



SUOMI
FINLAND



ОБУЧАЮЩИЙ КУРС «ИНКЛЮЗИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Инклюзивное управление рисками чрезвычайных ситуаций

Обучающий курс «Инклюзивное управление рисками чрезвычайных ситуаций» разработано по инициативе Министерства чрезвычайных ситуаций КР при поддержке проекта ПРООН и Министерство иностранных дел Финляндии “Усиление прав человека и равного доступа к правосудию в КР”.

Мнения, выраженные в этом материале, необязательно отражают точку зрения Организации Объединенных Наций, Программы развития Организации Объединенных Наций, ее программ/проектов или правительств. Употребляемые обозначения не означают выражения какого-либо мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории или района, или их границ.

Аннотация

Данный обучающий курс разработан для сотрудников Министерства чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики — спасателей, оперативных дежурных, руководителей подразделений и специалистов, участвующих в реагировании на чрезвычайные ситуации.

Обучающий курс способствует развитию навыков идентификации людей с инвалидностью в полевых условиях, организации доступной коммуникации и эвакуации, применения стандартов инклюзивного размещения пострадавших, а также предотвращения гендерно обусловленного насилия в условиях ЧС. Участники получают практические инструменты для обеспечения равного доступа всех категорий населения к защите и помощи при чрезвычайных ситуациях. Курс состоит из трёх модулей.

Бишкек, 2026

Модуль 1. Введение в инклюзивное реагирование на чрезвычайные ситуации	4
Введение	4
Цели, задачи и объем курса	7
1.1 Международные стандарты и обязательства	7
1.2 Национальная правовая база Кыргызстана	11
1.3 Инклюзия людей с инвалидностью в системе управления чрезвычайными ситуациями	14
1.4 Гендерные аспекты и уязвимые группы	21
Заключение	28
Проверочный тест	29
Модуль 2. Практика инклюзивного реагирования	35
2.1 Инклюзивное планирование и подготовка к ЧС	35
2.2 Быстрая идентификация людей с инвалидностью	42
2.3 Доступная эвакуация и спасательные операции	45
2.4 Доступная инфраструктура временных убежищ	56
Заключение	62
Проверочный тест	63
Модуль 3. Координация, международная практика и системные изменения реагирования на ЧС	69
3.1 Инклюзивная гуманитарная координация	69
3.2 Международная практика и укрепление потенциала МЧС КР	74
3.3 Оценка эффективности и системные изменения	77
Заключение	79
Проверочный тест	80
Глоссарий ключевых терминов	85
Использованные источники	87
Дополнительные материалы	91
Список сокращений	92

Модуль 1. Введение в инклюзивное реагирование на чрезвычайные ситуации

Введение



Актуальность инклюзивного реагирования на чрезвычайные ситуации

Чрезвычайные ситуации — землетрясения, наводнения, оползни, техногенные аварии — не затрагивают всех людей одинаково. Мировые данные убедительно свидетельствуют — люди с инвалидностью погибают и получают травмы в ходе бедствий непропорционально чаще, чем люди без инвалидности. По оценкам ООН, люди с инвалидностью составляют около 15% населения планеты, однако среди жертв бедствий их доля значительно выше. Исследования Сендайской рамочной программы по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы фиксируют, что именно люди с инвалидностью, пожилые и другие уязвимые группы несут наибольшие потери как в периоды острого кризиса, так и в ходе длительного восстановления.

Причина — не сама инвалидность, а барьеры, которые возникают при взаимодействии человека с недоступной средой, неприспособленными системами оповещения, необученным персоналом и планами эвакуации, не

учитывающими особые потребности. Именно устранение этих барьеров — ключевая задача инклюзивного реагирования.

