении информации, консультирования специалистов(ок).

Что касается удержания клиентов(ок), то эксперты(ки) указывали, что, как правило, клиенты(ки) уходят из проектов в силу объективных обстоятельств – госпитализация, переезд, лишение свободы, смерть. Остальные клиенты(ки) в основном продолжают посещать организацию, хотя и с разной периодичностью: кто-то ходит регулярно, а кто-то появляется раз в несколько месяцев.

Каждая организация мотивирует своих клиентов(ок) по-разному, в силу своих возможностей и изобретательности сотрудников(ниц). С этой целью используются: выдача гуманитарной помощи, творческие и обучающие занятия, предоставление бытовых услуг,

спортивные тренажеры, возможность посмотреть телевизор, воспользоваться Интернетом, попить чай, поиграть в настольные игры. Однако практически все опрошенные соцработники(цы) так или иначе сходились во мнении, что первичным мотивом посещения НПО для клиентов(ок)-ПИН является возможность получить какие-то материальные блага. Наряду с этим (но не вместо) очень важно доброжелательное отношение сотрудников(ниц) НПО к клиентам(кам).

В качестве специфических «женских» услуг, в которых женщины особенно нуждаются, возможность получить которые мотивировала бы их к посещению НПО, эксперты(ки) называли консультации гинеколога, товары/услуги для детей, женские товары (например, прокладки, средства гигиены).

Спрос на ВИЧ-сервис среди клиентов(ок) НПО является, в целом, достаточно высоким. Наибольший спрос – на услуги, входящие в минимальный пакет, и гуманитарную помощь (пайки, средства гигиены и медицинского назначения – более 80%). Клиенты(ки) высказали большую заинтересованность в тестировании на ВИЧ-инфекцию/ИППП (более 60%), прохождении консультаций специалистов(ок), особенно – психолога (43%), социального(ой) работника(цы) и врачей разных специальность (прежде всего – нарколога и инфекциониста).

Клиенты(ки) подтвердили интерес как к индивидуальным, так и парным консультациям. В частности, пройти парную консультацию специалистов(ок), а именно соцработника(цы) хотели бы 79% опрошенных, психолога – 74%, нарколога и дерматовенеролога – около половины.

Большинство опрошенных клиентов(ок) в течение месяца, что предшествовал опросу, получали услуги НПО и контактировали с социальными или аутрич-работниками(цами), в т.ч. 91% респондентов(ок) получали бесплатные шприцы и 79% – презервативы.

Только 3% респондентов(ок), т.ч. 4% женщин и ни один (!) мужчина, сообщили, что соцработник(ца), выдавая шприц, с ними ни о чем не говорил(а). Для установления и налаживания с клиентами(ками) доверительных отношений, привлечения их внимания большинство социальных и аутрич-работников(ниц) начинают диалог с нейтральных тем, после чего в большинстве случаев (85%), по данным опроса клиентов(ок), идет напоминание или более активное обсуждение профилактической тематики. Об обсуждении большинства вопросов, связанных с рисками и предупреждением инфицирования ВИЧ при введении наркотика, чаще вспоминали клиенты (94%), чем клиентки (81%).

Подобным образом, только 3% респондентов(ок) сообщили о том, что получили презервативы без общения с социальным или аутрич-работником(цей). Главной темой обсуждения при выдаче презерватива является риск передачи ВИЧ/ИППП и использование презерватива как надежного средства профилактики. Относительно реже клиенты(ки) упоминают о консультировании по вопросам правильного использования презервативов и обсуждении его использования с партнером(шей), причем значимо реже эти темы обсуждаются с женщинами, чем с мужчинами.

Практически все опрошенные клиенты(ки)-ПИН сообщили о том, что сотрудники(цы) организации предлагали им пройти тестирование на ВИЧ в НПО, и большинство из них воспользовались этим предложением. В итоге, 91% мужчин и 90% женщин были протестированы в НПО. Дотестовое консультирование было проведено со всеми мужчинами

и с 98% женщин. Исходя из ответов респондентов(ок), консультирование можно оценить как достаточно качественное.

Большинство респондентов(ок)-ПИН (93%) отметили, что при посещении организации они никогда не испытывали дискомфорта/неловкости в общении с соцработником(цей). Уровень откровенности при общении с соцработником(цей) распределился следующим образом: практически половина (49%) респондентов(ок) абсолютно откровенны при общении; еще 44% опрошенных – менее открыты и считают, что могут рассказать многое, кроме наиболее интимных моментов. Лишь 4% из всех опрошенных убеждены, что есть многое, о чем не нужно говорить соцработнику(це).

Таким образом, сотрудники(цы) НПО одинаково ответственно относятся к предоставлению услуг и женщинам и мужчинам-ПИН и у них налажены достаточно доверительные отношения с клиентами(ками) обеих полов.

В числе гендерных особенностей, эксперты(ки) указывали, что работа с женщинами требует больше времени, так как им важно не только получить необходимые услуги, но еще и поговорить «о жизни». Женщины также более чувствительны к комфортному психологическому климату в НПО.

Также довольно часто социальные работники(цы) указывали на то, что гендерные особенности хотя и важны, но индивидуальный подход к каждому(ой) клиенту(ке), учитывающий его потребности, состояние здоровья, психологические особенности, специфику социального окружения и жизненной ситуации т.п. – еще важнее.

3.4. Гендерные стереотипы сотрудников(ниц) НПО

Результаты анализа глубинных интервью с экспертами(ками) свидетельствуют о том, что многие социальные и аутрич-работники(цы), разделяют гендерные стереотипы, присущие нашему обществу. Это определенным образом отражается на особенностях их работы с женщинами и мужчинами-ПИН.

Гендерные стереотипы, высказанные опрошенными экспертами(ками), относятся к характеристикам типичных женщины и мужчины-ПИН, особенностям их социальных ролей, специфике работы с ними и т.п.

Характеристики женщин и мужчин-ПИН

Женщины и мужчины рассматриваются как две абсолютно разные группы (например, использовалась фраза «Женщины – с Венеры, а мужчины – с Марса»). При этом упускается из вида то общее, что есть между мужчинами и женщинами. Также зачастую игнорируется тот факт, что внутри каждой из этих групп, есть разные подгруппы, причем различия между этими подгруппами могут быть более существенными, чем различия между группами в целом. Эта поляризация распространяется и на особенности работы с мужчинами и женщинами-ПИН. Подобная поляризация мужского и женского часто приводит к закреплению стереотипов о мужчинах и женщинах.

Женщины и мужчины – совершенно разные, у них очень мало общего.

«Наш проект ориентирован на то, чтобы быть гендерно-чувствительным …, чтобы к женщине относиться как к женщине, а к мужчине как к мужчине» (координаторка направления).

«Я понимаю, что при предоставлении услуг должны учитываться особенности взглядов, поведения, психологической специфики женщин и мужчин. Женщина намного уязвимей…» (координаторка направления).

