



ЖЕНЩИНЫ И НАРКОПОЛИТИКА В СТРАНАХ ЕВРАЗИИ



ЕВРАЗИЙСКАЯ СЕТЬ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

ЕССВ

За последние годы в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии в развитии подхода снижения вреда произошел некоторый прогресс. Но в стратегиях и программах по-прежнему редко учитываются специфические потребности женщин, употребляющих наркотики (1). Регистрация потребителей наркотиков, незаконный статус употребления наркотиков, отношение к секс-работе, отсутствие доступа к научно обоснованным программам лечения наркозависимости, а также стигма и дискриминация создают для них сложно преодолимые препятствия к получению медицинских услуг и являются нарушениями прав человека. Следует отметить, что в регионе порядка 1,5 миллионов человек живут с ВИЧ, и постоянно увеличивается доля женщин среди новых случаев инфицирования. Последний фактор явно свидетельствует о недостаточном внимании к проблемам женской части населения (2). Чтобы снизить для женщин вред от употребления наркотиков, необходимо провести реформы в наркополитике, учитывающие гендерную специфику.

Данный документ подготовлен при участии национальных экспертов и рассматривает проблемы наркополитики и дискриминации, существующие в Грузии, Кыргызстане, Литве, Российской Федерации и Украине, в свете гендерных особенностей. В перечисленных пяти странах ВИЧ-инфекция сконцентрирована в сообществе потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Несмотря на некоторые различия в сферах наркополитики, общественного здравоохранения и культуры, эти страны объединяет отсутствие достаточного количества пилотных программ, разработанных специально для женщин, употребляющих наркотики (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

В рамках международного законодательства государства обязаны принимать меры, направленные на искоренение насилия в отношении женщин, обеспечение их защиты в рамках законодательства и недопущение дискриминации по доступу к медицинским и социальным программам.¹ По данным Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, государства должны уделять особое внимание обеспечению равного доступа женщин к программам охраны здоровья (9). Это обязательство крайне актуально в свете того, что медицинские потребности мужчин и женщин, связанные с лечением наркозависимости, могут значительно отличаться.²

- 1 См., например:
Ст. 26 *Международного пакта о гражданских и политических правах* (принят Резолюцией 2200 A (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 года, вступил в силу 23 марта 1976 года);
ст. 12 *Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин* (принята и открыта для подписания, ратификации в присоединения Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 34/180 от 18 декабря 1979 года. Вступление в силу 3 сентября 1981 года в соответствии со статьей 27 (1));
ст. 4 *Декларации об искоренении насилия в отношении женщин* (провозглашена Резолюцией 48/104 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1993 года, дополнение №49 (A/48/49)), которая призывает государства «уделять надлежащее внимание вопросам предупреждения и расследования актов насилия в отношении женщин и наказания за них в соответствии с национальным законодательством, независимо от того, совершены ли такие акты государством или частными лицами».
- 2 Управление ООН по наркотикам и преступности (УПН ООН) считает, что программы, оказывающие специальные услуги для женщин, достигают значительно больших результатов в ходе лечения данной группы населения.

Опека над детьми

Опасения по поводу опеки над детьми и благополучия детей – одно из наиболее серьезных препятствий, с которым сталкиваются женщины при обращении за помощью – и особенно в связи с лечением наркозависимости. Ключевой проблемой здесь является регистрация потребителей наркотиков. Суть регистрации заключается в том, что в государственные базы данных вносятся личная информация о людях, поступающих в государственные программы лечения наркозависимости или подвергшихся арестам из-за нарушений законодательства, связанных с оборотом наркотиков. Такие базы данных существуют в медицинских и правоохранительных структурах Кыргызстана, Литвы, Российской Федерации и Украины; в Грузии – только в правоохранительных структурах (10).

В соответствии с законодательством некоторых стран региона, включение в списки зарегистрированных потребителей наркотиков является основанием для лишения прав опеки над ребенком. Несправедливо ставить знак равенства между неподобающим обращением с детьми и зависимостью от алкоголя или наркотиков, поскольку такой подход дискриминирует людей исключительно на основе состояния их здоровья. Лишение родительских прав не должно происходить «автоматически» – следует учитывать особенности каждой ситуации и применять эту меру только при наличии фактических доказательств того, что дети подвергаются плохому обращению или насилию, или угрозе подобного обращения или насилия.

