



Министерство
здравоохранения
РК



НАЦИОНАЛЬНАЯ КОМИССИЯ
ПО ДЕЛАМ ЖЕНЩИН И СЕМЕЙНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ
ПОЛИТИКЕ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



КМПА
Казхстанская Ассоциация
по половому и репродуктивному
здоровью (КМПА)



Усиление ответных мероприятий на гендерное насилие в секторе здравоохранения Казахстана

**Материалы республиканских совещаний, проведенных партнерами при поддержке Фонда
ООН в области народонаселения - ЮНФПА**

Астана

2011

Содержание:

<u>ПРЕДИСЛОВИЕ</u>	5
<u>ИНТЕГРАЦИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ТЕНДЕРНОМУ НАСИЛИЮ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА</u>	8
Концепция совещания	9
ВВЕДЕНИЕ	9
ЗАДАЧИ СОВЕЩАНИЯ	10
ОРГАНИЗАТОРЫ И УЧАСТНИКИ	10
СТРУКТУРА КРУГЛОГО СТОЛА И ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕССИЙ	10
ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ:	11
СПИСОК УЧАСТНИКОВ	12
ПОВЕСТКА ДНЯ	15
НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЕГО ПРЕДОТВРАЩЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ	18
ОТРАЖЕНИЕ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТАХ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:	34
ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИНТЕГРАЦИИ ОТВЕТА НА НАСИЛИЕ, СВЯЗАННОЕ С ГЕНДЕРНЫМИ РАЗЛИЧИЯМИ, В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	36
ВВЕДЕНИЕ	36
МЕТОДИКА	37
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	39
РЕКОМЕНДАЦИИ	40
РЕКОМЕНДАЦИИ	42
<u>УСИЛЕНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА НАСИЛИЕ. СВЯЗАННОЕ С ГЕНДЕРНЫМИ РАЗЛИЧИЯМИ.</u>	44
Концепция мероприятия.	45
Задачи мероприятия:	46
Участники встречи.	46
СПИСОК УЧАСТНИКОВ	47
ПРОГРАММА	50
ГЕНДЕР, ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО	53
“АННА “ - НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ НАСИЛИЯ	53
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ:	53
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РАССМАТРИВАЮЩИЕ ПРОБЛЕМУ НАСИЛИЯ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ (НПГ)	53
ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	54
ДЕКЛАРАЦИЯ О ЛИКВИДАЦИИ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН	54
НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН - НАРУШЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА	54
ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ И ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	55
ОСОБЕННОСТИ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ	55
ОТЛИЧИЕ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ ОТ КОНФЛИКТА	55
ВИДЫ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ	55

ЦИКЛ НАСИЛИЯ	56
ПОСЛЕДСТВИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ – СВИДЕТЕЛЕЙ НАСИЛИЯ	56
МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ	56
ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОМОЩЬ	57
ЦЕНТРЫ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ	57
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	57
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ	57
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОЙ КОМИССИИ ПО НАСИЛИЮ	58
РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ	58
НАСИЛИЕ, СВЯЗАННОЕ С ГЕНДЕРОМ, КАК ПРОБЛЕМА ОХРАНЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.	59
ФОКУС ЮНФПА	59
НАСИЛИЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ВОЗДЕЙСТВИЕ И ПОСЛЕДСТВИЯ	59
ЖЕРТВА, НЕКОТОРЫЕ ПОНЯТИЯ.	60
ВЫЯВИТЬ КОНКРЕТНУЮ ЖЕРТВУ НАСИЛИЯ – ОЗНАЧАЕТ	60
ЖЕРТВЫ НАСИЛИЯ И ПОМОЩЬ ИМ	60
ЖЕРТВЫ НАСИЛИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИМ, ВОПРОСЫ	61
ЧТО МОЖЕТ ВЫЯВИТЬ ВРАЧ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ ЖЕРТВЫ?	62
ПРАВОНАРУШИТЕЛЬ, СОВЕРШИВШИЙ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ	62
ПОДХОД ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАСИЛИЯ	64
ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	64
ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ	64
СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ	65
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАСИЛИЯ	65
МАТРИЦА: КОГДА И ЧТО	66
ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.	67
РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ	67
СТАТЬЯ 13. КОМПЕТЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	67
РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ	67
ВОЗ	67
ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА	69
ИНФОРМАЦИЯ О НАПАДЕНИИ	69
ПРИНЦИПЫ И ПРОЦЕДУРЫ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА:	70
Сводка рекомендаций участников мозгового штурма для проекта приказа Министерства здравоохранения	73
ВОПРОСЫ ДОСТУПА	73
Предоставление медицинской помощи по всем клиническим специальностям	73
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМИ СЛУЖБАМИ	75
Задачи органов управления здравоохранением	76
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОГРАММ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ГЕНДЕРНОМУ НАСИЛИЮ	78
РАМКИ МОНИТОРИНГА	78
Примеры индикаторов входа	79
Примеры индикаторов процесса	79
Примеры индикаторов продуктов:	79
Примеры индикаторов результатов	80
Примеры индикаторов воздействия	80
ПРИЛОЖЕНИЯ	81

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ РАВНЫХ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН И ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ГЕНДЕРНОМУ НАСИЛИЮ	81
ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 04.12.2009 N 214-4 "О ПРОФИЛАКТИКЕ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ"	82
ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 08.12.2009 N 223-IV "О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН"	93
Об утверждении Стратегии гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы	99
Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы	100

Предисловие

В настоящее время в рамках третьего цикла помощи Казахстану Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) выполняет План реализации Страновой программы на 2010-2015 гг., одобренный Исполнительным Советом ЮНФПА. План, подписанный ЮНФПА и Правительством Республики Казахстан, предусматривает, что ЮНФПА окажет поддержку претворению в жизнь Стратегии гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы утвержденной указом Президента Казахстана (см. Приложение в настоящей публикации). Эта Стратегия лежит в основе Плана мероприятий Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан.

Сопровождая действия Национальной комиссии, наряду с другими агентствами ООН ЮНФПА взял на себя обязательства оказать помощь в улучшении технического и институционального потенциала страны, так чтобы выгоды от реализации Стратегии гендерного равенства получило, возможно, большее число людей, и механизмы обеспечения прав человека работали более эффективно. Эти обязательства зафиксированы в Рамочной программе ООН по оказанию помощи в целях развития для Республики Казахстан на 2010-2015 гг., одобренной агентствами ООН и Правительством Казахстана.

В соответствии со своим мандатом и Стратегическим планом ЮНФПА делает упор на противодействию гендерному насилию, которое оказывает отрицательное влияние на состояние репродуктивного здоровья, и является серьезным препятствием в достижении пятой цели тысячелетия в области развития – улучшения здоровья матерей. Гендерное насилие включает в себя сексуальное насилие, с чем нередко связано наступление нежелательной беременности, передача ВИЧ и других сексуально трансмиссивных инфекций; физическое насилие, оборачивающееся травмами, не вынашиванием беременности, преждевременными родами, психологическое насилие, с которым связаны принудительные беременности и аборты и прочие виды насилия.

С декабря 2009 г. в стране действует Закон Республики Казахстан "О профилактике бытового насилия", в котором определяется роль сектора здравоохранения в проведении мероприятий по противодействию этому явлению. Предварительная оценка показала, что в данной области имеются определенные пробелы. ЮНФПА принял на себя обязательства оказать помощь Министерству здравоохранения в заполнении этих пробелов, и приступил к реализации соответствующих программных вмешательств.

Программные мероприятия ЮНФПА в Казахстане национально исполняемые. При таком способе претворения в жизнь проектов основная ответственность за их планирование, разработку, управление, проведение акций и получение результатов лежит на национальных структурах, в то время как ЮНФПА поддерживает соответствующую деятельность этих структур, в том числе путем финансирования, предоставления стратегической информации, пропаганды лучшего международного опыта и привлечения экспертизы. Принцип национального исполнения согласуется с Парижской декларацией 2005 г., из которой вытекает, что эффективность внешней помощи в деле достижения целей тысячелетия в области развития зависит от степени ее интеграции в национальные стратегии развития и использования национальных систем и процедур стран-партнеров, включая структуру и мониторинг результатов.

В январе 2010 г. общественным объединением «Центр социальных инициатив» Исполнительным партнером ЮНФПА, организовано республиканское совещание по рассмотрению докладов по анализу законодательства, регламентирующего участие сектора здравоохранения в противодействии гендерному насилию и реализации соответствующих правоприменительных практик. Для создания этих документов ЮНФПА привлек независимых национальных экспертов кандидата философских наук Л. Байшину, специалиста в области прав человека и кандидата медицинских наук А. Садыкову, специалиста в области психологии, возглавляющую Национальную медицинскую ассоциацию и хорошо знакомую с практиками здравоохранения. Совещание проходило под руководством Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике и Министерства здравоохранения. Среди рекомендаций совещания – разработка нормативно-правового акта Министерства здравоохранения по реализации Закона Республики Казахстан "О профилактике бытового насилия" (см. Приложение в настоящей публикации) и проведение обучения специалистов, которым образуют рабочую группу по подготовке проекта Закона.

Выполняя эти рекомендации в октябре 2011 г. ЮНФПА поддержал проведение совещания экспертов, представляющих основные службы здравоохранения, которые в своей деятельности повседневно сталкиваются как с жертвами гендерного насилия, так и с его причинителями. В работе совещания также приняли участие представители неправительственных организаций, предоставляющих юридическую защиту и социальную помощь жертвам насилия. Совещание было организовано «Казахстанской ассоциацией по половому и репродуктивному здоровью». Эта республиканская неправительственная организация является членом Международной федерации планируемого родительства (МФПР) . МФПР разделяет принципы ЮНФПА, относящиеся к противодействию гендерному насилию, и является партнером ЮНФПА в глобальном масштабе. Мероприятие прошло под руководством Министерства здравоохранения. Для выполнения роли ведущего в процессе дискуссий ЮНФПА пригласил г-жу Л. Панарину, специалиста-психолога, заместителя директора Национального центра по предотвращению насилия в России, которая поделилась российским опытом. ЮНФПА представил участникам подходы и методические документы, изданные ЮНФПА и Всемирной организацией здравоохранения, которые очерчивают роль сектора здравоохранения в деле противодействия гендерному насилию. Во время состоявшегося мозгового штурма участники совещания определили результативные меры, принимаемые по борьбе с гендерным насилием, нуждающиеся в усилении, неработающие подходы, которые нужно перепланировать или от реализации которых следует отказаться, а также не использованные ресурсы в каждой отрасли здравоохранения.

Итоги мозгового штурма, которые ниже публикуются среди других материалов обеих совещаний, должны лечь в основу проекта Приказа Министерства здравоохранения по усилению ответных мероприятий по противодействию гендерному насилию, разработку которого поддержит ЮНФПА. Настоящая публикация призвана способствовать разработчикам созданию проекта этого нормативно-правового документа, где должны быть детализированы механизмы исполнения Закона Республики Казахстан "О профилактике бытового насилия" сектором здравоохранения.

Предполагается, что одно из приложений к проекту Приказа будет содержать клинический протокол ведения клиентов, подвергшихся сексуальному насилию, пересмотренный, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. Другое приложение будет содержать

алгоритм действий врача по перенаправлению жертв насилия для предоставления юридической, психологической и социальной помощи. Еще одно приложение к Приказу будет содержать алгоритм действий работников здравоохранения по предоставлению медицинской и психологической помощи причинителям насилия. Если Приказ будет издан, ЮНФПА поддержит представление этих его частей назначенным ответственным лицам по координации реализации данного нормативно-правового акта на уровне областей. Предполагается, что одно из приложений к Приказу будет содержать матрицу индикаторов выполнения программ противодействия бытовому насилию здравоохранения. В случае ее разработки и одобрения ЮНФПА окажет содействие измерению базовых значений соответствующих индикаторов, и поможет уполномоченному институту сектора здравоохранения в деле улучшения его потенциала измерять указанные индикаторы в дальнейшем.

Александр Косухин

Исполнительный представитель ЮНФПА

Офис ЮНФПА в Казахстане



Министерство
здравоохранения РК



ОБЩЕСТВЕННОЕ
ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ЦЕНТР ГРАЖДАНСКИХ
ИНИЦИАТИВ»

Интеграция противодействия тендерному насилию в систему здравоохранения Казахстана

Материалы Республиканского совещания

город Астана 19 января 2011 год

Подготовлено и проведено при технической, материальной и финансовой поддержке Фонда ООН
в области народонаселения (ЮНФПА)



Каждый значим



Концепция совещания

г. Астана, 19 января 2011 г.

Введение

Гендерное насилие усиливает неравенство между мужчинами и женщинами, нарушает здоровье, достоинство, безопасность и независимость своих жертв. Оно охватывает широкий спектр нарушений прав человека. Ряд международных соглашений и договоров по правам человека требуют от государства принять эффективные меры по предотвращению и искоренению гендерного насилия. За последние два десятилетия гендерное насилие встало на повестку дня международных организаций и государственных секторов здравоохранения.

Казахстан предпринял значительные шаги в области обеспечения гендерного равенства и борьбы с домашним насилием, приняв ряд ключевых документов, таких как Стратегия гендерного равенства 2006-1016 гг, а также подписанные президентом страны в декабре 2009 года закон "О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин" и закон «О профилактике бытового насилия».

Опыт многих стран показывает, что сектор здравоохранения, в особенности сектор сексуального и репродуктивного здоровья, предлагает эффективные пути реагирования на гендерное насилие, включая выявление жертв и их поддержку. Принятие конкретной политики сектора здравоохранения по вопросу о роли медицинских работников в борьбе с гендерным насилием очень важно. Чтобы быть эффективной и устойчивой, такая помощь должна быть интегрирована в сектор здравоохранения, а не оставаться инициативной отдельных частных медицинских учреждений.

В соответствии со Страновой программой на 2010-2015 годы, ЮНФПА будет поддерживать Правительство и гражданское общество Республики Казахстан в том, чтобы Правительственный План Действий Стратегии гендерного неравенства на 2009-2011 достиг большего количества женщин и выполнен в полном объеме. В конце 2009 года, Парламент Республики Казахстан принял закон по противодействию насилия в семье. Теперь необходимо, чтобы существующие механизмы обеспечивали эффективность этого закона.

В ходе предыдущего программного цикла ЮНФПА поддерживал деятельность по усилению технического потенциала правоохранительных органов, лидеров общин и организаций гражданского общества в вопросах борьбы с гендерным насилием с особым фокусом на Южно-Казахстанскую область. Анализ реализации программы показал, что усиление реагирования сектора здравоохранения на гендерное насилие, и особенно репродуктивного сектора здравоохранения, было недостаточно использовано в качестве стратегии по предотвращению и реагированию на гендерное неравенство. Широкая доступность и использование услуг по охране репродуктивного здоровья являются потенциальными преимуществами при выявлении женщин, пострадавших от гендерного насилия и позволяет предлагать им безопасные направления и поддержку.

В 2010 году ЮНФПА мобилизовал национальные кадры для изучения отражения вопросов профилактики гендерного насилия в законодательных актах Республики Казахстан и оценки интеграции вопросов гендерного насилия в систему здравоохранения республики. ЮНФПА

также поддерживает рабочее совещание с заинтересованными сторонами для обсуждения итогов оценки и определения дальнейших усилий для интеграции вопросов гендерного насилия в систему здравоохранения и подготовки кадров для медицинских учебных заведений.

Задачи совещания

Совещание должно способствовать более полному осознанию работниками здравоохранения, неправительственным сектором, донорскими организациями, другими заинтересованными партнерами следующих вопросов:

- непосредственных результатов, полученных в ходе проведенной экспресс-оценки интеграции гендерного насилия в систему общественного здравоохранения в Казахстане;
- использования возможностей в области репродуктивного здоровья, включая предродовую помощь, услуги по планированию семьи, а также услуги, связанные с болезнями, передающимися половым путем в качестве отправной точки для определения инцидентов гендерного насилия, и для обеспечения безопасности и поддержки;
- определение дальнейших шагов, которые необходимо предпринять для интеграции вопросов гендерного насилия в систему общественного здравоохранения с целью выявления и реагирования на гендерное насилие и обеспечения эффективности национального законодательства в сфере противодействия гендерному насилию.

Организаторы и участники

Совещание будет организовано правительственным партнером – Национальной Комиссией по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан, при технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА). На совещание будут приглашены представители ключевых министерств и заинтересованные партнеры, которые могут сыграть роль в обеспечении эффективных путей реагирования на гендерное насилие.

Структура круглого стола и ожидаемые результаты сессий

В ходе совещания предполагается:

- ознакомление участников с результатами и рекомендациями проведенного анализа законодательства и оценки степени интеграции вопросов гендерного насилия в систему здравоохранения Казахстана.
- фиксированные и свободные выступления участников. В ходе фиксированных выступлений присутствующие партнеры в области развития, включая правительственные и донорские институты, определяют круг намерений и обязательств в вопросах выявления и реагирования на гендерное насилие и обеспечения эффективности национального законодательства в сфере противодействия гендерному насилию.
- проведение дискуссии, в ходе которой участники совещания придут к заключению о дальнейших действиях, которые необходимо предпринять для интеграции вопросов гендерного насилия в систему здравоохранения и подготовки кадров для медицинских учебных заведений.

Итоговый документ:

Итоговый документ – резолюция совещания - будет содержать рекомендации и обобщение намерений вовлеченных сторон в вопросы выявления и реагирования на гендерное насилие в системе здравоохранения и обеспечения эффективности национального законодательства в сфере противодействия гендерному насилию.

Список участников

Консультативное совещание по интеграции вопросов гендерного насилия в систему общественного здравоохранения в Республике Казахстан.

26 января, 2011 г., г. Астана

Члены Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан, депутаты Парламента Республики Казахстан		
1	Тарасенко Елена Ивановна	Депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан, член Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан
2	Асанов Жакып Кажманович	Депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан
Администрация Президента		
3	Абишев Тастемир Даутович	Заведующий сектором Отдела внутренней политики- заведующий Секретариатом Комиссии по правам человека при Президенте Республики Казахстан
4	Ахметов Серик Абжалиевич	Заведующий сектором Отдела внутренней политики- заведующий Секретариатом Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан
5	Нурахметова Гаухар Сердалыкызы	Главный эксперт Секретариата Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан
Руководители республиканских органов		
6	Байжунусов Эрик Абеневич	Заместитель министра здравоохранения Республики Казахстан
Представители республиканских органов		
7	Байдильдаева Гульпариде Талабековна	Начальник гинекологического отделения Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Казахстан

8	Жаксығалиев Каныбек Сейсенғалиевич	Начальник профилактического управления Комитета административной полиции Министерства внутренних дел Республики Казахстан
9	Коканова Гульнар Жакайовна	Директор департамента социальной и демографической статистики Агенства Республики Казахстан по статистике
10	Омарбаев Серик Сапанович	Начальник военно-медицинского управления Комитета внутренних войск Министерства внутренних дел Республики Казахстан
11	Омирбаев Серик Мауленович	Директор департамента высшего и послевузовского образования Министерства образования и науки Республик Казахстан
12	Сивонова Инна Александровна	Страший ординатор неврологического отделения Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Казахстан
13	Толегалиева Ажар Гинаятовна	Директор департамента оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Консультанты		
14	Байшина Лейла Агзамовна	Национальный эксперт ООН
15	Садыкова Айжан Бугайдаровна	Национальный координатор, член Национального Координационного Совета по охране здоровья при Правительстве РК, президент РОО «Национальная медицинская ассоциация», директор института психологии и психотерапии
Представители гражданского общества		
16	Альжанова Аида	Председатель ОФ «Евразийский гуманитарный центр «ADAM DAMU»
17	Жайсанбаева Газиза Сапарғалиевна	Социальный работник ОФ «Центр социально-психологической реабилитации и адаптации для женщин и детей «Родник» г. Алматы
18	Кулманова Наилья Кадыровна	Учредитель ОО «Центр гражданских инициатив»

19	Лукпанова Улжан Сейтгаевна	Директор ОФ «Кризисный центр «Забота» г.Алматы
20	Петухова Надежда Михайловна	Президент филиала Казахстанской ассоциации по половому и репродуктивному здоровью г.Астана
21	Сарсембаева Раушан Биргебаевна	Президент РОО «Ассоциация деловых женщин Казахстана»
22	Турганбай Зухра Кусаиновна	Исполнительный директор ОО «Центр гражданских инициатив»
23	Хаматдинова Алина Наильевна	Исполнительный директор ОЮЛ «Гражданский альянс Казахстана»
24	Шорманбаева Айна Сергеева	Президент ОФ «Международная правовая инициатива», эксперт ОФ «Хартия за права человека» г.Алматы
Представители международных организаций		
25	Жульен Пелло	Программный специалист по вопросам гендера и правам человека, Субрегиональный офис ЮНФПА
26	Кадирова Айгуль	Начальник отдела по вопросам развития здравоохранения, ВИЧ и молодежи ЮНИСЕФ в Казахстане
27	Косухин Александр Борисович	Координатор программ ЮНФПА в Казахстане
28	Лысенкова Юлия	Национальный эксперт в области репродуктивного здоровья и гендера, ЮНФПА в Казахстане
29	Молдакулова Газиза	Координатор программ по народонаселению и развитию ЮНФПА в Казахстане
30	Нургабилова Айгуль	Координатор проектов по улучшению питания матери и ребенка ЮНИСЕФ в Казахстане

Повестка дня

Совещания по интеграции вопросов гендерного насилия в систему общественного здравоохранения в Казахстане

Астана, 26 января 2011г.

13.30-14.00 **Регистрация участников**

14.00-14.20 **Открытие совещания.**

Вступительное слово и приветствия

Тарасенко Е.И., Председатель, член Мажилиса Парламента Республики Казахстан, член Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан

Байжунусов Е.А. Вице-министр здравоохранения Республики Казахстан;

Асанов Ж.К., Депутат Мажидиса Парламента Республики Казахстан, член Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан;

Абишев Т.Д. – заведующий Секретариатом Комиссии по правам человека при Президенте Республики Казахстан (сектор Отдела внутренней политики Администрации Президента Республики Казахстан)

Косухин А.Б., Исполнительный представитель Фонда ООН в области народонаселения в Казахстане

14.20-15.00 **Сессия 1**

15:00 -15:20 **Насилие на гендерной почве и роль медицинских учреждений в его предотвращении в Республике Казахстан. Законодательный аспект**

Байшина Л.А., к.ф.н., национальный консультант

15.20-15.35 **Итоги проведенной оценки интеграции вопросов гендерного насилия в систему общественного здравоохранения Казахстана**

Садыкова А.Б., к.м.н., национальный консультант, член Национального Координационного Совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан, президент РОО «Национальная медицинская ассоциация», директор института психологии и психотерапии

16.00-16.20 **Обсуждение презентаций**

Кофе-брейк

16.20–17.20 **Сессия 2. Фиксированные выступления:**

Пути профилактики травматизма, вызванного насилием, связанным с гендером
Г-жа Толегалиева А.Г.- директор департамент организации лечебно-профилактической деятельности Министерства Здравоохранения Республики Казахстан

Позиция ВОЗ по интеграции противодействия насилию связанного с гендером в систему здравоохранения
Всемирная Организация Здравоохранения

Интеграция преподавания основ медицинской психологии на факультетах психологии в вузах
Г-н Омирбаев С.М.- директор департамента высшего и послевузовского образования Министерства образования и науки Республик Казахстан

Организация работы органов внутренних дел по противодействию бытовому насилию.
Г-н Жаксығалиев К.С.- начальник профилактического управления Комитета административной полиции Министерства внутренних дел Республики Казахстан

Роль медицинской службы военных формирований в противодействие насилию, связанному с гендерными неравенствами.

Г-жа Райсхан Мейрамгуль- гинекологическое отделение Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны РК, Сивонова Инна Александровна- старший ординатор неврологического отделения Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Казахстан

Учет индикаторов по насилию, связанному с гендером в системе государственной статистики
Г-жа Коканова Г.Ж.- директор департамента социальной и демографической статистики Агентства Республики Казахстан по статистике

17.20-18.00

Нефиксированные выступления

Г-жа Сарсембаева Р.Б.- директор РОО «Ассоциация деловых женщин Казахстана»

Г-жа Петухова Н.М.- президент филиала Казахстанской ассоциации по половому и репродуктивному здоровью г.Астана

Г-жа Лукпанова У.С.- директор НПО Кризисный Центр «Забота»

Г-жа Шорманбаева А.С.- Президент ОФ «Международная правовая инициатива», эксперт ОФ «Хартия за права человека» г.Алматы

Г-жа Хаматдинова А.Н.- Исполнительный директор ОЮЛ «Гражданский альянс Казахстана»

Г-жа Альжанова А.- Председатель ОФ «Евразийский гуманитарный центр «ADAM DAMU»

Г-жа Кадирова А.- Начальник отдела по вопросам развития здравоохранения, ВИЧ и молодежи ЮНИСЕФ в Казахстане

18.00-18.15 **Подведение итогов. Принятие рекомендаций совещания.**

Закрытие совещания

18.15 -19.00 **Фуршет**

Насилие на гендерной почве и роль медицинских учреждений в его предотвращении в Республике Казахстан: законодательный аспект

Л.А. Байшина, кандидат философских наук, независимый консультант

В соответствии с Декларацией об искоренении насилия в отношении женщин, провозглашенной Резолюцией 48/104 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1993 года, насилие в отношении женщин означает любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни.

Насилие, основанное на гендере – это насилие, применяемое представителем одного пола по отношению к представителю другого пола. Этот вид насилия отражает и усиливает неравенство между женщинами и мужчинами и подрывает здоровье, достоинство, безопасность и независимость жертвы. Оно охватывает широкий спектр нарушений прав человека, включая сексуальное насилие над детьми, изнасилования, домашнее насилие, сексуальные домогательства, торговлю женщинами и девочками и вредные традиции. Эти случаи оставляют глубокие психологические травмы, разрушают здоровье, включая репродуктивное и сексуальное здоровье женщин, и в некоторых случаях заканчиваются смертью.

Хотя относительно жертв насилия на гендерной почве (НГП) и бытует множество стереотипных предрассудков, в реальности его жертвой может стать любая женщина. Среди жертв НГП встречаются богатые и бедные, образованные и безграмотные, замужние, вдовы и разведенные. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приводит оценку, согласно которой жертвой НГП рано или поздно становится каждая пятая женщина (WHO, 1997). По иным оценкам, жертвами насилия становятся одна женщина из трех.

В феврале 2008 года Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун развернул многолетнюю кампанию по объединению усилий, направленных на предотвращение и прекращение насилия в отношении женщин и девочек во всем мире.

«Насилие в отношении женщин – это проблема, требующая безотлагательного решения. Достаточно беглого взгляда на статистические данные. Как минимум каждая третья женщина в мире, скорее всего, подвергнется в своей жизни избиению, понуждению к вступлению в половую связь или иному надругательству», — заявил Генеральный секретарь в ходе провозглашения кампании. – «Не существует универсального подхода в борьбе с насилием в отношении женщин. Что работает в одной стране, может не привести к желательным результатам в другой. Каждое государство должно выработать свою собственную стратегию», — сказал он. – «Однако есть одна всеобщая правда, применимая ко всем странам, культурам и сообществам: насилие в отношении женщин абсолютно неприемлемо, непростительно и невыносимо».

Кампания рассчитана на 2008–2015 годы, будучи приурочена тем самым к заданному сроку достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРДТ). Кампания призывает правительства, гражданское общество, женские организации, молодежь, частный сектор, СМИ и всю систему ООН объединить усилия в борьбе с глобальной пандемией насилия в отношении женщин и девочек. В качестве основы кампании используется

существующая международная политико–правовая база и мощная движущая сила, сосредоточенная вокруг данной проблемы, выраженная в увеличении количества инициатив со стороны партнеров системы ООН, правительств и НПО.

Насилие в семье (домашнее насилие) – это физическое, психологическое, сексуальное, а также экономическое насилие, совершаемое интимным партнером или членом семьи. Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун, 8 марта 2007 года сказал: «Разгул насилия в отношении женщин продолжается на всех континентах, во всех странах и среди всех слоев общества. Оно имеет самые тяжелые последствия для женщин, их семей и общества в целом. Хотя в большинстве обществ подобное насилие запрещено, в реальной жизни его зачастую скрывают или покорно мирятся с ним».

Домашнее насилие - это ситуации, в которых один человек контролирует или пытается контролировать поведение и чувства другого. Внутри семейного насилия, как обобщенной категории существуют более специфические категории, определяемые природой отношений между обидчиком и жертвой, а также условиями их жизни. Выделяют четыре вида домашнего насилия – физическое, сексуальное, психологическое и экономическое.

ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

Это намеренное использование физической силы или орудий для причинения женщине повреждений или травм.

Включает в себя: шлепки, битье, удары, ножевые ранения, которые могут привести к вреду здоровью, иногда к смерти.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мужчины используют насилие в отношении женщин в качестве способа наказания последних за нарушение традиционных женских ролей или за вызов их мужским качествам.

СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Это насильственный половой акт, заставляющий женщину вступить в сексуальный контакт без ее согласия, половой акт, совершенный с больной женщиной или инвалидом, под давлением или под влиянием алкогольного или наркотического опьянения.

Сексуальная агрессия, крайним случаем которой является изнасилование, сложное и многоуровневое явление. Она проявляется в трех основных формах: сексуального домогательства, принуждения и насилия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

Это контроль над женщиной или ее изоляция, а также ее унижение.

Выражается в постоянной критике, оскорблении, унижении. А также – в актах насилия по отношению к детям или другим лицам для установления контроля над партнером; угрозах насилия по отношению к себе, жертве или другим лицам; запугивании посредством насилия по отношению к домашним животным или разрушении предметов собственности; преследовании;

контроле над деятельностью жертвы; контроле над кругом общения жертвы; контроле над доступом жертвы к различным ресурсам (получению социальной и медицинской помощи, медикаментам, автотранспорту, общению с друзьями, получению образования, работе и т.п.); эмоциональном насилии; принуждении жертвы к исполнению унижающих ее действий; контроле над распорядком дня жертвы и т.п.

Очень важным аспектом проявления насилия является изоляция жертвы обидчиком. Это выражается в том, что он постепенно разрушает ее социальное окружение и контакты, начиная с родительской семьи. Это происходит не сразу, не очевидно, а путем постепенных манипуляций, например, начиная с высказываний «твои родители меня не принимают» или «твоя подруга кокетничает со мной», и она, доверяя ему и желая сохранить свои отношения с ним, скорее прервет контакты со своими близкими, чем подвергнет сомнению его слова.

Психологическое насилие также является наиболее распространенным и присутствует практически во всех случаях насилия в семье. Повторяющееся насилие ведет к значительным психологическим страданиям, посттравматическому стрессу, депрессии, непреходящему чувству страха, а иногда и к более серьезным последствиям, - например, к попыткам самоубийства.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

Это отказ женщине в доступе к средствам к существованию и контроль над ней.

Проявляется в отказе в содержании детей; утаивании доходов; трате семейных денег, самостоятельном принятии большинства финансовых решений - это, например, может выражаться в том, что при покупке продуктов не учитываются потребности детей или жены, и в результате дети могут не получать необходимое для их возраста питание; жена, совершая покупки, должна отчитываться чеками, и т.п.

Эта форма насилия не подпадает под определение правонарушения и очень опасна. Она создает предпосылки к безнаказанному совершению психического, физического и сексуального насилия, так как жертва становится зависимой от своего обидчика.

С другой стороны, даже работающие и зарабатывающие больше мужа женщины становятся жертвами насилия. Очень часто в практике работы кризисных центров встречаются случаи, когда муж распоряжается всеми деньгами, выделяя жене мизерную сумму на продукты. Часто муж полностью забирает и зарплату жены. При этом женщины, испытывая чувство вины, поскольку это нетрадиционно для женщины получать больше мужа и чувство жалости, так как он себя «не реализовал» как добытчик, тоже не сразу могут понять, что попали в ситуацию домашнего насилия.

Основополагающим документом, определившим стратегию в борьбе с насилием в отношении женщин является программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.), на которой участники пришли к общему мнению о том, что надделение женщин более широкими правами, искоренение всех форм насилия в отношении девочек и женщин являются ключевыми вопросами политики в области народонаселения и развития.

В Пекинской Платформе действий, принятой на четвертой Всемирной конференции по положению женщин отмечается, что акты насилия или угрозы совершения таких актов,

независимо от того, применяются ли они в семье или в общине, самим государством или при его попустительстве, приносят в жизнь женщин чувство страха и отсутствия безопасности и являются препятствиями для реализации их стремления к достижению равноправия, а также развития и мира. Страх перед насилием, в том числе перед домогательствами, служит постоянным препятствием для мобильности женщин и ограничивает их доступ к ресурсам и к основным видам деятельности. Кроме всего прочего, насилие в отношении женщин усугубляется социальным давлением, главным образом чувством стыда, не позволяющим женщинам сообщать об определенных актах, которые совершаются по отношению к ним; отсутствием у женщин доступа к юридической информации, помощи или защите; отсутствием законов, фактически запрещающих насилие в отношении женщин; неспособностью реформировать существующее законодательство; недостаточными усилиями со стороны государственных органов по содействию распространению информации о существующих законах и обеспечению их соблюдения; и отсутствием просветительских и других мер по устранению причин и последствий насилия. В этой связи, насилие в отношении женщин связано с высокими издержками в социально-экономической сфере и в сфере здравоохранения в том числе, и что особенно важно, издержки, связанные с насилием на гендерной почве касаются каждого члена общества.

В этой связи борьба с насилием на гендерной почве является чрезвычайно актуальной в настоящее время.

ООН использует термин «гендерное насилие», чтобы подтвердить, что такое насилие происходит из гендерного неравенства и его зачастую допускают или ему попустительствуют законы, институциональные и общественные нормы; гендерное насилие это не только проявление гендерного неравенства, оно часто способствует усилению гендерного неравенства (Heise, Ellsberg and Gottmoeller, 1999).

В отчете Всемирного банка насилие на гендерной почве (НГП) и в первую очередь, против женщин оценивается как серьезный фактор, влияющий на смерть и недееспособность женщин репродуктивного возраста больше, чем онкологические заболевания, малярия и дорожно-транспортные несчастные случаи. НГП может привести к развитию хронических психологических и физических расстройств и негативно повлиять на самые разнообразные аспекты жизни женщины. В международных документах отмечается, что агрессивное поведение в семье остается серьезной проблемой в силу безнаказанности, недостаточных мер со стороны правоохранительных органов и терпимости общественности к насилию против женщин.

Согласно отчету, подготовленному на основе результатов исследований, проведенных в 71 стране мира, 102 страны-участницы ООН не обладают определенными законами, запрещающими домашнее насилие, а 53 страны-участницы не могут рассмотреть с помощью судебного порядка дела касательно супружеского изнасилования, и всего 93 страны-участницы имеют законы, запрещающие торговлю женщинами. Кроме того, отчет обнаружил, что 89 членов ООН разработали законодательство касательно домашнего насилия, 140 стран - рассмотрели в судебном порядке дела относительно супружеского изнасилования, а еще 90 стран разработали законодательство о сексуальных домогательствах на рабочем месте. Тем не менее, половина всех стран-участниц не имеют подобного законодательства.