«Подход к мужчинам и женщинам, как ни крути, разный. Они по-разному реагируют на многие ситуации. И услуги для них могут быть разные, привлечение может быть разным. Нельзя одними и теми же услугами привлечь одинаково и мужчин, и женщин» (социальная работница).

«Я на 100% за то, чтобы внедрить такое направление у нас в Украине. Потому что женщины и мужчины – это две разные группы, и к каждой нужен свой подход» (старший социальный работник).

«Мы проводим женские группы. Например, я проводила работу «Женщина с Венеры, а мужчина с Марса». У нас была такая тема по гендерному направлению. Я смогла туда вплести и отношение к себе, и уход за собой, и многое другое. Я просто расширила рамки этой темы» (социальная работница).

Женщины – слабые и уязвимые, а мужчины – сильные и уверенные в себе.

Большинство стереотипов, касающихся характеристик мужчин и женщин-ПИН сводятся к императиву: «Женщины – существа слабые и уязвимые, а мужчины – сильные и самостоятельные». Исходя из этого, считается, что женщинам сложнее справляться с жизненными трудностями, в том числе и с проблемами, вызванными употреблением наркотиков.

«Они (женщины) более закрыты, и к ним нужен особый подход. Они более ранимы сильно побитые жизнью» (старший социальный работник).

«Женщина – более мягкая, податливая, не агрессивная, скована, скромна, скрытная. А мужчина более жесткий и более уверен в себе» (старший социальный работник).

«Женщины более душевные и ранимые и совсем по-другому переживают трудности и неустроенность, связанные с употреблением наркотиков. Женщина больше поддается трудностям, а мужчина более стойкий» (старший социальный работник).

«Женщины более нестабильны в психологическом плане, чем мужчины, больше подвержены истерикам, более неуравновешенны» (социальная работница).

Кроме этого мужчины описываются как лидеры во всех сферах жизни, а женщины – как подчиненные.

Лидерские качества более характерны для мужчин, а женщины подчиняются им в разных сферах жизни.

Такое положение вещей считается естественным, а женщины-лидеры характеризуются как «женщины с мужским характером».

«Есть активные женщины, более активные, чем мужчины… Это сильная с мужскими качествами женщина» (руководительница направления).

Женщины более закрыты и непонятные, а мужчины – открытые и понятные.

«Мужчины более откровенны, а женщины – более скрытные и непредсказуемые. Узнав свой результат после тестирования, неизвестно как она себя поведет и дойдет ли до кейс-менеджера. Мужчины в этом плане более конкретные. Если «да» значит – «да», а если «нет» значит «нет». Если он сказал, что не придет, значит, он придет. А женщина еще

будет раскачиваться. С ней надо постоянно общаться, чтобы она дошла до конца» (аутрич-работник).

«Типичная женщина-ПИН – всегда спешащая, боящаяся всего и хотящая что-то изменить, но что – неизвестно… А мужчина-ПИН – самоуверенный, чуть-чуть нагловатый и, по большей части довольный тем, что сейчас происходит» (социальная работница).

«Мужчины, когда строят взаимоотношения в семье, среди своих коллег по наркотику, более открытые. Они менее изворотливые. Женщины, как у нас говорят, более «прыдумкувати». Они ищут самые разнообразные способы, чтобы приспособиться и остаться в семье... Мужчины в этом плане более категоричны. Он может развернуться и уйти» (руководительница НПО).

Следует отметить, что о «непонятности» женщин говорили не только сотрудники, но и сотрудницы.

Часть опрошенных экспертов(к) озвучили полярно противоположный стереотип: по их мнению женщины более открытыв общении с социальными работниками, чем мужчины.

Женщины более открыты, а мужчины – скрытные и неразговорчивые.

«Я могу сказать о взаимодействии с социальными работниками. Женщины более открыты и расположены к работе и получению помощи. Мужчины более замкнуты» (руководительница направления).

«Женщина – более открыта, а мужчина более закрыт. Когда начинаешь ему задавать вопросы, он часто спрашивает в ответ «Зачем оно вам надо?». Начинаешь объяснять… В работе с мужчинами возникает больше трудностей, чем при роботе с женщинами, потому, что мужчины более недоверчивы, чем женщины» (социальный работник).

При этом, поскольку оба утверждения характерны и для сотрудников, и для сотрудниц, можно предположить, что речь идет об индивидуальных особенностях сотрудников, их опыте и умении располагать к себе клиентов(к) разного пола. Исходя из этого, сотрудников(ниц) нужно обучать тому, как правильно работать с мужчинами и женщинами, устанавливать с ними контакт, формировать и поддерживать доверительные отношения и т.п.

Женщины более ответственно относятся к своему здоровью, менее склонны к рискованному поведению, чем мужчины.

Этот стереотип характерен для части сотрудниц, хотя остальные, а также сотрудники его опровергают, утверждая, что разницы между мужчинами и женщинами в этом вопросе нет.

Женщины-ПИН, живущие вместе со своими детьми, – более ответственные, заботливые.

Об этом говорила часть опрошенных экспертов(к) независимо от пола. Хотя другая часть сотрудников(ниц) НПО утверждали обратное – наличие детей у женщин-ПИН на уровень их ответственности не влияет.

В целом, что касается влияния материнства на поведение и жизненный уклад женщины-ПИН, нельзя однозначно сказать, какой признак – первичен, а какой – зависит от другого. Возможно, проживание с ребенком действительно формирует у женщины

заботливость и ответственность, а возможно, наоборот, более ответственные и заботливые женщины проживают со своими детьми, а остальные – отдают их родственникам.

Особенности социальных ролей женщин и мужчин-ПИН

Нормальная семья – это семья, в которой мужчина играет роль добытчика и ему же принадлежит больше власти.

Независимо от пола опрошенных сотрудников(ниц) НПО, для них характерна ориентация на традиционную патриархальную семью, в которой мужчина выполняет роль добытчика и наделен большей властьюкак на некий идеал. Такая семья характеризуется, как «нормальная», «правильная» «сама собой разумеющаяся».

«Если мужчина принимает наркотики, тогда они с женой вместе приходят.Она постоянно как хвостик за ним, куда он, туда и она. Если убрать наркотик, то тут правильная семья – жена за мужем» (старший социальный работник).

«Мужчина должен зарабатывать деньги, а женщина – тратить. Так во всех семьях должно быть» (старшая социальная работница).

Стирка, уборка и другие бытовые вопросы, а также забота о детях – это обязанность женщины.

Мужчина должен нести ответственность за себя и семью, а женщина исполняет т роль красавицы и мамы.

«Если их (мужчин и женщин) разделить то, на мужчин я смотрю как на сильных людей, которые должны брать на себя ответственность. Во время консультаций и общения я поднимаю их мужское достоинство не в плане, что он мужик, который может всех поломать, но тот, кто ответственный. Если говорить о женщине, то поднимаю их самооценку, чтобы она хоть чуть-чуть поверила, что она – красавица, что она еще мама, что она любима кем-то может быть» (старший социальный работник).

Особенности работы с женщинами и мужчинами-ПИН

Стереотипы относительно гендерных характеристик женщин и мужчин-ПИН, специфики их социальных ролей влияют на понимание сотрудниками(цами) НПО особенностей работы с ними. В частности, это касается следующих аспектов.