Отсутствие конфиденциальности медицинской информации, в частности информации об употреблении наркотиков и ВИЧ-статусе, создает угрозу дискриминации женщин и их детей. Отсутствие подходов к лечению наркозависимости, в центре которых находится семья и уход за детьми, делает лечение еще менее доступным для женщин. Даже ежедневное посещение программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) может оказаться проблематичным – например, если офис программы находится далеко от дома, и у женщины есть маленькие дети: или она откажется от посещений, или потребуются услуги по уходу за детьми.

- В Российской Федерации, где женщины составляют около 20–23% потребителей инъекционных наркотиков (4), документ, подтверждающий хроническую наркозависимость, является достаточным основанием для лишения родительских прав, даже если факт употребления наркотиков относится к далекому прошлому (10). Наркозависимость может быть причиной для лишения родительских прав, согласно Статье 69 Семейного кодекса (11). Зарегистрированным потребителям наркотиков и людям, живущим с ВИЧ, не позволено усыновлять детей или брать над ними опеку (4).
- В Украине, где женщины составляют 24% клиентов программ снижения вреда, регистрация потребителей наркотиков служит мощным оружием против родителей, права которых на детей оспариваются другими членами семьи. Это происходит даже в тех случаях, когда человек уже перестал употреблять наркотики. Исключение личных данных из регистрационных списков, как правило, представляет собой долгий бюрократический процесс и требует получения разрешения от врача и/или «взятки» (13). В соответствии со Статьей 164 Семейного

кодекса, причинами для лишения родительских прав могут быть «хронический алкоголизм или наркомания» (14).

- В Кыргызстане, в соответствии со Статьей 147 Семейного кодекса, наркозависимость служит основанием для лишения женщины права на опеку над ребенком (15). При этом женщины составляют около 25% всех потребителей инъекционных наркотиков (3). Зарегистрированы факты, когда школьные учреждения отказывались принимать детей, матери которых употребляют наркотики (16).
- В Литве женщины составляют 18,9% ПИН (17). Их относят к «группам повышенного риска», они подлежат наблюдению, однако в случае, если женщина принимает достаточные меры по уходу за ребенком, она не лишается родительских прав (7). Несмотря на то, что практика государственного наблюдения за женщинами, когда-либо употреблявшими наркотики, является дискриминационной, решения по вопросам опеки не принимаются исключительно на основании факта употребления наркотиков.
- В Санкт-Петербурге (РФ) медицинские специалисты центров первичной помощи отмечают статус женщин-потребителей наркотиков в медицинских картах детей этих женщин, вне зависимости от того, имеет ли такой статус какое-либо отношение к здоровью детей (18). Запись в медицинской карте ребенка, сообщающая о том, что мать ребенка употребляет наркотики, может стать причиной отказа в приеме в школу (19). Женщины чаще, чем мужчины, осуществляют опеку над детьми, и иногда им бывает негде оставить детей во время прохождения стационарного курса лечения наркозависимости.
- В Украине, если женщины, употребляющие наркотики, на время нахождения в стационаре или прохождения лечения наркозависимости оставляют своих детей на попечении других членов семьи или государственных программ, по возвращении они не всегда могут получить их обратно. Ситуация усугубляется, если родственники или кто-то другой из близкого окружения начинают оспаривать право женщины на опеку. Лишь незначительная часть женщин способна оплатить услуги юриста для защиты родительских прав (13, 14).

Лечение наркозависимости и беременность

Подавляющее большинство женщин, употребляющих наркотики, находятся в фертильном возрасте. Программы ОЗТ с использованием метадона – или с недавних пор бупренорфина – признаны на международном уровне самым успешным подходом в лечении беременных женщин, употребляющих опиаты (20). Если женщина решает не проходить лечение в программе ОЗТ, ей рекомендовано снятие синдрома отмены в медицинских учреждениях. Независимо от того, какой вид лечения был выбран, важно использовать только те лекарственные средства, которые безопасны в отношении беременности.