Международное сообщество признало эту проблему на самом высоком уровне. Конвенция ООН о правах лиц с инвалидностью (КПЛИ) прямо обязывает государства-участников «принимать все необходимые меры для обеспечения защиты и безопасности лиц с инвалидностью в ситуациях риска, включая вооружённые конфликты, гуманитарные кризисы и стихийные бедствия». Сендайская рамочная программа в Приоритете 4 особо подчёркивает необходимость включения людей с инвалидностью в планы готовности, реагирования и восстановления. Руководящие принципы Международного комитета Красного Креста, стандарты Sphere и Руководство Межведомственного постоянного комитета ООН по гуманитарным вопросам 2019 года — все они формируют единый вывод — инклюзивное реагирование на ЧС является не добровольной практикой доброй воли, а международным правовым обязательством.

Контекст Кыргызской Республики

Кыргызская Республика — горная страна с высоким уровнем природных рисков. Более 50% территории страны находится в зонах высокой сейсмической активности. Регулярно происходят паводки, оползни, сели, снежные лавины. По данным Национального статистического комитета КР, по состоянию на 2024 год в республике проживают более 218 тысяч людей с инвалидностью, из которых свыше 37 тысяч — дети. Это около 3% населения страны. При этом, если учитывать пожилых граждан, беременных женщин, людей с временными ограничениями мобильности и детей до 12 лет, число людей, испытывающих трудности с доступностью среды, превышает 40% населения Кыргызстана.

В 2019 году Кыргызская Республика ратифицировала КПЛИ, взяв на себя обязательства по обеспечению равного осуществления всех прав человека людьми с инвалидностью, включая право на безопасность в ситуациях риска. В 2023 году принята Государственная программа «Доступная страна» на 2023–2030 годы, которая определяет конкретные меры по устранению физических, информационных и коммуникативных барьеров для маломобильных групп населения.

Закон КР «О Гражданской защите» (№54 от 24 мая 2018 года) закрепляет, что защите от чрезвычайных ситуаций подлежат все граждане КР без исключения, а безопасность в ЧС должна обеспечиваться «с учётом гендерных и демографических потребностей». Это означает, что учёт потребностей людей с инвалидностью — не дополнительная нагрузка на систему МЧС, а прямое требование национального законодательства.

Вместе с тем на практике существующие планы эвакуации, пункты временного размещения и системы оповещения в КР пока недостаточно адаптированы к потребностям людей с нарушениями мобильности, зрения, слуха и интеллектуальной инвалидностью. Восполнить этот разрыв между правовыми обязательствами и реальной практикой реагирования — одна из задач настоящего курса.

Роль сотрудников МЧС в защите людей с инвалидностью

Сотрудники Министерства чрезвычайных ситуаций — спасатели, оперативные дежурные, начальники смен и руководители подразделений — находятся на переднем крае защиты населения. Именно они первыми входят в зону ЧС, принимают решения об эвакуации, организуют пункты временного размещения и взаимодействуют с пострадавшими. От их подготовки, знаний и действий напрямую зависит, получат ли люди с инвалидностью необходимую помощь вовремя или окажутся за пределами системы защиты.

Инклюзивное реагирование — это прежде всего профессиональная компетенция. Спасатель, умеющий быстро идентифицировать человека с нарушением мобильности в толпе и применить правильный алгоритм эвакуации, спасает жизнь. Оперативный дежурный, знающий принципы доступной коммуникации, обеспечивает своевременное оповещение людей с нарушениями слуха. Руководитель, включивший в план реагирования карту мест проживания людей с инвалидностью, сокращает время реагирования в критической ситуации.

Кроме того, сотрудники МЧС обязаны учитывать гендерное измерение инвалидности, поскольку женщины и девочки с инвалидностью в условиях ЧС подвергаются повышенному риску насилия и эксплуатации. Знание этих рисков и умение предотвращать их — неотъемлемая часть профессионального реагирования.

Настоящий курс разработан для того, чтобы сформировать у сотрудников МЧС КР конкретные знания, практические навыки и инструменты для инклюзивного реагирования. Курс строится на международных стандартах — КПЛИ, Сендайской рамочной программе, Руководстве IASC по включению людей с инвалидностью в гуманитарные действия, стандартах Sphere — и адаптирован к реалиям Кыргызской Республики: её законодательству, географии рисков и структуре системы гражданской защиты.