1) Особенности привлечения клиентов(к) в зависимости от их пола.

Женщин привлекать сложнее, поскольку они более недоверчивы, более закрыты, чем мужчины.

Это соответствует действительности и выражается, к примеру, в том, что первым из пары ПИН в НПО, как правило, приходит мужчина. Этот факт следует учитывать: к примеру, можно разработать алгоритм консультирования клиента-ПИН, у которого есть партнерша, ориентированный на то, чтобы мотивировать мужчину привести в организацию свою женщину.

При этом речь идет именно о привлечении клиентов(к). Спустя определенное время после начала посещения НПО, когда сформирован определенный уровень доверия между клиентками и сотрудниками(цами) НПО, проблема недоверчивости женщин снимается.

Для привлечения мужчин достаточно минимального пакета услуг, тогда как женщины более требовательны и к качеству услуг, и к их количеству.

«Легче привлечь мужчину. Для него достаточно того, что он может всегда прийти и обменять шприцы, посидеть и пообщаться. Для женщины надо делать акцент на том, что она всегда сможет получить консультацию психолога, рассказать о своих проблемах и переживаниях людям, которые ее поймут и не осудят, что она сможет получить юридическую консультацию, потому что у многих возникают вопросы, связанные с детьми» (аутрич-работник).

«Женщинам надо обязательно подчеркнуть, что будет посильная помощь: и в отношении ребенка, и юридическая, и психолог у нас есть. У нас есть стиральная машина, что тоже немаловажно для женщин. Мужчин можно мотивировать нардами, шахматами, Интернетом и прочими такими услугами, связанными с отдыхом и развлечениями» (социальная работница).

«Должна быть конкретная практическая помощь, не только консультирование. Раньше у нас был ресурсный центр, были бытовые услуги: женщина могла прийти покупаться, постираться, посмотреть фильм, провести какое-то время. Мы ей предоставляли с партнерскими организациями гуманитарную помощь – вещи, игрушки. Помимо этого у нас были тренинги для женщин. И юрист наша работала. И мы привлекали очень много женщин. А сейчас этого нет» (координаторка направления).

Результаты опроса клиентов(к) не позволяют судить о том, как обстоит дело именно на этапе привлечения женщин и мужчин-ПИН в НПО. Значимых отличий в плане спроса на большинство услуг (кроме тех, которые мужчинам не нужны, например, консультация гинеколога) между мужчинами и женщинами зафиксировано не было.

2) Распределение услуг на «женские» и «мужские».

Женщинам нужны услуги, ориентированные на детей, заботу о своей внешности и решение бытовых вопросов, а мужчинам –ориентированные на досуг.

Прежде всего следует отметить, что у большинства опрошенных экспертов(к) есть трудности с пониманием того, что помимо особенностей, у женщин и мужчин много общих потребностей, для удовлетворения которых нужны универсальные услуги. Зачастую опрошенные пытались разделить на «женские» и «мужские» все услуги, предоставляемые НПО.

При этом видение сотрудников(ниц) НПО относительно обязанностей женщин и мужчин-ПИН определяет то, какие услуги они считают «женскими», а какие – «мужскими». Стирка, уборка и другие бытовые дела, а также забота о детях считаются женскими обязанностями, поэтому услуги, ориентированные на детей, а также бытовые услуги (например, стирка) считаются женскими. Хотя на практике, о том, что для них важна возможность оставить ребенка под присмотром на время получения услуг в НПО, говорили и мужчины, и женщины-ПИН.

«Вот если бы у нас была такая возможность, как раньше – женский клуб, плюс центр дневного пребывания для детей, плюс возможность временного проживания, возможность восстановления потерянного паспорта. Если бы был психолог, парикмахер у нас» (руководительница НПО).

Что касается стиральной машинки, то опрошенные соцработники(цы) говорили о том, что они внедрили эту услугу с целью привлечения женщин, а на практике пользуются ею в большей степени мужчины. То есть эксперты(ки) фактически сами того не осознавая подтвердили наличие в своей работе указанного гендерного стереотипа.

Забота о своей внешности также считается прерогативой женщины, поэтому услуги, ориентированные на внешность (парикмахер, выдача гигиенических средств), также считаются женскими, хотя нужны они и мужчинам, и женщинам.

Услуги, ориентированные на досуг, гораздо чаще упоминались в контексте работы с мужчинами, хотя эксперты(ки) признавали, что для женщин они тоже важны. При этом организация досуга для женщин и мужчин также отличается: если в случае женщин речь идет о рисовании, вышивании и т.п., то для мужчин организуются настольные игры (нарды, шашки), уроки игры на гитаре, обучение компьютерной грамотности и т.п.

«Мужчина может прийти только потому, что здесь играют в шахматы и в шашки или в нарды. А женщина никогда не пойдет на игры. Она скорее придет за прокладками, за пайком или постирать» (социальная работница).

3) Спрос мужчин и женщин-ПИН на разные услуги.

Консультирование и помощь психолога пользуются бóльшим спросом среди женщин, чем среди мужчин.

«Консультации и информирование чаще надо женщине. Если мужчина пришел, взял, что ему надо, воспользовался той услугой, которая нужна, и пошел, то женщине надо поговорить и расспросить» (социальная работница).

«Мужчинам и женщинам одинаково нужны шприцы. Презервативы больше женщинам нужны. Консультирование, наверное, больше женщинам. Некоторых «разводили» на квартиры. Некоторых лишали родительских прав, соответственно у них проблемы с детьми» (старший социальный работник).

«У женщин большей популярностью пользуется психологическая помощь. Мужчину тоже можно разговорить, но практически не бывает такого, чтобы мужчина сам попросил о психологической помощи» (социальная работница).

Результаты опроса клиентов(к)-ПИН показали, что ни реализованный (какие услуги получают), ни потенциальный (какие услуги хотят получать) спрос на эти услуги не отличается в зависимости от пола. В то же время, большинство опрошенных сотрудников(ниц) НПО, указали, что эти услуги более востребованы среди женщин и что они более ответственно относятся к консультациям специалистов, более точно выполняют их рекомендации. Возможно, такой стереотип связан с тем, что в нашем обществе считается, что мужчина должен решать свои проблемы самостоятельно, а женщине допустимо обращаться за помощью.

4) Особенности консультирования женщин и мужчин-ПИН.

Мужчин нужно консультировать с использованием статистики, четко и логично объясняя им, как правильно себя вести, а с женщинами необходимо работать иначе, «более мягко».

Интерпретация женщины как слабого существа, неспособного нести ответственность за свою жизнь и требующего помощи со стороны мужчины, не может не сказываться на особенностях их консультирования социальными работниками(цами) НПО. При этом

опрошенные эксперты(ки) значительно подробнее описывали особенности консультирования мужчин. Исходя из их ответов, к мужчинам-ПИН они относятся как к взрослым людям, которые способны и должны нести ответственность за себя и своих близких. Поэтому в ходе консультаций соцработники(цы) опираются на статистику и используют логические аргументы, рационально объясняя своим клиентам, что они делают неправильно и как им нужно себя вести.