- Ни в одной из пяти стран не приняты комплексные, научно обоснованные протоколы медицинской помощи и лечения наркозависимости для беременных женщин, употребляющих наркотики, а также для их новорожденных детей. Процесс внедрения таких стандартов начался в Грузии (3, 4, 5, 6, 7, 28).
- В Российской Федерации ОЗТ не доступна, и правительство страны активно выступает против этого метода. Отсутствие ОЗТ оказывает серьезное негативное воздействие на здоровье потребителей опиатов и их детей. Беременные женщины проходят детоксикацию с использованием лекарств, не одобренных для использования во время беременности (11).
- В Кыргызстане беременным женщинам отдается приоритет при поступлении в программы ОЗТ. Однако детоксикация беременных женщин осуществляется в соответствии с протоколами, разработанными для обычных пациентов. Более того, у врачей отсутствуют навыки и знания по работе с беременными женщинами – потребителями наркотиков (3).
- В Украине беременным женщинам отдается приоритет при зачислении в программы ОЗТ, но существующие законы способны осложнить или сделать невозможным предоставление ОЗТ в роддомах и других стационарных учреждениях. Женщинам приходится переживать синдром отмены или посещать программу ОЗТ сразу после родов. Однако в некоторых регионах, благодаря усилиям по адвокации, удалось обеспечить предоставление ОЗТ в роддомах (6, 13).
- В Санкт-Петербурге сотрудники роддомов и клиник женского здоровья отмечают, что опасения, связанные с возможными обвинениями в склонении к потреблению наркотиков, являются для них серьезным препятствием для предоставления пациенткам стерильных шприцев, направлений их в программы снижения вреда и даже просто обсуждений вопросов снижения вреда или употребления наркотиков (если женщины сами об этом не просят) (18). Подобная ситуация крайне осложняет процессы предоставления беременным женщинам – потребителям наркотиков точной информации, своевременного ухода, а также открытости в общении между врачом и пациентками, способствующем успеху лечения.
- Некоторые программы лечения наркозависимости в Российской Федерации не принимают беременных женщин – потребителей наркотиков и/или беременных женщин с ВИЧ или отказываются предоставлять им отдельные помещения (4, 29). Городской центр лечения наркозависимости в Санкт-Петербурге не принимает на лечение женщин, переживших домашнее насилие, бездомных женщин и женщин, сексуальные партнеры или близкие родственники которых употребляют наркотики (18).
- В Литве реализуется более дружественная модель, которая облегчает доступ женщин, употребляющих наркотики, к различным видам ухода. Беременных женщин сразу принимают в программы ОЗТ. Когда пациентка поступает в программу, ей предоставляется пакет услуг сопровождения, включающий услуги социального работника, психиатра, психолога и других экспертов. Социальный работник разрабатывает план помощи и сопровождает женщину во время ее визита к гинекологу и другим необходимым специалистам (7).

Насилие и неправомерные действия правоохранительных органов

В регионе Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии насилие и неправомерные действия правоохранительных органов составляют одну из важнейших проблем, с которыми сталкиваются потребители наркотиков и секс-работники, причем вне зависимости от их половой принадлежности. Но женщины, употребляющие наркотики, – особенно уязвимы к данной проблеме. Их уязвимость в определенной степени связана с тем, что многие секс-работники одновременно являются потребителями наркотиков (1, 22, 23). В Литве, Российской Федерации и в Украине секс-работа признана административным правонарушением. В Грузии и Кыргызстане нет законодательных норм в отношении секс-работы, но она является маргинализированным видом деятельности (22). Вымогательство взяток, притеснения, привлечение к ответственности за несовершеннолетние преступления, физическое и сексуальное насилие – все эти явления, о которых сообщают женщины, занимающиеся секс-работой и употребляющие наркотики, очевидным образом нарушают права человека и способствуют тому, что все менее доступными для этих женщин оказываются услуги здравоохранения, снижаются их возможности для более безопасного поведения, сложнее становится предотвращать преступления, направленные против них, и наказывать за эти преступления.

Государства, подписавшие Конвенцию ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), взяли на себя обязательства по защите женщин от сексуального насилия, а также от других видов насилия со стороны государственных органов или частных лиц (24).