Во многих обществах правовая система и общественность проявляют отношение, наносящее вред жертвам насилия. Зачастую женщины несут ответственность за насилие, совершенное

против них, а законы, существующие в некоторых странах, позволяют преступникам оставаться безнаказанными. Так, согласно Уголовному Кодексу многих стран, преступник может остаться на свободе в том случае, если предложит жертве насилия заключить с ним брак, и она согласится. В то же время законодательство Пакистана и некоторых других мусульманских стран требует от женщин, подвергшихся насилию, предоставление определенного количества надежных свидетелей-мужчин, которые могли бы подтвердить совершенное преступление. Разумеется, очень часто жертвы насилия не могут обеспечить себя свидетелями.

Несмотря на то, что ряд стран мира имеет законодательство, предотвращающее домашнее насилие, оно до сих пор существует на высоком уровне. Для устранения данного фактора необходимо уделить больше внимания выполнению и исполнению принятых законодательных актов и покончить с законами, подчеркивающими преобладание воссоединения семьи над правами женщин и девушек.

В Казахстане за последние годы сделаны значительные шаги в обеспечении гендерного равенства и предотвращении насилия в отношении женщин. Огромную роль в этом вопросе играет Национальная комиссия по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан, созданная Указом Президента Республики Казахстан от 22 декабря 1998 года №4176. В целях принятия действенных мер по предупреждению и пресечению всех форм насилия в отношении женщин 19 февраля 1999 года в системе органов внутренних дел в составе административной полиции были созданы подразделения по борьбе с проявлениями насилия в отношении женщин. Приняты законы Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам незаконной миграции", "О внесении дополнений в Уголовный кодекс Республики Казахстан", внесено дополнение в Закон Республики Казахстан "О туристской деятельности в Республике Казахстан", которыми незаконный вывоз людей за пределы Казахстана или их незаконный транзит признается преступлением, подлежащим наказанию в виде лишения свободы от 3 до 8 лет с конфискацией имущества.

Совместно с Международной организацией по миграции реализованы проекты "Информационная кампания по предупреждению трафика женщин" и "Борьба с торговлей людьми (трафиком) из (в, через) и внутри Казахстана".

В настоящее время при Правительстве Республики Казахстан действует межведомственная комиссия по вопросам борьбы с незаконным вывозом, ввозом и торговлей людьми. Был разработан национальный План по борьбе, предотвращению и профилактике преступлений по торговле людьми на 2004-2005 гг.

В ноябре 2004 года Казахстан подписал Конвенцию о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами и Заключительный протокол к данной Конвенции.

По фактам незаконной вербовки людей для сексуальной или иной эксплуатации (трафика) в 1999 году было зарегистрировано 8 преступлений, в 2000 г. - 3, 2001 г. - 5, 2002 г. - 0, 2003 г. - 4, 2004 г. - 14.

Значительным шагом в обеспечении гендерного равенства и борьбе с домашним насилием является принятие ряда ключевых документов, таких как Стратегия гендерного равенства 2006-1016 гг, а также подписанные президентом страны в декабре 2009 года закон "О государственных

гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин" и закон «О профилактике бытового насилия». В Стратегии приводится анализ ситуации с насилием на гендерной почве в Республике Казахстан и отмечается, что в условиях безработицы женщины подвержены большей опасности сексуальных домогательств и дискриминации, в том числе и на рабочем месте.

В документе приводятся данные о том, что в 2004 году было зарегистрировано 143 тыс. преступлений, в т.ч. в отношении женщин более 35 тыс. Из них 551 убийство, 405 случаев умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, 1,3 тыс. изнасилований, 1,1 тыс. побоев и истязаний. Совершено 357 преступлений, связанных с организацией и содержанием притонов для занятия проституцией и сводничеством. Менее 10 % случаев изнасилований доходит до рассмотрения в суде. 28 % замужних женщин являются жертвами насилия со стороны своих мужей. Только за 6 месяцев 2006 года в сфере семейно-бытовых отношений совершено 2 797 преступлений, содержащие признаки насилия, что составило более 33% от общего числа преступлений, совершенных в отношении женщин. Из них 81 убийство, что составило 30% от общего числа убийств, 67% доведений до самоубийства, 44% умышленных причинений вреда здоровью женщин, 29% умышленных причинений средней и легкой тяжести вреда здоровью, 60% побоев и истязаний, 21% угроз.

В Республике Казахстан исследование уровня осведомленности населения о бытовом насилии показало, что свыше 60% женщин Казахстана хотя бы раз в жизни подвергались любому виду насилия (физическому, сексуальному, экономическому, социальному, психологическому и т.д.), и что объектом насилия в семье становятся любые члены семьи, но реальные факты говорят, что 95% переживших семейное насилие, это женщины и дети. Результаты исследования «Уровень осведомленности населения о бытовом насилии» показали, что наиболее распространенным видом насилия в семье, с которым приходилось респондентам сталкиваться или слышать, является морально-психологическое, так считают 306 (53,7%) респондентов – это каждый второй ответ. На втором месте по распространенности – физическое насилие, на него указывают 290 (51,1%) человек – это почти каждый второй ответ. На третье место по результатам опроса попадает экономическое насилие, его называют 198 (34,7%) – это почти каждый третий. Сексуальное насилие отметили 131 (23,0%) человек – это каждый четвертый.

Можно отметить, что люди охотнее говорят о насилии, происходящем «где-то». И, тем не менее, в каждой 12-ой семье из 570, происходят случаи семейного насилия. В каждой 8-ой семьях друзей встречается насилие, и почти в каждой 4-ой соседской семье также происходят случаи семейного насилия.

Особое значение в борьбе и предотвращении НГП имеет деятельность организаций здравоохранения, так как существует тесная взаимосвязь между сексуальным и репродуктивным здоровьем женщин.

Женщины, подвергшиеся сексуальному насилию в детстве, подвержены повышенному риску пренебрежения правилами безопасного секса и, как следствие, заражению ВИЧ/СПИД в юношеском и зрелом возрасте.

Женщины, подвергшиеся физическому насилию, чаще других оказываются в ситуации незапланированной беременности.

Многие жертвы изнасилования получают серьезнейшие физические и психические травмы, вплоть до умпомешательства и смерти. Вероятность самоубийства среди жертв изнасилования в девять раз выше, чем среди женщин, насилию не подвергавшихся.

До недавних пор проблема НГП была окружена стеной молчания, и как правило жертвы насилия не рассказывают медработникам о случившемся. Вместе с тем, пережитое — давно ли, сегодня ли — насилие производит колоссальное воздействие на поведение женщины и на её отношение к людям. К примеру, женщины, подвергшиеся в детстве растлению, очень часто испытывают чувство вины и стыда, постоянно упрекают себя. Эти негативные эмоции в собственный адрес нередко толкают их на неоправданный сексуальный риск, что делает их особенно подверженными внеплановой беременности, ЗППП (включая ВИЧ/СПИД), бесплодию. Исследования показывают, что эти женщины также страдают повышенной уязвимостью с точки зрения вероятности повторных актов насилия в юности и в зрелом возрасте, что лишь усугубляет их психические травмы и еще больше подрывает здоровье.

Статистика такова, что жертвы изнасилования в последующие за ним годы обращаются в медучреждения на 50 с лишним процентов чаще, чем до того. И всё же большинство этих женщин ничего не говорят медработникам о своей сексуальной травме, а те их и не спрашивают.

Все мы понимаем, что, даже если медработники и не говорят с пациентками на тему НГП, в действительности им чуть ли не ежедневно доводится лечить пострадавших от насилия. Жертвы часто обращаются с жалобами на усиливающиеся боли непонятной природы, не поддающиеся диагностике заболевания, повторные эпизоды ЗППП, нежелательную беременность. НГП оказывает множество воздействий на репродуктивное и сексуальное здоровье женщины. В этой связи роль мед работников чрезвычайно велика им необходимо решать медицинские и психологические проблем лиц, подвергшихся насилию на гендерной почве. Поэтому особенно важно для медработников научиться распознавать признаки НГП и решать связанные с ним медицинские проблемы. В условиях медучреждения жертвами чаще всего оказываются женщины с репутацией “сложных” пациентов. К ним часто приклеивается ярлык типа “бедолага”, поскольку они не способны: правильно использовать предписываемые им методы планирования семьи, выполнять рекомендации врача и психолога, вовремя являться на повторный прием, до конца пролечиваться от ЗППП. Раз за разом их здоровье ухудшается, либо они продолжают жаловаться на симптомы вроде неопределенных, нарастающих болей, головных болей, тяжести в животе, болей в спине, проблем с желудочно-кишечным трактом и т. п.

Очень часто за поведением и симптомами такого рода скрывается не выявленный случай НГП. То есть, реальная проблема состоит в том, что эти женщины не получают той помощи, в которой нуждаются. Таким образом, если своевременно не выявить НГП и не заняться лечением его последствий, резко снижается эффективность программ охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

Возможные медицинские последствия и факторы риска, возникающие вследствие насилия на гендерной почве очень велики. Большинство жертв ни за что сами собой не признаются, что пострадали от НГП. Многие из них вообще никому и ничего не рассказывают. Исследования показывают, что у большинства жертв медработники ни разу не интересовались насчет НГП. Результаты исследований говорят о том, что на вопрос о том, рассказали ли бы женщины медикам о случившемся с ними насилии, если бы те их прямо об этом спросили, 70% ответили

утвердительно. В реальности такие вопросы когда-либо задавались лишь 6% женщин, опрошенных в ходе упомянутого исследования. 90% женщин дали утвердительный ответ на вопрос, способны ли, по их субъективному мнению, врачи помочь им в решении проблем, испытываемых ими в результате сексуального насилия. Жертвы сообщают, что хотя пойти на признание изначально трудно, им бы хотелось приватно поговорить с медицинским работником, который бы сам поинтересовался насчет НГП в участливой, непредвзятой форме. Реальность же такова, что многие из этих женщин долго ждали, да так и не дождались, чтобы медики поинтересовались у них насчет проблемы насилия в их жизни.

В решении проблем с насилием на гендерной почве медучреждениям очень важно работать в рамках единой сети с другими организациями и группами, занимающимися проблемой НГП. В этой связи особое значение имеет принятие соответствующих законов или поправок к законам о насилии на гендерной почве.

Отражение вопросов профилактики насилия на гендерной почве в законодательных актах в области здравоохранения Республики Казахстан

Л.А. Байшина, кандидат философских наук, независимый консультант

В законодательстве Республики Казахстан вопросы насилия на гендерной почве отражены в Законе Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 214-IV «О профилактике бытового насилия». В отношении организаций здравоохранения в Законе о профилактике бытового насилия отмечается то, что в компетенцию органов внутренних дел входит направление потерпевших в организации по оказанию помощи или организации здравоохранения (Ст.10 п.7.), наряду с этим, статья 12 указанного Закона регулирует компетенцию внутреннего органа в области здравоохранения, который согласно его нормам:

- 1) разрабатывает и по согласованию с уполномоченными органами в области социальной защиты населения и образования утверждает стандарты оказания специальных социальных услуг;
- 2) разрабатывает и внедряет в практику работы организаций здравоохранения методические рекомендации по оказанию медицинской и психологической помощи потерпевшим;
- 3) участвует в разработке проектов нормативных правовых актов в области профилактики бытового насилия.

Наряду с этим, статья 13 указанного закона регулирует компетенцию организаций здравоохранения, которые:

- 1) оказывают наркологическую, психологическую, психиатрическую, лечебно-профилактическую помощь и проводят медицинскую реабилитацию потерпевших и лиц, совершивших бытовое насилие;
- 2) извещают органы внутренних дел о фактах обращения потерпевших и оказания им медицинской помощи;
- 3) реализуют мероприятия по предупреждению алкоголизма, наркомании, токсикомании.

Несмотря на очевидную прогрессивность нового закона не разработаны практические механизмы его реализации.

Рассмотрим каким образом отражаются вопросы профилактики насилия на гендерной почве в законодательных актах Республики Казахстан в области здравоохранения. Экспертизе были подвергнуты следующие действующие законодательные и нормативно правовые акты Республики Казахстан в области здравоохранения:

- Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 N 193-4 "О здоровье народа и системе здравоохранения"
- Положение о кабинетах анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД от 15.07.2008
- Правила деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь от 21.07.2008

- Правила оказания квалифицированной медицинской помощи населению от 21.07.2008
- Правила оказания консультативно-диагностической помощи от 21.07.2008
- Правила получения медицинской помощи иностранцами и лицами без гражданства, находящимися на территории РК от 17.07.2008

С точки зрения оказания содействия лицам перенесшим насилие на гендерной почве очень важно, чтобы сохранялась конфиденциальность их обращения в лечебное учреждение. В этой связи отметим, что в Кодексе Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" в статье 95 регулируются положения о врачебной тайне, в частности: Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных пунктами 3 и 4 настоящей статьи. Пункт 3. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим физическим и (или) юридическим лицам в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях. В пункте 4 отмечается, что представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; 2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих; 3) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства; 4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей; 5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний.

Не допускается включение и использование в автоматизированных базах данных без разрешения пациента информации персонифицированного характера, касающейся его частной жизни.

Не допускается подключение автоматизированных баз данных, имеющих персонифицированный характер, к сетям, связывающим их с другими базами данных, без разрешения пациентов при использовании информации персонифицированного характера, касающейся их частной жизни.

Статья 96. Регулирует права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав. Граждане имеют право на: свободный репродуктивный выбор; получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи; получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья; лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан; донорство половых клеток; использование и свободный выбор методов контрацепции; хирургическую стерилизацию; искусственное прерывание беременности; защиту своих репродуктивных прав; свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка; хранение половых клеток.

Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания.

Граждане обязаны соблюдать права, свободы и законные интересы других граждан при осуществлении своих репродуктивных прав.

В статье 104 регулируются вопросы искусственного прерывания беременности, что приобретает свое значение в особенности для лиц подвергшихся сексуальному насилию. При этом необходимо помнить, что аборт продолжает оставаться одной из главных причин материнской смертности. В Кодексе отмечается, что женщина имеет право на искусственное прерывание беременности. В целях предупреждения искусственного прерывания беременности врачи обязаны проводить беседы, направленные на разъяснение морально-этических, психологических и негативных физиологических последствий, возможных осложнений.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до двенадцати недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной и (или) плода (при наличии моногенных генетических заболеваний, не поддающихся коррекции врожденных пороков развития и состояния плода, несовместимых с жизнью), – независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности несовершеннолетним производится с согласия их родителей или иных законных представителей.(Ст.104. пп.1-3)

Важным моментом является положение о том, что в лечебно-профилактических организациях по желанию женщины проводится медико-социальное консультирование до и после искусственного прерывания беременности, включая индивидуальный подбор методов и средств контрацепции. (Ст. 104. п.4)

Актуальность в профилактике насилия на гендерной почве приобретает оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД, отраженным в главе 19 Кодекса.

Статья 112 обеспечивает гарантии государства в вопросах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИД, в частности, ВИЧ-инфицированным и больным СПИД государством гарантируются: 1) доступность и качество добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе, обеспечение динамического наблюдения, предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций; 2) медицинская помощь и лекарственное обеспечение в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; 3) социальная и правовая защита; 4) недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания; 5) осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду. Статья 113 регулирует социальную защиту лиц, зараженных ВИЧ или больных СПИД. Детям, инфицированным ВИЧ или больным СПИД, обеспечивается обучение в школе и других учебных заведениях. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, в детские дошкольные учреждения и учебные заведения, а также ущемление иных прав и законных интересов лиц, зараженных ВИЧ или больных СПИД, равно как ущемление жилищных и иных прав их родных и близких. Лица, заражение ВИЧ или заболевание СПИД которых произошло в результате ненадлежащего исполнения своих обязанностей медицинскими работниками и

работниками сферы бытового обслуживания, имеют право на возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Важным вопросом в профилактике насилия на гендерной почве является Профилактика ВИЧ-инфекции (Ст. 114). В соответствии с положениями этой статьи мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции осуществляются путем: разработки и реализации целевых профилактических и образовательных программ для различных групп населения; информирования населения через средства массовой информации об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и о мерах профилактики; разработки и распространения информационных материалов для различных групп населения; реализации программ по защите от заражения ВИЧ-инфекцией половым путем и через кровь; создания пунктов доверия, анонимного тестирования, психологического, юридического и медицинского консультирования; б) обеспечения безопасности при оказании населению услуг, связанных с нарушением целостности кожных покровов.

Статья 115 регулирует положения касающиеся обследования на ВИЧ, где отмечается, что граждане Республики Казахстан и оралманы имеют право на добровольное анонимное и (или) конфиденциальное медицинское обследование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе.

Обязательному конфиденциальному медицинскому обследованию на наличие ВИЧ-инфекции подлежат: лица, в отношении которых имеются достаточные основания полагать возможность заражения ВИЧ, на основании запросов органов здравоохранения, прокуратуры, следствия и суда; (ст.115, п.2), лица по клиническим и эпидемиологическим показаниям в соответствии с правилами, утвержденными уполномоченным органом.(п.2.пп.3) Иностранцы и лица без гражданства, проживающие на территории Республики Казахстан, в случае уклонения от обследования на наличие ВИЧ выдворяются за пределы Республики Казахстан. (п.3)

Освидетельствование несовершеннолетних и недееспособных лиц проводится с согласия их законных представителей или по их желанию. (Ст.115,п.4.). Организации здравоохранения, выявившие при медицинском обследовании факт ВИЧ-инфекции, письменно уведомляют обследуемого о полученном результате, информируют о необходимости соблюдения мер предосторожности, направленных на охрану собственного здоровья и здоровья окружающих, а также предупреждают об административной и уголовной ответственности за уклонение от лечения и заражение других лиц.

В плане профилактики насилия на гендерной почве большое значение имеет профилактика и лечение больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, что отражено в Главе 21.

Статья 130 определяет организацию медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией при которой государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании. Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, совершивших преступления, признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании либо токсикомании, а также к лицам, совершившим административное правонарушение и признанным больными хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией и уклоняющимся от добровольного лечения.

Медико-социальная реабилитация лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, проводится добровольно при их обращении за медицинской помощью в медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь, и, по желанию пациента, может осуществляться анонимно. (Ст.131. п.1). Несовершеннолетнему лицу, больному алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также больному наркоманией, признанному судом недееспособным, медико-социальная реабилитация проводится с согласия их законных представителей (п.2).

Признание лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией осуществляется государственными организациями здравоохранения после соответствующего медицинского освидетельствования в порядке, установленном уполномоченным органом (Ст. 132.п.1.).

В случае несогласия лица с признанием его больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией такое решение может быть обжаловано в вышестоящий орган управления здравоохранением и (или) в суд.(Ст.131.п.2). В Статье 133 регулируются права лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Лица, больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, имеют право на: получение квалифицированной медицинской помощи; выбор наркологической организации; получение информации о своих правах, характере имеющихся у них наркологических расстройств, применяемых методах лечения и медико-социальной реабилитации; проведение медико-социальной реабилитации по месту жительства, а также в случае необходимости - по месту нахождения (Ст. 133п.1). Больной наркоманией или его законный представитель имеет право отказаться от предлагаемой медико-социальной реабилитации на любой стадии.(п.2). Лицу, отказавшемуся от медико-социальной реабилитации, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия отказа от медико-социальной реабилитации. Отказ от медико-социальной реабилитации с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица, больного наркоманией, или его законного представителя и врача психиатра-нарколога.(п.3). Вместе с тем, не допускается ограничение прав и свобод лиц, больных наркоманией, только на основании наличия диагноза наркомании, факта нахождения под динамическим наблюдением в наркологической организации, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан. (п.4)

Статья 134 регулирует учет и наблюдение лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Лица, признанные больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, подлежат учету и наблюдению в организациях здравоохранения по месту жительства и проходят в них поддерживающее лечение в порядке, устанавливаемом уполномоченным органом.

В профилактике насилия на гендерной почве особое значение приобретает Формирование здорового образа жизни (Гл. 25.ст. 154.) Формирование здорового образа жизни включает в себя пропаганду здорового образа жизни, здорового питания и профилактику заболеваний путем информационного обеспечения, гигиенического обучения и воспитания населения в вопросах укрепления здоровья и предупреждения болезней, связанных с образом жизни. Формирование здорового образа жизни обеспечивается субъектами здравоохранения при координации и методическом руководстве уполномоченным органом совместно с другими государственными органами, с участием международных организаций и общественных объединений.

В Перечне видов и объемов доврачебной медицинской помощи от 21.07.2008, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 февраля 2007 года № 134 отмечается необходимость проведения профилактики заболеваний, в том числе посредством пропаганды здорового образа жизни среди населения, а также через проведение психопрофилактической подготовки беременных к родам. Определяются объемы доврачебной медицинской помощи - комплекс мероприятий, оказываемый медицинскими работниками со средним медицинским образованием в целях профилактики, а также при заболеваниях, не требующих использования методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации с участием врача. (п.4.) Объемы доврачебной медицинской помощи определяются в соответствии со стандартами (протоколами) диагностики и лечения, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения. При отсутствии стандартов (протоколов), объем диагностических и лечебных мероприятий определяется по медицинским показаниям в соответствии с общепринятыми подходами (п.5).

В другом нормативно-правовом документе, определяющем перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008-2009 годы от 16.07.2008, утвержденном постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 сентября 2007 года № 853 отмечается, что Медицинская помощь, оказываемая в форме скорой медицинской помощи, осуществляется бесплатно, включая лекарственное обеспечение в пределах списка основных (жизненно важных) лекарственных средств в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган), для всех категорий населения при состоянии, угрожающей жизни или здоровью (неотложное состояние), вызванным острым заболеванием, обострением хронических заболеваний, несчастным случаем, травмой, отравлением, а также беременностью и родами (п.4). ПМСП оказывается участковыми терапевтами, педиатрами, акушерами-гинекологами, врачами общей практики, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами (далее - специалисты ПМСП) по месту жительства или прикрепления граждан в порядке, определяемом уполномоченным органом (п.9). Профилактические услуги включают: мероприятия по формированию здорового образа жизни, включая профилактику поведенческих факторов риска при основных заболеваниях; разъяснительную работу по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья. (п.12.пп.5,6)

Очень важное значение в профилактике и борьбе с насилием на гендерной почве играет работа по профилактике ВИЧ/ СПИД. В этом отношении большую роль приобретает деятельность кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД" , которая регулируется Положением о кабинетах анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД от 15.07.2008, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года N 227 "Об организации деятельности кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД". Кабинеты анонимного тестирования на ВИЧ (далее - кабинет АТ) и психосоциального консультирования (далее - ПСК) по ВИЧ/СПИД организуются при территориальных центрах по профилактике и борьбе со СПИД (далее - центры СПИД), а также в других государственных медицинских организациях (женские консультации, клиничко-диагностические поликлиники, студенческие поликлиники, семейно-врачебные амбулатории, наркологические и кожно-венерологические диспансеры и другие) и являются их структурными подразделениями. (п.2.). Для лиц подвергшихся насилию на сексуальной почве очень важно, что Тестирование на ВИЧ проводится с элементами дотестового психосоциального

консультирования в форме собеседования до забора крови. В кабинете АТ работает специалист, имеющий подготовку по вопросам ВИЧ/СПИД и навыки до- и послетестового консультирования по ВИЧ/СПИД.(п.3).

В этом нормативно-правовом акте определяется, что психосоциальное консультирование является конфиденциальным диалогом между консультируемым и консультантом, имеющим целью обсуждение задач и причин обследования, оценку степени риска заражения ВИЧ-инфекцией, связанную с особенностями поведения консультируемого, определением эмоциональных реакций и возможных последствий после сообщения результатов теста, обучение навыкам безопасного поведения. (п.14). Деятельность кабинета ПСК направлена на осуществление консультаций по вопросам ВИЧ/СПИД обратившимся лицам и проведение психосоциального консультирования до и после тестирования на ВИЧ(п.15). В кабинете ПСК работают специалисты, имеющие подготовку по вопросам ВИЧ/СПИД и навыки психосоциального до- и послетестового консультирования по ВИЧ/СПИД. (п.16). Кабинет ПСК осуществляет деятельность путем проведения до- и послетестового консультирования по ВИЧ/СПИДу всех посетителей, в том числе беременных женщин; направления посетителей на тестирование на ВИЧ на основе информированного согласия и по клиническим показаниям - в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи (пп.1,2); предоставления информации посетителям о ВИЧ/СПИДе, инфекциях, передающихся половым путем (далее - ИППП), мерах профилактики, значении тестирования на ВИЧ; обсуждения с посетителями причин обследования на ВИЧ, оценку степени риска заражения ВИЧ-инфекцией, определение эмоциональной реакции и возможных последствий после сообщения результатов теста(пп.3.4.); обучения посетителей поведению, навыкам, способствующим снижению риска инфицирования ВИЧ и ИППП(п.5.); оказания консультативной помощи ВИЧ-инфицированным и лицам из групп рискованного поведения по медицинским и социально-правовым вопросам, касательно проблемы ВИЧ/СПИД (п.6). Проведение дотестового консультирования по ВИЧ/СПИД включает: определение объема знаний по вопросам ВИЧ/СПИД; предоставление ответов на вопросы обратившихся и информация о самом тесте на ВИЧ; обсуждение вероятности получения отрицательного или положительного результата обследования на ВИЧ, последствий и вариантов поведения обратившегося в каждой ситуации; оценка возможной эмоциональной реакции, способности обратившегося сохранить самообладание в случае получения положительного результата. (п.18,пп.1-4). Проведение послетестового консультирования при отрицательном результате обследования на ВИЧ включает: предоставление информации о наличии периода "скрытого окна", как о причине необходимости повторного тестирования; разъяснение мер профилактики ВИЧ и ИППП (п.19.пп.1.2). Проведение послетестового консультирования в случае положительного результата включает: предоставление информации о необходимости обследования для получения окончательного результата; определение эмоциональной реакции пациента, оценка состояния вероятной самоагрессии; убеждение пациента в дальнейшем наблюдении и консультировании у специалистов, предоставление информации о лечебно-профилактических организациях, оказывающих специализированную помощь.(п.20,пп.1.-3)

Оказание квалифицированной медицинской помощи населению регулируются Правилами оказания квалифицированной медицинской помощи населению 21.07.2008 , утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2003 года N 701, в которых отмечается, что квалифицированная медицинская помощь населению на амбулаторно-поликлиническом уровне оказывается сельскими врачебными амбулаториями, семейными

врачебными амбулаториями, поликлиниками (консультациями) при районных (центральных) больницах, включая подростковые кабинеты (отделения), территориальными городскими поликлиниками, включая детские, женскими консультациями, консультативно-диагностическими поликлиниками и прочими амбулаторно-поликлиническими организациями. (п.10).

Правила получения медицинской помощи иностранцами и лицами без гражданства, находящимися на территории РК от 17.07.2008 , утвержденные постановлением Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2006 года № 997 регулируют порядок предоставления медицинской помощи этим категориям лиц.

Таким образом, анализ законодательства в области здравоохранения в Республике Казахстан позволяет сделать вывод о том, что в нем имеются опосредованные положения о профилактике насилия на гендерной почве, вместе с тем отсутствуют непосредственные положения о порядке предоставления медицинской и психологической помощи лицам, перенесшим насилие на гендерной почве, что безусловно требует своей доработки. Основным стратегическим документом способствующим предотвращению насилия на гендерной почве является Закон Республики Казахстан «О профилактике бытового насилия», а также Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы. В настоящий момент пока не выработаны механизмы реализации закона «О профилактике бытового насилия», а также в целях более эффективной защиты прав женщин требуется разработка механизмов применения в судах Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Основной акцент должен быть сосредоточен на искоренении причин насилия в отношении женщин, на формировании условий по предотвращению и раннему предупреждению насилия путем обеспечения подлинного гендерного равенства даже в условиях кризиса. Ведь кризис многократно усилил многие сопутствующие насилию в отношении женщин риски, включая бедность, безработицу, алкоголизм, наркоманию, вовлечение женщин в проституцию, торговлю женщинами и девочками и их сексуальную эксплуатацию.

Взаимодействие с различными организациями, работающими над решением общей проблемы, повышает вероятность достижения позитивных изменений. Такие изменения могут включать принятие соответствующих законов или поправок к законам о НГП, обеспечение государственной поддержки и/или финансирования базового набора услуг, оказываемых жертвам НГП, формирование или расширение неправительственных организаций (НПО), содействующих реализации мер по борьбе с насилием на гендерной почве.

Совместные усилия в борьбе с проявлениями насилия на гендерной почве, помимо прочего, позволят избежать дублирования услуг, предоставляемых жертвам НГП. Медицинские учреждения должны прямо признавать, что многие женщины обращаются к врачам по вопросам планирования семьи, дородового наблюдения или педиатрии являются жертвами НГП, и этот вопрос нужно обязательно поднимать, когда женщина обращается за медицинской помощью. Поскольку от НГП не застрахована ни одна женщина, очень важно оценивать на этот предмет всех без исключения пациенток.

Возможно, кто-то из медработников уже имеет специальную подготовку по выявлению случаев НГП, однако им попросту не предоставляется возможности применить свои навыки, поскольку

они не встречают организационной поддержки в виде специального проекта помощи жертвам НГП в рамках общей программы медицинского обслуживания, реализуемой их медучреждением. Кому-то из медиков, возможно, положено задавать пациенткам вопросы, касающиеся НГП, а они этого часто не делают. Когда их спрашивают о причинах этого упущения, они объясняют, что им, дескать, неловко поднимать с посетительницами этот вопрос, поскольку они боятся настроить их против себя или не знают, чем помочь, если женщина ответит утвердительно.

Некоторые администраторы, когда их спрашивают об этом, говорят, что они боятся, что если проблема вскрыется, нужды жертв НГП перегрузят персонал. В итоге медики окажутся не в состоянии справиться, в придачу ко всему, еще и со своими основными обязанностями.

В реальности, внедрение оценки пациенток на предмет НГП позволяет даже улучшить качество медицинской помощи, оказываемой по другим направлениям. Опыт показывает, что опрос пациенток на предмет НГП идет на пользу и медучреждению, и его клиентам. Для пациенток, ставших жертвами НГП, такой проект открывает возможность покончить с изоляцией, в которой они оказываются в качестве единственных хранительниц своей страшной тайны, хотя бы частично избавиться от гнетущего чувства вины и позора, повысить уровень осознания взаимосвязанности болезненных симптомов и НГП. Все эти вмешательства помогают жертвам взять свою жизнь под контроль и почувствовать себя сильнее.

Что касается персонала, то, пройдя подготовку по вопросам выявления и лечения последствий НГП, они, тем самым, расширяют и укрепят арсенал своих профессиональных навыков. Они не просто узнают много нового о НГП, но и научатся техникам обсуждения с пациентами щепетильных вопросов в целом, улучшат навыки межличностного общения и, в конечном итоге, отношения между врачами и пациентами перейдут на качественно новый уровень.

Это особенно важно для клиник, оказывающих услуги в области репродуктивного здоровья, половой гигиены, охраны материнства и детства, однако такой подход может использоваться и в рамках любых учреждений, куда обращаются женщины, например, государственных или частных организаций социальной помощи, которые нередко первыми деятельно откликаются на всё новое. Важно помнить, что женщинам с последствиями пережитого НГП необходимо помогать, куда бы они не обратились.

Поэтому так важно понять характер связей между репродуктивным и сексуальным здоровьем. В этой связи очень большую актуальность приобретают программы подготовки медицинских работников по работе с лицами перенесшими НГП.

Таким образом, дальнейшее изучение проблемы насилия в отношении женщин, разработка предложений по внесению изменений и дополнений в действующее законодательство, совершенствование форм и методов работы с жертвами насилия и лицами, его совершающими, позволит результативно решать поставленные задачи.

Список использованной литературы:

1. Закон Республики Казахстан от 08.12.2009 N 223-4 "О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин"
2. Закон Республики Казахстан от 04.12.2009 N 214-4 "О профилактике бытового насилия"

3. СТРАТЕГИЯ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА 2006 - 2016 ГОДЫ УТВЕРЖДЕНА Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1677
4. Доклад Республики Казахстан о выполнении Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, 1999 год Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 декабря 1999 года № 1851 Об утверждении доклада о выполнении Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (с изменениями по состоянию на 09.02.2006 г.)
5. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 N 193-4 "О здоровье народа и системе здравоохранения"
6. Положение о кабинетах анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД от 15.07.2008
7. Правила деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь от 21.07.2008
8. Правила оказания квалифицированной медицинской помощи населению от 21.07.2008
9. Правила оказания консультативно-диагностической помощи от 21.07.2008
10. Правила получения медицинской помощи иностранцами и лицами без гражданства, находящимися на территории РК от 17.07.2008
11. Доклад международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 г., A/Conf/171/13/Rev./
12. Платформа действий, принятая Четвертой всемирной конференцией по положению женщин Глава IV, D. Насилие в отношении женщин
13. Kazakhstan 2010. Gender gap index
14. Integrating poverty and gender into health programmes. A sourcebook for health professionals. Module on gender based violence.
15. World Health Organization 2005: www.wpro.who.int
16. Family Violence Prevention Fund. (2000). Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. Web site: www.fvpf.org/health/scropol/html
17. Friedman, L. Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women.
18. Population Reports. Series L, No. 11. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
19. United Nations General Assembly. (January 1992). General Recommendation 19 (eleventh session) — Violence Against Women. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. A/47/38.
20. United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993.

United Nations General Assembly. (May 1999). General Recommendation 24 (twentieth session). Article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of

Исследование по интеграции ответа на насилие, связанное с гендерными различиями, в систему здравоохранения

А.Б. Садыкова, консультант ЮНФПА, Национальная медицинская ассоциация Казахстана, г. Алматы

Введение

Насилие, связанное с гендерными различиями (НСГР) является одним из серьезных вызовов человеческой цивилизации. Целый ряд инструментов, принятых на международном уровне под эгидой ООН, обязывает страны противодействовать НСГР. Эти инструменты включают Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 года, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 года, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 г. и другие международные законы, ратифицированные и принятые к исполнению Казахстаном. Обеспечение права женщин на охрану здоровья, определяемое этими инструментами, означает обязательства стран претворять в жизнь программы по предотвращению НСГР и предоставление лечения и поддержки женщинам, которые стали его жертвами.

Конституция Республики Казахстан гарантирует равные права женщин и мужчин. Уголовное и административное законодательство предусматривает применение карательных мер в отношении лиц, виновных в любом виде насилия. В 2009 г. в стране принят Закон «О профилактике бытового насилия». Закон определяет правовые, экономические, социальные и организационные основы деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, организаций и граждан Республики Казахстан по профилактике бытового насилия. Статья 13 Закона относит к компетенции организаций здравоохранения (1) оказание наркологической, психологической, психиатрической, лечебно-профилактической помощи и проведение медицинской реабилитации потерпевших и лиц, совершивших бытовое насилие; (2) извещение органов внутренних дел о фактах обращения потерпевших и оказания им медицинской помощи и (3) реализацию мероприятий по предупреждению алкоголизма, наркомании, токсикомании.

Закон не расставляет акценты в области содержания лечебно-профилактической помощи потерпевшим лицам. Между тем, именно сектор здравоохранения является наиболее частым, а нередко и единственным местом обращения жертв насилия. А значит, медицинские работники, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, в особенности работники служб репродуктивного здоровья и экстренной помощи, могут и должны играть критическую роль в выявлении случаев НСГР, направлении потерпевших для предоставления им юридической, психологической, социальной поддержки, а также мониторинге НСГР.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает сектор здравоохранения активно участвовать в ответных мероприятиях на НСГР. Экспертами ВОЗ предложен ряд модельных руководств для медицинских работников, которым они должны следовать для эффективного противостояния и смягчения последствий НСГР, прежде всего, насилию в отношении женщин, в том числе сексуальному насилию. Последнее включает не только изнасилование, но и сексуальные притеснения, насильственные беременность, аборт и стерилизацию, определение девственности и пр. Жертвы сексуального насилия входят в группы повышенного риска нежелательной беременности, небезопасного аборта, инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ инфекции, воспалительных заболеваний органов малого таза, бесплодия и пр.