«Женщина тоньше, с ней надо аккуратненько-аккуратненько… Я с мужчиной-клиентом порой бываю очень жестким. Банальный пример. Человек может находиться в отрицании, утверждать, начитавшись ВИЧ-диссидентов, что ВИЧа нет. Я даже не вступаю в такие полемики. Я могу сказать: «Знаешь, я в своей жизни уже достаточно видел. Потом я этих людей встречаю в инфекционке, когда они в памперсах лежат. Поэтому если ты не хочешь в памперсах лежать через некоторое время, бери шприц и пользуйся новым шприцом. И не давай свой шприц никому». А с женщиной я стараюсь не так, аккуратнее» (социальный работник).

«Во время консультирования мы стараемся обращать внимание на гендерныйкомпонент, в процессе консультации надо подстраиваться. Потому что если женщине надо общение с определенным психологическим уклоном, то мужчине – нет. Его надо даже припугнуть и показать статистику, ткнуть носом в те ошибки, которые он совершает регулярно» (социальная работница).

Если же говорить о работе с женщинами, то большинство опрошенных (как женщин, так и мужчин) в один голос утверждали, что работать с ними нужно «по-другому», «по-особенному», «более мягко». Однако никто из опрошенных не смог объяснить, как именно нужно консультировать женщин или привести примеры.

Единственное, о чем упоминали опрошенные, – это то, что в работе с женщинами они, особенно мужчины, делают акцент на их роли красавицы. К примеру, сотрудники-мужчины делают своим клиенткам комплименты. Кроме того, если у женщины-ПИН есть ребенок, то в процессе работы с ней делается упор на роль матери.

«Если женщина хочет повысить свою самооценку, значимость, то ей, конечно, надо, чтобы сотрудником был мужчина, которому она будет улыбаться, а он ей будет делать комплименты. И будет к ней относиться не так, как мужчины, которые ее окружают. Она разговаривает с ним, но не просит помощи, а просто самоутверждается. А когда на самом деле возникают какие-то проблемы, то она подходит (к женщине) и по секрету говорит: «Слушай, а у меня там какие-то выделения… Что мне теперь делать?». Если помощь нужна в плане партнера, каких-то отношений дома, насилия, то, конечно, мужчине она не скажет, потому что она, все-таки, хочет в его глазах остаться красивой» (социальная работница).

Как результаты опроса клиентов(к) НПО из числа ПИН, так и сами эксперты (косвенно) подтвердили, что о рискованном поведении с мужчинами-ПИН говорят чаще, нежели с женщинами. Возможно, это связано со стереотипом относительно того, что женщины более ответственно относятся к своему здоровью и менее склонны к рискованным практикам.

«В группе самопомощи для женщин раскрывают темы контрацепции, беременности, воспитания ребенка. В группах для мужчин другие темы – наркотики и их употребление, отцовство» (социальная работница).

Возможность пообщаться, доброжелательное отношение сотрудников(ниц) и приятная атмосфера в НПО – более важны для женщин, чем для мужчин.

«Женщине-ПИН не хватает общения с другими женщинами. У нее не с кем поговорить по душам, посоветоваться. Внутреннее одиночество. Это хорошо было видно на женских группах, где они сами выбирали тему для разговора и общались» (координаторка направления).

«Постоянно ходили (на женский клуб). И они просто отдыхали здесь. Такой домашний уют. Они могут посидеть, повышивать, какие-то поделки делать, кофе попить, чай…» (старший социальный работник).

«Женщине мы говорим, что у нас проводятся группы для женщин. Она может со своей проблемой прийти и в кругу других женщин, которые тоже употребляют наркотики, которые тоже замужем, и у них есть дети,может об этом поговорить» (социальная работница).

«Я думаю, женщин можно удержать, если к ним проявлять хорошее человеческое отношение. Например, на 8 марта мы купили цветы, торт, посидели в домашней обстановке… Я брал гитару и для их возраста подобрал такие песни жизненные, которые они знают, все просто рыдали. Мы им дали почувствовать, что мы любим их, что они ценны для нас, что хотим помочь. И это сработало. Они стали более открытыми» (старший социальный работник).

Это утверждение опровергали как часть порошенных сотрудников(ниц) НПО обеих полов, которые утверждали, что все эти факторы одинаково важны и для мужчин, и для женщин, так и сами клиенты(ки)-ПИН. Последние, отвечая на вопрос о том, какие аспекты важны для них при получении услуг в НПО, очень высоко оценили и хорошее отношение сотрудников(ниц), и возможность общения с ними. При этом значимых отличий между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Следующий стереотип связан с предыдущим и заключается в том, что:

Женщине очень важно поговорить «о жизни» в процессе получения услуг в НПО

«Женщина любит, когда ее выслушивают. Она не столько переживает за этот шприц, хотя для нее это важно. Она больше ждет отношения принятия к себе, чтобы это время уделили именно ей. Чтобы хотя бы этот кусочек времени она была особенной» (социальная работница).

При этом как свидетельствует анализ ответов респондентов(к)-ПИН на вопрос о темах, которые обсуждались с ними в процессе выдачи шприцов и презервативов, зачастую при консультировании женщин сотрудники(цы) НПО только разговорами «о жизни» и ограничиваются. С женщинами чаще обсуждают вопросы, связанные с их самочувствием, отношениями с партнером, детьми и другие общие темы, а вопросы профилактики рискованного поведения отходят на второй план. Таким образом, в процессе обучения соцработников(ниц) необходимо акцентировать их внимание на том, что подобные разговоры могут использоваться для того, чтобы «разговорить» клиенток, наладить с ними контакт, однако они не должны подменять собой консультирование.

В некоторых случаях опрошенные сотрудники(цы) НПО позволяли себе использование ***дискриминационной лексики***, к примеру говорили «наркоман» вместо

«ПИН», либо сравнивая своих клиентов(ток) с людьми, не употребляющими наркотики, использовали словосочетание «нормальные люди». Однако, справедливости ради, следует заметить, что такие высказывания имели место нечасто и не систематически (то есть в ходе интервью, как правило, звучало слово «ПИН» и лишь изредка – «наркоман»). В частности, слово «проститутка» вместо «РКС» встречается в интервью двух-трех экспертов(ток) из 30 опрошенных. Дискриминационные высказывания, как правило, характерны для социальных аутрич-работников(ниц) без высшего образования и имеющих опыт наркозависимости.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Соотношение мужчин и женщин-ПИН среди клиентов(ок) проектов СВ остается стабильным в течение последних нескольких лет и составляет примерно 70% на 30%.

Социальный портрет женщин и мужчин-ПИН является достаточно сходным. Средний возраст опрошенных – 36-38 лет, но женщины несколько моложе: более 50% в возрасте до 35 лет, а почти половина мужчин – 36-45 лет. Большинство респондентов(ок) проживают в собственных квартирах/домах/помещениях с мужем/женой/партнером и/или со своим ребенком и/или ребенком партнера. У более чем половины опрошенных женщин и каждого второго мужчины есть дети.