- Исследование, проведенное в Кыргызстане, продемонстрировало, что около половины принявших в нем участие женщин–потребителей наркотиков, сталкивались с насилием со стороны сотрудников правоохранительных органов. Женщины сообщили о том, что им приходилось давать взятки, предоставлять информацию о других людях, а также оказывать бесплатные сексуальные услуги, чтобы избежать насилия со стороны сотрудников правоохранительных органов (16).
- Проведенный в Грузии опрос среди женщин, употребляющих наркотики, показал, что каждая десятая женщина во время задержания получала предложение оказать сексуальные услуги сотрудникам правоохранительных органов (25).
- Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, позволяет предположить, что боязнь насилия со стороны правоохранительных органов способствует нежеланию женщин пользоваться услугами программ снижения вреда (18) и свидетельствует, что сексуальное насилие может вызвать потрясение, которое женщина будет переживать долгие годы.
- О случаях физического насилия и вымогательства взяток со стороны представителей правоохранительных органов сообщали женщины–секс-работницы из Кыргызстана, Литвы, России и Украины. Секс-работницы из Кыргызстана, России и Украины сообщали о случаях сексуального насилия и принуждения к бесплатному оказанию сексуальных услуг. И только для некоторых из секс-работниц в этих четырех странах оказалось возможным обратиться в правоохранительные органы и заявить об имевших место нарушениях закона и прав человека (4, 23). В Грузии, Кыргызстане и России о случаях физического и сексуального насилия со стороны правоохранительных органов сообщали также женщины, употребляющие наркотики, из (3, 4, 23, 25).

Места лишения свободы

В странах региона крайне ограничен доступ к базовым услугам по охране здоровья в местах лишения свободы. В тюрьмах содержится меньше женщин, чем мужчин, но даже те немногие программы по охране здоровья, которые есть в тюрьмах, зачастую для них недоступны.

- Примерно 40% осужденных женщин в Грузии и Кыргызстане лишены свободы в связи с нарушениями законодательства по наркотикам. В обеих странах метадон доступен для определенного процента осужденных мужчин и абсолютно не доступен для женщин (3, 5).
- В Российской Федерации женщин, рожающих в условиях учреждений уголовно-исправительной системы, во многих случаях сразу же лишают права на опеку над детьми. Если этого не происходит, ребенок может оставаться с матерью до трех лет, после чего его отправляют в детский дом.
- После освобождения женщины часто оказываются не в состоянии выполнить требования для сохранения опеки над детьми и не могут вернуть себе этого права, если оно перешло к другим членам семьи. Они испытывают огромные трудности с устройством на работу – в большинстве случаев бывшим заключенным предлагают работу, связанную с тяжелой физической нагрузкой, которая противопоказана женщинам. Отсутствие заработка усугубляет ситуацию с восстановлением права опеки над детьми (4, 11).
- В местах лишения свободы Украины дети до трех лет могут оставаться со своими матерями, но после освобождения женщины, желающие восстановить опеку, сталкиваются с такими трудностями, как, например, необходимость предъявить доказательства трудоустройства (30). Эти требования могут оказаться непреодолимым препятствием в случае, если женщина состоит на учете в правоохранительных органах, и ребенок останется на попечении государственных органов в течение неопределенно долгого времени. По некоторым данным, больным детям, находящимся со своими матерями в местах лишения свободы, не предоставляются лекарственные препараты, если их матери не в состоянии их оплатить (31).

Домашнее насилие

Государства обязаны принять меры, направленные на искоренение насилия в отношении женщин.³ Женщины, употребляющие наркотики, часто сталкиваются с домашним насилием, которое может способствовать повышению частоты употребления наркотиков и уязвимости к ВИЧ-инфекции. К сожалению, в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии не хватает программ для женщин, переживших домашнее насилие, а женщин, употребляющих наркотики, часто исключают из существующих программ.

- В Грузии не принимают в приюты женщин, употребляющих наркотики (8).
- В Кыргызстане часто не допускают в приюты женщин-потребителей наркотиков и ВИЧ-положительных женщин (3).
- В Российской Федерации в приютах для женщин обычно висят объявления, запрещающие лицам, находящимся под воздействием алкоголя и наркотиков, пользоваться их услугами (27).
- Приюты для женщин в Литве не всегда принимают ВИЧ-положительных женщин, а потребителей наркотиков могут принимать только при условии их согласия пройти реабилитацию (32).

3 В Общей рекомендации № 19 Комитета Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин отмечается, что, в соответствии с определениями Конвенции (CEDAW), насилие против женщин, включая насилие против семьи, является дискриминацией (Комитет CEDAW, Общая рекомендация № 19 «Насилие против женщин» (XI сессия, 1992), A/47/38, 1993, §§24(b) и (k)).

Рекомендации

Несмотря на то, что рекомендации не всегда учитывают гендерную специфику и основаны на анализе ситуации только в нескольких странах региона, они могут сыграть ключевую роль в решении проблем, связанных с правами и здоровьем женщин в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, а также в решении проблемы распространения употребления наркотиков и эпидемий ВИЧ-инфекции и гепатитов.