Среди последствий физического насилия черепно-мозговые травмы, травмы глаза, барабанной перепонки, переломы костей, ожоги, аборт, отслойка плаценты и кровотечения у беременных женщин. Психические последствия насилия выражаются в фобиях, депрессии и тревоге, снижении самооценки, расстройствах сна, употреблении наркотиков и алкоголя, суицидальном поведении и т.п. Не вызывает сомнений, что НСГР является серьезной причиной смертности и стойкой или временной утраты трудоспособности и расстройств репродуктивного здоровья. В Казахстане ежегодно регистрируется свыше 10.000 фактов бытового насилия, и не менее 500 женщин погибает от рук насильников.

НСГР не ограничивается насилием в отношении женщин и девочек. Оно распространяется на мальчиков и подростков, молодых людей, включая насилие, связанное с восприятием гендерной роли молодых мужчин, находящихся на службе в Вооруженных силах. Настоящее исследование призвано оценить, насколько всесторонние мероприятия в деле противодействия НСГР проводит сектор здравоохранения, который в данном аспекте преимущественно имеет дело с последствиями бытового насилия, и дать рекомендации по совершенствованию деятельности медицинских организаций в этом направлении.

Методика

Для получения информации использовался процесс быстрой оценки ситуации. Проведены интервью с работниками Министерства здравоохранения - специалистами в области стратегического развития, судебно-медицинской экспертизы, организации родовспоможения и охраны репродуктивного здоровья, охраны психического здоровья; работниками Республиканского центра акушерства, гинекологии и перинатологии, Научно-исследовательского кожно-венерологического института, Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, организаций первичной медицинской помощи, а также, кризисных центров в городах Астана, Алматы, Шымкент и г. Талгар Алматинской области. Всего в процессе сбора данных интервьюировано 400 человек при помощи бесед или анкетного опроса (самостоятельное заполнение, выборка детерминированная). Результаты интервью обсуждены в фокусной группе состоявшей из экспертов. Ниже приводятся сведения, которые признаны фокусной группой соответствующими ситуации.

Результаты исследования

Девять из десяти опрошенных медицинских работников не были знакомы с международными законами и национальным законодательством по предотвращению НСГР. При этом работники здравоохранения не считали, что должны быть заинтересованы в этом, и не видели своей роли в профилактике НСГР и смягчении его последствий.

Характерный алгоритм действий медицинских работников, ведущих прием потенциальных жертв насилия, вне зависимости от их специальности состоит в следующем. После ознакомления с жалобами, формального сбора анамнеза, осмотра и в необходимых случаях направления на дополнительные обследования, врач ставит диагноз, и назначает лечение при любых поражениях, независимо от того, могут ли они быть связаны с насилием или нет. Целенаправленная беседа с больным в процессе сбора анамнеза, направленная на установление причины поражения в случаях обнаружения повреждений или заболеваний, которые могут быть вызваны насилием, как правило, не проводится. В медицинские карты записывается, причем не всегда, формальная версия возникновения повреждений или заболеваний, выдвинутая пациентом (например,

падение, неумелое обращение с огнем, секс с неизвестным и пр.). Исключение составляют недавние и очевидные случаи, вызванные насилием, о которых медицинские работники оповещают правоохранительные органы. Перенаправление пациентов к психологу или социальному работнику с целью социального сопровождения не типично.

При этом медицинские работники отметили, что они регулярно сталкиваются в своей работе с состояниями, которые потенциально могут быть вызваны НСГР, в том числе семейным насилием. Причинами своего недостаточного внимания к вопросам НСГР респонденты сочли:

- отсутствие нормативно-правовой базы в системе здравоохранения, накладывающей на медицинских работников ответственность и обязательства;
- не характерность функций по оказанию психологической помощи жертвам насилия для лечащего персонала (2/3 опрошенных);
- собственную неподготовленность для работы в направлении противодействия НСГР;
- недостаточное владение коммуникативными навыками для получения доверительной информации от пациента;
- отсутствие руководств по медико-юридической помощи жертвам насилия, в том числе сексуального насилия на государственном и русском языке;
- отсутствие подготовленных психологов в медицинских организациях для перенаправления с целью оказания эффективной психологической помощи пострадавшим;
- отсутствие стабильных связей с неправительственным сектором, социальными службами, предоставляющими приют жертвам насилия и службами, оказывающими правовую помощь.

90% респондентов согласились с утверждением, что требование сообщать о случаях насилия в правоохранительные органы одновременно является фактором (1) защищающим жертву, сдерживающим покушение на насилие и способствующим изоляции насильника и (2) фактором, препятствующим своевременному обращению пострадавшей за медицинской помощью, подталкивающим жертву к сокрытию истинных причин ее состояния и тем самым исключающим проведение работы с лицом, причинившим насилие. У последних же субъектов нередко имеются проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Респонденты, однако, не прогнозировали существенного улучшения в деле смягчения последствий насилия в случае, если жертвам насилия будет предоставляться анонимная помощь.

Работники первичного звена, в том числе патронажные медицинские сестры и акушерки, которые хорошо знакомы с населением своих участков, не выявили готовности вносить свой вклад в дело консультирования жертв и источников насилия, в том числе в обеспечение получения медико-юридической и социальной помощи жертвами и в побуждение источников насилия, которые нередко страдают хроническим алкоголизмом и наркоманией, получать соответствующую медицинскую помощь. Работники первичного звена, как правило, также не поддерживают связи с социальными службами и неправительственным сектором, предоставляющим юридическую помощь и убежище жертвам насилия.

Следует отметить, что многие медицинские работники, прежде всего средний медицинский персонал, относятся к НСГР вполне толерантно, сообщая, что испытывают его и в своих семьях. Низкие доходы, а, следовательно, и экономическая зависимость средних медицинских работников, подавляющее большинство из которых составляют женщины, заставляют их

мириться с совершением насилия в отношении их самих со стороны мужей или партнеров. Жертвы насилия не вызывают их сочувствия.

Все медицинские работники отметили, что в организациях здравоохранения информационно-образовательным материалы, в которых бы освещались вопросы НСГР и предоставлялись рекомендации потерпевшим, как себя вести и куда обращаться, чрезвычайно редки. На момент проведения исследования такие материалы отсутствовали в травматологических пунктах и отделениях, кабинетах акушеров-гинекологов поликлиник, семейных врачебных амбулаториях, молодежных центрах здоровья.

Медицинские организации, куда с очевидностью, в отличие от правоохранительных органов, обращается большинство жертв НСГР, здоровью которых был нанесен серьезный ущерб, не вносят должный вклад в мониторинг насилия. В статистических талонах не указывается, а в медицинских картах не обязательно указываются причины травм, обстоятельства заражения инфекциями, передающимися половым путем, обстоятельства, повлекшие за собой аборт и пр.

Обсуждение результатов

Исследование показало, что система здравоохранения Казахстана недостаточно вовлечена в решение проблем НСГР, и не вполне готова взять на себя их решение. Статья 13 Закона «О профилактике бытового насилия», прямо предписывающая сектору здравоохранения оказывать лицам, потерпевшим бытовое насилие, и лицам, совершившим бытовое насилие, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, должным образом не выполняется.

По многим причинам в случаях семейного НСГР жертвы не всегда обращаются в правоохранительные органы. Эти причины включают экономическую зависимость, опасение лишиться средств существования в случае применения санкций к источнику насилия, связанных с выплатой штрафа или лишением его свободы, а равно боязнь разрушить семью или стабильные партнерские связи, чувство стыда, желание избежать огласки, страх перед суицидом насильника, искаженные представления о роли женщины, эмоциональная зависимость, давление родственников и пр. . В то время как потерпевшие, насилие в отношении которых повлекло за собой серьезный ущерб здоровью, как правило, обращаются за медицинской помощью. Этот факт сам по себе определяет потенциал и значимость сектора здравоохранения для противостояния НСГР.

Согласно рекомендациям ВОЗ сектор здравоохранения должен выявлять и непосредственно на месте обеспечивать медико-юридическое консультирование жертв насилия, поддерживать тесные связи с социальными службами, куда в необходимых случаях направлять пострадавших . Эта рекомендация в Казахстане практически не выполняется. Деятельность сектора здравоохранения в основном ограничивается лишь предоставлением лечения состояний, возникающих как последствие насилия.

Сектор здравоохранения может и должен играть существенную роль в профилактике насилия, в том числе путем предоставления психологической помощи, в которой нуждаются жертвы, с виктимогенной деформацией личности . К виктимогенным предрасположенностям универсального характера относят: злоупотребление алкоголем, низкий социальный статус, низкая культура быта и досуга, агрессивность, вспыльчивость и пр. Виктимогенная деформация

личности вполне поддается психологической коррекции вплоть до полного ее устранения . Однако, службы здравоохранения такой коррекции практически не предоставляют. В равной степени службы здравоохранения не обеспечивают активного побуждения нуждающихся насильников получать наркологическую и (или) психологическую помощь.

Важную роль сектор здравоохранения мог бы сыграть и в совершенствовании мониторинга НСГР с целью получения достоверных данных о частоте НСГР, которых в настоящее время не достаёт, что не позволяет отслеживать эффективность исполнения законодательства страны по борьбе с бытовым насилием. Данные сектора здравоохранения, касающиеся частоты бытового насилия, ограничиваются материалам судебной медицины. Согласно информации, полученной из Республиканского центра, судебной медицины, число проведенных экспертиз телесных повреждений разной степени тяжести, которые повлекли за собой случаи насилия в семье, в 2010 г. в г. Астане составило 322, в г. Алматы - 404, в Алматинской области – 247. Эти показатели заведомо, не характеризует истинную частоту случаев семейного НСГР. Они не соответствуют ни мировым данным (так, в Эстонии, население которой составляет около 1,3 миллиона человек, в 2003 году число физических и сексуальных преступлений против женщин было оценено в 116.000), ни ожиданиям, исходящим из социологических исследований, проведенных в Казахстане. В одном из таких исследований, выполненных под руководством Министерства культуры и информации Республики Казахстан с утверждением, что рукоприкладство и физическое истязание в отношении женщины являются насилием, не совсем согласились или вовсе не согласились 18% опрошенных женщин и 22% опрошенных мужчин. С утверждением, что насилием являются принуждение к сексуальным контактам, не совсем согласились или не вовсе не согласились 24% опрошенных женщин и 26% опрошенных мужчин . В другом, более раннем исследовании, выполненном в Казахстане на основании 1500 стандартизированных интервью среди женщин от 16 до 55 лет (выборка репрезентировала поселенческие, региональные и демографические характеристики) 50% женщин указали, что подвергались физическому и (или) сексуальному насилию в семье .

Более того, данные о частоте медицинского освидетельствования на телесные повреждения, вызванные бытовым насилием, малопригодны для эпидемиологического слежения, поскольку могут быть интерпретированы неоднозначно. Число обращений за освидетельствованием зависит не только от числа случаев телесных повреждений, но и от поведения жертв, их готовности пройти судебно-медицинскую экспертизу. Отражение случаев НСГР в медицинской документации позволило бы проводить динамическое наблюдение за частотой НСГР и судить о достижении целей программ по противодействию этому явлению.

Проведенное нами исследование показало, что ограниченный вклад сектора здравоохранения Казахстана в противостоянии НСГР во многом связан с тем, что сам сектор не видит себя в данной роли. Это проявляется, с одной стороны, отсутствием необходимой ведомственной нормативно правовой базы, с другой стороны – отсутствием подготовленных кадров, готовых взять на себя эффективное выполнение соответствующих функций.

Рекомендации

Для усиления ответных мероприятий сектора здравоохранения на НСГР рекомендуется:

- Подготовить и принять нормативно-правовой документ, регламентирующий деятельность органов, организаций и структур здравоохранения в области противодействия насилию,

связанному с гендерными различиями, и смягчения его последствий, содержащий четкие критерии и индикаторы исполнения;

- Вменить в обязанность участковым врачам, медицинским сестрам, акушеркам предоставлять услуги консультирования людям, живущим в условиях насилия, направлять их к профильным специалистам медицинской и социальной служб;
- Развивать систему внутрисекторального взаимодействия медицинских работников экстренных служб, служб родовспоможения и охраны репродуктивного здоровья, психологов, службы психического здоровья и наркологической службы в деле противостояния домашнему насилию;
- Усилить обучение студентов, врачей и среднего медицинского персонала вопросам противодействия НСГР и навыкам коммуникаций врачей и среднего медицинского персонала. Внести соответствующие изменения в стандарты подготовки медицинских кадров;
- Предоставлять профессиональную психологическую помощь жертвам насилия в медицинских организациях первичного звена. Включить предоставление такого рода помощи в гарантированный объем медицинской помощи. В рамках постдипломной подготовки обеспечить подготовку психологов для работы с жертвами насилия и злоумышленниками;
- Обеспечить предоставление медико-юридической помощи жертвам насилия, согласно рекомендациям ВОЗ;
- Обеспечить выпуск пособий и руководств по участию сектора здравоохранения в противодействии НСГР на основе подходов ВОЗ;
- Усилить пропаганду профилактики бытового насилия через службу формирования здорового образа жизни;
- Обеспечить активное взаимодействие медицинских организаций с неправительственными организациями, органами социальной защиты, кризисными центрами и приютами, правоохранительными органами в деле противодействия НСГР, создать систему направлений лиц, претерпевших насилие в эти организации для предоставления им помощи и поддержки;
- Принять меры для улучшения регистрации последствий насилия, связанного с гендерными различиями, и его мониторинга в медицинских организациях, подразделениях и структурах;
- Рассматривать повышение заработной платы медицинскому персоналу через призму необходимости изменения взглядов медицинских работников на бытовое насилие, преодоления толерантного отношения к нему и адекватного его вовлечения в противодействие НСГР;
- Ускоренно внедрять лучшие мировые практики ответных мероприятий сектора здравоохранения на насилие, связанное с гендерными различиями, испрашивая поддержку двусторонних и международных организаций, включая ЮНФПА, UN Women, ВОЗ и др.

Рекомендации

Республиканское консультативное совещание по усилению интеграции ответа на насилие, связанное с гендерными различиями, в систему общественного здравоохранения в Казахстане

Астана, 19 января 2010 год

Насилие, связанное с гендерными различиями, является глобальной проблемой, одинаково актуальной во всех странах мира, включая Казахстан. Наиболее часто жертвами насилия становятся женщины, как отражение гендерного неравенства. В глобальном масштабе страны взяли на себя обязательства искоренять любые формы гендерного неравенства и насилия, связанного с гендерными различиями. Этому же требует законодательство Республики Казахстан.

Жертвы могут претерпевать физическое, психическое, сексуальное насилие. Последнее сводится не только к изнасилованию, но и к сексуальным притеснениям, насильственной беременности, аборту и стерилизации, определению девственности и пр. Жертвы сексуального насилия входят в группы повышенного риска нежелательной беременности, небезопасного аборта, инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ инфекцию, воспалительных заболеваний малого таза, бесплодия и пр. Среди последствий физического насилия черепно-мозговые травмы, травмы глаза, барабанной перепонки, переломы костей, ожоги и др. Психические последствия выражаются в фобиях, депрессии и тревоге, снижении самооценки, расстройствах сна, употреблении наркотиков и алкоголя, суицидальном поведении и т.п. Для того, чтобы предложить всестороннюю поддержку жертвам насилия, связанного с гендерными различиями, необходим многосекторальный подход, причем сектор здравоохранения располагает наибольшими возможностями оказать помощь женщинам, претерпевшим насилие. Для многих женщин посещение медицинской организации является их первым усилием просить помощи и шансом получить поддержку и лечение.

Вполне очевидно, что истинное число случаев насилия в отношении женщин существенно выше числа зарегистрированных случаев, и, что насилие в отношении женщин является серьезной причиной смертности и стойкой или временной утраты трудоспособности. Медицинские работники, в особенности работники служб репродуктивного здоровья и экстренной помощи должны играть критическую роль в выявлении случаев гендерного насилия, направлении жертв насилия для оказания им юридической, психологической, социальной поддержки и обеспечения лечения нуждающихся. Учитывая, что большое число случаев насилия совершается лицами, страдающими хроническим алкоголизмом, наркоманиями, компенсаторной агрессией, сектор здравоохранения, в том числе патронажные службы медицинских организаций имеют возможность активно работать со злоумышленниками, склоняя их к необходимости принятия решений о получении необходимой медицинской помощи, и должны эту возможность реализовывать.

Насилие, связанное с гендерными различиями, не ограничивается насилием в отношении женщин и девочек. Оно распространяется на мальчиков и подростков, молодых людей, включая насилие, связанное с неуставными отношениями военнослужащих.

В настоящее время ответ сектора здравоохранения на насилие, связанное с гендерными различиями, недостаточен, и в основном сводится к оказанию медицинской помощи жертвам

насилия и извещению правоохранительных органов о случаях насилия, когда об таковых открыто заявляют пациенты. С целью выполнения Закона Республики Казахстан «О профилактике бытового насилия» сектору здравоохранения во взаимодействии с другими секторами необходимо предпринять дополнительные усилия. В частности:

- Подготовить нормативно-правовой документ, регламентирующий деятельность органов и организаций и здравоохранения в области противодействия насилию, связанному с гендерными различиями, и смягчения его последствий, содержащий четкие критерии и индикаторы выполнения.
- Создать рабочую группу специалистов и провести их надлежащую подготовку в для написания проекта приказа, соответствующего международным стандартам
- Принять меры для улучшения регистрации последствий насилия, связанного с гендерными различиями, и его мониторинга в медицинских организациях, включая структуры судебной медицины;
- Обеспечить улучшение знаний психологии и навыков коммуникаций персонала медицинских организаций с целью выявления случаев насилия, связанного с гендерными различиями. Обратит особое внимание на отработку коммуникативных навыков в процессе постдипломной и преддипломной подготовки врачей и среднего медицинского персонала;
- Улучшить качество оказания медицинской помощи жертвам насилия и причинителям насилия (прежде всего наркологической, психиатрической, если таковые требуются);
- На уровне организаций первичной медицинской помощи предоставлять психологическую помощь жертвам насилия. С этой целью в рамках постдипломной подготовки обеспечивать постоянную подготовку психологов для работы с жертвами насилия и злоумышленниками;
- Обеспечить обучение предоставлению медико-юридической помощи жертвам насилия, согласно рекомендациям ВОЗ.
- В рамках своей компетенции обеспечивать социальное сопровождение жертв насилия.
- Вменить в обязанность патронажным службам первичного звена, включая: участковых врачей, медицинских сестер, акушерок выявлять людей, живущих в условиях насилия, с особым акцентом на женщин и девочек, оказывать им необходимую консультативную помощь, направлять к профильным специалистам медицинской и социальной служб.
- Развивать систему внутрисекторального взаимодействия медицинских работников экстренных служб, служб родовспоможения и охраны репродуктивного здоровья, психологов, службы психического здоровья и наркологической службы в деле противостояния домашнему насилию.
- Усилить пропаганду профилактики бытового насилия через службу формирования здорового образа жизни;
- На уровне первичного звена обеспечить активное взаимодействие организаций первичной медицинской сети с неправительственными организациями, религиозными конфессиями, организациями образования, органами социальной защиты, правоохранительными органами, а также командованием воинских частей;
- Ускоренно внедрять лучшие мировые практики ответных мероприятий сектора здравоохранения на насилие, связанное с гендерными различиями, испрашивая поддержку двусторонних и международных организаций, включая ЮНФПА, UN Women, ВОЗ и др.



Министерство здравоохранения РК



КМПА

Казахстанская Ассоциация
по половому и репродуктивному
здоровью (КМПА)

Усиление ответных мероприятий на насилие, связанное с гендерными различиями.

Материалы Республиканского консультативного совещания

город Астана 5-6 октября 2011 год

Совещание подготовлено и проведено при технической, материальной и финансовой поддержке
Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА)



Каждый значим



Концепция мероприятия.

Ряд международных соглашений и инструментов по правам человека требуют от государства предпринять эффективные меры для предотвращения и уничтожения насилия на основе половой принадлежности, в том числе Конвенция по Уничтожению Всех Форм Дискриминации против Женщин (КУФДЖ). Кроме того, согласно Всеобщей Декларации Прав Человека, неотъемлемым правом человека является наилучшее удовлетворение потребностей, отвечающее стандартам здравоохранения. Таким образом, обеспечение для женщины права на здоровье означает внедрение программ и политик по предотвращению насилия на почве половой принадлежности (НОПП) и разрешения в отношении его бесчисленных последствий.

Опыт множества стран показывает, что сектор здравоохранения, особенно службы СРЗ, являются областью для начала эффективного внедрения мер против НОПП, в том числе выявления и поддержки, переживших такое насилие. Пережившие НОПП редко обращаются к властям, но с большой долей вероятности они обратятся в службы здравоохранения в случае травм и их осложнений. Поэтому важно создать центр помощи для переживших насилие, который бы обеспечил безопасность и конфиденциальность в рамках системы здравоохранения, а также безопасно и эффективно направлял бы в другие социальные службы.

Принятие специальной политики для сектора здравоохранения для провайдеров услуг здравоохранения в работе с насилием, основанным на половой принадлежности, представляется очень важным. Связь стандартов СРЗ и НОПП представляет собой потенциальное преимущество в идентификации женщин, затронутых НОПП, и их безопасное направление или поддержку в центры СРЗ.

Как бы то ни было, здравоохранение Казахстана в целом и услуги СРЗ в частности не имеют специальных механизмов для борьбы с насилием, основанном на половой принадлежности, оставляя этот вопрос для социального сектора и правоохранительных органов. Действия сектора здравоохранения в большинстве случаев были ограничены оказанием помощи и сообщении в правоохранительные органы о тех случаях НОПП, которые имели серьезные последствия для здоровья.

В соответствии с Политикой Страны на 2010 – 2015 гг., ЮНФПА обязуется поддержать правительство и гражданское общество Казахстана в обеспечении того, чтобы правительственный План Действий по Стратегии Равенства Полов на 2009 – 2011 достиг большого числа женщин и полностью был реализован. В конце 2009 г. Парламент Казахстана принял закон о Противодействии Домашнему Насилию. Теперь, необходимо убедиться, что существуют механизмы для обеспечения действенности закона.

В 2010 г ЮНФПА провело национальную экспертизу по оценке интеграции вопросов НОПП в систему здравоохранения и поддержало консультационную встречу заинтересованных лиц, возглавленную Национальной Комиссией по Делах Женщин и Семейно-Демографической политике. Участники обсудили открытия и определили дальнейшие усилия по интеграции НОПП в систему здравоохранения, высшего образования и курсы повышения квалификации для провайдеров услуг здравоохранения. Участники согласились, что действия сектора здравоохранения по противодействию НОПП должны быть усилены и что потенциал специалистов здравоохранения по работе с НОПП должен быть значительно увеличен.

Таким образом, с целью внедрения решений конференции 2010 г. Казахстанская Ассоциация по половому и репродуктивному здоровью (КМПА) при поддержке ЮНФПА 5-6 октября организует 2-х дневное рабочее совещание для создания технической базы работников здравоохранения и лиц, принимающих решения.

Задачи мероприятия:

- совершенствование законодательства по разработке нормативно-правовых актов МЗ, в точности ясно определяя области подотчетности сектора здравоохранения и индикаторов для мониторинга их достижений;
- увеличение технического потенциала медицинских работников посредством обучения навыкам общения;
- улучшение вовлеченности социальных работников и психологов, работающих в учреждениях здравоохранения в ответ на насилие на гендерной почве;
- укрепление взаимодействия между медицинскими и немедицинскими работниками учреждений здравоохранения в области управления по программам гендерного насилия;
- усиление сотрудничества сектора здравоохранения и социального сектора, юристов и гражданского общества;
- потребности особо уязвимых групп населения должны быть в фокусе встречи;
- создание проекта указа МЗ в ответ на гендерное насилие в секторе здравоохранения

Участники встречи.

На совещание будут приглашены представители Министерства здравоохранения РК, академические работники высших медицинских школ, медицинские работники подведомственных учреждений Министерства здравоохранения РК, представители кризисных центров и центров здорового образа жизни, а также представители неправительственного сектора. Для проведения форума будут привлечены международный и национальный консультанты.

Список участников

Дата проведения: 05 – 06 октября, 2011 г.

Место проведения: г.Астана, гостиница “G Empire”, ул.Абая, 63, конференц-зал

Организаторы:

- при партнерстве Министерства Здравоохранения Республики Казахстан
- ОО «Казахстанская Ассоциация по половому и репродуктивному здоровью (КМПА)»
- при финансовой поддержке Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА)
- по проблемам реагирования сектора здравоохранения на насилие, основанное на гендерном неравенстве, с участием международного консультанта.

№	Ф.И.О.	Организация	Город	Контактные данные
Министерство здравоохранения и подведомственные структуры				
1.	Намазбаева Зульфира Ермуханбетовна	Ведущий специалист УЗ г. Астана	Астана	87172. 556848
2.	Есимова Ляззат Абатовна	Зам.директора Городской центр проблем формирования здорового образа жизни	Астана	г. Астана, пр. Тәуелсіздік, 6/2 Тел/факс: 87172 365080, 496920 email: zozh@namba.kz zozh_astana@mail.ru 87172496920
3.	Иксынбаева Дамеш Саркытпаевна	Заведующий организационно- методическим отделом РГКП «Центр Судебной Медицины»	Астана	010000, г. Астана, р-н Сарыарка, Юр. адрес: пр. Победы 119/1, Факт. адрес: Левый берег, ул.23, дом.3 87172743432
4.	Усипханов Ролан Жолдаспеавич	Директор Астанинского филиала РГКП «Центр Судебной Медицины»	Астана	010000, г. Астана, р-н Сарыарка, Юр. адрес: пр. Победы 119/1, Факт. адрес: Левый берег, ул.23, дом.3 87172743432
5.	Иманкулова Балкенже Жаркеновна	Врач отделения гинекологии Национальный центр материнства и детства	Астана	010000, г. Астана, левый берег, пр.Туран, 32 Тел.: 87172 704486, 701405; 501409
6.	Бикташева Хазина Мусатаевна	Руководитель организационно- методического отдела, к.м.н. РГКП НЦАГП	Алматы	050020, г. Алматы, пр. Достык, 125, тел.: 87273004567, 3004546 (пр.), 2646921, 3870155, 87011829677 email: org_center@inbox.ru

7.	Ким Александр Валерьевич	Мнс. отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии»	Алматы	050022 г.Алматы, ул. Амангельды 88, тел/факс регист-ры: 8727 2724832. 87078391390
8.	Кулжанова Аэлита Нуржановна	Психолог кризисного отделения Медицинский центр проблем психического здоровья в городе Астана	Астана	г.Астана, ул. Училищная, Тел.: 87172 355287
9.	Сембинова Айсулу Смагуловна	Научный сотрудник организационно-методического отдела Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии	Астана	г. Астана, ул. Абылай хана, 15а тел.: 87172 355577; факс: 87172 355345
10.	Абдуалиева Раушан Аштаровна	Заместитель медицинского директора АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»	Астана	г. Астана, ул. Сары-Арка, 74/1 тел. 87172 511596, 511597, тел./факс 87172 511590 email: a_rau@bk.ru (Абдулиева Р.А.)
11.	Жумабаева Алтын Зурашевна	Главная медицинская сестра АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»	Астана	г. Астана, ул. Сары-Арка, 74/1 тел. 87172 511596, 511597, тел./факс 87172 511590 email: a_rau@bk.ru (Абдулиева Р.А.)
12.	Шынтакова Дана Каршевна	Врач дерматолог ГКП на ПХВ «Центр дерматологии и профи лактики болезней, пере- дающихся половым путем»	Астана	г. Астана, проспект Республики 50/2, тел.: 87172 226092
13.	Маутканов Марат Рымханович	Старший научный сотрудник отдела менеджмента научных исследований НИКВИ при КазНМУ им.Асфендиярова	Алматы	г. Алматы, ул. Райымбека, 60 тел.: 8727 3974218, 2693093 87013150359 email: mautkanov@bk.ru
Неправительственные организации				
14.	Садыкова Айжан	Президент РОО «Национальная медицинская ассоциация»,	Алматы	г.Алматы, ул. Казыбек би, 117/1, тел.: 8727 2798605; 2799291 87077884709
15.	Родина Татьяна	Председатель Казахстанской Ассоциации	Шымкент	Г. Шымкент, ул. Тел.: 87252 500697, 56 70

		организаций, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа, наркомании,		66 Моб.: 8701 288 62 53 email: kavsnkz@gmail.com
16.	Акпаленов Куаныш	Юрист филиала КМБПЧ в Астане Казахстанское Международное бюро по правам человека и соблюдению законности,	Астана	87172341947 Электронка и.о. Акылбековой Розы - Roza.akylbekova@gmail.com
17.	Набиева Рита	Юрист, ОФ «Амансаулык»	Алматы	050004 г.Алматы, ул. М.Маметовой, 76, оф. 228 тел. 8(727) 2795863, 2793994 факс: 8(727) 2669925 email:amansauylk@mail.ru 87003588697
18.	Рыль Ольга	Директор Кризисного центра Общественный фонд Право	Астана	г. Астана, ул. Рыскулбекова 25/2, кв. 7, Телефон: 8(7172)373716 Факс: 8(7172)509292 email: pravo_o_f@mail.ru
19.	Апанасевич Жанна	Программный координатор ОО «Казахстанская Ассоциация по половому и репродуктивному здоровью (КМПА)»	Алматы	050008 г.Алматы, ул. Муканова, 243, ки.20 Тел.: 8727 3911214; Тел.\факс: 8727 3958350, email: center.kmpa@gmail.com
20.	Таркан Елена	Координатор Филиала ОО КМПА	Астана	ГДБ №1 87024142021
21.	Вахулович Ольга	Тренер по СРЗП Филиала ОО КМПА	Астана	87015140590
22.	Понарина Лариса	Международный консультант	Москва	Тел.: 8495 6237479 email: annaruss@mail.ru
23.	Кобзарь Надежда Николаевна	Национальный консультант	Алматы	87013145544
24.	Косухин Александр Борисович	Ассистент представительства Фонда по народонаселению Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА)	Алматы	ул.Чайковского, 1 Тел.: 8727 2585993
26.	Лысенкова Юлия	Эксперт Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА)	Алматы	ул.Чайковского, 1 Тел.: 8727 2585993

ПРОГРАММА

ДЕНЬ ПЕРВЫЙ

9:00-11:00

- **Введение в проблему**

Представление участников, приветствия, цели и задачи совещания. Правила совещания. Модератор, репортер, контролер времени – 20 минут

Бытовое насилие: виды, динамика, гендерные стереотипы и насилие, связанное с гендерными различиями, международные обязательства по борьбе с насилием.

(Модератор – международный консультант) – 30 минут

Законодательство Казахстана по противодействию бытовому насилию: роль сектора здравоохранения (Модератор – представитель правозащитной организации – 10 минут)

- **Что и как могут улучшить врачи разных специальностей в противодействии насилию, связанному с гендерными различиями?**

Как можно сделать более эффективными действия медицинских работников в деле взаимодействия с правоохранительными органами по обеспечению регистрации случаев насилия в отношении женщин (Обсуждение в группе, модератор – специалист судебной медицины, 55 минут, презентация выводов 5 минут)

Перерыв на кофе 20 минут

11:20-13:00

Ролевая игра: прием женщины, пострадавшей в результате действий сексуального характера, которая нуждается в помощи в связи с травмой, но не хочет сообщать о причинах повреждений (Модератор – международный консультант) – 20 минут

Руководство ВОЗ по ведению случаев насилия сексуального характера в медицинских организациях, медицинская помощь, психологическая помощь, медико-юридическая помощь и медико-социальная помощь.

1. Презентация национального консультанта -20 минут
2. Обсуждение в группе: как улучшить выявляемость и эффективность помощи жертвам сексуального насилия (модератор – национальный консультант – 55 минут, презентация результатов – 5 минут)

Перерыв на обед 1 час

14:00- 16:00

Какова роль семейной службы и участковых врачей в деле противодействия насилию в отношении женщин, связанному с гендерными различиями? В чем может помочь сделать участковая патронажная служба? (Модератор – специалист в области семейной медицины, 55 минут, презентация – 5 минут)

Как удушить выявление случаев насилия, связанного с гендерными различиями на приеме у травматолога, и что могут сделать травматологи для уменьшения травматизма, обусловленного насилием, связанным с гендерными различиями? Как удушить выявление случаев насилия, связанного с гендерными различиями на приеме у невролога, и что могут сделать неврологи для уменьшения частоты черепно-мозговых травм, обусловленных насилием, связанным с гендерными различиями (Дискуссия в группе, модераторы – специалист в области травматологии, специалист в области неврологии – 55 минут, презентация – 5 минут)

Перерыв на 20 минут

16:20- 17:20

Оказание помощи женщинам-жертвам сексуального насилия с виктимогенным типом личности, что нужно улучшить? (дискуссия в группе, модератор – специалист в области психиатрии 55 минут, презентация – 5 минут)

17:20-17:30 Подведение итогов первого дня (Международный консультант)

ДЕНЬ ВТОРОЙ

9:00-11:00

- *Межсекторальное взаимодействие*

Как эффективно взаимодействовать с неправительственным сектором в деле противостояния насилию, связанному с гендерными различиями? Какова роль психологов и социальных работников медицинской сети? (обсуждение в группе, модератор – представитель неправительственного сектора – 55 минут, презентация – 5 минут).

Как можно улучшить взаимодействие с организациями образования, воинскими, неправительственными организациями, пенитенциарной системой по выявлению лиц, с агрессивным поведением и предоставлению им психологической коррекции поведения (дискуссия в группе, модератор – международный консультант 55 минут, презентация результатов 5 минут);

Перерыв на 20 минут

11:20-13:00

- **Особенности ответа на насилие в отношении представителей населения наиболее социально уязвимых групп, связанное с гендерными различиями,**

Какой ответ сектор здравоохранения должен дать на насилие в отношении представителей групп населения, особо уязвимых в отношении передачи ВИЧ и ИППП, связанное с гендерными различиями: секс работниц, трансгендеров, мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, потребителей наркотиков, лиц без определенного места жительства, мигрантов (модераторы – специалисты в области ВИЧ/СПИДа и ИППП, 1 час 30 минут, презентация – 10 минут)

Перерыв на 1 час

14:00-16:00

Как можно улучшить работу со злоумышленниками для противодействия насилию, связанному с гендерными различиями, в том числе работу с лицами, страдающими алкоголизмом, наркоманией, другими психическими расстройствами (дискуссия в группе, модератор – специалист в области психиатрии, 55 минут, презентация результатов – 5 минут)

- **Мониторинга насилия, связанного с гендерными различиями в секторе здравоохранения**

Как улучшить учет случаев насилия, связанного с гендерными различиями

Статистика насилия в отношении женщин: изнасилования, телесные повреждения. Что можно сделать для улучшения сбора данных и повышения степени достоверности информации об изменении ситуации? Какие дополнительные индикаторы/методики могут быть предложены для проведения мониторинга насилия, связанного с гендерным различием в секторе здравоохранения, создание матрицы индикаторов (обсуждение в группе, модератор – международный консультант 55 минут, презентация – 10 минут)

Перерыв на 20 минут

16:20-17:20 Какие информационно-образовательные материалы нужны для борьбы с насилием, связанным с гендерными различиями (модератор – специалист в области здорового образа жизни: обсуждение 55 минут, презентация результатов – 5 минут)

17:20 – 17:30 Заключение. Что дальше?