Среди опрошенных ПИН наблюдается высокий уровень незанятости – только каждый четвертый респондент(ка) имеет постоянную работу. Самой распространенной формой занятости респондентов(ок) является непостоянная работа или случайные заработки. В среде ПИН широко распространены потребительские и иждивенческие настроения: они больше рассчитывают на то, чтобы жить за счет других. На работу (как постоянную, так и непостоянную) как основной источник существования больше рассчитывают мужчины, чем женщины, что свидетельствует о большей экономической уязвимости женщин-ПИН и предполагает их зависимость, в том числе и от постоянного партнера. Зависимость женщины от мужчины в парах ПИН также проявляется в том, что добычей и приготовлением наркотиков занимается, как правило, мужчина, а на женщину ложится груз бытовых проблем, обязанности по воспитанию детей и т.п.

У большинства опрошенных мужчин и женщин-ПИН стаж совместного проживания довольно длительный: четырех из пяти он составляет больше года, что указывает на определенное постоянство в выборе партнеров(ш). Для большинства опрошенных пар инъекционное потребление наркотиков является семейной проблемой, 92% женщин-ПИН сказали, что их муж также употребляет инъекционные наркотики. Эксперты(ки) также подтвердили, что пары, в которых женщина потребляет наркотики, а мужчина – нет, встречаются очень редко. Тогда как обратная ситуация, когда партнерша мужчины-ПИН не употребляет наркотики, встречается гораздо чаще.

По мнению самих ПИН (около половины опрошенных респондентов(ок), как мужчин, так и женщин) в их парах царят равноправные отношения. Среди остальных пар лидером отношений чаще называют мужчину: так считают 39% респондентов и 24% респонденток. В семьях, где решения не принимаются совместно, четко прослеживается распределение обязанностей между женщиной и мужчиной: женщина является лидером в распределении расходной части семейного бюджета, а мужчина отвечает за то, как и где заработать/добыть денег, а также за вопросы инъекционного потребления.

Тем не менее, судя по всему, отношения в парах ПИН на самом деле более сложные, чем это хотели показать респонденты(ки). Так, только каждый второй из тех, у кого есть постоянный партнер или муж/жена (это касается в равной степени и мужчин, и женщин), упоминают его/ее в качестве человека, к которому можно обратиться за поддержкой. В большинстве пар (55%) не реже, чем несколько раз в месяц, случаются конфликты, а у каждого третьего респондента(ки) – не реже, чем несколько раз в неделю. Самыми распространенными являются конфликты на бытовой почве (71% респондентов(ок)), а также отсутствие денег на потребности, не связанные с употреблением наркотиков.

Результаты, полученные в ходе применения психологических методик, показали, что для женщин-ПИН характерно противоречивое представление о себе, у них присутствуют стереотипы о типичных ролях женщин в обществе. Респондентки не видят себя профессионалками, лидерами, активистками, а сосредоточены на межличностных и семейных ролях. У социальных работников(ниц) представления о женщинах-ПИН сильно отличаются от самовосприятия женщин-ПИН, часто они противоречат друг другу. Существуют стереотипы по отношению к женщинам-ПИН, на которых строится отношение соцработников(ниц) и консультирование (больной человек – наркозависимый, жертва/горемыка, подруга). Это же подтверждается и результатами анализа глубинных интервью с экспертами(ками). В частности, довольно часто звучали фразы типа «женщины – существа слабые», «нормальная семья – та, где добытчиком является мужчина» и т.п.

В описаниях типичного мужчины-ПИН и типичной женщины-ПИН, которые дали эксперты(ки), фигурировало очень много общих признаков:

- подчиненность всего жизненного уклада одной цели – добыть наркотик, что отражается на особенностях взаимодействия с социальным окружением, психологическом состоянии клиентов(ок);
- жизненная неустроенность, отсутствие стабильного заработка, очень часто – вовлеченность в незаконные виды деятельности, и, как следствие, наличие судимостей;
- наличие проблем со здоровьем, нестабильное психологическое состояние;
- внешняя неухоженность, безразличие к своему внешнему виду.

При этом, нарисованный образ женщины-ПИН – очень обобщенный, он сильно варьируется в зависимости от ряда характеристик, которые часто пересекаются между собой, таких как возраст/стаж наркозависимости, тип употребляемого наркотика, уровень материальной обеспеченности, основной источник существования (легальная работа, секс-бизнес, криминал), наличие мужа/детей, степень социализированности (наличие работы, не утраченных социальных связей с родными) и т.п. Все эти параметры необходимо учитывать в процессе работы с женщинами-ПИН, поскольку представительницы различных групп по-разному воспринимают себя, имеют неодинаковые модели поведения и риски, соответственно, нуждаются в разных услугах и по-разному взаимодействуют с социальным(ой) работником(цей). К примеру, молодые ПИН, которые начали употреблять наркотики недавно, еще не столкнулись в полной мере с негативными последствиями употребления, а потому у них существует иллюзия, что они не являются зависимыми, что влечет за собой частый отказ от предложенной помощи. Клиенты(ки) с более длительным стажем наркозависимости, напротив, признают свою проблему и охотно принимают предложенную помощь.

Уровень информированности сотрудников(ниц) НПО о сущности гендерно-ориентированного подхода в работе с ПИН варьируется от полного непонимания этого термина (справедливости ради, следует сказать, что таких сотрудников(ниц) было немного и не во всех организациях) до достаточно интуитивного понимания понятий «гендер» и «гендерно-ориентированный подход», далекого по формулировкам от научных определений, но при этом более-менее точно отражающим их суть. Степень понимания зависит от наличия у сотрудника(цы) высшего образования по соответствующим специальностям, опыта работы в сфере ВИЧ-сервиса, и, особенно, от опыта участия в тех или иных проектах,

ориентированных на работу с женщинами-ПИН или парами ПИН. В организациях, которые имеют такой опыт, персонал в целом (а не только координатор(ка)) гораздо лучше ориентируется в этих вопросах. Последнее позволяет предположить, что в случае предварительного обучения по вопросам гендера, сотрудники(цы) каждой из НПО без проблем справятся с реализацией гендерно-ориентированных проектов/интервенций среди ПИН.

Однако общей для большинства опрошенных экспертов(к) проблемой, независимо от степени их информированности о гендерно-ориентированном подходе, является излишняя поляризация мужчин и женщин, игнорирование их общих характеристик. Это часто приводит к закреплению стереотипов о мужчинах и женщинах.

Гендерно-ориентированный подход зачастую противопоставляется индивидуальному, они рассматриваются как взаимоисключающие, а не как дополняющие друг друга. В частности, довольно часто социальные работники(цы) указывали на то, что индивидуальный подход к каждому клиенту(ке), учитывающий его(ее) потребности, состояние здоровья, психологические особенности, специфику социального окружения и жизненной ситуации и т.п., более важен, чем гендерно-ориентированный.