Упразднить процедуру постановки на учет потребителей наркотиков, существующую в Кыргызстане, Литве, Российской Федерации и Украине. Обеспечить конфиденциальность всех видов лечения наркозависимости.

Выносить решения об опеке над детьми на основе реального отношения родителей к детям, а не на факте употребления ими наркотиков – в настоящее время или в прошлом.

Обеспечить доступность ОЗТ для всех людей, страдающих зависимостью от опиатов, уделяя особое внимание беременным женщинам; повысить охват и доступность лечения; обеспечить возможность рецептурной выдачи препаратов ОЗТ или их распространения через аптечную сеть.

Гарантировать бесперебойный доступ к ОЗТ в условиях стационара (включая роддома) и облегчить получение разрешений на проведение ОЗТ в стационарах в случае необходимости.

Разработать научно обоснованные национальные руководства и протоколы по охране здоровья для беременных женщин, употребляющих наркотики, и использовать эти материалы для обучения акушеров-гинекологов, наркологов, специалистов по ВИЧ-инфекции, детских врачей и врачей общей практики.

Обеспечить конфиденциальность личных данных женщин, употребляющих наркотики, и их детей. В женских приютах, школах и других учреждениях законодательно запретить дискриминацию на основании половой принадлежности, ВИЧ-статуса или факта употребления наркотиков.

Отказаться от системы штрафов за секс-работу, которая применяется в настоящее время в Литве, Российской Федерации и Украине, чтобы снизить уязвимость секс-работников к насильственным действиям со стороны правоохранительных органов и повысить их приверженность к участию в программах здравоохранения.

Активно расследовать случаи насилия со стороны сотрудников правоохранительных органов в отношении женщин, употребляющих наркотики и занимающихся секс-работой, и наказывать виновников; выработать механизмы, позволяющие женщинам сообщать о случаях насилия.

Организовать тренинги для сотрудников правоохранительных органов по вопросам, связанным с употреблением наркотиков, ВИЧ-инфекцией и секс-работой, а также по юридическим и правозащитным вопросам; способствовать тому, чтобы сотрудники правоохранительных органов оказывали поддержку потребителям наркотиков и секс-работникам, необходимую для их участия в программах здравоохранения.

В местах лишения свободы обеспечить для женщин равный доступ к услугам здравоохранения, включая ОЗТ, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции, а также возможность лечения вместе с детьми. Уменьшить количество людей, находящихся в местах лишения свободы в связи с ненасильственными преступлениями, связанными с оборотом наркотиков, что способствует снижению вреда, ассоциированного с местами лишения свободы, для самих этих людей, их семей и общества в целом.

Упразднить законодательную формулировку о «склонении к немедицинскому употреблению наркотиков», которая может быть использована как повод для преследований организаторов и сотрудников программ, распространяющих информацию по охране здоровья и предоставляющих стерильное инъекционное оборудование. Данная формулировка также препятствует получению нужной информации организациями, работающими в области женского здоровья и в других областях.