ГЕНДЕР, ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Л.В. Панарина, Заместитель директора Национального центра по предотвращению насилия «Анна»

www.anna-center.ru,

г. Москва, Россия

“АННА “ - НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ НАСИЛИЯ

Гендер -

- Пол: биологические особенности женщин и мужчин;
- Гендер: социальный пол; определяется концепцией функций и ролей, предназначенных *обществом* женщинам и мужчинам в их *общественной и личной* жизни.

Гендерное равенство – *равное* обладание женщинами и мужчинами социально ценными благами, возможностями, ресурсами и вознаграждением за труд.

Гендерное равенство *не означает*, что мужчины и женщины становятся одинаковыми, а то, что их *возможности* и жизненные шансы *равны*.

НАСИЛИЕ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ: БОЛЬШИНСТВО ПОСТРАДАВШИХ - ЖЕНЩИНЫ (ГЕНДЕРНАЯ ПРИРОДА НАСИЛИЯ)

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ:

- Неравные отношения в обществе в силу исторически сложившихся отношений
- Более низкое положение в целом
- В результате – более уязвимая группа населения

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РАССМАТРИВАЮЩИЕ ПРОБЛЕМУ НАСИЛИЯ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ (НПГ)

Организация объединенных наций

- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (“Женская Конвенция”)
- Декларация о ликвидации насилия в отношении женщин
- Платформа Действий, принятая на Всемирном Женском форуме в Пекине, 1995 г. – (Пекинская Платформа)
- Конвенция по искоренению всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) Принята Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 году.

Конвенция обязывает все государства, которые в ней участвуют:

- включить принцип равноправия мужчин и женщин в конституции и другие законодательные акты и добиваться его практической реализации;
- принимать меры, чтобы изменить действующие законы, обычаи, практику, которые представляются дискриминационными в отношении женщин;
- обеспечить равное для мужчин и женщин право пользования всеми экономическими, социальными, культурными, гражданскими и политическими правами.

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Статья 2. Законодательство Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин

1. Законодательство Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин основывается на Конституции Республики Казахстан, состоит из настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.
2. Если международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ЛИКВИДАЦИИ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

1993 ГОД

- Статья 4 содержит рекомендации по искоренению насилия. Она обращается к государствам с призывом разработать национальные планы действия по защите женщин от всех форм насилия (как в частной, так и в общественной жизни), а также обеспечить соответствующее финансирование существующих инициатив и программ.
- В Декларации также подчеркивается важность женских организаций и необходимость их поддержки и сотрудничества с ними.

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН - НАРУШЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

“Термин «*насилие в отношении женщин*» означает любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью женщины или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни”.

Платформа действий.

Четвертая Всемирная конференция по положению женщин,

Пекин, Китай 4-15 сент. 1995 г

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НАСИЛИЯ НА ГЕНДЕРНОЙ ПОЧВЕ

- Домашнее насилие
- Сексуальное насилие/Изнасилование
- Торговля женщинами/девочками
- Сексуальные домогательства на работе

ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ И ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Л.В. Панарина, Заместитель директора Национального центра по предотвращению насилия «Анна»

www.anna-center.ru,

г. Москва, Россия

ОСОБЕННОСТИ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

1. Систематически повторяющиеся эпизоды **РАЗНЫХ** видов насилия (физического, сексуального, психологического и экономического).
2. Отношения между объектом и субъектом насильственных действий: домашнее насилие происходит между близкими людьми, проживающими в одном пространстве (усиливает степень опасности в отношении жертвы, более тяжелая психологическая травма).

ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ – это систематически повторяющиеся акты физического, психологического, сексуального, экономического воздействия на близких людей, которые совершаются против их воли с целью обретения власти и контроля над ними, вызывающие непрекращающееся чувство страха со стороны жертвы.

ОТЛИЧИЕ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ ОТ КОНФЛИКТА

КОНФЛИКТ:

- Конкретная причина
- Равные права участников конфликта
- Возможность разрешения
- Отдельный эпизод

НАСИЛИЕ

- Власть и контроль обидчика по отношению к пострадавшей/-ему
- Система поведения, а не отдельный эпизод
- Отсутствие возможности разрешения без вмешательства извне

ВИДЫ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

- Физическое
- Сексуальное
- Психологическое
- Экономическое
- Использование детей для установления контроля над пострадавшими

ЦИКЛ НАСИЛИЯ



ВТОРИЧНАЯ ВИКТИМИЗАЦИЯ - переживание свидетелями насилия (в частности, детьми) тех же самых психологических последствий, которые испытывают пострадавшие.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ – СВИДЕТЕЛЕЙ НАСИЛИЯ

- Высокий уровень тревожности
- Депрессия
- Низкая самооценка
- Физическое недомогание
- Ночные кошмары
- Низкая самооценка

МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

- 212,7 тыс. семейных дебоширов на учёте в милиции (по официальным данным МВД РФ на декабрь 2008 года);
- две трети умышленных убийств обусловлены семейно-бытовыми мотивами;
- ежегодно около 14 тысяч женщин погибает от рук мужей или других близких;
- до 40 процентов всех тяжких насильственных преступлений совершается в семьях.

ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОМОЩЬ

- социальная реабилитация лиц, пострадавших в результате семейного насилия осуществляется учреждениями социального обслуживания семьи и детей
- на 1 января 2008 г. - 3363 центров
- регламентируется Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания»

ЦЕНТРЫ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

- специализированные кризисные центры / приюты
- центры социальной помощи семье и детям
- центры психолого-педагогической помощи населения
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних
- социальные приюты для детей и подростков
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей
- реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями
- комплексные центры социального обслуживания населения
- кризисные центры для женщин, кризисные центры для мужчин

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- Национальная образовательная кампания «Домашнему насилию оправданий – нет!» (АННА, с 1998 г.)
- Изменения, которые произошли в общественном мнении: исследование 2006 года - 87 процентов опрошенных признали проблему домашнего насилия актуальной для России

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Уголовный кодекс:

- Статья 111. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью.
- Статья 112. Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью.
- Статья 115. Умышленное причинение легкого вреда здоровью.
- Статья 116. Побои.
- Статья 119. Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью.

СТАТЬЯ 117 УК «ИСТЯЗАНИЯ» наиболее полно отражает преступные действия при домашнем насилии; при этом практически не используется при рассмотрении случаев, связанных с насилием в семье

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОЙ КОМИССИИ ПО НАСИЛИЮ

- отсутствие защитных мер для пострадавших (охранный ордер)
- отсутствие системы перевоспитания мужчин, склонных к агрессивному поведению
- отсутствие системы просветительской работы насилия среди молодежи
- недостаток специализированных учреждений для пострадавших от насилия
- отсутствие единой системы сбора статистических данных структурами МВД, которая:
 - 1) учитывала бы характер отношений между преступником и пострадавшими
 - 2) включала бы в себя разбивку пострадавших по полу

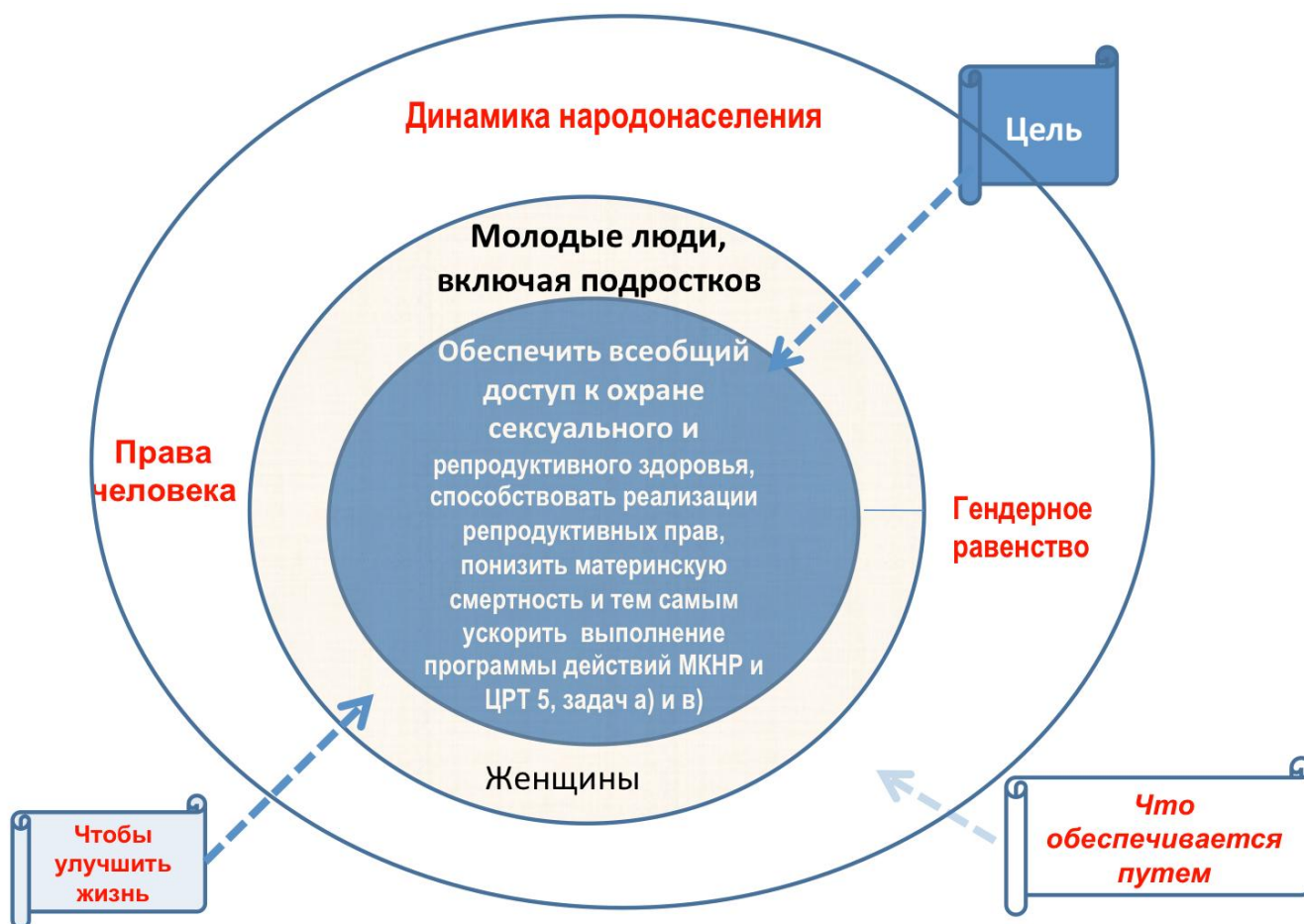
РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ

- Принять федеральный закон о мерах правовой и социальной защиты пострадавших от насилия в семье.
- Исключить преступления, совершенные в семье, из категории дел частного обвинения, и перевести их в категорию дел публичного обвинения. Для этого внести поправки в действующий УК РФ и УПК РФ (Ст. 115 ч.2 и Ст. 116 ч.2 УК РФ; Ст.20 ч.4 УПК РФ)
- в ст. 44. УК РФ «Виды наказаний»: принудительное посещение курсов перевоспитания (как основного, так и дополнительного вида наказания)
- ввести охранный орден как отдельную меру защиты / или в Закон «О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства»
- возобновить практику принудительного лечения от алкоголизма и наркомании (особенно в случаях систематических жалоб со стороны близких)
- разработать с привлечением специализированных НПО и внедрить учебную программу по домашнему насилию для всех специалистов, работающих с проблемой ДН и для студентов соответствующих вузов

Насилие, связанное с гендером, как проблема охраны сексуального и репродуктивного здоровья населения.

Александр Косухин, исполнительный представитель, офис ЮНФПА в Казахстане, г. Алматы

Фокус ЮНФПА



Насилие и сексуальное и репродуктивное здоровье: воздействие и последствия

- Сексуальное насилие, изнасилование;
- Нежелательная беременность (как результат изнасилования и принудительная беременность («женщина обязана рожать!»);
- Принудительный аборт,
- Передача ИППП, в т.ч. ВИЧ,
- Физические повреждения и увечья,
- Психические травмы, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР);
- Сексуальные расстройства.

Жертва, некоторые понятия.

- Виктимность – приобретенные физические, психические и социальные черты, которые могут сделать человека предрасположенным к превращению в жертву. Рассматривается как психологическое расстройство.
- Виктимизация - процесс приобретения виктимности
- Виктимология - наука, изучающая поведение человека, отклоняющееся от нормы безопасности. Разрабатывает методы диагностики виктимогенной личности, виктимогенной группы и микросоциума, содержание профилактики и реабилитации жертв, предлагает рекомендации и стратегии общества и социальных институтов по отношению к различным категориям жертв. Среди направлений исследований
- Психиатрическая виктимология
- Виктимология насилия (семейного, воинских преступлений и пр.)
- Наиболее значимые для здравоохранения типы жертв:
- агрессивная (больные психическим заболеванием),
- пассивная (лица, не могущие дать отпор: пожилые, инвалиды, в том числе с нарушением ментальности)

Выявить конкретную жертву насилия – означает

1. Возможность проведения индивидуальной первичной профилактики:
 - Травматизма (а, следовательно бесплодия, связанного с поражением детородных органов в результате травмы и расстройств сексуального здоровья),
 - Передачи ИППП, включая ВИЧ,
 - Нежелательной беременности,
 - Нежелательного аборта.
2. Возможность проведения направленного обследования жертвы и предоставления ей уместной медицинской помощи, в том числе лечения ИППП и различных травм,
3. Получение более достоверных статистических данных о распространенности насилия, связанного с гендером, для принятия управленческих решений по борьбе с ним.

Жертвы насилия и помощь им

1. Большинство жертв насилия, связанного с гендером, не обращаются в правоохранительные органы;
2. Большинство жертв насилия с серьезными травмами обращаются за медицинской помощью;
3. Большинство женщин и мужчин по разным основаниям обращаются за медицинской помощью в первичную сеть;

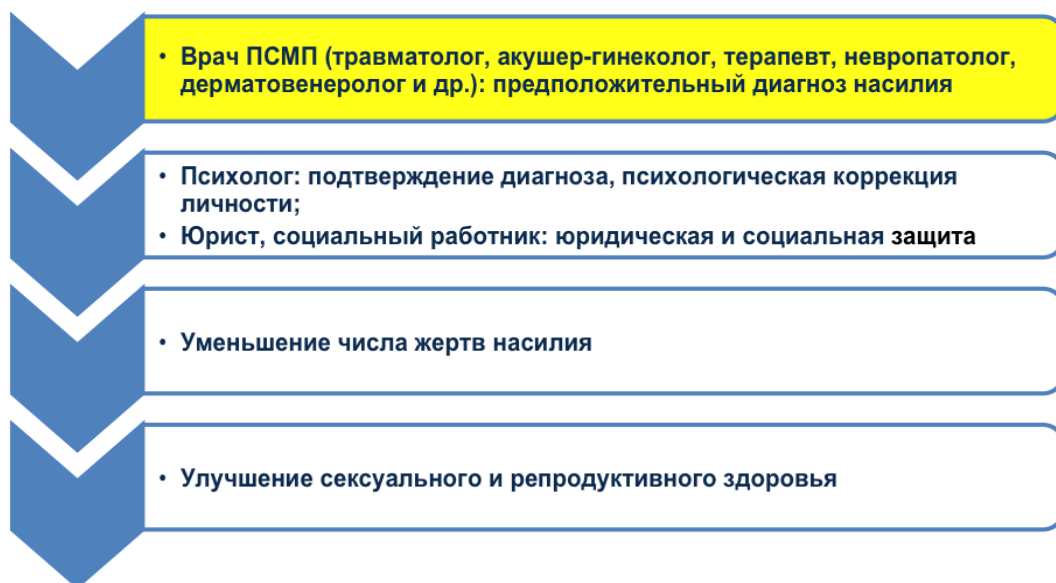
4. Группы населения с наиболее высоким риском стать жертвами насилия (секс работники, МСМ), как правило, не обращаются за медицинской помощью в обычные медицинские организации в случаях сексуального насилия
5. Случаи обращений в медицинские организации регистрируются и являются объектами отчетности.

Жертвы насилия и медицинская помощь им, вопросы

1. Выявляют ли работники медицинских организаций случаи насилия, связанного с гендером, в необходимой мере?
2. Приемлем ли объем и уровень профилактики и лечения состояний, обусловленных насилием, в организациях здравоохранения?
3. Есть ли национальный протокол оказания помощи жертвам сексуального насилия?
4. Насколько высок доступ жертв насилия к судебно-медицинской экспертизе?
5. Есть ли отдельный учет насилия, связанного с гендером, судебно-медицинской службой?

Что можно улучшить?

1. Доступ к медицинской помощи жертвам гендерного насилия
 - Расширение функций дружественных клиник для групп населения высокого риска стать жертвой, поведение которых рассматривается как девиантное;
 - Бесплатное снабжение лекарственными средствами для экстренной контрацепции, профилактического лечения ИППП и постконтактной профилактики ВИЧ инфекции;
 - Доступ к качественной судебно-медицинской экспертизе, в том числе для жителей удаленных населенных пунктов.
2. Качество оказания медицинской помощи жертвам гендерного насилия
 - Национальный протокол оказания медицинской помощи жертвам сексуального насилия (включая девочек);
 - Предоставление средств для смягчения последствий сексуального насилия группам высокого риска (пример: контрацептивы для секс работников защитят их от нежелательной беременности в случае изнасилования, иммунизация против гепатита В и вируса папилломы человека (ВПЧ) для лиц высокого риска защитит их от соответствующих инфекций и развития рака шейки матки, связанного с инфицированием ВПЧ
3. Система перенаправлений



Что может выявить врач для последующего перенаправления жертвы?

4. Синдром избиваемой женщины

- Травматические эффекты: беспокойство, соматические симптомы,
- Дефицит, выученная беспомощность: депрессия, низкая самооценка,
- Деструкция: чувство вины, неверное понимание насилия, отрицание насилия
- Привыкание к насилию, возведение ее в культурную норму!

5. Диагностические критерии посттравматической стрессовой реакции (ПТСР)

- Вегетативная лабильность, нарушение сна, тревога, «солдатское сердце», навязчивые воспоминания;
- Периодические приступы депрессии;
- Черты истерического реагирования; (параличи, глухота, слепота, припадки, синдром прогрессирующей астении: быстрое старение, потеря веса).

6. Реактивный (травматический) синдром изнасилованных: клиническая картина

- Краткосрочная ПТСР 0-3 месяца: депрессия, тревожность, ночные кошмары, социальная дезадаптация;
- Отсроченная ПТСР 3-12 месяцев: сексуальные дисфункции, гиперактивность

7. Предположительный диагноз сексуального насилия в отношении женщины: диагностические критерии (в сочетании)

- Частые посещения врача с неопределенными жалобами без признаков соматических расстройств,
- «Психогенные» боли (следствие диффузной травмы без видимых повреждений);
- Жалобы на слабость, усталость

Правонарушитель, совершивший насильственные действия

Насильственный тип личности – личность с деформацией представлений о ценности человеческой личности, жизни и здоровья человека общественной безопасности.

Триггеры насилия – алкоголизм и зависимость от наркотиков и психоактивных средств.

Психологическая коррекция агрессивной личности ведет к уменьшению (и даже исчезновению!) агрессии.

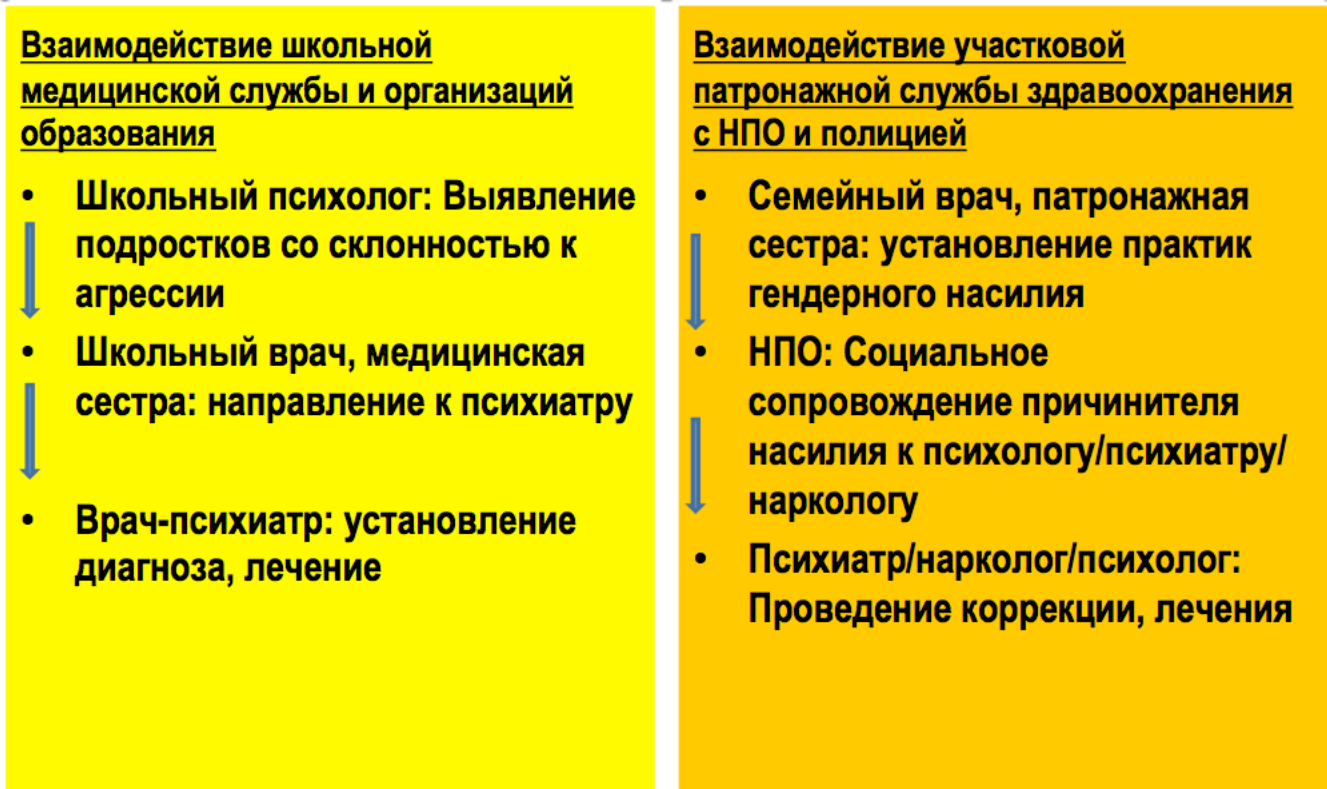
Что можно улучшить?

1. Доступ к медицинской помощи нуждающихся в ней причинителей гендерного насилия:

- Улучшение условий предоставления помощи больным хроническим алкоголизмом и болезнями наркозависимости;
- Улучшение взаимодействия с НПО для формирования групп анонимных алкоголиков и наркоманов

2. Качество медицинской помощи нуждающихся в ней причинителей гендерного насилия:

- Расширенное применение заместительной терапии больным опиоидной наркоманией при безуспешности лечения, направленного на полный отказ от наркотиков,
- Внедрение современных протоколов детоксикации,
- Обеспечение преемственности мер детоксикации и социальной реабилитации.



3. Перенаправление причинителей гендерного насилия:

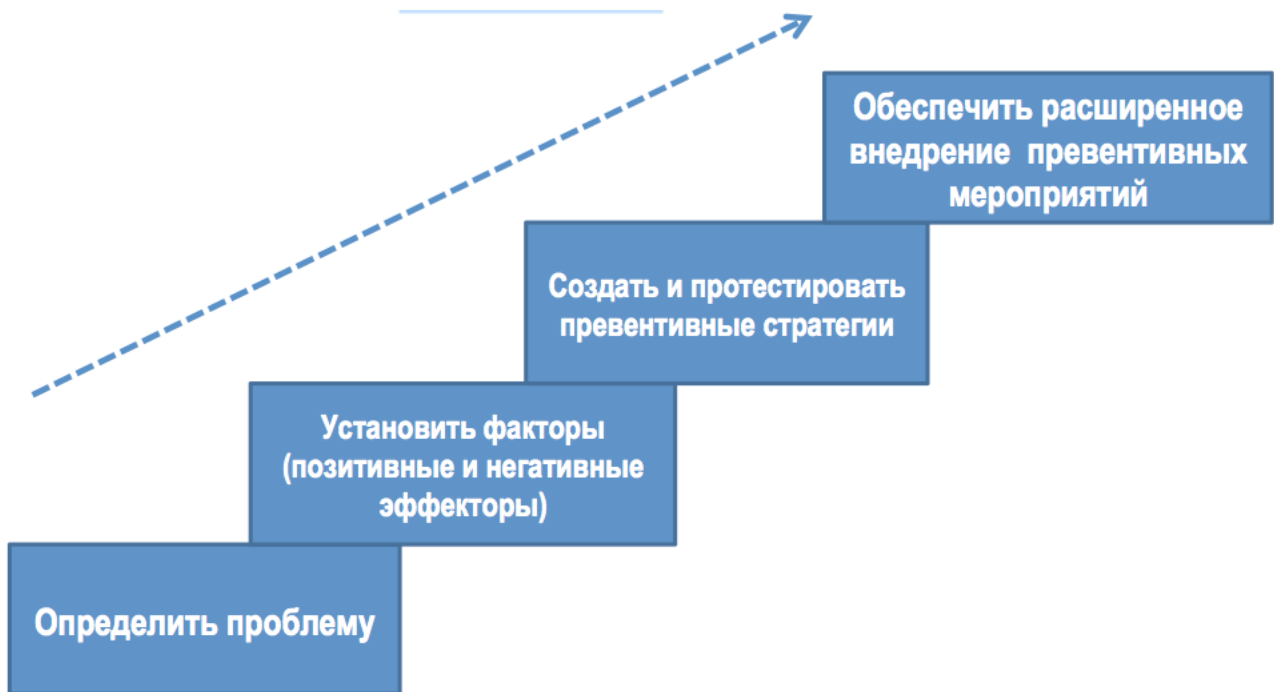
Что может выявить психолог?

Диагностика склонности к насилию у мужчины: высокая вероятность при сочетании любых 4-х признаков:

- Ревность,
- Контроль,
- Быстрая связь,
- Нереальные ожидания,
- Обвинение других в своих проблемах,
- Обвинение других за свои чувства,
- Гиперчувствительность, легкая ранимость,
- Грубость по отношению к животным и детям,
- «Игривое» применение силы в сексе,

- Оскорбление словом,
- Ригидные сексуальные роли (ожидание угождения),
- Угроза насилия,
- Битье посуды,
- Применение силы в качестве аргумента,
- Случаи избиения в прошлом

Подход общественного здравоохранения к предупреждению насилия



Четыре принципа общественного здравоохранения

1. Здоровье общества (в противовес здоровью индивидуума);
2. Подход, основанный на данных (мониторинг и оценка: регистрация случаев, социологическое обследование, индикаторы);
3. Учет социально-культурного контекста (насилие никогда не оправдано!);
4. Профилактика.

ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ

- Первичная профилактика – ответ до эпизода насилия предупреждение правонарушения или виктимизации
- Вторичная профилактика – немедленный ответ после насилия (в том числе сексуального) для противодействия краткосрочным последствиям насилия;
- Третичная профилактика - долговременный ответ после насилия (в том числе сексуального) на продолжающиеся последствия насилия и интервенции , связанные с медицинскими вмешательствами в отношении злоумышленника.

Стратегии профилактики насилия

- Всеобщие вмешательства (вне зависимости от индивидуального риска правонарушения или виктимизации);
- Избирательные вмешательства (в отношении групп высокого риска стать нарушителями или жертвами);
- Индикативные вмешательства (в отношении тех, кто уже стал правонарушителем или жертвой).

Экологическая модель предупреждения насилия

- Индивидуальный уровень
 - Факторы: биологическая (медицинская) и личная история, делающая вероятным то, что субъект станет преступником или жертвой насилия,
 - Вмешательства – развитие социальных и познавательных навыков, изменение поведения, консультирование, лечение, обучение;
- Межличностный уровень
 - Факторы: социальная история, взаимоотношения в ближайшем окружении,
 - Вмешательства – семейная терапия, развитие способностей стороннего наблюдателя, воспитание;
- Уровень сообщества
 - Факторы: толерантность к насилию, бедность, отсутствие доступа к юридической и социальной помощи,
 - Вмешательства – политики в школах, общежитиях, на рабочих местах, в общине;
- Уровень страны и общества
 - Факторы: гендерное неравенство, дискриминация, экономическая и социальная политика,
 - Вмешательства - изменение законодательства, многосекторальное сотрудничество

Матрица: когда и что

	Индивидуальный уровень	Уровень взаимоотношений	Уровень сообщества	Уровень общества в целом
До насилия	Подготовка женщин и мужчин	Интервенции среди мужчин в семье для установления норм ненасилия	Обучение. Установление правил в сообществе (школе, общежитии)	Обучение законодателей и политиков
После насилия	Кризисные интервенции в отношении жертв. Медицинские вмешательства в отношении правонарушителей,	Помочь членам семьи быть чувствительными к жертве	Возбуждение дел в отношении злоумышленников, Просвещение сообщества о последствиях насилия	Обучение законодателей и политиков, законодательное обеспечение доступа всех жертв к судебно-медицинской экспертизе

Обзор рекомендаций ВОЗ по оказанию помощи жертвам сексуального насилия.

Н.Н. Кобзарь, Кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог

РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

**Всемирная организация здравоохранения
Женева**

СТАТЬЯ 12. КОМПЕТЕНЦИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ОРГАНА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уполномоченный орган в области здравоохранения:

- 1) разрабатывает и по согласованию с уполномоченными органами в области социальной защиты населения и образования утверждает стандарты оказания специальных социальных услуг;
- 2) разрабатывает и внедряет в практику работы организаций здравоохранения методические рекомендации по оказанию медицинской и психологической помощи потерпевшим;
- 3) участвует в разработке проектов нормативных правовых актов в области профилактики бытового насилия.

СТАТЬЯ 13. КОМПЕТЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организации здравоохранения:

- 1) оказывают наркологическую, психологическую, психиатрическую, лечебно-профилактическую помощь и проводят медицинскую реабилитацию потерпевших и лиц, совершивших бытовое насилие;
- 2) извещают органы внутренних дел о фактах обращения потерпевших и оказания им медицинской помощи;
- 3) реализуют мероприятия по предупреждению алкоголизма

РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ ВОЗ

1 Введение

2. Сексуальное насилие: распространенность, динамика и последствия

3. Предоставление услуг жертвам сексуального насилия

4. Оценка и осмотр взрослых жертв сексуального насилия

5. Судебно-медицинские образцы

6. Лечение и последующее наблюдение

7. Сексуальное насилие над детьми

8. Документация и отчетность

9. Приложения: Образец бланка для осмотра жертв сексуального насилия, медицинские вопросы и сексуальное насилие, обучение и подготовка медицинских работников

- Сексуальное насилие – глобальная проблема, не только в географическом смысле, но и с точки зрения возраста и пола.

- В РК в 2010г зарегистрировано 42,5 тыс. преступлений против женщин, из них изнасилований 1,4 тыс;
- Сексуальное насилие оказывает негативное влияние на репродуктивное и сексуальное здоровье: нежелательная беременность, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), вирус иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), а также повышенный риск выбора рискованного сексуального поведения;
- Последствия сексуального насилия для психического здоровья могут быть серьезными и длительными;
- Сексуальное насилие над детьми во всем мире является одной из основных причин посттравматического стрессового расстройства, на которое приходится примерно 33% случаев у женщин и 21% случаев у мужчин;

ВИДЫ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

- предотвращение беременности (например, экстренная контрацепция), тест на беременность, аборты, диагностика и профилактика ИППП, лечение травм и психологическая помощь;
- в дополнение к предоставлению немедленной медицинской помощи, сектор здравоохранения может действовать как важный элемент направления на другие виды услуг: социальное обеспечение и правовая помощь;
- медицинские работники также имеют хорошие возможности для сбора и документирования доказательств, необходимых для подтверждения обстоятельств нападения, выявления виновных и медико-санитарных последствий происшествия

ЦЕЛИ РУКОВОДСТВА

- усовершенствование профессиональных медицинских услуг для всех людей (женщин, мужчин и детей), которые стали жертвами сексуального насилия;
- обучение медицинских работников знаниями и навыками, которые необходимы для ухода за жертвами сексуального насилия;
- разработка стандартов для предоставления медицинской помощи и судебно-медицинских услуг жертвам сексуального насилия;
- организация судебно-медицинских услуг для жертв сексуального насилия.

ПРИНЦИПЫ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

- **Независимость.** Право пациента (или в случае, когда пациенты в возрасте до 18 лет, лица, действующие от имени ребенка, т.е. родители или опекуны) принимать решения от своего собственного имени. Все шаги, предпринятые при предоставлении услуг, основаны на осознанном согласии пациента;
- **Доброжелательность.** Долг и обязанность действовать в интересах пациента;
- **Безвредность.** Обязанности или обязательства во избежание нанесения вреда пациенту;
- **Справедливость и честность.** Делать и предоставлять то, что необходимо по праву.

УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ: ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

- **Доступность** 24-часовой доступ к поставщикам услуг является предпочтительным;
- **Безопасность** . Должны быть адекватные меры для защиты пациентов, персонала, медицинских документов и самого учреждения. Стратегия может включать в себя использование охраны для контроля доступа, надлежащее освещение, видеонаблюдение, закрывающиеся двери и шкафы, и оборудование пожарной безопасности;
- **Чистота**. При предоставлении каких-либо медицинских услуг требуется высокий уровень гигиены. Учреждение должно также соблюдать местные правила техники безопасности и охраны здоровья, так как они применяются при использовании огня, электричества, воды, канализации, вентиляции, стерилизации и утилизации отходов.
- **Конфиденциальность**. Неуполномоченные лица не должны иметь возможность смотреть или слышать какие-либо аспекты консультирования. Таким образом, смотровая комната (ы) должны иметь стены и двери, а не только шторы. Нападавшие должны содержаться отдельно от своих жертв.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА

Последний гинекологический анамнез пациентки имеет особое значение в случаях сексуального насилия.

Вопросы, которые можно было бы задать, включают в себя:

- Когда был первый день вашей последней менструации?
- Были ли у вас сексуальные отношения до этого происшествия?
- Были ли у вас беременности? Сколько и как проходили роды?
- Сколько у вас детей?
- Были ли какие-либо осложнения во время родов?
- Проводили ли вам операции на органах малого таза?
- Пользуетесь ли вы противозачаточными средствами? Если да, то какими?
- Есть ли у вас сексуальный партнер?
- Когда у вас был последний добровольный половой акт? (Могут потребоваться подробности, если необходим анализ ДНК).

ИНФОРМАЦИЯ О НАПАДЕНИИ

- дата, время и место нападения, в том числе описание типа поверхности, на которой произошло нападение;
- имя, личность и количество нападавших;
- характер физических контактов и подробный отчет о насилии;
- применение оружия и средств, ограничивающих движение;
- использование лекарственных препаратов/наркотиков/алкоголя/вдыхаемых веществ;
- как была снята одежда.