Результаты интервью с экспертами(ками) свидетельствуют, что в большинстве НПО, включенных в исследование, до 2015 года достаточно активно внедрялись отдельные компоненты гендерно-ориентированного подхода (предоставление гендерно-ориентированных услуг, даже если они не позиционировались как таковые, и создание комфортной среды для женщин в НПО). Это делалось как в рамках проектов, ориентированных на работу с женщинами и парами ПИН, опыт реализации которых есть у некоторых НПО, так и в рамках обычных проектов СВ. После сокращения финансирования от многих вещей пришлось отказаться, однако организации стараются сохранить хотя бы некоторые элементы из того, что было наработано. В частности, сотрудники(цы) говорили о том, что они учитывают гендерные особенности в ходе консультирования клиентов(ок).

Однако делалось это и продолжает делаться, как правило, стихийно, исходя из пожеланий клиентов(ок). В частности, поскольку женщины, имеющие маленьких детей, отказывались посещать группы самопомощи, в одной из НПО была создана детская комната, что позволило увеличить количество клиенток(ов). Более того, эксперты(ки) далеко не всегда понимают, что то, что они делают, является проявлением гендерно-ориентированного подхода.

Что касается остальных компонентов гендерно-ориентированного подхода, то включение данного компонента в рабочий план организации, разработка гендерно-чувствительных политик и процедур предоставления услуг и соответствующий мониторинг практиковались гораздо реже.

Таким образом, можно констатировать, что у большинства НПО есть соответствующий опыт и потенциал для реализации гендерно-ориентированных проектов, однако они нуждаются в интенсивном обучении и четких инструкциях по поводу того, что и как делать. Например, исходя из опыта НПО, которые уже проводили отдельные мероприятия для женщин, необходимо иметь помещение с отдельным входом. Возможно, аренду такого помещения (если у НПО его нет) следует запланировать в будущем проекте.

По словам клиентов(ок), чрезвычайно важными при получении услуг в НПО являются факторы доброжелательного отношения со стороны сотрудников(ниц) (96%), удобное время

работы (89%), близкое расположение к дому (83%), приватность при обсуждении личных вопросов (83%). Значимо реже респонденты(ки) отмечали важность гендерно-чувствительных факторов, таких как общение с сотрудником(цей) одного пола (39%), общение с клиентами(ками) одного пола (36%), либо общение с клиентами(ками) противоположного пола (33%). Большинство респондентов(ок) не заинтересованы в проведении групповых мероприятий отдельно для мужчин и женщин, поскольку совместные формы работы, по их мнению, проходят интереснее, веселее, познавательнее и позволяют расширить круг общения. Эти же тенденции подтвердили и опрошенные сотрудники(цы) НПО.

Что касается отношения к гендерно-ориентированному подходу непосредственно сотрудников(ниц) НПО, то, с одной стороны, все опрошенные, имеющие опыт внедрения тех или иных компонентов этого подхода в своих организациях, указывали, что это принесло положительные результаты: увеличилось количество клиенток – женщин-ПИН, повысился уровня их удовлетворенности услугами, уровень доверия к НПО и т.п. С другой стороны, анализ ответов экспертов(ок) на вопрос о целесообразности более широкого внедрения гендерно-ориентированного подхода к профилактической работе среди ПИН в Украине свидетельствует о том, что большинство сотрудников(ниц) НПО об этом серьезно не задумывались, как не знают и о возможных позитивных результатах и рисках в процессе его внедрения.

Новые клиенты(ки) приходят в ВИЧ-сервисные НПО благодаря инициативе своего социального окружения. Большинство клиентов(ок) (67%) сообщили, что в организацию их «привели» близкие люди: знакомые, которые уже ее посещают, муж (жена)/партнер, другие родственники. При этом, среди женщин-ПИН примерно равное значение играют три источника из их социального окружения: знакомые женщины-клиентки, знакомые мужчины-клиенты и сотрудники(цы) (волонтеры(ки) НПО. Среди мужчин однозначным лидером по привлечению их в ВИЧ-сервис являются знакомые мужчины-клиенты данной НПО (48%), почти вдвое реже – сотрудники(цы) (волонтеры(ки) (27%). Таким образом, в процессе привлечения новых клиентов(ок) из числа ПИН в профилактические проекты целесообразно ориентироваться на рекрутирование по методу «снежного кома»: просить клиентов(ок) приводить своих знакомых, которые еще не посещают НПО.

По словам социальных работников(ниц) НПО, привлечение в проекты снижения вреда женщин-ПИН является более трудоемким процессом, чем привлечение мужчин,. Они хуже идут на контакт и относятся более недоверчиво, им требуется больше времени, чтобы раскрыться и начать доверять сотрудникам(цам) НПО. Женщины более стигматизированы, часто как реакция на это у них возникает отрицание проблемы.

Что касается удержания клиентов(ок), то эксперты(ки) указывали, что, как правило, клиенты(ки) уходят из проектов в силу объективных обстоятельств – госпитализации, переезда, лишения свободы. Остальные клиенты(ки) в основном продолжают посещать организацию, хотя и с разной периодичностью: кто-то ходит регулярно, а кто-то появляется раз в несколько месяцев.

Каждая организация мотивирует своих клиентов(ок) по-разному, в силу своих возможностей и фантазии сотрудников(ниц). С этой целью используются: выдача гуманитарной помощи (вещи, продукты), творческие подходы (игра на гитаре, рисование, вышивание) и обучающие программы (компьютерная грамотность), предоставление

бытовых услуг (возможность постирать, помыться), спортивные тренажеры, возможность посмотреть телевизор, воспользоваться Интернетом, не говоря уже о возможности выпить чай, поиграть в настольные игры. Однако, практически все опрошенные соцработники(цы) так или иначе сходились во мнении, что первичным мотивом посещения НПО для клиентов(ок)-ПИН является возможность получить какие-то материальные блага, начиная от бесплатных шприцов, бинтов и прокладок и заканчивая возможностью постирать белье, помыться, получить гуманитарную помощь или поесть. Наряду с этим (но не вместо) очень важно доброжелательное отношение сотрудников(ниц) НПО к клиентам(кам).

При этом опрошенные эксперты(ки) не совсем правильно разделяют универсальные и гендерно-ориентированные услуги, с одной стороны, и «женские» и «мужские» услуги, с другой стороны. В частности, многие эксперты(ки) пытались разделить на «женские» и «мужские» все услуги, предоставляемые НПО. Исходя из существующих в обществе стереотипов, в качестве «женских» позиционировались услуги, ориентированные на детей, на решение бытовых вопросов (например, стирка) и на заботу о внешности (парикмахер, выдача гигиенических средств), хотя на практике они являются универсальными. Также большинство экспертов(ок) указывали, что помощь психолога и консультации специалистов пользуются большим спросом среди женщин, что также не соответствует действительности.

Кроме этого в качестве специфически «женской» услуги, возможность получить которую мотивировала бы клиенток к посещению НПО, эксперты(ки) называли консультации гинеколога.