Источники информации

1. Пинкам С., Малиновска-Семпрух, К. (2007). Женщины, снижение вреда и ВИЧ. – Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда, Институт «Открытое общество».
2. ЮНЭЙДС / Всемирная организация здравоохранения (2009). Отчет о развитии эпидемии СПИДа 2009.
3. Интервью с Ириной Ермолаевой. – Фонд «Астерия», Бишкек, Кыргызстан, 2010.
4. Интервью с Полиной Гриченко. – НПО «Свеча», Санкт Петербург, Россия, 2010.
5. Интервью с Ирмой Киртадзе. – Грузинская сеть снижения вреда / «Альтернативная Грузия», Тбилиси, 2010.
6. Интервью с Ольгой Беляевой – НПО «Виртус», Днепропетровск, Украина, 2010.
7. Интервью с Аушрой Малинаускайте. – Вильнюсский центр лечения зависимостей, Литва, 2010.
8. Интервью с Ламарой Шакулашвили. – Комитет Шида Картли Грузинской сети против насилия, Гори, 2010.
9. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, paragraphs 12 (a)-(d) (2000). <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>
10. International Harm Reduction Development Program. (2009). The Effects of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine. New York: Open Society Institute.
11. Дарья Очерет (2010). Партнерство в области здоровья сообществ. – Москва, Россия.
12. Интервью с Людмилой Шульгой. – Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине, Киев, 2010.
13. International Harm Reduction Development Program (2010). Making Harm Reduction Work for Women: The Ukrainian Experience. New York: Open Society Institute.
14. Интервью с Ириной Лось. – «Открытая дверь», Никополь, Украина, 2010.
15. Canadian HIV/AIDS Legal Network et al. Submission to the Human Rights Council, Universal Periodic Review Working Group. Eighth Session (2010). Review of Kyrgyz Republic (2009).
16. Джалбиева И.Д., Ермолаева И.В., Токомбаева М.М. (2009). Ограниченная доступность услуг и социально-психологические факторы распространения ВИЧ-инфекции среди женщин-ПИН в южном регионе Кыргызстана. // Отчет о результатах исследования». – Бишкек: Общественный Фонд «Астерия».
17. Литовский центр психического здоровья, 2009. В интернете: www.vpsc.lt/.
18. Мейлахс Н., Мейлахс П. (2008). Женщины, наркозависимость и снижение вреда: социологическое исследование в России на примере Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: Центр независимых социологических исследований, Благотворительный общественный Фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие».
19. Интервью с Ольгой Рычковой. – Международная программа снижения вреда (МПСВ), Институт «Открытое общество», 2010.
20. United Nations Office on Drug Control (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. United Nations, New York.
21. Csete J. and Pearshouse R. (2007). Dependent on rights; Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
22. Евразийская сеть снижения вреда (2005). Секс-работа, ВИЧ/СПИД и права человека в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. – Вильнюс.
23. Sex Workers' Rights Advocacy Network (2009). Arrest the Violence Human rights abuses against sex workers in Central and Eastern Europe and Central Asia. Budapest: SWAN.
24. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Принята и открыта для подписания, ратификации в присоединения Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 34/180 от 18 декабря 1979 года. Вступление в силу 3 сентября 1981 года в соответствии со статьей 27 (1).
25. Наркотики, женщины и снижение вреда в Грузии (2008) – Тбилиси: Грузинская сеть снижения вреда.
26. Небренина Л. и др. (2008). Наркополитика в России: судьбы репрессированных потребителей наркотиков. – Москва: Всероссийская сеть снижения вреда.
27. Интервью с Евгенией Марон. – НПО «Астра», Санкт-Петербург, Россия, 2010.
28. Интервью с Русланом Малюта. – ЮНИСЕФ, Женева, Швейцария, 2010.
29. Human Rights Watch (2007). Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-based Drug Dependence Treatment, New York, Volume 19, No. 7(D).
30. Софи Пинкхэм, Киев, Украина, 2010.
31. Интервью с Оксаной Василенко. – НПО «Преодоление», Киев, Украина, 2010.
32. Интервью с Катей Навицке. – Евразийская сеть снижения вреда, Вильнюс, Литва, 2010.

Автор-составитель: **Софи Пинкхэм**.

Научное редактирование: **Ольга Беляева** (Ассоциация участников заместительной поддерживающей терапии Украины), **Руслан Малюта** (ЮНИСЕФ), **Симона Меркинайте** (Евразийская сеть снижения вреда, ЕССВ), **Дарья Очерет** (Евразийская сеть снижения вреда, ЕССВ), **Ричард Пирсхаус** (Richard Pearshouse) (Human Rights Watch), **Ольга Рычкова** (Открытый институт здоровья, ОИЗ), **Мария Субатайте** (Евразийская сеть снижения вреда, ЕССВ).

Данная работа была осуществлена на основе исследования и анализе ситуаций в 5 странах региона Центральной Европы и Восточной Европы и Центральной Азии и благодаря вкладу участников исследования из этих стран.

Подготовка публикации стала возможной благодаря финансовой поддержке **Глобальной программы по наркополитике** (Global Drug Policy Program) **Института «Открытое общество»**.

Точка зрения авторов может не совпадать с точкой зрения доноров.

Перевод с английского языка: **Ася Бидординова**.

Редактор: **Нази Арутюнян**.

Дизайн и печать: «Ex Arte», Вильнюс, Литва.

Формат цитирования:

Евразийская сеть снижения вреда (2010). Женщины и наркополитика в странах Евразии. – Вильнюс: ЕССВ.



www.harm-reduction.org