ПРИНЦИПЫ И ПРОЦЕДУРЫ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА:

- Дайте пациентке возможность задать любые вопросы.
- Разрешите члену семьи или другу пациентки присутствовать во время осмотра, если она того пожелает;
- При осмотре пациентки, всегда должен присутствовать свидетель,
- Во время осмотра сообщайте пациентке о том, что вы планируете делать дальше и спрашивайте разрешения;
- Осмотр должен проводиться в светлом, теплом, чистом и отдельном помещении;
- Если снятая одежда была на жертве во время нападения и должны быть собраны судебно-медицинские доказательства, пациентка должна раздеться на белом листе или на большом куске светлой бумаги. Если пациентка дала согласие на сбор ее одежды, то осматривающий врач должен надеть перчатки и поместить каждый предмет одежды в бумажный мешок. Если одежда забирается на судебно-медицинскую экспертизу, должна быть предоставлена сменная одежда;
- В ходе осмотра должны быть собраны как медицинские, так и судебно-медицинские образцы;
- Медицинский осмотр должен проводиться «с головы до ног»

ОПИСАНИЕ ПРИЗНАКОВ ФИЗИЧЕСКИХ ТРАВМ

- Локализация. Описание анатомического расположения раны
- Размер. Размер раны должен быть измерен
- Вид. Описание вида раны (т.е. линейный, кривой, беспорядочный)
- Окружающие ткани. Состояние окружающих или близлежащих тканей (т.е. с кровоподтеками, опухшие)
- Цвет. Изучение цвета особенно важно при описании синяков
- Причины. Комментарии по наглядному направлению использованной силы (т.е. при ссадинах)
- Содержание. Наличие инородного тела в ране (т.е. грязь, стекло)
- Давность. Комментарии по любым признакам заживления. Примите во внимание, что точность давности невозможно и необходима большая осторожность при комментировании данного аспекта
- Края. Характеристика краев ран может быть ключом к разгадке использованного вида оружия.
- Глубина. Необходимо измерить

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

- Профилактика нежелательной беременности. Экстренная контрацепция;
- Диагностика ИППП, профилактическое лечение;
- Тестирование на ВИЧ. Пост-контактная профилактика;
- Тестирование на гепатит В, проведение иммунизации;

ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

- Необходимо оценить степень безопасности пациента. Если возвращение домой не безопасно для пациента, сделайте соответствующие направления в приют либо в безопасное жилище, либо проработайте с ней, чтобы определить для нее безопасное место, куда бы она могла пойти. Обсудите стратегию, которое может помочь предотвратить повторное нападение;
- подчеркните важность последующих обследований в течение двух недель, трех и шести месяцев;
- сообщите пациентке, что она может связаться по телефону либо прийти в медицинское учреждение в любое время, если у нее возникнут какие-либо вопросы, осложнения, связанные с нападением или другие медицинские проблемы.

НАПРАВЛЕНИЕ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Пациентам следует давать как устные, так и письменные направления для службы поддержки которые могут включать:

- кризисные центры для оказания жертвам изнасилований;
- приюты или конспиративные квартиры;
- консультирование по вопросам ВИЧ / СПИД;
- юридическая помощь;
- программы свидетелей жертв;
- группы поддержки;
- терапевты;
- финансовые учреждения по оказанию помощи;
- учреждения по оказанию социальной помощи.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ

- Физическая сила / насилие силы используется очень редко, скорее преступник пытается манипулировать доверием ребенка и скрыть совращение;
- злоумышленник, как правило, знакомый и зачастую может быть лицом, которому доверяют попечение и уход;
- сексуальное насилие над детьми часто происходит в течение многих недель или даже лет;
- сексуальное насилие над детьми часто встречается в виде повторяющихся эпизодов, которые с течением времени становятся все более агрессивными. Злоумышленники обычно вовлекают ребенка в постепенный процесс сексуализации с течением времени (например, уход за ребенком);
- инцест / внутрисемейное насилие составляют примерно треть всех случаев принуждения детей к сексуальным отношениям.

ДОКУМЕНТАЦИЯ И ОТЧЕТНОСТЬ

- Все консультации с пациентами должны быть задокументированы в форме рукописных заметок, при необходимости, фотографий. Использование стандартных форм осмотра может значительно облегчить процесс документации, а также обеспечить вовлечение всех важных деталей;
- Все аспекты консультации должны быть задокументированы, в том числе: данное согласие пострадавшего от насилия, история болезни; отчет о насилии, результаты физического осмотра, пробы, тесты и их результаты; лечение и прописанные лекарства, а также график последующего ухода и направления.
- В интересах точности, записи должны быть сделаны в ходе консультаций, а не после.
- Записи пациентов строго конфиденциальны и должны надежно охраняться.
- Работникам здравоохранения может понадобиться комментировать результаты своих исследований в письменном отчете и / или давать показания в суде. Если это потребуется, работники здравоохранения должны обеспечить беспристрастность своих показаний, которые должны представлять собой сбалансированную интерпретацию их находок.
- При отсутствии образования по медико-правовым вопросам, медицинские работники должны ограничить свои услуги медицинским обслуживанием и документированием результатов, и оставить интерпретации физических и других наблюдений специалисту с соответствующей квалификацией.

ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

- предназначена медицинским работникам (то есть врачам и медсестрам) и призвана развить ключевые навыки, необходимые медицинским специалистам, оказывающим медицинские услуги для жертв сексуального насилия;
- Предлагаемый курс состоит из 40 часов дидактического содержания и еще 40 - 96 часов клинической практики.

МИНИМАЛЬНЫЙ ОСНОВНОЙ УЧЕБНЫЙ ПЛАН

- 1) Междисциплинарная командная концепция;
- 2) Динамика изнасилований;
- 3) Судебно-медицинский осмотр жертв сексуального насилия;
- 4) Уход за пациентом;
- 5) Система уголовного правосудия;
- 6) Этические вопросы;
- 7) Клинический практикум.

К КОНЦУ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ, РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В СОСТОЯНИИ:

- Работать в качестве члена многопрофильной группы;
- Интервьюировать пациентов;
- Инициировать стратегии предотвращения кризисов;
- Выполнять судебно-медицинский осмотр жертв сексуального насилия;

- Давать показания в суде, если это необходимо, в отношении результатов обследования;
- Выполнять тестирование ИППП и профилактику беременности;
- Лечить травмы (в соответствии с уровнем профессиональной способности и обучения);
- Сохранять конфиденциальность пациента;
- Обеспечивать высокий уровень качества медицинской помощи

Сводка рекомендаций участников мозгового штурма для проекта приказа Министерства здравоохранения

Вопросы доступа

Службы здравоохранения должны взять на себя ответственность за доступ жертв гендерного насилия:

- К качественной медицинской помощи (вне зависимости от наличия регистрации),
- К необходимым медикаментам и изделиям медицинского назначения,
- К качественной судебно-медицинской экспертизе,
- К качественной психологической помощи, включая круглосуточное психо-социальное консультирование,
- К качественной юридической помощи,
- К специальной социальной помощи (в том числе предоставлению укрытия, пищи, воды, санитарных услуг),
- К информационно-образовательным материалам и коммуникациям.

Жертва насилия должны быть предупреждены о последствиях для ее жизненной безопасности, ей должна быть предоставлена информация для установления связи с кризисными центрами.

Службы здравоохранения должны взять на себя ответственность за доступ причинителей гендерного насилия:

- К качественной медицинской (прежде всего, наркологической и психиатрической) помощи (вне зависимости от наличия регистрации),
- К необходимым медикаментам и изделиям медицинского назначения,
- К качественной психологической помощи, включая круглосуточное психо-социальное консультирование,
- К информационно-образовательным материалам и коммуникациям

Предоставление медицинской помощи по всем клиническим специальностям

- В процессе беседы с клиентами (пациентами) и в процессе наблюдения за ними необходимо выявлять психические симптомокомплексы (такие как синдром избиваемой женщины, посттравматическую стрессорную реакцию и др.) и направлять клиентов для оказания психологической поддержки и юридической помощи;
- Следует уделять особое внимание развитию навыков общения с клиентом (пациентом) как практикующим врачам, так и студентам;
- Необходимо отражать вопросы гендерного насилия при сборе анамнеза заболевания и анамнеза жизни;
- Должна быть создана и использоваться памятка для врача по технике опроса клиентов и пациентов со стандартными вопросами в случае наличия оснований подозревать что она (он) являются жертвами или причинителями гендерного насилия;

- В опросе жертв гендерного насилия большую роль должны играть средние медицинские работники;
- Случаи насилия должны отражаться в медицинской документации (например, в медицинских картах), так, чтобы информация могла быть обработана.

Особенности предоставления помощи отдельными службами

Акушерско-гинекологическая служба:

- Нужен национальный клинический протокол ведения случаев сексуального насилия, соответствующий рекомендациям ВОЗ, с указанием последовательности действий медицинского работника, в том числе сбора доказательств для последующей судебно-медицинской экспертизы (если это приемлемо), обеспечения профилактических мероприятий, включая вакцинирование, назначение антибиотиков для профилактики ИППП и антиретровирусной постконтактной профилактики, взаимодействия с другими секторами предоставления юридической, психологической и социальной помощи;
- Нужно предоставлять отдельным группам населения с высокой степенью виктимизации контрацептивы во избежание нежелательной беременности, произошедшей в результате сексуального насилия (например, секс-работницам).

Службы наркологии и психиатрии

- В координации со школьными психологами, вовлекая медицинских сестер школ, обеспечивать раннее выявление и оказание психиатрической помощи подросткам с агрессивным поведением, страдающим психическими заболеваниями;
- Обеспечить лучшую координацию с психологами мест отбывания наказания для своевременного направления пациентов, нуждающихся в помощи психиатра или нарколога;
- Улучшать имидж наркологической службы, внедрить современные протоколы лечения;
- Вернуться к рассмотрению более широкого внедрения заместительной терапии опиоидных наркоманий с целью снижения преступности и гендерного насилия.

Кожно-венерологическая служба и служба СПИД

- Принимать меры по снижению последствий гендерного насилия путем интеграции профилактики передачи ВИЧ и лечения ИППП и предоставление услуг контрацепции уязвимым группам населения, в том числе в дружественных клиниках;
- Обучить персонал дружественных клиник вопросам назначения двойной контрацепции;
- Доступ к прерыванию нежелательной беременности, в том числе к медикаментозному аборту в дружественных клиниках;
- Предоставлять информацию по способам профилактики и смягчения последствий гендерного насилия целевым группам населения (секс-работникам, мужчинам, имеющим секс с мужчинами, наркозависимым);
- Включать противодействие гендерному насилию в избирательные вмешательства среди групп населения, особо уязвимых к передаче ВИЧ;
- Включать вопросы гендерного насилия в до и послетестовое психо-социальное консультирование;
- Координировать усилия с неправительственными организациями уязвимых групп населения

Служба судебно-медицинской экспертизы

- Необходимо обеспечить всеобщий доступ к судебно-медицинской экспертизе жертв насилия, в частности рассмотреть возможность использования врачей-экспертов на местах, где лицензированные специалисты по судебно-медицинской экспертизе отсутствуют,

- В учетной и отчетной документации необходимо предусмотреть графу ГЕНДЕРНОЕ насилие с указанием вида травмы (повреждения),

Психологи организаций здравоохранения

- Организовать он-лайн консультирование жертв и причинителей насилия,
- Нужно анонимное консультирование в любое время суток
- Обеспечить доступ к психологической помощи для лиц с агрессивным поведением;
- Психологи первичной медицинской сети должны быть готовы предоставлять психологическую поддержку жертвам сексуального насилия;
- В процессе подготовки психологи должны получать обучение по консультированию жертв и причинителей гендерного насилия.

Служба и здорового образа жизни

- Нужны различные информационно-образовательные материалы по противодействию гендерному насилию (для подростков в виде комиксов); материалы должны быть позитивными на основе жизненных примеров, когда жертвам удается выходить из тяжелых ситуаций, а причинителям насилия избавляться от жестокости;
- Нужны социальные ролики;
- Нужны Интернет-ресурсы, нужна пропаганда в социальных сетях;
- Нужно расширить сотрудничество со СМИ для освещения проблем гендерного насилия;
- Нужна информация для жертв и причинителей насилия о возможностях психологической коррекции личности, наркологической и психиатрической помощи;
- Нужно создать матрицу индикаторов по мониторингу программ противодействия гендерному насилию. Источниками данных могут быть опросы клиентов родильных домов, регистры телефонов доверия,
- Вопросы гендерного насилия необходимо включать в валеологические программы для молодых людей,
- Нужны маленькие карточки безопасности со списком телефонов и адресов организаций, которые могут прийти на помощь жертве; эти карточки должны быть доступны клиентам в организациях первичной сети, а также сотрудничающим НПО.

Семейная и участковая служба

- Выявлять случаи насилия, в том числе над пожилыми людьми, инвалидами;
- Обеспечивать связь с правоохранительными органами, ответственными за поддержания правопорядка на территории, которой принадлежит участок,
- Информировать неправительственные организации и общины, представителей органов социальной защиты, закрепленных за врачебным участком;
- Активно привлекать к работе по противодействию насилию медицинских сестер.

Задачи органов управления здравоохранением

- Нужны центры помощи семье;
- Нужны бесплатные центры первичной медицинской помощи для представителей социально уязвимого населения, не имеющих документов или не желающих предъявлять документы (например, мигрантов, секс работниц);

- Нужна межсекторальная координация (с секторами образования, социальной защиты, юстиции, НПО):
- Нужно разработать и согласовать систему перенаправлений клиентов к психологам и юристам и от психологов к юристам. Нужно определить места направлений жертв насилия, состояние которых не требует госпитализации в медицинские стационары,
- Необходимо информировать медицинских работников о возможностях социального сопровождения жертв причинителей насилия с использованием ресурсов неправительственного сектора,
- Нужны госзаказы НПО с длительными сроками (не менее 3 лет) финансирования;
- Предусмотреть меры расширения патронажа, в том числе привлекая студентов;
- Необходимо разрабатывать ответные мероприятия на насилие с учетом специфических нужд различных уязвимых групп населения (инвалидов, пожилых людей, людей с ВИЧ, подростков, секс-работниц, мужчин, имеющих секс с мужчинами, лиц с наркотической зависимостью и пр.);
- Нужно обеспечивать разработать индикаторы и формы для мониторинга гендерного насилия в медицинских организациях.

Мониторинг и оценка программ здравоохранения по противодействию гендерному насилию

(Материалы для дискуссии)

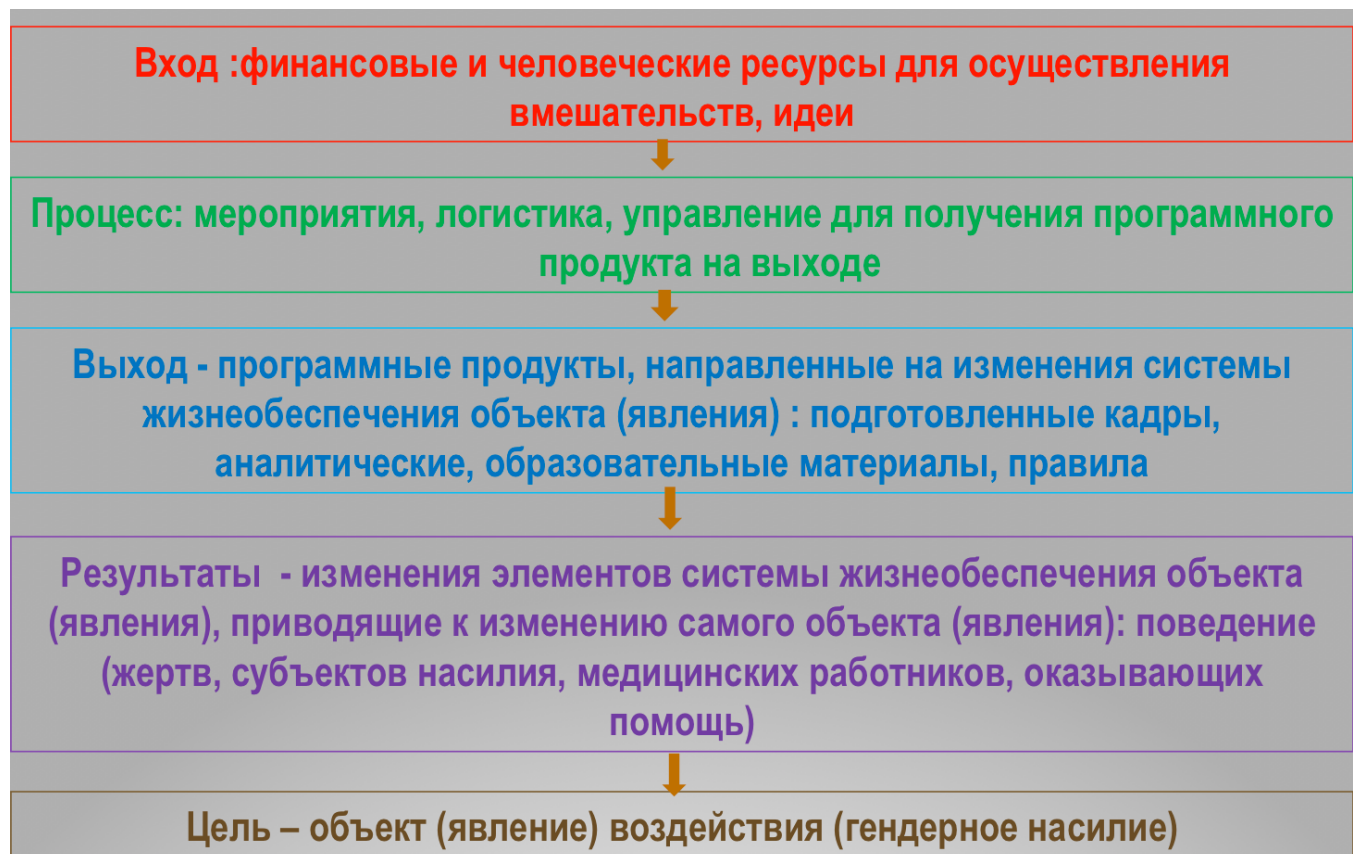
**Александр Косухин, исполнительный представитель ЮНФПА в Казахстане,
г. Алматы**

Мониторинг – непрерывный сбор рутинных данных о параметрах сложного объекта для определения тенденций их изменений. При помощи мониторинга отвечают на вопросы: Что мы делаем? Осуществляются программные мероприятия в соответствии с планом? Каковы их продукты?

Оценка – определение ценности программы. При проведении оценки отвечают на вопросы: Чего мы достигли? Повлияла ли программа на объект, верна ли сама программа для достижения запланированных изменений? Рентабельна ли программа? Устойчива ли она?

Индикатор – характеристика изучаемого объекта, позволяющая надежно определить его изменения. Индикаторы должны быть специфичными, измеримыми, достижимыми, уместными, привязанными ко времени.

Рамки мониторинга



Примеры индикаторов входа



Примеры индикаторов процесса

- Число проведенных обучающих мероприятий
 - среди специалистов,
 - среди мужчин
- Закупленное оборудование для клиник, дружественных секс работникам,
- Закупленные медикаменты
- Соглашения с неправительственным сектором,
- Соглашения с секторами образования, социальных услуг и др.

Примеры индикаторов продуктов:

- Наличие нормативных актов, правил,
- Наличие качественного протокола оказания медико-юридической помощи жертвам насилия
- Наличие качественных методических материалов,
- Наличие информационно-образовательных материалов, веб-ресурсов
- Число (процент) подготовленных специалистов,
- Число (процент) подготовленных рабочих мест
- Число перенаправлений от врачей к психологам
- Число перенаправлений Перенаправления от врачей к НПО
- Число перенаправлений от психолого

Примеры индикаторов результатов

% респондентов, оценивших доступ к психологическим консультациям, как приемлемый:

% респондентов, оценивших доступ к судебно-медицинской экспертизе, как приемлемый:

% респондентов, оценивших доступ к информационно-образовательным материалам как приемлемый.

% респондентов, оценивших взаимодействие медицинского и социального сектора как приемлемый:

% респондентов, оценивших доступ потенциальных жертв насилия к контрацептивам, как приемлемый:

% респондентов из групп повышенного риска сексуального насилия, оценивших доступ к медицинскому аборт, как приемлемый:

% жертв насилия, которые получили медицинскую помощь в полном соответствии с протоколом ее оказания.

% респондентов из числа мужчин, военнослужащих срочной службы, считающих насилие в отношении женщины приемлемым.

% респондентов, оценивших доступ потенциальных агрессоров к психиатрической помощи как приемлемый.

% зависимых от опиоидов, которые получают поддерживающее лечение от нуждающихся в таковом

Примеры индикаторов воздействия

- Уменьшение числа жертв
- % клиентов родильных домов, ставших жертвами насилия, обусловленного гендерными различиями,
- Распространенность случаев насилия, приведших к смерти или тяжким последствиям для здоровья (на 100.000 жителей, - данные регистрации)
- Уменьшение числа агрессоров
- % респондентов, сообщивших, что они совершают какие-либо акты агрессии, связанные с гендерными различиями

Приложения

•

	<p style="text-align: center;">НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ РАВНЫХ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН И ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ГЕНДЕРНОМУ НАСИЛИЮ</p>	
<ol style="list-style-type: none">1) Закон Республики Казахстан «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 года2) Закон Республики Казахстан «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин» от 10 декабря 2009 года3) Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006—2016 годы		

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 04.12.2009 N 214-4 "О ПРОФИЛАКТИКЕ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ"

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

СТАТЬЯ 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ЗАКОНЕ

В настоящем Законе используются следующие основные понятия:

- 1) потерпевший – физическое лицо, в отношении которого есть основания полагать, что ему непосредственно бытовым насилием причинен моральный, физический и (или) имущественный вред;
- 2) семейно-бытовые отношения – круг отношений между лицами, находящимися в брачно-семейных отношениях, лицами, проживающими совместно в пределах индивидуального жилого дома, квартиры или иного жилого помещения, а также между бывшими супругами;
- 3) бытовое насилие – умышленное противоправное деяние (действие или бездействие) одного лица в сфере семейно-бытовых отношений в отношении другого (других), причиняющее или содержащее угрозу причинения физического и (или) психического страдания;
- 4) профилактика бытового насилия – комплекс правовых, экономических, социальных и организационных мер, осуществляемых субъектами профилактики бытового насилия, направленных на защиту конституционных прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в сфере семейно-бытовых отношений, предупреждение и пресечение бытового насилия, а также на выявление и устранение причин и условий, способствующих их совершению;
- 5) субъекты профилактики бытового насилия – государственные органы, органы местного самоуправления, организации и граждане Республики Казахстан, осуществляющие профилактику бытового насилия.

СТАТЬЯ 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПРОФИЛАКТИКЕ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

1. Законодательство Республики Казахстан о профилактике бытового насилия основывается на Конституции Республики Казахстан, состоит из настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.
2. Если международным договором, ратифицированным Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

СТАТЬЯ 3. ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

Профилактика бытового насилия основывается на принципах:

- 1) законности;
- 2) гарантирования соблюдения прав, свобод и законных интересов человека и гражданина;

- 3) недопустимости причинения человеку и гражданину физического и (или) психического страдания;
- 4) поддержки и сохранения семьи;
- 5) конфиденциальности;
- 6) индивидуального подхода к каждому человеку и гражданину, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- 7) приоритета превентивных мер профилактики бытового насилия над репрессивными;
- 8) комплексности и системности.

СТАТЬЯ 4. ВИДЫ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

1. Бытовое насилие может выражаться в виде физического, психологического, сексуального и (или) экономического насилия.
2. Физическое насилие – умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли.
3. Психологическое насилие – умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понууждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития.
4. Сексуальное насилие – умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним.
5. Экономическое насилие – умышленное лишение человека жилья, пищи, одежды, имущества, средств, на которые он имеет предусмотренное законом право, что может вызвать нарушение физического и (или) психического здоровья.

СТАТЬЯ 5. СПЕЦИАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

1. Потерпевшему, признанному в установленном законодательством порядке лицом, находящимся в трудной жизненной ситуации, предоставляются специальные социальные услуги.
2. Специальные социальные услуги включают гарантированный объем специальных социальных услуг и платные специальные социальные услуги.
3. Предоставление гарантированного и дополнительного объема специальных социальных услуг, предоставляемых сверх гарантированного объема, осуществляется на основании решения местных исполнительных органов районов, городов областного значения.
4. Стандарты оказания специальных социальных услуг, порядок их предоставления, права и обязанности лица (семьи), находящегося в трудной жизненной ситуации, определяются законодательством Республики Казахстан о специальных социальных услугах.

Глава 2. СУБЪЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

СТАТЬЯ 6. КОМПЕТЕНЦИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Правительство Республики Казахстан:

- 1) разрабатывает основные направления государственной политики в области профилактики бытового насилия;
- 2) утверждает программные документы в области профилактики бытового насилия;
- 3) обеспечивает взаимодействие субъектов профилактики бытового насилия и координацию их деятельности;
- 4) осуществляет иные полномочия, предусмотренные Конституцией, законами Республики Казахстан и актами Президента Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 7. КОМПЕТЕНЦИЯ МЕСТНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЬНЫХ И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

1. Местные представительные органы:

- 1) утверждают региональные программные документы в области профилактики бытового насилия и рассматривают отчеты об их исполнении;
- 2) утверждают и контролируют исполнение местных бюджетов в части расходов на профилактику бытового насилия;
- 3) содействуют исполнению гражданами и организациями норм настоящего Закона.

2. Местные исполнительные органы:

- 1) разрабатывают и реализуют региональные программные документы в области профилактики бытового насилия;
- 2) обеспечивают взаимодействие субъектов профилактики бытового насилия на местном уровне;
- 3) создают организации по оказанию помощи и обеспечивают их функционирование;
- 4) выявляют и ведут учет несовершеннолетних, пострадавших от бытового насилия, и неблагополучных семей;
- 5) организуют предоставление специальных социальных услуг потерпевшим в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о специальных социальных услугах.

СТАТЬЯ 8. КОМИССИИ ПО ДЕЛАМ ЖЕНЩИН И СЕМЕЙНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

Комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике:

- 1) взаимодействуют с субъектами профилактики бытового насилия по вопросам профилактики бытового насилия;
- 2) вносят предложения в местные исполнительные органы о принятии организационно-практических мер, направленных на профилактику бытового насилия;
- 3) совместно с организациями по оказанию помощи организуют и проводят мероприятия по профилактике бытового насилия и реабилитации потерпевших.

СТАТЬЯ 9. КОМПЕТЕНЦИЯ КОМИССИЙ ПО ДЕЛАМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ЗАЩИТЕ ИХ ПРАВ

Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав:

- 1) взаимодействуют с субъектами профилактики бытового насилия по вопросам профилактики бытового насилия среди несовершеннолетних;
- 2) участвуют в разработке и реализации региональных программ по профилактике бытового насилия среди несовершеннолетних;
- 3) вносят предложения в местные исполнительные органы о принятии организационно-практических мер, направленных на профилактику бытового насилия среди несовершеннолетних;
- 4) совместно с организациями по оказанию помощи организуют и проводят мероприятия по профилактике бытового насилия и реабилитации несовершеннолетних, пострадавших от бытового насилия.

СТАТЬЯ 10. КОМПЕТЕНЦИЯ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Органы внутренних дел:

- 1) разрабатывают и реализуют совместно с иными государственными органами программные документы в области профилактики бытового насилия;
- 2) участвуют в разработке проектов нормативных правовых актов в области профилактики бытового насилия;
- 3) осуществляют меры по профилактике бытового насилия;
- 4) выявляют родителей или лиц, их заменяющих, не исполняющих или ненадлежащим образом исполняющих обязанности по воспитанию детей, совершающих в их отношении противоправные действия;
- 5) ведут профилактический учет и осуществляют профилактический контроль;
- 6) рассматривают заявления и сообщения о фактах бытового насилия или об угрозе их совершения с выездом на место и принимают меры по их пресечению;

- 7) направляют потерпевших в организации по оказанию помощи или организации здравоохранения;
- 8) проводят профилактическую беседу;
- 9) производят доставку лица, совершившего бытовое насилие, в органы внутренних дел;
- 10) выносят защитное предписание;
- 11) ходатайствуют перед прокурором о даче санкции на продление срока действия защитного предписания;
- 12) производят административное задержание;
- 13) ходатайствуют перед судом об установлении особых требований к поведению лица, совершившего бытовое насилие;
- 14) осуществляют уголовное преследование, производство по делам об административных правонарушениях;
- 15) применяют меры уголовно-процессуального принуждения;
- 16) применяют уголовно-правовые меры безопасности потерпевшего;
- 17) обеспечивают организацию специальных учебных курсов по вопросам профилактики бытового насилия для сотрудников органов внутренних дел;
- 18) осуществляют криминологическое прогнозирование в области профилактики бытового насилия.

СТАТЬЯ 11. КОМПЕТЕНЦИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ОРГАНА В ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ

Уполномоченный орган в области образования:

- 1) разрабатывает и по согласованию с уполномоченными органами в области социальной защиты населения и здравоохранения утверждает стандарты оказания специальных социальных услуг;
- 2) обеспечивает ведение мониторинга и проведение анализа потребностей обучающихся и воспитанников, подвергшихся бытовому насилию, в предоставлении специальных социальных услуг в соответствии со стандартами оказания специальных социальных услуг;
- 3) участвует в разработке нормативных правовых актов в области профилактики бытового насилия;
- 4) разрабатывает и внедряет в практику работы организаций образования программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения обучающихся и воспитанников организаций образования.

СТАТЬЯ 12. КОМПЕТЕНЦИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ОРГАНА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уполномоченный орган в области здравоохранения:

- 1) разрабатывает и по согласованию с уполномоченными органами в области социальной защиты населения и образования утверждает стандарты оказания специальных социальных услуг;
- 2) разрабатывает и внедряет в практику работы организаций здравоохранения методические рекомендации по оказанию медицинской и психологической помощи потерпевшим;
- 3) участвует в разработке проектов нормативных правовых актов в области профилактики бытового насилия.

СТАТЬЯ 13. КОМПЕТЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организации здравоохранения:

- 1) оказывают наркологическую, психологическую, психиатрическую, лечебно-профилактическую помощь и проводят медицинскую реабилитацию потерпевших и лиц, совершивших бытовое насилие;
- 2) извещают органы внутренних дел о фактах обращения потерпевших и оказания им медицинской помощи;
- 3) реализуют мероприятия по предупреждению алкоголизма, наркомании, токсикомании.

СТАТЬЯ 14. КОМПЕТЕНЦИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ОРГАНА В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Уполномоченный орган в области социальной защиты населения:

- 1) разрабатывает и по согласованию с уполномоченными органами в области здравоохранения и образования утверждает стандарты оказания специальных социальных услуг;
- 2) разрабатывает меры по применению активных форм содействия занятости населения.

СТАТЬЯ 15. ОРГАНИЗАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ

1. Организации по оказанию помощи:

- 1) осуществляют прием потерпевших;
- 2) организуют предоставление необходимой психологической, педагогической, медицинской, юридической помощи потерпевшим, при необходимости направляют их в организации здравоохранения для оказания медицинской помощи и дальнейшей реабилитации;
- 3) в соответствии с возможностями предоставляют временное проживание потерпевшим;
- 4) проводят психокоррекционные программы с лицами, совершившими бытовое насилие;

- 5) информируют органы внутренних дел о фактах бытового насилия или об угрозе их совершения;
 - 6) осуществляют праворазъяснительную работу по вопросам профилактики бытового насилия;
 - 7) осуществляют взаимодействие с физическими и юридическими лицами по вопросам профилактики бытового насилия.
2. Организации по оказанию помощи создаются местными исполнительными органами, а также физическими и юридическими лицами в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.
3. Финансирование деятельности организации по оказанию помощи осуществляется за счет бюджетных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

Глава 3. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

СТАТЬЯ 16. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

Регулирование отношений, возникающих при применении мер профилактики бытового насилия, осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан о профилактике правонарушений с учетом особенностей, установленных настоящей главой.

СТАТЬЯ 17. МЕРЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

1. Меры индивидуальной профилактики бытового насилия применяются для систематического целенаправленного воздействия на правосознание и поведение лица, совершившего бытовое насилие, в целях предупреждения совершения новых правонарушений с его стороны и обеспечения безопасности потерпевшего.
2. Мерами индивидуальной профилактики бытового насилия являются:
 - 1) профилактическая беседа;
 - 2) доставление в органы внутренних дел лица, совершившего бытовое насилие, для составления протокола об административном правонарушении либо вынесения защитного предписания;
 - 3) защитное предписание;
 - 4) административное задержание;
 - 5) принудительные меры медицинского характера;
 - 6) установление особых требований к поведению правонарушителя;
 - 7) административное взыскание;

8) лишение либо ограничение родительских прав, отмена усыновления (удочерения) ребенка, освобождение и отстранение опекунов и попечителей от исполнения ими своих обязанностей, досрочное расторжение договора о передаче ребенка на воспитание патронатному воспитателю;

9) меры процессуального принуждения и меры безопасности потерпевших в уголовном процессе;

10) меры, принимаемые по приговору суда.

3. Меры индивидуальной профилактики бытового насилия определяются с учетом индивидуальных особенностей лица, в отношении которого они применяются, характера и степени общественной опасности совершенных им правонарушений.

4. Решение о применении мер индивидуальной профилактики может быть обжаловано заинтересованными лицами в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 18. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ МЕР ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

1. Основанием для принятия мер индивидуальной профилактики бытового насилия является одно из следующих обстоятельств:

1) поступление заявления или сообщения физических и юридических лиц;

2) непосредственное обнаружение сотрудником органа внутренних дел факта совершения бытового насилия либо попытки его совершения;

3) материалы, поступившие из государственных органов и органов местного самоуправления.

2. Заявления и сообщения о совершении бытового насилия или об угрозе его совершения рассматриваются государственными органами в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 19. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

1. Основными задачами профилактической беседы являются выявление причин и условий совершения бытового насилия, разъяснение социальных и правовых последствий бытового насилия и убеждение в необходимости законопослушного поведения.

2. Профилактическая беседа проводится субъектом профилактики бытового насилия с лицом, совершившим бытовое насилие или в отношении которого имеются основания для принятия мер индивидуальной профилактики бытового насилия.

3. Профилактическая беседа проводится в служебных помещениях субъектов профилактики бытового насилия, а также по месту жительства, учебы, работы либо непосредственно на месте совершения бытового насилия и не может продолжаться более одного часа.

4. Лицо, с которым проводится профилактическая беседа, предупреждается о необходимости прекращения противоправных действий.

5. Профилактическая беседа с несовершеннолетним проводится в присутствии его родителей, педагогов или других законных представителей.

СТАТЬЯ 20. ЗАЩИТНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ

1. В целях обеспечения безопасности потерпевшего и при отсутствии оснований для производства административного задержания в порядке, предусмотренном частью третьей статьи 622 Кодекса Республики Казахстан об административных правонарушениях, либо задержания в порядке, предусмотренном статьей 132 Уголовно-процессуального кодекса Республики Казахстан, начальником органа внутренних дел либо его заместителем выносится защитное предписание, которое вручается для исполнения лицу, совершившему бытовое насилие либо от которого исходит угроза его совершения, под расписку. В случае отказа от подписания в защитном предписании делается запись об этом.