Спрос на ВИЧ-сервис среди клиентов(ок) НПО является в целом достаточно высоким. Наибольший спрос – на услуги, входящие в минимальный пакет, и гуманитарную помощь (пайки, средства гигиены и медицинского назначения – более 80%). Клиенты(ки) высказали большую заинтересованность в тестировании на ВИЧ-инфекцию/ИППП (более 60%), прохождении консультаций специалистов(ок), особенно – психолога (43%), социального(ой) работника(цы) и врачей разных специальность (прежде всего – нарколога и инфекциониста).

Клиенты(ки) подтвердили интерес, как к индивидуальным, так и парным консультациям. В частности, пройти парную консультацию соцработника(цы) хотели бы 79% опрошенных, психолога – 74%, нарколога и дерматовенеролога – около половины.

Большинство опрошенных клиентов(ок) в течение месяца, что предшествовал опросу, получали услуги НПО и контактировали с социальными или аутрич-работниками(цами), в т.ч. 91% респондентов(ок) получали бесплатные шприцы и 79% – презервативы. Только 3% респондентов(ок), т.ч. 4% женщин и ни один (!) мужчина, сообщили, что соцработник(ца), выдавая шприц, с ними ни о чем не говорил (ла). Столько же (3%) опрошенных отрицали общение с соцработником(цей) при получении презерватива, в т.ч. 3% мужчин и 2% женщин.

Для установления и налаживания с клиентами(ками) доверительных отношений и привлечения их внимания большинство социальных и аутрич-работников(ниц) начинают диалог с нейтральных тем. Об этом сообщили 91% клиентов(ок). После чего в большинстве случаев (85%), по данным опроса клиентов(ок), идет напоминание или более активное обсуждение профилактической тематики, т.е. вопросов, которые так или иначе связаны с возможным риском инфицирования ВИЧ, другими парентеральными инфекциями и способами их предупреждения. Распределение ответов клиентов(ок) НПО о темах, на которые с ними говорил соцработник(ца) при выдаче шприцев, свидетельствует о том, что с

мужчинами ведется более активная просветительская работа, чем с женщинами. Об обсуждении большинства вопросов, связанных с рисками и предупреждением инфицирования ВИЧ при введении наркотика, чаще вспоминали клиенты (94%), чем клиентки (81%). Тогда как с женщинами, напротив, несколько чаще обсуждаются общие темы (о самочувствии, детях, отношениях с партнером и т.п.).

Подобным образом, только 3% респондентов(ок) сообщили о том, что получили презервативы без общения с социальным или аутрич-работником(цей). Главной темой обсуждения при выдаче презерватива является риск передачи ВИЧ/ИППП и использование презерватива как надежного средства профилактики. Об этом свидетельствуют ответы 78% респондентов(ок). Относительно реже клиенты(ки) упоминают о консультировании по вопросам правильного использования презервативов и обсуждении его использования с партнером, причем значимо реже эти темы обсуждаются с женщинами, чем с мужчинами.

Со слов респондентов(ок), часть социальных и аутрич-работников(ниц) стремилась поделиться с ними не только профилактической информацией, но и сформировать у них навыки безопасного поведения. В частности, 38% всех опрошенных подтвердили, что за последний месяц соцработник(ца) им показывал(а), как дезинфицировать и разделять наркотик, 33% – как правильно использовать презерватив.

Практически все опрошенные клиенты(ки)-ПИН (по 96% мужчин и женщин) сообщили о том, что сотрудники(цы) организации предлагали им пройти тестирование на ВИЧ в НПО, и большинство из них воспользовались этим предложением. В итоге, 91% мужчин и 90% женщин были протестированы. Дотестовое консультирование было проведено со всеми мужчинами и с 98% женщин, проходивших КиТ в НПО. Исходя из ответов респондентов(ок), консультирование можно оценить как достаточно качественное. Так, большинству клиентов(ок) рассказали о рисках ВИЧ-инфицирования и о том, как их избежать, о процедуре тестирования, а также о его добровольности и бесплатности, объяснили, почему нужно знать свой ВИЧ-статус и какими могут быть результаты теста, а также получили согласие респондентов(ок) на проведение тестирования.

Большинство респондентов(ок)-ПИН (93%) отметили, что при посещении организации они никогда не испытывали дискомфорта/неловкости в общении с соцработником(цей). Уровень откровенности распределился следующим образом: практически половина (49%) респондентов(ок) абсолютно откровенны при общении; еще 44% опрошенных – менее открыты и считают, что могут рассказать многое, кроме наиболее интимных моментов. Лишь 4% из всех опрошенных убеждены, что есть многое, о чем не нужно говорить соцработнику(це).

При этом, с одной стороны, с женщинами реже разговаривают на разные сенситивные темы, связанные с профилактикой инфицирования ВИЧ, с другой стороны, женщины реже говорили о том, что испытывают дискомфорт при общении с соцработником(цой) и более склонны к откровенности при общении с ним(ней). Таким образом, либо сотрудники(цы) НПО менее склонны разговаривать на такие темы с женщинами, так как ошибочно считают, что это причинит им дискомфорт, либо наоборот, женщины реже испытывают дискомфорт, поскольку с ними реже разговаривают на такие «неприятные» темы.

В целом сотрудники(цы) НПО одинаково ответственно относятся к предоставлению услуг и женщинам и мужчинам-ПИН и у них налажены достаточно доверительные отношения с клиентами(ками) обеих полов. Однако, обращает на себя внимание то, что

опрошенные сотрудники(цы) НПО обеих полов более четко описывают особенности консультирования мужчин. По их мнению, с ними нужно работать, опираясь на логику и рациональные аргументы – привести статистику и на ее основе объяснить, что они делают неправильно и как лучше себя вести. Что касается женщин, сотрудники(цы) констатируют необходимость работать с ними «по-другому», «мягче», однако не конкретизируют эти понятия. Это может объясняться либо тем, что они недостаточно хорошо ориентируются в особенностях и действуют интуитивно, либо тем, что они не считают их важными.

Таким образом, сотрудники(цы) НПО в целом рассматривают клиентов-мужчин как взрослых и сознательных людей, несущих за себя ответственность, а женщин приравнивают к детям – несамостоятельным и не осознающим до конца, что им нужно. В консультировании женщин довольно часто делается упор на роль красавицы и мамы, возможно поэтому с ними реже говорят о профилактике рискованного поведения.

По словам социальных работников(ниц) НПО, привлечение в проекты снижения вреда женщин-ПИН является более трудоемким процессом, чем мужчин. Они хуже идут на контакт и относятся более недоверчиво, им требуется больше времени, чтобы раскрыться и начать доверять сотрудникам НПО. Женщины более стигматизированы, и часто, как реакция на это, у них возникает отрицание проблемы. Правда, эта проблема характерна только для начального этапа взаимодействия клиенток с НПО, и в дальнейшем, после того, как у женщин формируется определенный уровень доверия, теряет свою актуальность.