Потерпевшему должна быть предоставлена копия защитного предписания под расписку в день его вынесения с разъяснением его прав, а также правовых последствий в случае нарушения защитного предписания лицом, в отношении которого оно вынесено.

Копия защитного предписания в течение двадцати четырех часов с момента его вручения лицу, в отношении которого оно вынесено, направляется прокурору.

2. Защитное предписание выносится в отношении вменяемого лица, достигшего на момент его вынесения шестнадцатилетнего возраста.

3. Защитным предписанием запрещается совершать бытовое насилие, вопреки воле потерпевшего разыскивать, преследовать, посещать, вести устные, телефонные переговоры и вступать с ним в контакты иными способами.

4. В защитном предписании указываются: время и место его вынесения, кем и в отношении кого оно вынесено, место, время и обстоятельства совершения или угрозы совершения бытового насилия, установленные ограничения в отношениях с потерпевшим, правовые последствия в случаях продолжения противоправных действий и нарушения защитного предписания.

5. Срок действия защитного предписания составляет десять суток с момента его вручения лицу, в отношении которого оно вынесено.

6. При наличии заявления потерпевшего срок действия защитного предписания может быть продлен по ходатайству начальника органа внутренних дел либо его заместителя с санкции прокурора до тридцати суток.

7. Нарушение защитного предписания влечет ответственность, установленную Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях.

8. Лицо, в отношении которого вынесено защитное предписание, органами внутренних дел ставится на профилактический учет и за ним осуществляется профилактический контроль.

СТАТЬЯ 21. АДМИНИСТРАТИВНОЕ ЗАДЕРЖАНИЕ

1. В целях пресечения бытового насилия, содержащего состав административного правонарушения, и при наличии оснований полагать, что вынесение защитного предписания недостаточно для обеспечения безопасности потерпевшего, должностное лицо органов внутренних дел производит административное задержание лица, совершившего бытовое насилие, которое заключается во временном его лишении свободы действия и передвижения с принудительным содержанием в специальном помещении.

2. Порядок, сроки административного задержания, права и обязанности лиц, подвергнутых административному задержанию, определяются Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях.

СТАТЬЯ 22. УСТАНОВЛЕНИЕ ОСОБЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ПОВЕДЕНИЮ ПРАВОНАРУШИТЕЛЯ

1. В целях обеспечения безопасности потерпевшего судом могут быть установлены особые требования к поведению лица, совершившего бытовое насилие.

2. Установление особых требований к поведению правонарушителя является мерой административно-правового воздействия и применяется наряду с наложением административного взыскания, так и вместо него при освобождении лица, совершившего административное правонарушение, от административной ответственности.

3. Лицу, в отношении которого установлены особые требования к поведению, может быть запрещено:

1) разыскивать, преследовать, посещать потерпевшего, вести устные, телефонные переговоры и вступать с ним в контакты иными способами;

2) приобретать, хранить, носить и использовать огнестрельное и другие виды оружия.

4. В течение срока действия особых требований к поведению правонарушителя на него могут быть возложены обязанности являться в органы внутренних дел от одного до четырех раз в месяц для профилактической беседы.

5. Порядок установления особых требований к поведению правонарушителя, сроки его действия, права и обязанности участников производства по делам об административных правонарушениях определяются Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях.

6. Лицо, в отношении которого установлены особые требования к поведению, органами внутренних дел ставится на профилактический учет и за ним осуществляется профилактический контроль.

СТАТЬЯ 23. МЕРЫ ПРОЦЕССУАЛЬНОГО ПРИНУЖДЕНИЯ И МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

1. В целях пресечения бытового насилия, содержащего состав преступления, и обеспечения безопасности потерпевшего, свидетеля и других лиц, участвующих в уголовном судопроизводстве, членов их семей и близких родственников органами, осуществляющими уголовное преследование и ведущими уголовный процесс, применяются меры процессуального принуждения и процессуальные меры безопасности.

2. Основания для применения мер процессуального принуждения и процессуальных мер безопасности, порядок их применения, права и обязанности лиц, участвующих в уголовном процессе, определяются Уголовно-процессуальным кодексом Республики Казахстан.

Глава 4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

СТАТЬЯ 24. НАДЗОР ЗА ПРИМЕНЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПРОФИЛАКТИКЕ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ

Высший надзор за точным и единообразным применением законодательства Республики Казахстан о профилактике бытового насилия осуществляется органами прокуратуры.

СТАТЬЯ 25. СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПОМОЩИ ПОТЕРПЕВШИМ

Сведения о личной и семейной жизни потерпевших являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Разглашение конфиденциальной информации лицом, которому в силу служебного положения стал известен факт бытового насилия, влечет ответственность, установленную законами Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 26. ПОРЯДОК ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАКОНА

Настоящий Закон вводится в действие по истечении десяти календарных дней после его первого официального опубликования.

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 08.12.2009 N 223-IV "О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН"

Настоящий Закон регулирует общественные отношения в области обеспечения государственных гарантий равных прав и равных возможностей мужчин и женщин и устанавливает основные принципы и нормы, касающиеся создания условий для гендерного равенства во всех сферах государственной и общественной жизни.

СТАТЬЯ 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ЗАКОНЕ

В настоящем Законе используются следующие основные понятия:

- 1) **гендер** – социальный аспект отношений между мужчинами и женщинами, который проявляется во всех сферах жизни;
- 2) **гендерное равенство** – правовой статус, обеспечивающий мужчинам и женщинам равные права и равные возможности и реальный доступ к участию в политической, экономической, социальной, общественной и культурной сферах жизни вне зависимости от половой принадлежности;
- 3) **дискриминация по признаку пола** – любое ограничение или ущемление прав и свобод человека, а также принижение его достоинства по признаку пола;
- 4) **равные права** – гарантированное государством, закрепленное в Конституции и законах Республики Казахстан равное для мужчин и женщин право осуществления гражданских, политических, экономических, социальных, культурных и других прав;
- 5) **равные возможности** – система средств и условий, необходимых для реального достижения равенства прав;
- 6) **репродуктивное здоровье** – здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства.

СТАТЬЯ 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

1. Законодательство Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин основывается на Конституции Республики Казахстан, состоит из настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.
2. Если международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

СТАТЬЯ 3. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Основными задачами государственной политики по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин являются:

- 1) обеспечение равных прав и равных возможностей мужчин и женщин во всех сферах государственной и общественной жизни;
- 2) совершенствование и развитие законодательства Республики Казахстан;

- 3) разработка, принятие и реализация концепций, стратегических и программных документов, направленных на достижение гендерного равенства мужчин и женщин и устранение дискриминации по признакам пола;
- 4) воспитание и пропаганда среди населения страны культуры равноправия мужчин и женщин, недопущение дискриминации по признаку пола;
- 5) выполнение общепризнанных принципов и норм международного права и международных обязательств;
- 6) повышение уровня правовой и политической культуры общества для обеспечения равенства полов во всех сферах жизнедеятельности, включая политику, социально-трудовые и семейные отношения.

СТАТЬЯ 4. ДИСКРИМИНАЦИЯ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА

1. Нормативные правовые акты, направленные на ограничение или ущемление равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, могут быть оспорены в суде в порядке, предусмотренном гражданским процессуальным законодательством Республики Казахстан.

2. Не считаются дискриминационными по признаку пола меры, направленные на:

- 1) защиту материнства, детства и отцовства;
- 2) защиту женщин в связи с беременностью и родами;
- 3) увеличение продолжительности жизни мужчин;
- 4) защиту женщин в уголовном, уголовно-процессуальном и уголовно-исполнительном законодательстве.

Не являются дискриминацией различия, исключения, предпочтения и ограничения, которые определяются свойственными данному виду труда требованиями либо обусловлены особой заботой государства о лицах, нуждающихся в повышенной социальной и правовой защите.

СТАТЬЯ 5. ОРГАНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Органами, осуществляющими деятельность в сфере обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, являются:

- 1) Правительство Республики Казахстан;
- 2) центральные исполнительные органы в пределах своей компетенции;
- 3) местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы в пределах своей компетенции.

Иные органы и организации обеспечивают соблюдение равных прав и равных возможностей мужчин и женщин в соответствии с настоящим Законом, иными законами, актами Президента и Правительства Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 6. КОМПЕТЕНЦИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Правительство Республики Казахстан:

- 1) разрабатывает основные направления государственной политики по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 2) утверждает отраслевые (секторальные) программы по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 3) осуществляет иные полномочия, предусмотренные Конституцией, законами Республики Казахстан и актами Президента Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 7. КОМПЕТЕНЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Центральные исполнительные органы в пределах своей компетенции в сфере обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин:

- 1) участвуют в реализации государственной политики по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 2) участвуют в разработке концепций, государственных и отраслевых (секторальных) программ по вопросам гендерного равенства;
- 3) взаимодействуют с государственными органами и общественными объединениями по вопросам гендерного равенства;
- 4) способствуют соблюдению гендерного равенства в кадровых вопросах;
- 5) рассматривают обращения граждан, касающиеся вопросов семьи, несоблюдения равноправия мужчин и женщин;
- 6) осуществляют сотрудничество с международными организациями по вопросам гендерного равенства;
- 7) осуществляют иные функции, предусмотренные Конституцией, иными законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 8. КОМПЕТЕНЦИЯ МЕСТНЫХ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ОБЛАСТЕЙ, ГОРОДОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЗНАЧЕНИЯ И СТОЛИЦЫ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы в пределах своей компетенции в сфере обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин:

- 1) разрабатывают региональные программы по вопросам гендерного равенства;
- 2) взаимодействуют с общественными объединениями по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 3) вносят предложения по совершенствованию законодательства по вопросам обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 4) способствуют соблюдению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин;
- 5) осуществляют иные функции, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 9. ГАРАНТИИ РАВНОГО ДОСТУПА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН К ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЕ

1. Руководители государственных органов обязаны обеспечить равный доступ мужчин и женщин к государственной службе в соответствии с их опытом, способностями и профессиональной подготовкой.
2. Государство обеспечивает соблюдение равнопартнерских отношений мужчин и женщин в законодательной, исполнительной и судебной ветвях государственной власти, органах местного самоуправления.
3. Нарушение требований, установленных настоящей статьей, влечет за собой отмену незаконных распоряжений (приказов) или результатов конкурса на замещение вакантных должностей государственной службы.
4. Обязанность представления конкурсным комиссиям сведений о профессиональной подготовке, об образовании и опыте работы лиц, участвующих в конкурсе, а также данных о соотношении численности работающих мужчин и женщин на соответствующих государственных должностях государственной службы возлагается на кадровые службы государственных органов.

Аналогичный учет ведут кадровые службы государственных органов при решении вопросов аттестации, продвижения по службе, увеличения заработной платы государственных служащих.

СТАТЬЯ 10. УЧАСТИЕ РАБОТОДАТЕЛЕЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В СФЕРЕ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

1. Мужчинам и женщинам гарантируются равные права и равные возможности в сфере трудовых отношений, в том числе:

- 1) при заключении трудового договора;
 - 2) равный доступ к вакантным рабочим местам;
 - 3) в вопросах повышения квалификации, переподготовки и продвижения по службе.
2. Работодатель не вправе требовать представления документов, не предусмотренных трудовым законодательством Республики Казахстан.
3. В генеральные, отраслевые (тарифные), региональные соглашения и коллективные договора могут быть включены положения, обеспечивающие:
- 1) равные права и равные возможности мужчин и женщин на рынке труда;
 - 2) равные права и равные возможности мужчин и женщин по заработной плате;
 - 3) меры, направленные на улучшение положения лиц с семейными обязанностями;
 - 4) равные условия при комплектовании кадров в организации и ее структурных подразделениях.
4. Лица, считающие, что подверглись дискриминации в сфере труда, вправе обратиться в органы и организации, осуществляющие деятельность в сфере обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин.
5. Работодатель не вправе создавать препятствия работнику, направившему компетентным органам жалобу о случаях дискриминации по признаку пола.

СТАТЬЯ 11. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В брачно-семейных отношениях и воспитании детей

Обеспечение гендерного равенства прав и обязанностей мужчин и женщин в брачно-семейных отношениях и воспитании детей осуществляется путем:

- 1) повышения престижа семьи, укрепления брачно-семейных отношений, пропаганды ценностей брака и семьи;
- 2) равного разделения ответственности мужчин и женщин за воспитание детей;
- 3) реализации социальной политики, направленной на поддержку и повышение качества жизни семьи.

СТАТЬЯ 12. ГАРАНТИИ ГОСУДАРСТВА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗОВАНИЯ, КУЛЬТУРЫ

Государство гарантирует:

- 1) дальнейшее совершенствование законодательства Республики Казахстан и принятие мер по сохранению репродуктивного здоровья мужчин и женщин, снижению смертности и сокращению разрыва между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин;
- 2) обеспечение равных условий для доступа мужчин и женщин ко всем видам переподготовки и повышения квалификации;
- 3) недопущение преимуществ при приеме на учебу, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан;
- 4) недопущение рекламы, содержащей текстовую, зрительную, звуковую информацию, нарушающую общепринятые нормы гуманности и морали путем употребления оскорбительных слов, сравнений, образов в отношении пола;
- 5) гендерное образование в соответствии с реализуемой государственной политикой по обеспечению равных прав и равных возможностей мужчин и женщин.

СТАТЬЯ 13. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ И НАДЗОР ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Государственный контроль и надзор за соблюдением законодательства Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин осуществляются в форме проверок государственными органами, осуществляющими деятельность в сфере обеспечения равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, в порядке, определяемом законами Республики Казахстан.

СТАТЬЯ 14. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ И НАДЗОРА С ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Органы, осуществляющие государственный контроль и надзор за соблюдением законодательства Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, взаимодействуют в своей деятельности с общественными организациями, участвующими в обеспечении гендерного равенства и защите прав женщин.

СТАТЬЯ 15. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ РАВНЫХ ПРАВ И РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Нарушение законодательства Республики Казахстан о государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин влечет ответственность, установленную законами Республики Казахстан.

Об утверждении Стратегии гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы

Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года N 1677

"Казахстанская правда" от 3 декабря 2005 года N 333-334

В целях реализации принципов гендерного равенства во всех сферах жизни общества
ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить прилагаемую Стратегию гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы (далее - Стратегия).
2. Правительству Республики Казахстан, государственным органам, непосредственно подчиненным и подотчетным Президенту Республики Казахстан, акимам областей, городов Астаны и Алматы:
 - 1) руководствоваться в своей деятельности Стратегией и принять необходимые меры по ее реализации;
 - 2) обеспечить согласованность принимаемых государственных, отраслевых (секторальных) и региональных программ (планов) со Стратегией.
3. Государственным органам, непосредственно подчиненным и подотчетным Президенту Республики Казахстан, центральным и местным исполнительным органам ежегодно к 20 января предоставлять Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан информацию о ходе выполнения Стратегии.
4. Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан ежегодно к 5 февраля информировать Правительство Республики Казахстан о ходе реализации Стратегии.
5. Правительству Республики Казахстан:
 - 1) ежегодно к 20 февраля информировать Главу государства о ходе реализации Стратегии;
 - 2) принять иные меры, вытекающие из настоящего Указа.
6. Контроль за исполнением настоящего Указа возложить на Администрацию Президента Республики Казахстан.
7. Настоящий Указ вводится в действие со дня подписания.

Президент Республики Казахстан

Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы

Астана, 2005 год

ВВЕДЕНИЕ

Казахстан определил своим приоритетом в области внешней политики интеграцию с мировым сообществом.

В Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (2000 г.), которую подписало большинство стран мира, поощрение равенства мужчин и женщин, расширение прав и возможностей женщин определены в качестве основных целей развития человечества в третьем тысячелетии.

В настоящее время во всем мире исторически сложившееся доминирование мужчин над женщинами претерпевает изменения. В промышленно развитых и социально ориентированных странах женщины практически достигли равенства с мужчинами в вопросах своих прав и возможностей.

За годы независимости Казахстан также достиг определенного прогресса в области защиты прав и законных интересов мужчин и женщин.

В 1998 году Казахстан присоединился к Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Ратифицированы также Конвенции ООН "О политических правах женщин" и "О гражданстве замужней женщины". Подписаны международные пакты о гражданских и политических, об экономических, социальных и культурных правах и другие. Всего Казахстан присоединился к более чем 60 международным договорам по правам человека.

Постановлением Правительства от 27 ноября 2003 года N 1190 одобрена Концепция гендерной политики в Республике Казахстан. Она определила основные направления гендерной политики в нашей стране - достижение сбалансированного участия мужчин и женщин во властных структурах, обеспечение равных возможностей для экономической независимости женщин, развития своего бизнеса и продвижения по службе, создание условий для равного осуществления прав и обязанностей в семье, свобода от насилия по признаку пола.

На IV Форуме женщин Казахстана, состоявшемся в сентябре 2004 года в г. Астане, Президент страны поручил Правительству и Национальной комиссии по делам семьи и женщин разработать на базе данной Концепции Стратегию гендерного равенства в Республике Казахстан, в которой следует четко обозначить основные направления деятельности, включая экономическую, социальную и политическую сферы, разработать систему мер по срокам для обеспечения равных возможностей женщинам.

Стратегия является основополагающим документом, направленным на реализацию гендерной политики государства, инструментом ее реализации и осуществления мониторинга со стороны государства и гражданского общества, важным фактором становления демократии. В этой связи

в каждый раздел Стратегии включены разработанные совместно с региональным офисом Женского фонда ООН (ЮНИФЕМ) индикаторы по достижению гендерного равенства в политике, экономике, образовании, семье, вопросах охраны здоровья и предотвращения насилия в отношении женщин и детей.

Стратегия гендерного равенства предусматривает решение задач по достижению равенства прав и возможностей мужчин и женщин в период с 2006 по 2016 годы, состоит из 9 разделов.

Реализация Стратегии гендерного равенства в Республике Казахстан будет способствовать созданию условий для реализации женщинами и мужчинами их права на жизнь без дискриминации по признаку пола.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Временные специальные меры - меры, направленные на достижение гендерного баланса в обществе (например, квота представительства женщин в органах власти как форма позитивной дискриминации). В соответствии с Конвенцией ООН о ликвидации всех форм дискриминации женщин она не рассматривается как дискриминация.

Гендер - это совокупность социальных и культурных норм и ролей мужчин и женщин, которые определяют их поведение, а также социальные взаимоотношения между ними.

Слово "gender" в переводе с английского языка означает род (мужской, женский).

Термин "гендер" является аналитическим инструментом для понимания социальных процессов.

Гендерный анализ - систематические исследования различного воздействия разрабатываемых и действующих проектов развития на мужчин и женщин. Он позволяет увидеть и сравнить, каким образом политические, экономические, социальные и иные факторы влияют на женщин и мужчин.

Гендерный баланс - равенство мужчин и женщин на всех уровнях организационной структуры.

Гендерный бюджет - инструмент оценки воздействия государственного бюджета по всем отраслям и видам услуг на различные группы мужчин и женщин. Предусматривает анализ гендерно-ориентированных ассигнований, рассматривает воздействие основных расходов по всем отраслям и видам услуг отдельно на женщин и мужчин, анализирует стратегии и ассигнования, направленные на достижение равенства возможностей в сфере государственных услуг.

Гендерные исследования - изучение социально-экономического, политического и культурного статуса, гендерных ролей и гендерных отношений женщин и мужчин. Предоставление информации для разработки и планирования политики, стратегий и программ по воздействию на существующие в обществе гендерные отношения.

Гендерно-правовая экспертиза - определение, в какой мере международные стандарты и нормы реализуются в национальном законодательстве. Определение степени гендерной чувствительности представительных и исполнительных органов, социума, способствующей

формированию гендерносправедливой политики, включающей не только равные права и ответственность, но и равные возможности для мужчин и женщин.

Гендерные предрассудки - стереотипы о существовании превосходства или неполноценности, органически связанных с половой принадлежностью и так называемым "предназначением полов".

Гендерная политика - государственная и общественная деятельность, направленная на достижение равенства мужчин и женщин во всех сферах жизнедеятельности общества.

Гендерное равенство - равный доступ для женщин и мужчин к ресурсам и благам вне зависимости от половой принадлежности при выполнении социальных функций.

Гендерное равноправие - равноправие женщин и мужчин перед законом, что является одним из путей достижения гендерного равенства.

Гендерные роли - социальные роли, предписываемые мужчинам и женщинам в соответствии с социальными и культурными нормами, существующими в данном обществе и данной исторической ситуации.

Гендерная статистика - отражение соответствующего положения мужчин и женщин во всех сферах социально-политической жизни и освещение гендерных проблем в обществе.

Гендерные стереотипы - устойчивые общепринятые представления в обществе о должном "женском" и "мужском" поведении, их предназначении, социальных ролях и деятельности.

Гендерная чувствительность - понимание и принятие во внимание социально обусловленных факторов, лежащих в основе дискриминации по признаку пола.

Гендерночувствительное планирование - специальные методы и средства для предоставления женщинам и девочкам большей возможности участия в процессе развития общества и для измерения воздействия запланированных действий на женщин и мужчин.

Гендерная экспертиза - общественно-правовой анализ государственных программ и иных актов с целью определения соответствия их конституционному праву равенства мужчин и женщин и предотвращения дискриминации по признаку пола.

Дискриминация по признаку пола - любое ограничение или ущемление прав и свобод человека, а также принижение его достоинства по признаку пола. Дискриминация по признаку пола является самой распространенной разновидностью дискриминации.

Дискриминация косвенная - действия, основанные не на формальном различии (ограничении, исключении) по признаку пола, но оказывающие неодинаковый эффект на лиц разного пола в плане использования ими прав и свобод.

Дискриминация позитивная - возможность введения временных специальных мер, направленных на ускорение установления фактического равенства между мужчинами и

женщинами. Предоставление преимуществ при продвижении по службе, выдвижении в выборные органы власти, трудоустройстве, получении образования представителям групп, традиционно дискриминируемым по признаку пола.

Дискриминация прямая - дискриминация с конкретным указанием на половую принадлежность с целью использования этого в действиях.

Дискриминация скрытая - преднамеренная дискриминация без прямого указания на половую принадлежность, но приводящая к неодинаковому результату для лиц разного пола.

Домашнее насилие (насилие в семье) - любое умышленное действие одного члена семьи в отношении другого, если это действие ущемляет законные права и свободы члена семьи, причиняет ему физические или психические страдания и наносит моральный вред или содержит угрозу физическому или личностному развитию члена семьи.

Домашний труд - деятельность женщин по поддержанию домашнего хозяйства (уборка, стирка, приготовление пищи и т.д.), которая не оплачивается, не имеет количественного эквивалента и социально признанной значимости. Неравное распределение домашних обязанностей является одной из форм дискриминации женщин.

Индикаторы - показатели, указывающие на прогресс (или его отсутствие) в достижении поставленных целей; на состояние изучаемого процесса, средство измерения того, что в реальности изменилось в сравнении с тем, что было запланировано в количественном, качественном и временном отношении.

Квоты - установленный уровень представительства женщин и мужчин при составлении списков кандидатов на выборах, а также их участия в органах законодательной и исполнительной власти. Квотирование рассматривается как временная мера для достижения гендерного баланса в обществе.

Кризисные центры - организации, предоставляющие услуги (консультации, временное убежище, помощь в реабилитации) лицам из групп риска, чаще всего женщинам, попавшим в сложную ситуацию вследствие насилия или угрозы насилия.

Насилие в отношении женщин - любой акт насилия, совершенный на основе полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщине, а также угроза совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни.

Равные возможности - система средств и условий, необходимых для реального достижения равенства прав.

Равные права - гарантированное государством, закрепленное в Конституции Республики Казахстан и других законодательных актах равное для женщин и мужчин право осуществления гражданских, политических, экономических, социальных, культурных и других прав.

Репродуктивное здоровье - здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства.

Репродуктивные права - права граждан на охрану их репродуктивного здоровья, принятие и реализация гражданами решения относительно рождения или отказа от рождения детей в браке или вне брака, методов зачатия и рождения детей, их числа, времени и места рождения, интервалов между рождениями, а также на медико-социальную, информационную и консультативную помощь в этой сфере.

Сексуальные домогательства на рабочем месте - сексуальные домогательства включают в себя такое нежелательное сексуальное поведение, как физический контакт и сексуально окрашенные предложения, замечания, показ порнографии и сексуальные требования, будь то слово или действия.

Сексуальное насилие в семье - это деяние, посягающее на половую неприкосновенность и половую свободу другого члена семьи, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетнему.

Торговля людьми - осуществляемые в целях эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение людей путем угрозы силой или ее применения или других форм принуждения, похищения, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимостью положения либо путем подкупа в виде платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего другое лицо. Эксплуатация включает, как минимум, эксплуатацию проституции третьими лицами и/или другие формы сексуальной эксплуатации, принудительный труд или услуги, рабство или обычаи, сходные с рабством, подневольное состояние или извлечение органов.

SWOT-анализ - методы анализа, которые позволяют определить слабые и сильные стороны ситуации или явления, а также угрозы и возможности по улучшению этой ситуации или явления.

РАЗДЕЛ 1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛЬНОГО РАВЕНСТВА ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН - ВЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ

ЦЕЛЬ

Создание условий для реализации равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, провозглашенных Конституцией Республики Казахстан и международными актами, к которым присоединился Казахстан, а также их равное участие во всех сферах жизнедеятельности общества.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

На начало 2005 года общая численность населения в республике составила 15074,8 тыс. человек. в том числе женщин - 7817,9 тыс. человек (51,9 %), мужчин - 7256,9 тыс. человек (48,1 %). На 1000 мужчин в среднем приходится 1077 женщин.

Гендерный состав населения в возрасте от рождения до 24 лет свидетельствует о численном превосходстве мужчин, так как мальчиков рождается больше, чем девочек. Начиная с 25-летнего

возраста, доля мужчин становится менее 50 % и далее, с увеличением возраста, все более уменьшается.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане составляет 66,2 года, в том числе мужчин 60,6, женщин - 72,0 года. Женщины живут дольше мужчин на 11,3 года.

В силу сложившегося стереотипа распределения социальных ролей в реальной жизни женщины имеют меньше прав и возможностей, чем мужчины.

В настоящее время только четыре женщины назначены министрами, 8 - заместителями министров, 3 - председателями комитетов, 5 - заместителями акимов областей, 1 - акимом района.

Среди заместителей акимов районов женщин 17 %, акимов сельских и поселковых округов - 11 %, их заместителей - 18 %. Нет женщин среди акимов областей и городов.

Отмечается некоторый рост числа женщин среди политических государственных служащих с 9,5 % в 2000 году до 10,3 % в 2004 году. При этом численность женщин во власти снижается в зависимости от высоты должностной ступени.

Уменьшается представительство женщин в Парламенте: с 11,2 % в 1999 году до 9,5 % в 2004 году. Меньше стало женщин в местных представительных органах: 19,2 % в 1999 году, 17,1 % в 2004 году, хотя число выдвинутых женщин-кандидатов в депутаты маслихатов увеличилось по сравнению с 1999 годом на 16 % и составило в 2004 году 1619 человек.

Женщины менее востребованы на рынке труда. Из обратившихся в 2004 году в службы занятости по вопросам трудоустройства работу получила лишь каждая шестая. Самые малые перспективы устройства на работу у женщин с высшим и средним специальным образованием в возрасте 45 лет и старше.

В настоящее время среди лиц, работающих по найму, женщины составляют почти половину. Но их заработная плата составляет лишь 61 % от зарплаты мужчин. Причина в том, что женщины, как правило, работают на более низкооплачиваемых должностях даже в таких традиционно "женских" отраслях, как здравоохранение и образование, где зарплата женщин составила в 2004 году соответственно 85 % и 81 % от зарплаты мужчин.

Не изжиты факты насилия в отношении женщин и их сексуальной эксплуатации.

Гендерные аспекты недостаточно учитываются в процессе принятия решений и формирования государственной политики.

Для обеспечения баланса возможностей мужчин и женщин Указом Главы государства в 1998 году создана Национальная комиссия по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан. Постановлением Правительства от 19 июля 1999 года № 999 был утвержден Национальный план действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан, который на сегодняшний день на 85 % уже выполнен.

В решении социально значимых проблем активное участие принимают около 300 неправительственных организаций и общественных объединений, работающих в области защиты прав и законных интересов семьи, женщин и детей, в числе которых 150 - женских.

В целях достижения равных прав и возможностей Глава государства поставил следующие задачи:

- добиваться того, чтобы как можно больше женщин было представлено в органах власти на уровне принятия решений;
- совершенствовать законодательство и сформировать институты обеспечения гендерного равенства, ускорить принятие Закона Республики Казахстан "О равных правах и равных возможностях мужчин и женщин", продолжить работу по обеспечению правовых механизмов защиты прав женщин;
- создать условия для того, чтобы женщины активно включились в экономическую жизнь;
- создавать экономические льготы и преференции для женщин, принимать меры по улучшению здоровья матери и ребенка, обеспечить существенное повышение правовых и социальных гарантий для женщин;
- возрождать нравственные ценности, культивировать позитивный образ семьи и брака.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Казахстан является участником более 60 международных договоров по правам человека. Среди них Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (далее - СИДО).

Высокая оценка отчета Казахстана по выполнению СИДО, данная Комитетом ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин.

Рост гражданской активности женщин, увеличение количества женских неправительственных организаций.

Поддержка Правительством Республики Казахстан кредитной линии для развития предпринимательства среди женщин.

Готовность Правительства Республики Казахстан включить интересы женщин в государственную политику.

Создание Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан, принятие Национального плана действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан и Концепции гендерной политики в Республике Казахстан.

Создание депутатской группы "Отбасы" ("Семья") в Парламенте Республики Казахстан.

Создание сектора по защите прав женщин и детей в Национальном центре по правам человека.

Сотрудничество с международными организациями по вопросам гендерного равенства.

Начата гендерная экспертиза национального законодательства. Разработаны проекты законов Республики Казахстан "О равных правах и равных возможностях мужчин и женщин", "О бытовом насилии" и Стратегии гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Недостаточное осознание обществом необходимости гендерного равенства. Наличие устойчивых традиционных стереотипов о роли и месте женщины в обществе.

Слабая реализация политики гендерного равенства государственными органами. Несовершенство законодательной базы, отсутствие гендерно-ориентированного законодательства, формальное равенство мужчин и женщин. Недостаток эффективных механизмов достижения фактического равноправия мужчин и женщин.

Недостаточное взаимодействие государственных учреждений и неправительственных организаций, занимающихся проблемами защиты прав и законных интересов мужчин и женщин.

Женщины слабо представлены на уровне принятия решений в государственных органах и на высокооплачиваемых работах в различных сферах экономики.

Отсутствие системы государственного мониторинга реализации гендерной политики, а также гендерного анализа и гендерных индикаторов.

Недостаточные объемы и использование статистической информации.

ВОЗМОЖНОСТИ

Государства-члены ООН взяли на себя обязательства по преодолению гендерного неравенства в своих странах.

Руководство страны активно способствует достижению подлинного гендерного равенства.

Возрастающий экономический рост и повышение благосостояния народа увеличивают возможности мужчин и женщин в реализации своих прав.

Создаются условия для изучения опыта различных стран по решению гендерных проблем.

Неправительственные организации активизируют свою деятельность по вопросам решения проблем гендерного равенства.

Устанавливаются контакты с национальными, региональными и международными организациями, занимающимися гендерными вопросами.

УГРОЗЫ

Очевидное меньшинство женщин во власти на уровне принятия решений снижает их возможности участвовать в создании справедливого социального общества.

Дискриминация женщин при приеме на работу, продвижении по карьерной лестнице, повышении квалификации, сокращении кадров и т.д.

Правовая неграмотность и правовой нигилизм значительной части населения.

Высокий уровень образования не гарантирует работающим женщинам-специалистам перспектив должностного роста.

Недостаток гендерного образования гендерных знаний у населения, что снижает возможность реализации прав и законных интересов женщин и мужчин.

Преобладание женщин среди безработных и бедных.

Отсутствие механизмов применения в судах Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин затрудняет защиту их прав.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Объединение усилий государственных органов и всего казахстанского общества по реализации социально справедливой гендерной политики. В этих целях необходимо следующее:

- повысить уровень правовой и политической культуры общества для самореализации граждан, а также обеспечения равенства полов во всех сферах жизнедеятельности, включая политику, социально-трудовые и семейные отношения;
- добиться повышения гендерной чувствительности на всех уровнях разработки социально-экономической политики и принятия решений;
- обеспечить соблюдение принципа равного партнерства между мужчинами и женщинами во всех сферах жизни (пропорциональность, паритетность и толерантность отношений);
- предоставить временные дополнительные преимущества для представителей того пола, чьи интересы менее представлены в какой-либо сфере деятельности;
- внедрить гендерные подходы в разработку, реализацию и контроль за исполнением национального законодательства, республиканских и местных бюджетов и государственных социально-экономических программ;
- обеспечить совершенствование законодательства и формирование институтов гендерного равенства с целью реализации правовых механизмов защиты прав женщин и мужчин; внедрить гендерные индикаторы и гендерную статистику, проводить обязательную гендерную экспертизу нормативных правовых актов, государственных планов и программ, учебников и учебных пособий.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Государственным органам необходимо усилить контроль за реализацией государственной гендерной политики:

- во всех государственных структурах определить круг лиц, ответственных за формирование и реализацию государственной гендерной политики;
- соблюдать гендерный баланс на уровне принятия решений;
- учитывать гендерные аспекты в процессе принятия решений и формирования государственной политики;
- обучать государственных служащих приемам работы по учету гендерных особенностей при разработке, реализации и оценке социально-экономических программ развития;
- внедрить гендерные подходы в деятельность центральных и местных исполнительных органов;
- ввести должности секретарей комиссий по делам семьи и женщин при акимах областей, гг. Астаны и Алматы, занимающихся вопросами семьи и женщин;
- с целью обеспечения правовых механизмов защиты прав и законных интересов мужчин и женщин ускорить принятие законов Республики Казахстан "О равных правах и равных возможностях мужчин и женщин" и "О бытовом насилии";
- ввести норму об обязательной гендерной экспертизе всех действующих и разрабатываемых нормативных правовых актов с целью снижения социальных рисков и возможного ущерба, связанного с пренебрежением гендерной спецификой. В этих целях рассмотреть возможность применения дополнительных гендерных индикаторов, в том числе при формировании республиканского и местных бюджетов, а также при оценке деятельности центральных и местных исполнительных органов по реализации настоящей Стратегии. Принять меры по совершенствованию гендерной статистики.

РАЗДЕЛ 2. ДОСТИЖЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ЦЕЛЬ

Достижение равного (паритетного) представительства мужчин и женщин в органах исполнительной и представительной власти, процессах управления на уровне принятия решений.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В соответствии со статьей 33 Конституции Республики Казахстан "граждане Республики Казахстан имеют право участвовать в управлении делами государства".

По состоянию на 1 января 2005 года, на государственной службе состоят 49713 женщин, или 57,4 % от общей численности госслужащих. В 2000 году их было меньше (54 %).

Доля женщин среди политических государственных служащих составляет 11 % (в 2000 году - 8,8 %), из них в центральных аппаратах - 9,7 % (в 2000 году - 9,5 %).

Численность женщин среди административных госслужащих увеличилась до 59,2 % (в 2000 году - 56,2 %), из них в центральных аппаратах - до 60,1 % (в 2000 году - 55,2 %). Такая же ситуация и в регионах.

В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 4 декабря 2003 года N 1243 "О кадровом резерве государственной службы" в регионах создан резерв кадров для выдвижения на уровень принятия решений.

В ходе прошедших в 2003 году выборов в маслихаты был отмечен рост общественно-политической активности женщин. Кандидатами в депутаты были зарегистрированы 1484 женщины, или около 20 % от общего числа зарегистрированных. Из них победителями в острой конкурентной борьбе стали 568 женщин, или 17,4 % от общего числа избранных депутатов.

Для дальнейшего политического продвижения женщин Национальной комиссией по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан совместно с международными и неправительственными организациями за последние 3 года проведено более 1200 конференций, тренингов и семинаров во всех регионах страны.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Более высокий образовательный уровень женщин.

Участие женщин в политике составляет достойную конкуренцию мужчинам и способствует улучшению состояния дел в стране.

Присутствие женщин в управленческих структурах развивает более гибкие, ориентированные на постоянно меняющуюся ситуацию формы управления.

Женщины более исполнительны, аккуратны, коммуникабельны, проявляют больший интерес к людям и заботу о них.

Рост гражданской активности женщин, активизация деятельности женских неправительственных организаций.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Сохраняющиеся в обществе стереотипы о роли женщин в обществе, патриархальный подход к вопросам равенства полов.

Недостаток эффективных механизмов продвижения женщин.

Недостаточная поддержка инициатив женщин и женских организаций со стороны государственных органов.

Отсутствие у политических партий стратегий и программ продвижения женщин во власть.

Фрагментарная деятельность женских неправительственных общественных объединений, разобщенность усилий женских организаций, направленных на защиту интересов женщин.

Недостаток у женщин политического опыта.

ВОЗМОЖНОСТИ

Возможность введения квот для женщин как временной меры для обеспечения более широкого их участия в исполнительной и представительной власти в соответствии с Конвенцией ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Взаимодействие с международными организациями по вопросам достижения равных возможностей для мужчин и женщин, повышения роли женщин в обществе.

Возможность изучения опыта развитых стран по вопросам политического продвижения женщин.

УГРОЗЫ

Формальное равенство мужчин и женщин не способствует демократии и дальнейшему развитию общества.

Незначительное число женщин во власти на уровне принятия решений снижает их роль в проведении реформ в стране.

Наличие общественных стереотипов и иррациональных предрассудков, которые не способствуют политическому продвижению женщин.

Недостаточная защита прав и законных интересов мужчин и женщин несет в себе угрозу достижению подлинного гендерного равенства.

Исполнение не на должном уровне законодательных актов и международных договоров, касающихся семьи, женщин и детей, как со стороны государственных органов, так и общественных объединений может снизить активность женщин и женских НПО в деле реализации своих прав во всех сферах жизнедеятельности общества.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Расширение возможностей и улучшение положения женщин, их всестороннее участие на основе равенства в общественно-политической жизни.

Внедрение действенных механизмов и временных мер для увеличения представительства женщин на уровне принятия решений.

Обеспечение гендерного равенства в органах управления при решении кадровых вопросов.

Принятие мер по повышению политического потенциала женщин и их политической активности в решении социальных проблем.

Продолжение практики подготовки и продвижения женщин-лидеров через школы лидерства и другие механизмы их обучения.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Добиваться 30 %-ного представительства женщин во власти на уровне принятия решений в соответствии с требованиями Пекинской платформы действий по улучшению положения женщин (1995 г.). В этих целях:

- выдвигать женщин на различные должности из утвержденного резерва кадров;
- включить в должностные инструкции государственных служащих положения о недопустимости гендерной дискриминации при исполнении профессиональных обязанностей;
- рассмотреть возможность принятия временных мер для выравнивания соотношения мужчин и женщин на руководящих постах (квотирование).

Продолжить практику обучения и подготовки женщин-политиков (центры, школы женского лидерства) при содействии международных организаций.

Развивать сотрудничество государственных органов с общественными объединениями и НПО, работающими в области защиты прав и интересов семьи, женщин, детей и мужчин.

Добиваться формирования партийных списков с учетом и соблюдением гендерного баланса при выдвижении женщин и мужчин на руководящие должности и в выборные органы как на республиканском, так и местном уровнях. Проводить просветительскую работу путем организации семинаров и тренингов как с руководителями партий, так и с женщинами, желающими заниматься политической деятельностью.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Наличие Закона Республики Казахстан "О равных правах и равных возможностях мужчин и женщин".
2. Количество женщин на руководящих должностях на уровне принятия решений.
3. Доля женщин в Парламенте.
4. Доля женщин в политике/политических партиях.
5. Наличие механизмов по продвижению женщин в государственных учреждениях.

РАЗДЕЛ 3. ДОСТИЖЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ЭКОНОМИКЕ

ЦЕЛЬ

Достижение гендерного равенства в экономической сфере, дальнейшее развитие предпринимательства среди женщин, повышение конкурентоспособности женщин на рынке труда.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

Благодаря внутренней стабильности, реализации Стратегии индустриально-инновационного развития, государственных программ возрождения села, развития малого бизнеса и снижения бедности в Казахстане создаются большие возможности для сокращения безработицы и обеспечения занятости мужчин и женщин.

Создана реально работающая рыночная экономика. Валовой внутренний продукт на душу населения увеличился за 10 лет почти в 4 раза и в 2004 году составил 2700 долларов. к 2008 году прогнозируется удвоение этого показателя. Вклады населения в банках по своим объемам достигли почти 40 % республиканского бюджета. Сегодня Казахстан, по классификации Всемирного Банка, входит в группу стран со средним уровнем дохода.

В настоящее время в экономике Казахстана занято 3,7 млн. женщин, что составляет 49 % от общего числа работающих.

Программа по снижению бедности в Республике Казахстан на 2003-2005 годы позволит к концу 2005 года по сравнению с началом 2003 года на 17,4 % снизить долю населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума, на 48,8 % - проживающего ниже черты бедности, с 93 % до 81 % - уровень безработицы.

Принят Закон Республики Казахстан "О микрокредитных организациях", который регулирует правовое положение и упрощает порядок создания этих организации. За прошедшие 7 лет по Программе микрокредитования наименее обеспеченным гражданам выдано около 125 тыс. микрокредитов на общую сумму более 12 млрд, тенге.

В 2004 году в уполномоченные органы по вопросам занятости обратились за содействием в трудоустройстве 282 тыс. безработных, из них 142,8 тыс. женщин (51 %), в том числе женщин, проживающих в сельской местности, - 43,5 тыс. чел. (30 %). Трудоустроена 74,5 тыс. женщин (52 %), в т.ч. в сельской местности - 21,6 тыс. (50 %). 79,9 тыс. безработных женщин (59,5 % от общего числа) приняли участие в общественных работах.

В настоящее время женщины быстрее могут найти работу в нерегистрируемом секторе. Так называемое "самозанятое население" представлено в основном женщинами, для которых торговля - это единственный источник доходов и существования для всей семьи. Особенно велика доля самозанятости женщин в аграрном секторе, где она достигает 60 %.

Отраслевая и профессиональная дифференциация между мужчинами и женщинами значительно влияет на разницу в уровне оплаты труда. Высокий уровень заработной платы в отрасли приводит к увеличению в ней занятости мужчин и, соответственно, вытеснению женщин в те сферы деятельности, где оплата труда ниже.

Среднемесячная заработная плата женщин в 2004 году составила 21 тыс. тенге (160 долл. США). Наблюдается снижение соотношения средней заработной платы женщин и мужчин. Если в 1999 году у женщин она составляла 67,6 % от зарплаты мужчин, то в 2004 году - 61,7 %. Эта тенденция сохраняется даже в традиционно "женских" отраслях экономики (здравоохранение, образование, сфера социальных услуг, культура).

В 2004 году численность работников, занятых во вредных и других неблагоприятных условиях труда, составила 1340,4 тыс. человек, из них женщин - 528,6 тыс. человек (39,4 %).

Удельный вес женщин среди наемных работников на малых предприятиях составляет 34 %, доля фермерских хозяйств, возглавляемых женщинами, составляет 10 %.

Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума составляет 19,8 %.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Целевое увеличение инвестиций в "человеческий капитал", которые по значимости не уступают инвестициям в экономическое развитие страны, является важнейшей предпосылкой экономической модернизации на перспективу и необходимым условием долгосрочного стратегического планирования, осуществляемого на основе принципа гендерного равенства

Понимание руководством страны необходимости предотвращения любых форм дискриминации в отношении женщин.

Начатая Правительством Республики Казахстан поддержка отраслей, в которых преимущественно заняты женщины.

Поддержка Правительством Республики Казахстан кредитной линии для женщин-предпринимателей.

Рост активности женщин в экономике.

Создание и развитие женских неправительственных организаций, занимающихся экономическим продвижением женщин.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Неравномерность в распределении ресурсов между мужчинами и женщинами.

Женщины в силу ряда социальных, культурных особенностей и традиций оказались в более трудном положении, чем мужчины.

Женщинам труднее получить кредит, поскольку многие из них не обладают залоговым имуществом.

Более высокий уровень безработных среди женщин по сравнению с мужчинами и скрытая дискриминация при приеме на работу и увольнении.

Более высокий уровень бедности среди женщин по сравнению с мужчинами.

На женщин возложена основная часть неоплачиваемой домашней работы и у них остается меньше времени на карьеру, повышение квалификации, самообразование. Наше общество до сих пор не признает экономической ценности домашнего неоплачиваемого труда женщин, в том числе ухода за детьми.

Отсутствие гендерного подхода при составлении бюджета.

Отсутствие гендерного анализа и гендерных индикаторов, фиксирующих результаты осуществления гендерной политики в экономике.

ВОЗМОЖНОСТИ

Принимаемые руководством страны меры по экономическому продвижению женщин и разработка государственной политики по данному вопросу.

Поддержка международными организациями процессов достижения равных возможностей для мужчин и женщин.

Активизация деятельности неправительственных организаций по вопросам экономического продвижения женщин.

Возможность подготовки специалистов за рубежом и в странах СНГ в рамках различных соглашений.

Установление контактов с национальными, региональными и международными организациями, занимающимися вопросами экономического продвижения женщин.

Расширение возможностей женщин в получении кредитов. Обучение женщин новым навыкам и специальностям, которые будут востребованы в высокооплачиваемых производственных сферах.

УГРОЗЫ

У мужчин риск бедности высок среди безработных, одиноких пенсионеров и инвалидов. Группу риска в отношении бедности у женщин составляют одинокие матери, женщины-инвалиды, матери, имеющие на содержании детей-инвалидов, и безработные.

Более слабые конкурентные позиции женщин проявляются, в первую очередь, в их сконцентрированности в низкооплачиваемых отраслях. Усугубляет бедность работающих

женщин неравномерное распределение мужчин и женщин по отраслям экономики и профессиям, а также позициям и должностной иерархии.

Высокий уровень образования не гарантирует работающим женщинам-специалистам перспектив должностного роста.

Экономические права мужчин и женщин не имеют механизмов реализации в силу отсутствия необходимого правосознания у широких слоев граждан республики. Именно этот фактор ограничивает возможность появления и рассмотрения исков по нарушению экономических прав.

Отсутствие исследований и информационных кампаний по проблемам борьбы с дискриминацией в отношении женщин в области занятости.

В условиях безработицы женщины подвержены большей опасности сексуальных домогательств и дискриминации, в том числе и на рабочем месте.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Координация и развитие межсекторального сотрудничества для расширения взаимодействия усилий государства и гражданского общества по введению и обеспечению контроля за созданием гендерно ориентированной, справедливой социальной и экономической ситуации в стране.

Использование гендерного подхода в процессе составления бюджетов всех уровней. Обучение специалистов разработке гендерных бюджетов и организации контроля за их исполнением. Анализ смет расходов с точки зрения ожидаемых последствий преодоления гендерного неравенства.

Разработка гендерной составляющей стратегического прогноза социально-экономического развития страны. Анализ вклада мужчин и женщин в экономические результаты проводимой макроэкономической политики.

Проведение мониторинга гендерной сбалансированности занятости во всех отраслях экономики. Повышение уровня занятости на основании принципов гендерного равенства. Снижение уровня безработицы.

Оптимизация методов реструктуризации экономики в интересах снижения безработицы и преодоления гендерной асимметрии на рынке труда, связанной с доминирующей феминизацией занятости в наименее престижных и низкооплачиваемых областях производства.

Разработка механизма проведения гендерной экспертизы (экономической, социальной и юридической).

Выравнивание уровня оплаты труда между отраслями экономики и снижение различий в характере и оплате труда между женщинами и мужчинами с безусловным соблюдением требований равной оплаты за равный труд. Анализ макроэкономических последствий неоплачиваемой работы мужчин и женщин в рамках социального воспроизводства.

Обеспечение равных возможностей на рынке труда и содействие занятости женщин.

Принятие программ по обеспечению равного доступа сельским женщинам к экономическим ресурсам.

Экономическое и правовое просвещение всех слоев населения.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Рассмотреть вопрос о присоединении Казахстана к конвенциям Международной организации труда "О равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями" и "О минимальных нормах социального обеспечения".

Разработать мероприятия, направленные на выполнение целей развития тысячелетия, способствующих:

- повышению конкурентоспособности женщин на рынке труда с применением системы поддержки (консультации, помощь в обучении и трудоустройстве);
- дальнейшему развитию предпринимательства и самозанятости среди женщин;
- профессиональной переподготовке женщин, обучению администрированию и управлению бизнесом. При этом учеба будет сконцентрирована на следующих темах: бизнес-менеджмент, воспитание уверенности в себе и повышение профессиональной компетентности.

Создать широкую сеть центров экономического образования, совершенствовать меры по развитию малого и среднего бизнеса путем финансовой поддержки предпринимательства, широкого развития консультационных и маркетинговых услуг.

Разработать механизмы по вовлечению женщин в бизнес и содействию в дальнейшем развитии созданных ими предприятий. Потребности женщин в труде учитывать при проведении дальнейших преобразований в экономике. Особое внимание уделять развитию занятости женщин в сельском хозяйстве, в том числе в сфере переработки сельхозпродукции.

Создать систему гарантий по достижению гендерного равенства при продвижении по службе и условия для сочетания успешной карьеры с домашними обязанностями и воспитанием детей.

Разработать меры по поддержке женщин и мужчин, занимающихся уходом за детьми и их воспитанием, а также механизмы привлечения мужчин к уходу за детьми.

Совершенствовать механизмы и повысить роль социального партнерства в решении вопросов гендерного равенства. Применять различные методы при проведении анализа и изучении ситуации в трудовых коллективах, на рабочих местах для обеспечения волеизъявления работников, администрации и профсоюзов: собрания, сборы предложений по соблюдению равных возможностей женщин и мужчин, письменные выражения ими своих мнений и идей.

Обучать больше девушек и женщин техническим специальностям.

Создать условия для развития социально ориентированного предпринимательства с учетом гендерных аспектов, направленного на:

- усиление гуманитарной мотивации трудовой деятельности и самого бизнеса, вложение инвестиций в "человеческий капитал";
- распространение и развитие семейного бизнеса, укрепляющего институт семьи. Создание широкой сети рабочих мест "на дому" со свободным графиком работы и новыми формами разделения труда;
- вытеснение силовых и командных методов решения проблем в сфере управления бизнесом экономическими методами с развитием социального партнерства и духа взаимопомощи.

Проводить специальные обследования с целью выявления причин гендерного неравенства в разных отраслях и на разных уровнях руководства экономикой.

Составлять прогноз экономической активности населения с учетом гендерной специфики отдельных регионов и секторов производства, а также данных мониторинга бедности.

Составлять прогнозный расчет потребности в специалистах для экономики Казахстана с учетом гендерного аспекта.

Совершенствовать законодательную и нормативную базу по режиму и охране труда с учетом гендерного аспекта, внедрять и расширять гибкие формы занятости, улучшать условия труда. Особые нормы заложить для беременных женщин и женщин, имеющих детей.

Реализовывать мероприятия, направленные на улучшение условий труда, с учетом гендерной специфики, обеспечивать контроль за их проведением.

Рассмотреть возможность субсидирования обязательных пенсионных взносов в пользу работающих по найму женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Доля женщин, владеющих землей, в общей численности населения.
2. Численность получивших кредиты на приносящую доход деятельность, всего, в т.ч. мужчин, женщин, город-село.
3. Количество зарегистрированных предприятий, собственниками которых являются женщины.
4. Доля мужчин и женщин в формировании валового внутреннего продукта (ВВП).
5. Численность населения, обратившегося в органы по трудоустройству, всего, в т.ч. мужчин, женщин.
6. Численность самостоятельно занятых мужчин и женщин.
7. Численность занятых в сельскохозяйственном производстве, всего, в т.ч. мужчин, женщин.
8. Соотношение заработной платы мужчин и женщин в разрезе город-село.

9. Количество вновь созданных рабочих мест в сельской местности, всего, в т.ч. для мужчин, женщин.
10. Уровень безработицы среди мужчин и женщин в разрезе по возрасту, город-село.
11. Длительность безработицы среди мужчин и женщин.
12. Доля населения с доходами ниже стоимости продуктовой корзины, всего, в т.ч. мужчин, женщин, город-село.
13. Численность лиц, проживающих за чертой бедности, всего, в т.ч. мужчин, женщин.
14. Доля женщин на оплачиваемых рабочих местах в сферах труда, не связанных с сельским хозяйством.
15. Численность получателей социальных выплат (пенсий, пособий, их средний размер), всего, в т.ч. мужчин, женщин.
16. Количество домохозяйств во главе с одним кормильцем в разрезе по полу.

РАЗДЕЛ 4. ГЕНДЕРНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ПРАВОВОЕ И ГЕНДЕРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

ЦЕЛЬ

Внедрение гендерных знаний в систему образования. Просвещение общества по осознанию необходимости правового и гендерного равенства, справедливых социальных отношений между мужчинами и женщинами.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

По данным переписи 1999 года, грамотность населения в возрасте 15 лет и старше составляет 99,5 %. Индекс доступности образования возрос с 0,927 в 1999 году до 0,944 в 2004 году.

Из общей численности населения в возрасте 15 лет и старше имеют среднее общее образование 33,5 % женщин и 40,0 % мужчин, среднее специальное образование - 24,6 % женщин и 19,9 % мужчин.

Доля женщин, имеющих высшее образование, составляет 13,2 %, мужчин - 12,0 %.

Совокупная доля охвата обучением учащихся (в школах, профессионально-технических школах, колледжах, вузах) в возрасте от 6 до 24 лет на начало 2004/2005 учебного года составила 74 %. Среди женщин этот показатель сложился на уровне 75 %, мужчин - 73 %.

В целом система образования страны феминизирована. В организациях среднего общего образования преобладают преподаватели женского пола (80 %), в дошкольных организациях воспитание и обучение детей дошкольного возраста осуществляют только женщины-воспитатели (100 %). Из 16 начальников областных, городов Астаны и Алматы департаментов образования - 6 женщин (37,5 %)

Охват учащихся женского пола на всех ступенях образования (от 6 до 24 лет) составляет 81,1 %, мужского пола - 70,9 %. Доля юношей, не получивших общее среднее образование, в два раза выше, чем доля девушек.

В системе начального профессионального образования по таким профессиям сферы обслуживания, как секретарь-референт, швея, повар, парикмахер и другие, 99,8 % составляют девушки.

Проведена гендерная экспертиза учебников средних общеобразовательных школ. Выявлена гендерная асимметрия, которая закрепляется и воспроизводится в сознании детей, при этом усваиваются устаревшие стереотипные роли мальчиков и девочек.

Разработаны учебные программы по гендерному образованию для дошколы (6-7 лет), 1-4 классов и студентов вузов, в 2005 году они будут разработаны и для 5-11 классов. Ведется разработка учебных пособий для учителей и учеников.

В целях внедрения гендерных подходов в системе высшего образования введен учебно-методический курс для студентов "Введение в теорию гендера".

При Казахском государственном женском педагогическом институте создан научно-исследовательский институт социальных и гендерных исследований. Им разработаны учебное пособие "Основы гендерного образования" на казахском и русском языках для студентов вузов, обучающихся по педагогическим специальностям, а также гендерные индикаторы для всей системы образования.

При поддержке ЮНЕСКО реализуется проект по гендерному образованию в рамках национальной программы "Образование для всех".

Гендерные курсы преподаются в Казахском национальном университете имени Аль-Фараби (на отделениях социологии, психологии, педагогики, истории, права, социальной работы, филологии), Казахском национальном педагогическом университете имени Абая, Казахском государственном женском педагогическом институте, университетах городов Караганды, Усть-Каменогорска, Уральска, Талдыкоргана, Семипалатинска, Костаная и других.

В системе Министерства внутренних дел в учебные программы колледжей введены факультативные занятия (10 часов) по теме "Гендерные проблемы и задачи органов внутренних дел". Гендерные вопросы освещаются при прохождении курсов "Оперативно-розыскная деятельность" и "Уголовное право".

Вместе с тем все проводимые мероприятия носят разрозненный характер. Необходима продуманная политика по гендерному образованию и правовому просвещению населения.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Гендерное образование способствует проведению политики гендерного равенства на всех уровнях и во всех сферах жизни общества.

Проведена гендерная экспертиза учебников общеобразовательных школ, разрабатываются программы и учебники, в ближайшие годы они будут внедрены в систему образования.

Женщины имеют высокий уровень образования.

Созданы научно-исследовательский институт социальных и гендерных исследований в Казахском государственном женском педагогическом институте (2000 г.), Центр гендерного образования в Казахском национальном университете имени Аль-Фараби (2005 г.) и другие исследовательские центры. Проводятся гендерные исследования в разных областях социального и гуманитарного блока образований.

Действуют женские неправительственные организации, занимающиеся вопросами гендерного просвещения.

Проводится обучение по вопросам политического и экономического продвижения женщин.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Значительная часть общества недопонимает важность и необходимость гендерного просвещения и создания системы гендерного образования.

Отсутствие специальных правовых знаний не позволяет в полной мере осуществлять защиту прав мужчин и женщин.

На женщин возложена основная часть неоплачиваемой домашней работы, в связи с чем у них остается мало времени на повышение квалификации и самообразование.

Недостаточно проводятся масштабные исследования по гендерному образованию.

Мало издано учебников и учебных пособий по гендерному образованию для вузов. В библиотеках их практически нет.

ВОЗМОЖНОСТИ

Активизация деятельности научно-исследовательских центров по изучению проблем гендерного равенства будет способствовать решению основных стратегических задач.

Преподавание гендерных дисциплин ускорит развитие культуры отношений между мужчинами и женщинами на основе равноправия, толерантности, уважения прав человека на самореализацию и индивидуальную неповторимость.

Международные организации осуществляют поддержку программ гендерного образования.

Имеется возможность подготовки специалистов по гендерному образованию за рубежом и в странах-участницах СНГ в рамках различных соглашений.

Устанавливаются контакты с национальными, региональными и международными организациями, занимающимися вопросами гендерного образования и экономического продвижения мужчин и женщин.

Активизируют деятельность неправительственные организации по вопросам гендерного образования.

УГРОЗЫ

Недостаточное внимание вопросам гендерного просвещения может снизить темпы развития демократических процессов в обществе.

Высокий уровень образования не гарантирует работающим женщинам-специалистам перспектив профессионального и должностного роста.

Права мужчин и женщин недостаточно реализуются в связи с низким уровнем гендерного просвещения широких слоев граждан республики.

Недостаточное знание своих прав ограничивает граждан в использовании возможностей подачи исков по их нарушению.

Отсутствие информационных кампаний о необходимости гендерного просвещения снижает эффективность принимаемых мер.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Создание эффективно действующей системы гендерного образования.

Создание условий для организации широкомасштабного гендерного просвещения для всех слоев населения.

Формирование гендерного сознания у политиков и лидеров - женщин и мужчин.

Обучение мужчин и женщин по вопросам политического и экономического продвижения.

Разработка учебных программ в области просвещения по правам человека с учетом гендерного аспекта.

Проведение исследований по вопросам гендерного равенства с целью мониторинга существующих программ.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Внедрять гендерные знания в систему образования, создать эффективно действующую систему гендерного просвещения населения. В этих целях:

- ввести гендерную составляющую в учебные программы всех уровней образования. Провести соответствующую коррекцию образовательных программ учреждений дошкольного образования, школ, средних специальных и высших учебных заведений;

- разработать обучающий пакет для педагогов (учителей), преподавателей организаций образования (предшколы, школы, вузы);
- проводить гендерную экспертизу учебных пособий и учебников для вузов;
- организовать подготовку специалистов в области гендерного образования в педагогических вузах. Проводить гендер-тренинги для педагогов (учителей), учащихся, специалистов системы образования;
- рекомендовать вузам организовать специализацию по гендерному образованию в рамках педагогических специальностей;
- расширять поддержку проектов повышения квалификации в области гендерного образования воспитателей, учителей и преподавателей учебных заведений, реализующих образовательные программы дошкольного воспитания и обучения, среднего общего, всех уровней профессионального образования, в том числе и послевузовского;
- разрабатывать и внедрять программы обучения по гендерному просвещению родителей;
- издавать учебно-методическую литературу и видеофильмы по гендерным проблемам. Организовать издание информационных бюллетеней "Гендерное образование" для пропаганды гендерных знаний;
- создавать механизмы, позволяющие разрешить проблему гендерного дисбаланса в системе образования, и обеспечить равное участие мужчин и женщин на всех уровнях образования;
- совершенствовать гендерные индикаторы и гендерную статистику в образовании;
- проводить гендерные исследования с учетом индикаторов, которые расширяют возможности девочек и женщин;
- повышать статус и укреплять материально-техническую базу научно-исследовательского института социальных и гендерных исследований и других институтов, занимающихся гендерной проблематикой, за счет грантов и спонсорских средств;
- республиканскому институту повышения квалификации руководящих и научно-педагогических кадров системы образования (РИПК СО), региональным ИПК организовать курсы по повышению квалификации учителей по гендерному образованию.

Рекомендовать ввести специальные курсы гендерного образования при подготовке специалистов в различных областях деятельности.

Создать систему гендерного просвещения для государственных служащих всех уровней, депутатов Парламента и маслихатов, работников средств массовой информации.

Расширять практику повышения гендерной чувствительности с целью формирования гендерного сознания политиков, лидеров общественного движения, представителей профсоюзов, журналистов.

Внедрять специальные курсы для лиц, ответственных за проведение гендерной политики.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Соотношение женщин и мужчин в системе образования на руководящем уровне.
2. Количество учебных гендерночувствительных программ и курсов.

3. Наличие специальной квоты в системе среднего профессионального и высшего образования для сельских девушек (сельское хозяйство, медицина, технические специальности, право, сфера обслуживания, культура).
4. Доля женщин с высшим образованием.
5. Доля женщин с ученой степенью.
6. Соотношение женщин /мужчин в науке.
7. Доля женщин, обучающихся в системе образования силовых ведомств.

РАЗДЕЛ 5. УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ЦЕЛЬ

Сохранить и укрепить репродуктивное здоровье мужчин, женщин и подростков для обеспечения нормального воспроизводства населения и повышения качества жизни.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В последние годы в результате улучшения социально-экономического положения в Казахстане произошли некоторые положительные медико-демографические изменения.

Наметилась тенденция роста рождаемости. В 2004 году показатель рождаемости составил 18,1 на 1000 человек и в сравнении с 2000 годом увеличился в 1,2 раза. Естественный прирост населения увеличился в 1,7 раза, показатель составил в 2004 году 8,05 на 1000 человек.

Вместе с тем наблюдается рост смертности населения. В 2004 году показатель составил 10,2 случая на 1000 человек (10,1 в 1999 году), в том числе женщин - 8,5, мужчин - 11,9. В структуре причин смертности 84 % приходится на болезни системы кровообращения, несчастные случаи, травмы и отравления, новообразования и болезни органов дыхания.

Показатель младенческой смертности имеет тенденцию к снижению, но остается высоким по сравнению со странами Европы и составляет на начало 2004 года 14,5 случая на 1000 живорожденных.

Отмечается снижение показателя материнской смертности, с 60,9 в 2000 году до 36,9 случая на 100 тыс. живорожденных в 2004 году. Однако это в 4 раза выше, чем в среднем в Европейском сообществе и в 3 раза выше допустимого уровня по определению Всемирной организации здравоохранения.

Сохраняются высокими показатели ряда социально значимых и опасных заболеваний, таких как, туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, алкоголизм.

Заболееваемость активным туберкулезом среди женщин в 2004 году составила 130,3 случая на 100 тыс. чел., среди мужчин - 178,8.

Серьезной проблемой являются заболевания, передающиеся половым путем. Заболеваемость сифилисом в 2004 году составила 79,3 случая на 100 тыс. чел., в т.ч. среди женщин - 78,1, среди мужчин - 79,8, гонококковой инфекцией - 76,2 на 100 тыс. чел.

Возросла первичная заболеваемость наркологическими расстройствами. В 2004 году она составила 404,1 случая на 100 тыс. чел. против 294,9 в 2000 году.

С зависимостью от наркотиков состоит на учете более 50 тыс. человек. Отмечается тенденция роста числа женщин, злоупотребляющих наркотиками. Так, если в 2000 году на учете состояли 3,8 тыс. женщин, то в 2004 году - более 5 тыс. человек.

В республике зарегистрированы 4696 ВИЧ-инфицированных человек, в т.ч. женщин - 874. Среди последних - 229 беременных, роды произошли у 89, родился 91 ребенок.

Актуальной проблемой остается заболеваемость анемией. В 2004 году число больных анемией, состоящих на диспансерном учете, составило 296,8 тыс. человек, из них больше половины (52,4 %) - дети в возрасте до 14 лет.

Для профилактики и сокращения заболеваемости анемией и йододефицитными расстройствами, распространенными в Центральной Азии, в настоящее время в стране проводятся йодирование пищевой соли и фортификация муки препаратами железа и витаминами.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями также имеет тенденцию роста. В 2004 году, по сравнению с 2000 годом, показатель увеличился среди мужчин - на 4,2 %, среди женщин - на 9,2 %. Всего число больных, состоящих на учете на конец 2004 года, составило 114628 человек.

Все эти заболевания отражаются на репродуктивном здоровье мужчин и женщин. Проводимые мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья, планированию семьи, применению контрацептивов и другие пока не оказывают заметного влияния на улучшение ситуации.

В течение последних трех лет принят целый ряд законов, направленных на охрану здоровья населения. Среди них Закон Республики Казахстан "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления".

В настоящее время здоровье мужчин является достаточно острой социальной проблемой. Для них характерна высокая смертность в трудоспособном возрасте (16-62 года) - 957,23 случая на 100 тыс. населения, у женщин (16-57 лет) этот показатель в 3 раза ниже - 313,37.

Причиной являются стрессы, нервные срывы, напряженный ритм работы, заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз, рак легкого, употребление алкоголя и наркотиков, повышенный уровень травматизма и др.

На репродуктивном здоровье мужчин отражаются болезни, передаваемые половым путем, заболевания простаты и семенного канатика, бесплодие и другое.

Большую тревогу вызывает здоровье женщин. Индекс их здоровья составляет 20-30 %, в отдельных регионах - 10 % и ниже.

У женщин чаще отмечается гипертония, неврозы, они больше страдают от болезней, передаваемых половым путем, бесплодия, рака молочной железы, остеопороза и др. Более 60 % женщин страдает анемией.

Аборт продолжает оставаться одной из главных причин материнской смертности. Осложнения, вызванные абортом, за 2004 год составили 1826 случаев, летальность от абортов - 1,2 промилле.

Количество абортов в 2004 году, по сравнению с 2000 годом, незначительно снизилось с 30,9 на 1000 женщин фертильного возраста до 30,3. Наибольшее количество абортов зарегистрировано в возрастной группе 19-34 лет (75 %), у подростков (15-18 лет) - 4,9 %.

38,3 % женщин фертильного возраста применяют те или другие виды контрацепции. Основным методом контрацепции остается внутриматочная спираль - 62,5 %.

Около 16 % браков являются бесплодными, за что в равной степени ответственны как мужчины, так и женщины. В настоящее время сформировано новое направление в лечении бесплодия - вспомогательные репродуктивные технологии, которые необходимо развивать для улучшения воспроизводства населения страны.

Заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями молочной железы возросла с 33,9 на 100 тыс. женщин в 2000 году до 38,9 в 2004 году. На их долю приходится более половины онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин.

Анализ состояния здоровья подростков свидетельствует о низком уровне индекса здоровья девушек-подростков, почти каждая вторая из них (46,9 %) имеет те или иные заболевания. Гинекологическая патология наблюдалась у 1466 девочек на 100 тысяч осмотренных. Более половины из них имеют дисфункциональные состояния репродуктивной системы.

Удельный вес абортов среди подростков, по данным 2004 года, составил 5 %, показатель подростковой беременности на 1000 девочек - 22,9. Основные причины - низкая информированность, вредные привычки, сниженная ответственность родителей, распространение наркомании и алкоголизма среди молодежи.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Принят Закон Республики Казахстан "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления".

В системе здравоохранения имеются возможности для создания на базе действующих медицинских учреждений сети по охране здоровья мужчин.

Желание мужчин продлить свой репродуктивный возраст, иметь качество жизни на более высоком уровне.

Развита сеть медицинских организаций, оказывающих услуги по охране здоровья женщин.

Созданы неправительственные организации, занимающиеся вопросами репродуктивного здоровья женщин.

Общество осознало необходимость принятия безотлагательных мер по сохранению репродуктивного здоровья подростков:

- в Законе Республики Казахстан "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления" имеется статья об охране репродуктивного здоровья несовершеннолетних;
- в соответствии с данным Законом, подготовка подростков к семейной жизни вменена в обязанности Министерства образования и науки.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Нет целенаправленной политики по сохранению репродуктивного здоровья мужчин:

мужчины редко обращаются к врачам, редко обследуются, игнорируют профилактические меры и, как следствие, меньше живут;

- органами здравоохранения мало уделяется внимания сохранению здоровья мужчин;
- в системе здравоохранения не создана инфраструктура специально для мужчин;
- низка информированность мужчин по вопросам сохранения здоровья.

Недостаточно эффективных механизмов по охране репродуктивного здоровья женщин:

- мало проводится информационных кампаний по вопросам охраны репродуктивного здоровья женщин;
- недостаточно питание женщин, особенно беременных;
- недостаточны ресурсы и финансовые средства у женщин для более качественного лечения.

Подростки мало информированы в вопросах сохранения репродуктивного здоровья и получения квалифицированной медицинской помощи. Целенаправленная работа в этом направлении организована недостаточно.

ВОЗМОЖНОСТИ

Привлечение к решению проблем репродуктивного здоровья всей общественности, работников здравоохранения, образования, средств массовой информации и других.

Широкие возможности использования общественного здравоохранения.

Понимание руководством страны необходимости улучшения репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Поддержка международными организациями охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

Возможность подготовки специалистов за рубежом и в странах СНГ в рамках различных соглашений.

Установление контактов с национальными, региональными и международными организациями, занимающимися вопросами охраны репродуктивного здоровья.

Активизация деятельности неправительственных организаций по охране репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

УГРОЗЫ

Сохраняется состояние кризиса здоровья мужчин:

- высокий уровень преждевременной смертности мужчин;
- склонность мужчин к употреблению наркотиков и алкоголя;
- рост случаев суицида у мужчин. Соотношение самоубийств среди мужчин и женщин составляет 3:1;
- мужчины больше, чем женщины, заняты на работах, связанных с повышенным риском для здоровья и жизни.