Анализ глубинных интервью с сотрудниками(цами) НПО показал, что для них характерны некоторые стереотипы относительно характеристик и социальных ролей женщин и мужчин-ПИН, которые определенным образом сказываются на особенностях работы с клиентами(ками) разного пола. В частности, женщины-ПИН считаются слабыми, уязвимыми, неуверенными в себе, иногда приравниваются к несмышленым детям, тогда как мужчины – сильными, уверенными в себе, способными нести ответственность не только за себя, но и своих близких. Исходя из этого, в консультировании мужчин больше внимания уделяется вопросам безопасного поведения, а в работе с женщинами культивируется образ красавицы и матери.

Сотрудники также разделяют характерные для нашего общества в целом стереотипы, что патриархальная семья, в которой главенствует и зарабатывает деньги мужчина, а женщина обеспечивает быт, заботится о детях и украшает собой жизнь мужчины, является нормальной и естественной. Исходя из этого, считается, что услуги, ориентированные на детей, решение бытовых вопросов (например, стирка) и заботу о своей внешности (парикмахер, гигиенические средства) нужны только женщинам. Хотя, на самом деле, эти услуги являются универсальными.

Рекомендации

Исходя из наличия значительных «белых пятен» в плане информированности сотрудников(ниц) НПО о гендерно-ориентированном подходе, большинство рекомендаций сводится к необходимости обучения представителей(льниц) НПО по этой теме. В частности, в процессе обучения следует освещать следующие вопросы:

- Общая информация о гендерно-ориентированном подходе: его основные принципы и составляющие (включая соотношение гендерно-чувствительного и индивидуального подходов).

- Внедрение каждой из составляющих гендерно-ориентированного подхода, начиная от того, каким образом следует прописывать такие услуги и мероприятия в рабочем плане организации, как разрабатывать и внедрять гендерно-чувствительные политики и процедуры, и заканчивая созданием комфортной среды для женщин в НПО и соответствующим мониторингом.
- Соотношение универсальных и гендерно-чувствительных услуг для ПИН, в т.ч. разница между ними, в каких случаях должны предоставляться универсальные услуги, а в каких – гендерно-чувствительные.
- Что делает услугу гендерно-чувствительной? / Как «обычную» услугу превратить в гендерно-чувствительную?

Кроме этого, сотрудникам(цам) НПО требуется обучение относительно особенностей и «технологий» привлечения женщин-ПИН, консультирования женщин и мужчин-ПИН по вопросам безопасного поведения. При этом особое внимание следует уделять формированию практических навыков консультирования женщин и мужчин-ПИН, возможно, в зависимости от тех или иных особенностей клиентов(к), например, их жизненных обстоятельств, причин уязвимости, типа употребляемого наркотика и т.п.

В процессе обучения следует обращать внимание на ряд моментов.

- Учить следует непосредственно тех сотрудников(ниц), которые будут участвовать в гендерно-ориентированных интервенциях и непосредственно перед их началом. Это позволит сотрудникам(цам) сразу же применять полученные знания на практике и обеспечит эффективность обучения.
- Необходимо комплексное обучение, начиная от самого понятия «гендер» и заканчивая формированием конкретных навыков, необходимых для реализации гендерно-ориентированного подхода. Только после этого возможно обучение по более узким темам. Это связано с тем, что знания большинства сотрудников(ниц) НПО о гендерно-ориентированном подходе фрагментарные, а понимание основополагающих понятий (например, «гендер») у них существенно варьируется. Следовательно, прежде чем углубляться в детали предоставления гендерно-ориентированных услуг и формировать конкретные навыки, необходимо сформировать у всех общее понимание того, что представляют собой эти услуги.
- В процессе разработки обучающего модуля следует акцентировать не только отличия, но и общее между мужчинами и женщинами, чтобы сгладить существующую на данный момент в сознании большинства сотрудников(ниц)НПО поляризацию по гендерному признаку. Также следует уделять внимание особенностям работы не только с женщинами, но и с мужчинами.
- Возможно, есть смысл выделять суб-группы в процессе обучения, что позволит учесть индивидуальные особенности и уделять дополнительное внимание тем вопросам, которые наиболее актуальны для определенной части соцработников (например, привлечение клиентов или клиенток, консультирование в зависимости от пола и т.п.).

Исходя из наличия у социальных и аутрич-работников(ниц) ряда гендерных стереотипов относительно своих клиентов(к)-ПИН, они также нуждаются в обучении по следующим вопросам:

- идентификация и преодоление сложившихся стереотипов в своем поведении;

- оценка женщин-ПИН, анализ их жизненных обстоятельств, причин уязвимости, поведенческих реакций, жизненных позиций;
- мотивирование и консультирование женщин-ПИН, исходя из анализа их жизненных обстоятельств, причин уязвимости, поведенческих реакций, жизненных позиций;
- коррекция стереотипов у клиентов(к).

Основываясь на результатах исследования, также был разработан ряд рекомендаций относительно особенностей работы с клиентами(ками)-ПИН, включая их привлечение, мотивирование и непосредственно предоставление услуг.

В частности, исходя из сложного материального положения большинства клиентов(ок)-ПИН, можно предположить, что акцент на бесплатности услуг НПО может стать эффективным средством привлечения новых клиентов(ок).

Поскольку в паре ПИН первым начинает посещать НПО мужчина и лишь спустя какое-то время он приводит в организацию женщину, нужно ориентироваться на привлечение новых клиенток(ов) из числа женщин-ПИН через их мужей/партнеров. С этой целью следует разработать алгоритм работы с мужчинами-ПИН, ориентированный на то, чтобы мотивировать их приводить в НПО своих партнерш. Например, если у мужчины, пришедшего в НПО, есть жена/партнерша, ему можно рассказать об услугах, которые может получить в организации женщина, либо передать листовку с перечнем услуг, ориентированных на женщин. Также женщин можно привлечь, предложив их партнерам-мужчинам, которые пришли в НПО, поучаствовать в каких-либо мероприятиях, ориентированных на пары.

Поскольку в большинстве пар наркотики употребляют оба партнера, очень востребованным является парное консультирование специалистов(ок). Кроме этого, учитывая особенности взаимоотношений в парах ПИН, для них очень актуальны услуги, ориентированные на налаживание гармоничных семейных отношений (например, информирование, помощь психолога, возможно, группы взаимопомощи для пар).

Поскольку женщины, не употребляющие наркотики сами, но являющиеся партнерами мужчин-ПИН, имеют значительный риск ВИЧ-инфицирования, а также вовлечения в употребление наркотиков, следует разработать специальные услуги для таких пар (женщин).

Учитывая особенности ролевой самоидентификации женщин-ПИН (ориентация на выполнение внутрисемейных ролей при отсутствии идентификации себя с профессиональными и лидерскими ролями), психологам и социальным работникам(цам) следует проводить работу по оценке и развитию самоидентификации женщин-ПИН и повышению их самооценки (тренинги, консультации, групповая работа). Также нужно учитывать большую уязвимость женщин в экономическом плане, они чаще оказываются зависимыми от своих мужей/партнеров и окружающих, необходимо разрабатывать услуги по увеличению потенциала женщин, помогать с нахождением работы, приобретением необходимых навыков.