Высокий уровень распространения аборт, наряду с гестозами, акушерскими кровотечениями, септическими осложнениями, обуславливает материнскую смертность, бесплодие.

Низкий индекс здоровья беременных женщин приводит к осложнению беременности и родов.

Пагубно влияют на здоровье детей алкоголизм и наркомания родителей.

Напрямую детям могут передаваться сифилис и ВИЧ-инфекция.

Вызывает тревогу здоровье подростков. Значительная часть молодежи признается не годной к воинской службе.

Среди молодежи распространены наркомания и употребление алкоголя.

Неблагоприятная экологическая ситуация в ряде регионов страны отрицательно влияет на состояние репродуктивного здоровья населения.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы в области охраны репродуктивного здоровья.

Снижение уровня заболеваемости, влияющей на репродуктивное здоровье населения.

Принятие комплекса мер по сохранению репродуктивного здоровья подростков и молодежи

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Разработать меры по охране репродуктивного здоровья населения в целях реализации Закона Республики Казахстан "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления".

Принять меры по обеспечению групп высокого риска современными средствами контрацепции.

Принять меры по профилактике суицидов, включая развитие сети телефонов доверия, кризисных центров, деятельности врачей-психиатров, психологов, психотерапевтов и социальных работников.

Проводить информационную работу среди населения по повышению знаний в области современных средств контрацепции как мужских, так и женских.

Повысить ответственность мужчин за сохранение своего здоровья, предоставлять бесплатную информацию по различным вопросам здоровья мужчин, обеспечить консультирование по семейным вопросам.

Совершенствовать нормативную правовую базу в области охраны материнства и детства, обеспечить приоритетность развития данной службы и улучшить ее финансирование.

В целях повышения индекса здоровья женщин:

- снизить заболеваемость анемией, раком молочной железы;
- создать на базе действующих онкологических диспансеров центры для раннего выявления (скрининга) рака молочной железы;
- осуществить комплекс мер по планированию семьи и снижению количества абортов;
- обеспечить доступность для населения просвещения по вопросам половой жизни и деторождения, безопасного материнства и кормления грудью, питания, злоупотребления психоактивными веществами, влияния неблагоприятных экологических факторов на здоровье людей и их благополучие на протяжении всей жизни;
- обеспечить нормативно-правовую поддержку: разработки и внедрения методов восстановления репродуктивных функций и проведения исследований в этой области; изучения биомедицинских, эпидемиологических и санитарно-гигиенических аспектов заболеваний, которые оказывают особенно серьезное или специфическое влияние на

здоровье населения, таких, как рак молочной железы, инфекция половых путей, венерические болезни, ВИЧ/СПИД;

- проводить профилактику (с раннего детского возраста) и принять меры по лечению бесплодия у мужчин и женщин;
- обеспечить переход к критериям живорождения, рекомендованным ВОЗ;
- добиться дополнительного питания для беременных женщин, а также питания для детей в школах;
- принять меры по охране здоровья пожилых людей для продления их активной жизни.

Укреплять здоровье подростков и молодежи, совершенствуя меры, направленные на профилактику травматизма и отравлений, борьбу с вредными привычками, а также путем развития физической культуры и спорта, организации досуга:

- повышать знания подростков и молодежи о репродуктивных правах и гарантиях их осуществления;
- добиваться снижения уровня заболеваемости, влияющей на репродуктивное здоровье подростков и молодежи;
- проводить нравственное и половое воспитание подростков и молодежи, способствовать повышению уровня знаний в целях снижения нежелательной беременности, распространения абортот;
- формировать модели медико-социальной помощи, проводить социальную реабилитацию нуждающихся в помощи подростков и молодежи.

ИНДИКАТОРЫ

1. Уровень заболеваний у мужчин и женщин, влияющих на их репродуктивное здоровье.
2. Повышение продолжительности жизни мужчин и женщин.
3. Индекс здоровья женщин.
4. Уровень материнской смертности.
5. Структура материнской смертности.
6. Уровень распространения ВИЧ среди беременных женщин.
7. Уровень распространения абортот.
8. Доля беременных женщин, своевременно вставших на учет в учреждениях родовспоможения.
9. Доля родов, принятых в специализированных учреждениях родовспоможения, в иных медицинских учреждениях, в том числе и на дому (раздельно).
10. Уровень использования контрацептивов.
11. Уровень заболеваемости анемией, а также болезнями, связанными с дефицитом йода.
12. Уровень распространенности инфекций, передаваемых половым путем.
13. Уровень смертности от рака молочной железы.
14. Уровень детской смертности в возрасте до 5 лет.
15. Уровень младенческой смертности.

РАЗДЕЛ 6. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НАСИЛИЯ В ОБЩЕСТВЕ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА

ЦЕЛЬ

Создание условий для достойной жизни людей без насилия. Не допускать насилия как формы отношений между людьми. Искоренение насилия в его различных проявлениях во всех социальных сферах, включая семью.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В 2004 году было зарегистрировано 143 тыс. преступлений, в т.ч. в отношении женщин более 35 тыс. Из них 551 убийство, 405 случаев умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, 1,3 тыс. изнасилований, 1,1 тыс. побоев и истязаний. Совершено 357 преступлений, связанных с организацией и содержанием притонов для занятия проституцией и сводничеством.

По оценке некоторых экспертов, в Казахстане свыше 60 % всех женщин хотя бы раз в жизни подвергались физическому или сексуальному насилию. Менее 10 % случаев изнасилований доходит до рассмотрения в суде. 28 % замужних женщин являются жертвами насилия со стороны своих мужей.

В соответствии с поручением Президента Республики Казахстан с февраля 1999 года в структуре Министерства внутренних дел было создано подразделение по защите женщин от насилия, которое является структурной единицей полиции общественной безопасности органов внутренних дел Республики Казахстан.

Практически во всех регионах страны открыты 38 кризисных центров для женщин и детей. Содержатся они в основном за счет грантов международных организаций.

В 2004 году на телефоны доверия кризисных центров поступило более 27 тыс. обращений. Наибольшее число звонков связано с физическим (23 %) и психологическим (17 %) насилием.

Всем обратившимся оказана консультативная помощь, большинству из них - помощь психологов и юристов.

В 2001-2003 годы совместно с ЮНИФЕМ была проведена крупная информационная кампания "Жизнь без насилия - это наше право".

Впервые к решению проблем насилия в отношении женщин привлечен Верховный Суд Республики Казахстан. Приняты конкретные рекомендации по улучшению судебной практики по этим вопросам.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 марта 2001 года N 346 утверждены Правила взаимодействия государственных органов, организаций и общественных объединений, занимающихся проблемами насилия в отношении женщин.

Разработан проект Закона Республики Казахстан "О бытовом насилии", который определяет круг лиц, подлежащих защите от бытового насилия, и организаций, которые должны оказывать помощь пострадавшим. Предусматривается введение в судебную практику охранных ордеров с целью дальнейшего пресечения насилия. Законопроект прошел обсуждение практически во всех регионах страны и включен в перспективный план законопроектных работ Правительства на 2007 год.

Приняты законы Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам незаконной миграции", "О внесении дополнений в Уголовный кодекс Республики Казахстан", внесено дополнение в Закон Республики Казахстан "О туристской деятельности в Республике Казахстан", которыми незаконный вывоз людей за пределы Казахстана или их незаконный транзит признается преступлением, подлежащим наказанию в виде лишения свободы от 3 до 8 лет с конфискацией имущества.

Совместно с Международной организацией по миграции реализованы проекты "Информационная кампания по предупреждению трафика женщин" и "Борьба с торговлей людьми (трафиком) из (в, через) и внутри Казахстана".

В настоящее время при Правительстве Республики Казахстан действует межведомственная комиссия по вопросам борьбы с незаконным вывозом, ввозом и торговлей людьми. Разработан национальный План по борьбе, предотвращению и профилактике преступлений по торговле людьми на 2004-2005 гг.

В ноябре 2004 года Казахстан подписал Конвенцию о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами и Заключительный протокол к данной Конвенции.

По фактам незаконной вербовки людей для сексуальной или иной эксплуатации (трафика) в 1999 году было зарегистрировано 8 преступлений, в 2000 г. - 3, 2001 г. - 5, 2002 г. - 0, 2003 г. - 4, 2004 г. - 14.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Отмечаются положительные сдвиги в обществе по вопросам гендерного равенства, что является одним из главных факторов для искоренения насилия в отношении женщин.

Налажен механизм получения статистической информации об уровне насилия в отношении мужчин и женщин.

Создан и формируется информационный банк данных о насилии в отношении женщин.

Налажен и имеет нормативную базу механизм взаимодействия государственных органов и общественных объединений, занимающихся проблемами насилия в отношении женщин.

Привлечено внимание общества к проблеме коммерческого секса и посягательства на половую неприкосновенность.

При содействии Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) научно-практическим центром социально-психологической службы реализован проект "Обучение детей и молодежи ненасильственному поведению". Разработаны учебная программа, план и учебно-методический комплект для учащихся 5-10 классов. После доработки будут приняты меры по внедрению их в систему образования.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Имеют место устоявшиеся стереотипы о том, что поднимаемая проблема бытового насилия надумана, что семья - это неприкасаемая ячейка общества и вмешательство в ее внутренние дела недопустимо. Половина жертв домашнего насилия не обращается в правоохранительные органы, боясь морального осуждения.

Подразделения органов внутренних дел, занимающиеся проблемами насилия в отношении женщин, технически слабо оснащены, не имеют достаточных возможностей для оказания конкретной помощи женщинам-жертвам насилия.

Трафик женщин становится заметным социальным явлением. В то же время информации о его масштабах, формах и видах явно недостаточно.

Жертвы трафика обычно оказываются без виз и паспортов или с поддельными паспортами, превращаясь в нелегальных мигрантов, в результате чего они не желают контактировать с правоохранительными органами несмотря на противоправные условия жизни и работы.

Возможности

Создание государственной программы и включение всех уровней и всех подразделений власти в борьбу с проявлениями насилия.

Активизация общественных объединений и вовлечение широкого круга инициативных групп в систему предотвращения и искоренения насилия.

Совершенствование законодательства, предусматривающего уголовную и административную ответственность за совершение преступлений и правонарушений, содержащих признаки насилия, приведение его в соответствие с международными нормами.

Развитие сети кризисных центров и приютов для лиц, подвергшихся насилию. В перспективе они могут стать методической и информационной базой для всех учреждений социального обслуживания семьи и детей.

Принятие законов Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам противодействия торговле людьми" и "О бытовом насилии".

Ратификация Конвенции ООН против транснациональной организованной преступности.

Предотвращение и профилактика домашнего насилия посредством обучения и выявления насилия на ранней, начальной стадии.

УГРОЗЫ

Гендерная асимметрия, являясь базовой в системе человеческих отношений и выступая питательной средой для любых насильственных проявлений, основанных на представлении о "природном" превосходстве мужчин, может принимать нежелательные формы. Кроме того, она приводит к деформации личности, столкнувшейся с проявлениями насилия.

Последствия насилия касаются всех сторон жизни. Это может привести к социальной изоляции и антисоциальному поведению, ограничению экономических возможностей, нежеланию участвовать в политической, общественной или образовательной деятельности.

Насилие негативно сказывается на всех сторонах жизни личности и общества. Оно оказывает сильное воздействие на детей-очевидцев насилия. Примирительное отношение к насилию и его совершение - это круг, разорвать который могут только согласованные и целенаправленные действия.

Из-за распространенных стереотипов мужчины также редко говорят о том, что подверглись насилию. Считается, что они должны "проявлять мужскую стойкость".

Насилие в семье - одна из причин суицида мужчин и женщин, убийств и нанесения телесных повреждений средней тяжести, а также одна из главных причин преступности среди детей, подростков и молодежи.

В отношении жертв трафика нередко нарушаются права человека, в том числе право на жизнь, личную свободу, равенство перед законом, свободу передвижения и вступления в брак, защиту от произвольного ареста и задержания.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Дальнейшее совершенствование национального законодательства по предотвращению насилия и преступлений, связанных с проституцией и торговлей людьми.

Усиление борьбы и достижение значительного снижения насилия в отношении мужчин и женщин.

Развитие социальных служб, оказывающих реальную помощь жертвам бытового насилия, предоставляющих временный приют и материальную поддержку. Трудотерапия и трудовая реабилитация жертв насилия.

Проведение информационных кампаний по просвещению населения об опасности насилия во всех его проявлениях.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Применять положения Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в судебной практике.

Ратифицировать Конвенцию ООН против транснациональной организованной преступности и протоколы к ней.

Принять Закон Республики Казахстан "О бытовом насилии", рассматривающий насилие в семье как уголовное преступление.

Внести соответствующие изменения в законодательство Республики Казахстан по вопросам защиты жертв трафика за рубежом и внутри страны, в том числе дающих свидетельские показания против лиц, подозреваемых в торговле людьми, на судебных процессах.

Рассмотреть возможность создания национального координационного центра по борьбе с нелегальным вывозом людей (в том числе женщин и детей).

Рассмотреть вопросы создания реабилитационных центров в пунктах пропуска через государственную границу для размещения жертв трафика из Казахстана и стран-участниц СНГ до выяснения обстоятельств их пребывания за границей.

Принять меры по упрощению процессуальных действий по принятию мер к виновным за совершение домашнего насилия.

Укрепить структурные подразделения МВД, занимающиеся предупреждением и пресечением насилия.

Осуществлять постоянный патронаж женщин, нуждающихся в поддержке, защите от насилия, реабилитации и предоставлении временного приюта.

Оказывать психологическую поддержку мужчинам и женщинам в решении проблем мобилизации их собственных возможностей и внутренних ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций.

Проводить информационно-пропагандистскую и образовательную работу (обучающие программы, выпуск буклетов и бюллетеней), связанную с проблемами предотвращения насилия, в том числе трафика.

Содействовать распространению международного опыта борьбы с насилием. Содействовать осознанию женщинами своей причастности к искоренению насилия путем повышения личной и корпоративной самооценки их политической и правовой культуры.

Совместно с неправительственными организациями постоянно проводить гендерное обучение специалистов, работающих в правоохранительных органах и органах юстиции, а также работников здравоохранения.

Оказывать поддержку кризисным центрам за счет государственных грантов на социально значимые проекты.

Проводить специальные научные исследования по проблемам насилия в отношении мужчин, женщин и детей, оценке последствий насилия в семье и быту, а также сексуальных домогательств.

В целях предупреждения фактов насилия проводить профилактическую работу с неблагополучными семьями и потенциальным контингентом населения.

Внедрять в систему образования программу "Обучение детей и молодежи ненасильственному поведению".

В трудовых коллективах проводить работу по введению запрета на любые формы дискриминации по признаку пола, вербальное насилие, сексуальные домогательства и другие формы поведения, унижающие достоинство женщин и мужчин.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Наличие соответствующих законов (Закон Республики Казахстан "О бытовом насилии" и др.) и соответствующих механизмов их реализации.
2. Число случаев насилия в отношении женщин за истекший год.
3. Количество сотрудников подразделений МВД по защите женщин от насилия.
4. Количество кризисных центров, в том числе с приютами (численность обратившихся мужчин и женщин, всего, в том числе по видам насилия).
5. Количество теле-, радиопрограмм/передач, информационных роликов, публикаций, посвященных гендерному насилию.

РАЗДЕЛ 7. ДОСТИЖЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В СЕМЬЕ. УКРЕПЛЕНИЕ СЕМЬИ И ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ

ЦЕЛЬ

Укрепление института семьи и семейно-брачных отношений, повышение престижа семьи, пропаганда ценностей брака и семьи, достижение гендерного равенства в семейных отношениях, обеспечивающих социальную и культурную преемственность поколений и являющихся фактором стабильности и устойчивого развития гражданского общества.

Формирование новых моделей эгалитарной семьи, ориентированных на принципы гендерного равенства. Вовлечение мужчин в сферу домашнего труда и процесс воспитания детей.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В соответствии со статьей 27 Конституции Республики Казахстан "брак и семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства".

Закон Республики Казахстан "О браке и семье" устанавливает и регулирует семейно-брачные отношения. Их главные принципы - равенство прав супругов в семье, приоритет семейного воспитания детей, защита прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи.

По данным переписи населения (1999 г.), в Казахстане около 3,5 млн. семей. Средний размер семьи - 4 человека, в т.ч. на селе - 4,6 человека, в городе - 3,6. В браке состояли 56 % женщин и 62 % мужчин.

Увеличивается средний возраст вступления в брак. В 2004 году он составил у женщин 24,0 года, у мужчин - 26,9 лет.

Около 1 млн. человек (9,1 %) являются вдовыми, причем среди них женщин почти в 6 раз больше, чем мужчин, в основном за счет старшего и пожилого возраста.

Почти 700 тыс. человек (6,4 %) разведенных граждан, женщин здесь также почти вдвое больше, чем мужчин.

Более 0,5 млн. женщин старше 23 лет, или каждая девятая, не имеют детей.

445 тысяч домохозяйств, или 11 %, состоят только из матерей с детьми, в том числе почти две трети - из матерей с несовершеннолетними детьми.

Распределение обязанностей внутри семьи носит традиционный характер и дискриминирует женщин. Бюджет времени мужчин обычно складывается из оплачиваемой работы и досуга, женщин - из оплачиваемой работы, обязанностей по дому, воспитанию детей и обслуживанию потребностей членов семьи.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

В Казахстане создана достаточная правовая база по вопросам семьи, женщин и детей.

Понимание в обществе важности семьи, ее роли в воспитании новых поколений, обеспечении общественной стабильности и прогресса.

Признание необходимости учета интересов семьи и детей, а также принятие специальных мер их социальной поддержки.

Отмечаемая тенденция реального реформирования патриархальной структуры семьи и появления новых разнообразных моделей, ориентированных на гендерное партнерство и сотрудничество.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Неполные семьи, состоящие из одного родителя и детей, являются в основном материнскими.

Согласно переписи населения 1999 года, неполные семьи, главами которых являются женщины, составили 91 %.

Около 850 тыс. человек, или 6 % населения, живет вне семьи.

Уменьшилось влияние отцов на воспитание детей в семье.

Увеличивается количество разводов, падает престиж семьи, усиливаются напряженность внутрисемейной жизни, конфликты и факты насилия в отношении женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ

Дальнейшее совершенствование социальных гарантий поддержки семьи будет способствовать ее укреплению.

Развитие сети доступных для всех семей внешкольных учреждений, летних оздоровительных лагерей для школьников.

Продолжительность жизни семейных мужчин выше, чем у несемейных.

УГРОЗЫ

Наблюдается рост числа лиц, никогда не состоявших в официальном браке. Таких женщин в возрасте старше 23 лет и мужчин старше 26 лет примерно поровну, всего около 1,2 млн. человек, или почти каждый пятый. Как показывают исследования, сегодня значительная часть молодых людей, по опыту западных стран, живет в незарегистрированном браке.

В наиболее трудном положении находятся многодетные семьи, одинокие матери и молодые семьи.

Созидающая роль семьи в развитии будущего человеческого потенциала слабо осознается и мало поддерживается современным обществом.

Многие семейные пары и незамужние женщины ограничиваются одним ребенком или откладывают рождение ребенка на неопределенный срок.

Возможно ухудшение демографической ситуации, увеличение количества одиноких мужчин и женщин.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Дальнейшее совершенствование национального брачно-семейного законодательства и улучшение социальной поддержки семьи.

Создание соответствующих социально-экономических, жилищно-бытовых условий для самореализации членов семьи и воспитания детей.

Достижение гендерного равенства в семейных отношениях. Повышение престижа семьи, укрепление брачно-семейных отношений, пропаганда ценностей брака и семьи.

Возрождение нравственных ценностей и культивирование позитивного образа семьи и брака.

Формирование эгалитарной семьи. Равное распределение ответственности за воспитание детей и выполнение домашних обязанностей.

Улучшение информационно-правового просвещения населения по вопросам гендерного равенства в брачно-семейных отношениях.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ

Совершенствовать законодательство по укреплению брачно-семейных отношений и повышению статуса семьи. Обеспечить нормативную базу по регулированию вопросов социальной поддержки семей, имеющих детей, в том числе многодетных семей.

Возродить лучшие семейные, этно-культурные традиции, способствующие укреплению духовных и нравственных основ брака и семьи.

Обеспечить необходимые условия для реализации экономической, воспроизводительной и культурно-психологической функций семьи, повысить качество жизни семей.

Обеспечить фактическое равенство прав и обязанностей мужчин и женщин в брачно-семейных отношениях и воспитании детей.

Развивать действующие специализированные институты социального обеспечения семьи и детей, службы специализированной психолого-педагогической помощи семьям по выходу из кризисных ситуаций и социально-психологической адаптации к новым условиям.

Проводить многоплановые исследования положения семьи в Казахстане с определением перспектив и направлений развития института семьи и брака с учетом национальных традиций и менталитета народа. На основании данного исследования разработать комплексную программу повышения статуса семьи в Казахстане.

Рассмотреть возможность организации постоянных передач (программ) на радио-, телеканалах, в других средствах массовой информации на темы брачно-семейных отношений с привлечением специалистов различных сфер.

Развивать сеть клубов знакомств и других форм общения одиноких граждан различных возрастных групп.

Упростить процедуру усыновления детей гражданами Казахстана и решить проблемные вопросы международного усыновления.

Развивать механизмы усиления социальной поддержки семьи, в том числе предоставление льгот родителям-одиночкам, семьям, имеющим несовершеннолетних детей, в том числе многодетным семьям.

Предусмотреть возможность стимулирования работодателей, поощряющих равное распределение семейных обязанностей и создающих для работающих матерей условия, облегчающие грудное вскармливание.

Рассмотреть возможность введения в учебные курсы для школ и вузов раздела "Гендерное равенство в семье".

Трансформировать представление о воспитательной функции как исключительно женской. Поднять авторитет отца. Создать условия, чтобы материнство не было препятствием карьерному росту и личной самореализации женщин.

Изменить оценку домашнего труда, выявлять его социальные и экономические функции.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Соответствие национального законодательства международным требованиям.
2. Количество специализированных институтов социального обеспечения семьи и детей, центров психолого-педагогической помощи семьям по выходу из кризисных ситуаций и социально-психологической адаптации к новым условиям.
3. Количество дошкольных учреждений и медицинских учреждений.
4. Количество зарегистрированных разводов.
5. Количество неполных семей.
6. Количества получателей и размер детских пособий.
7. Наличие специальных радио-, телевизионных программ, а также рубрик в периодической печати.

РАЗДЕЛ 8. РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ

ЦЕЛЬ

Формировать а общественном сознании необходимость социального равенства мужчин и женщин во всех сферах общественной жизни.

Радикально трансформировать общественное сознание, искоренять гендерные стереотипы, связанные с идеей превосходства и доминирования одного пола над другим. Сформировать новые модели гендерного самосознания и типов поведения, основанные на принципе гендерного равенства прав и возможностей, с учетом особенностей жизненной практики мужчин и женщин.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В процессе демократизации казахстанского общества особая роль отводится средствам массовой информации как наиболее чувствительному индикатору состояния общества.

Активно обсуждается тема гендерного равенства в программах государственного и негосударственного телевидения.

Женская тематика - одна из наиболее популярных и многочисленных на страницах республиканских и региональных СМИ. Немало уделяется внимания участию женщин в неправительственном секторе, причем выделяются прежде всего женские НПО.

Издаются специализированные журналы по проблемам материнства, значению института семьи и роли матери в нравственном воспитании подрастающего поколения.

В 2004 году освещение гендерной политики государства было включено отдельной строкой в тематический перечень государственного заказа.

Все действующие СМИ независимо от формы собственности имеют доступ к получению государственного заказа путем участия в открытых конкурсах. В 2004 году заказы получили 33 газеты, 26 журналов, 1 информационное агентство республиканского уровня и 36 центральных и региональных телерадиокомпаний. При этом 80 % газет, журналов, радио- и телеканалов являются негосударственными.

Принят Закон Республики Казахстан "О государственном социальном заказе", призванный установить казахстанскую модель взаимодействия государства с неправительственными организациями. Он обеспечит правовую основу для широкого участия неправительственных организаций в решении социально значимых проектов за счет средств государственного бюджета, позволит повысить качество и объем социальных услуг, предоставляемых населению.

Проводится работа по подготовке "гендерночувствительных журналистов". За последние 2 года по инициативе Национальной комиссии по делам семьи и женщин при Президенте Республики Казахстан совместно с Бюро ООН "Гендер и развитие" обучено около 150 журналистов электронных и печатных средств массовой информации.

Задачей государства и правозащитных организаций являются поддержка и осуществление программ для молодежи о роли и статусе мужчин и женщин на основе гендерного равенства. В то же время во многих передачах, художественных и даже в мультипликационных фильмах содержатся элементы пропаганды насилия. На телевидении все еще пропагандируются гендерные стереотипы, допускаются неуважительное отношение к женщине, порнографические импликации.

Стереотипное изображение женщины и гендерных ролей особенно характерно для рекламной и коммерческой информации.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Средства массовой информации имеют большие возможности воздействия на общество, широкую аудиторию, получения быстрого эффекта в вопросах освещения равенства мужчин и женщин.

Демократизация общественных отношений, либерализация в сфере СМИ за годы независимости Казахстана способствуют увеличению количества материалов, касающихся проблем гендерного неравенства.

Активизация женского движения, возросший политический потенциал женщин, эффективная деятельность женских НПО, формирование феномена женского предпринимательства.

Ориентация в сторону увеличения числа женщин в составе руководителей СМИ окажет позитивное влияние на решение проблем, касающихся семьи, женщин и детей. Постановка указанной проблемы в средствах массовой информации, освещение работы женщин-руководителей, лоббирование интересов женщин в различных органах власти - эти и другие меры могут способствовать продвижению женщин на руководящие посты.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ

Недостаточно проводится просветительская работа по изменению менталитета общества.

Мало информационных кампаний по проблемам борьбы с дискриминацией в отношении мужчин и женщин.

Нет целевых программ по разъяснению гендерной политики государства.

Журналисты недостаточно подготовлены в вопросах освещения гендерного равенства.

СМИ пока не стали активными партнерами в решении гендерных проблем

ВОЗМОЖНОСТИ

Масштабное правовое и гендерное просвещение населения.

Государственный социальный заказ на освещение гендерной проблематики позволит значительно увеличить количество различных программ по этому вопросу.

Обучение журналистов будет способствовать более полному освещению гендерных вопросов в СМИ.

УГРОЗЫ

Недостаточное освещение гендерной политики государства в СМИ в определенной степени может снизить эффективность принимаемых мер.

Продолжение трансляции гендерных стереотипов может стать серьезным тормозом в реализации демократических преобразований в стране.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Преодоление гендерных стереотипов и создание новой системы гендерных идеалов и установок, ориентированных на идеологию равных прав и возможностей. При этом гендерное равенство должно трактоваться с учетом гендерных различий, уникальности женского и мужского типов поведения.

Обеспечение свободы слова в контексте соблюдения принципа равноправия женщин и мужчин.

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИИ

Проводить национальную гендерную политику по повышению гендерночувствительного общественного сознания. Использовать в этих целях такие имеющиеся мощные механизмы, как образование, культура, средства массовой информации.

Проводить широкомасштабные информационные, просветительские кампании, направленные на повышение гендерной культуры общества, формирование позитивного отношения к равному представительству мужчин и женщин в органах государственной власти и управления.

Обеспечить сотрудничество государственных органов и СМИ в вопросах достижения социального равенства мужчин и женщин.

Широко освещать в средствах массовой информации вопросы реализации положений Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Национального плана действий по улучшению положения женщин в Республике Казахстан, международных документов по правам человека.

Активно формировать в общественном сознании цивилизованный образ современной женщины, женщины-лидера как полноправного и активного участника всех политических, социальных процессов, освещать роль женщин в политической жизни страны.

Обеспечить поддержку средств массовой информации в части пропаганды гендерного равенства.

Принять меры по повышению гендерной чувствительности СМИ. Ввести в профессиональную подготовку будущих журналистов гендерное образование, проводить просветительскую работу среди производителей информации - издателей, редакторов, журналистов.

Оказать содействие в равноправном участии мужчин и женщин в деятельности средств массовой информации, обеспечении их равного представительства при назначении в управленческие и контрольные органы как государственных, так и негосударственных СМИ.

ИНДИКАТОРЫ:

1. Наличие программ в средствах массовой информации, направленных на реализацию гендерной политики государства.
2. Количество социально значимых проектов по вопросам равенства прав и возможностей мужчин и женщин за счет социального заказа.
3. Наличие программ по правовому и гендерному просвещению населения.
4. Соотношение женщин и мужчин в СМИ на руководящем уровне.
5. Число обученных журналистов по освещению гендерных вопросов.

РАЗДЕЛ 9. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ

1. Общая политика государства будет ориентирована на выполнение целей развития тысячелетия, в том числе достижения гендерного равенства в стране.
2. Произойдет постепенная трансформация общественного сознания в сторону смены гендерной парадигмы - от доминирования одного пола к партнерству и сотрудничеству обоих полов. "Гендерночувствительными" станут государственные служащие, депутаты и руководители всех уровней, все те, кто находится на уровне принятия решений.
3. Женщины будут на равных участвовать во всех процессах социального развития, реализуя свой личностный, человеческий потенциал. Они на равных войдут в общественные сферы, а мужчины - в private сферы семьи, домашнего труда и воспитания детей.
4. Все это будет способствовать дальнейшему совершенствованию гражданского общества и формированию "паритетной демократии" в стране.

ПО ДОСТИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКОЙ СФЕРЕ:

1. В казахстанское законодательство будет введена норма об обязательной гендерной экспертизе всех действующих и разрабатываемых нормативных правовых актов, государственных программ, социально значимых планов и проектов, отраслевых стратегий и концепций с целью снижения социальных рисков и возможного ущерба, связанного с пренебрежением гендерной спецификой.
2. Предполагается сформировать институты обеспечения гендерного равенства, продолжится работа по обеспечению правовых механизмов защиты прав женщин.
3. Увеличится число женщин до 30 %-ного представительства на уровне принятия решений, рекомендуемого Пекинской платформой действий, в том числе в Правительстве, Парламенте, акиматах, маслихатах и судебных органах.
4. На качественно новый уровень поднимется благодаря увеличению объемов выделяемых средств на социально значимые проекты сотрудничество государственных органов с общественными объединениями и НПО, работающими в области защиты прав и интересов семьи, женщин и детей.

ПО ДОСТИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ЭКОНОМИКЕ:

1. Женщины будут иметь равный с мужчинами доступ к земельным, материальным, финансовым и др. ресурсам. Повысится конкурентоспособность женщин на рынке труда.

Увеличится число женщин в предпринимательстве, в т.ч. в малом и среднем бизнесе. Увеличится число предприятий, принадлежащих женщинам.

2. Будут разработаны механизмы развития отраслей экономики (легкой, швейной, пищевой и других), где традиционно трудятся женщины.
3. Женщины будут иметь широкий доступ к информации, образованию, профессиональной подготовке, консультативной помощи. Для них будут созданы специальные центры экономического образования, кредитные линии и фонды.
4. Увеличится количество государственных и частных детских дошкольных учреждений в целях повышения трудовой активности родителей. Будут приняты меры по поддержке женщин и мужчин, занимающихся уходом за детьми и их воспитанием. Будут разработаны механизмы привлечения мужчин к уходу за детьми.
5. Будут законодательно закреплены права женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком, на непрерывные обязательные пенсионные накопления.

ПО ГЕНДЕРНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ:

1. Будет развиваться система гендерного образования и просвещения населения, начиная с детского возраста.
2. Будут созданы условия для обучения девушек и женщин техническим специальностям с тем, чтобы они могли работать в приоритетных отраслях экономики Казахстана (нефтегазовая промышленность, машиностроение, строительство, транспорт).
3. Будет проводиться обучение политиков, лидеров общественного движения, представителей профсоюзов, журналистов с целью повышения их гендерного сознания и гендерной чувствительности.

ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ:

1. Сохранение репродуктивного здоровья мужчин и женщин, охрана материнства и детства станут приоритетом в деятельности государственных органов и неправительственных организаций, занимающихся этими вопросами. Получат развитие механизмы общественного здравоохранения по улучшению здоровья населения.
2. Значительно снизится заболеваемость анемией, йододефицитными расстройствами, раком молочной железы и др. заболеваниями, оказывающими влияние на репродуктивное здоровье населения.
3. Будут приняты меры по обеспечению мужчин и женщин современными средствами контрацепции, снизится количество абортов.
4. Повысится ответственность мужчин за сохранение своего здоровья, будут приняты меры по снижению травматизма и смертности от несчастных случаев на производстве.
5. Повысится индекс здоровья женщин благодаря реализации специальных программ по сохранению их репродуктивного здоровья.
6. Будут укрепляться здоровье детей и молодежи, приняты меры, направленные на борьбу с курением, наркоманией и алкоголизмом, широкое развитие получат физическая культура и спорт, организация досуга молодежи.

ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ НАСИЛИЯ:

1. Будут укреплены структурные подразделения МВД, занимающиеся предупреждением и пресечением насилия, в том числе торговли людьми.
2. Будут ратифицированы Конвенция ООН против транснациональной организованной преступности и протоколы к ней.
3. Будут приняты законодательные меры по защите прав жертв торговли людьми, в том числе дающих свидетельские показания против лиц, подозреваемых в торговле людьми, на судебных процессах.
4. Будет рассмотрен вопрос о создании национального координационного центра по борьбе с нелегальным вывозом людей (в т.ч. женщин и детей).
5. Во всех районах и городах Казахстана будут действовать кризисные центры, в том числе за счет средств местных бюджетов и государственных грантов на социально значимые проекты.
6. Дети и молодежь будут обучаться ненасильственному поведению.
7. В результате этой работы постоянно будут создаваться условия для достойной жизни человека без насилия.

ПО ДОСТИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В СЕМЬЕ:

1. Будет происходить постепенный переход от патриархальной семьи, где отец-кормилец и добытчик, мать-хозяйка и хранительница семейного очага, к эгалитарным моделям семьи, основанным на принципах гендерного равенства.
2. Мужчины и женщины будут иметь возможность совмещать оплачиваемую работу с воспитанием детей. Повысится качество жизни семей, будут созданы условия для реализации экономической, воспроизводительной и культурно-психологической функций семьи.
3. Будут упрощены процедуры усыновления детей гражданами Казахстана и решены проблемные вопросы международного усыновления.
4. Будут проводиться исследования о положении семьи в Казахстане с определением перспектив и направлений развития института семьи и брака с учетом национальных традиций и менталитета народа. Будет разработана комплексная программа повышения статуса семьи в Казахстане.
5. Возрастет число эгалитарных семей.

ПО ИНФОРМАЦИОННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА:

1. Национальная гендерная политика будет сориентирована на трансформацию общественного сознания под знаком гендерного равенства.
2. Будет продолжена практика проведения широкомасштабных информационных, просветительских кампаний, направленных на повышение гендерной культуры общества.
3. В общественном сознании будет активно формироваться цивилизованный образ современной женщины, женщины-лидера как полноправного и активного участника всех политических и социальных процессов в стране. Постоянно будет освещаться роль женщин в политической жизни общества.

4. СМИ, сферы образования и культуры постепенно сократят до минимума число программ, несущих идеологию гендерного неравенства, и будут работать в направлении гендерного паритета и сотрудничества.
5. Все это будет способствовать изменению общественного сознания в сторону социального равенства мужчин и женщин во всех сферах жизни и деятельности.