Цели, задачи и объем курса

Цель курса — подготовить сотрудников МЧС Кыргызской Республики к профессиональным действиям в интересах людей с инвалидностью при чрезвычайных ситуациях — чтобы спасатели умели своевременно выявлять человека с инвалидностью, безопасно эвакуировать его и обеспечить достойные условия размещения — в соответствии с международными стандартами и национальным законодательством.

Задачи курса: сформировать понимание инвалидности как социального явления и профессиональную установку на инклюзию; ознакомить с правовой базой и международными стандартами, обязывающими МЧС учитывать потребности людей с инвалидностью; развить практические навыки выявления, эвакуации и размещения людей с различными видами инвалидности; научить применять гендерно чувствительный подход и обеспечивать защиту уязвимых групп в условиях ЧС; показать, как выстраивать межведомственное взаимодействие и внедрять инклюзивные практики на системном уровне.

Объём курса. Курс включает входной тест для оценки исходного уровня знаний, три тематических модуля и итоговый тест. В конце каждого модуля предусмотрен проверочный тест из 10 вопросов для закрепления материала.

1.1 Международные стандарты и обязательства

Конвенция ООН о правах лиц с инвалидностью (КПЛИ)

КПЛИ была принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года и вступила в силу в 2008 году. По состоянию на 2025 год её ратифицировали 190 государств, в том числе Кыргызская Республика — в 2019 году. КПЛИ — первый международный договор в области прав человека, специально посвящённый правам людей с инвалидностью.

КПЛИ основана на восьми общих принципах (ст. 3): уважение достоинства, автономии и независимости; недискриминация; полное и эффективное участие в жизни общества; уважение различий; равенство возможностей; доступность; равенство мужчин и женщин; уважение к детям с инвалидностью.

Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий 2015–2030

Сендайская рамочная программа была принята на Третьей Всемирной конференции ООН по снижению риска бедствий в марте 2015 года в Сендае (Япония). Это добровольное соглашение, которое определяет глобальную стратегию снижения риска бедствий на период 2015–2030 годов. Кыргызская Республика присоединилась к Сендайской программе и обязалась реализовывать её принципы, в том числе через систему МЧС.

Программа содержит **семь глобальных целей** на период до 2030 года, включая значительное снижение смертности от бедствий, сокращение числа пострадавших, снижение экономических потерь, сокращение ущерба инфраструктуре и увеличение числа стран с национальными стратегиями снижения риска бедствий.

Четыре приоритетных направления Сендайской программы: понимание риска бедствий; укрепление систем управления риском бедствий; инвестиции в деятельность по снижению риска бедствий для достижения устойчивости; повышение готовности к бедствиям в целях эффективного реагирования, а также восстановление, реабилитация и реконструкция по принципу «лучше, чем было».

Сендайская программа впервые на уровне глобального соглашения по снижению риска бедствий прямо упоминает людей с инвалидностью как ключевых участников процессов снижения риска, а не только как уязвимую группу. Это означает: люди с инвалидностью должны участвовать в разработке планов, а не только быть их объектами.

Руководство IASC по включению людей с инвалидностью в гуманитарные действия (2019)

Руководство Межведомственного постоянного комитета ООН по гуманитарным вопросам (IASC) по включению людей с инвалидностью в гуманитарные действия, принятое в 2019 году, является ключевым

операционным документом для всех гуманитарных организаций и государственных структур, участвующих в реагировании на ЧС.

Двойной подход (twin-track approach) — центральная концепция Руководства IASC:

Первый трек — мейнстриминг (mainstreaming) означает систематическое включение вопросов инвалидности во все программы и секторы гуманитарного реагирования: продовольственная помощь, здравоохранение, вода и санитария (WASH — Water, Sanitation and Hygiene / водоснабжение, санитария и гигиена), жильё, образование, защита. Каждая программа должна быть доступной для людей с инвалидностью по умолчанию.

Второй трек — специфические меры предполагает разработку целевых программ для людей с инвалидностью, когда мейнстриминга недостаточно: специализированная реабилитационная помощь, ассистивные технологии, специализированная поддержка при гендерно обусловленном насилии для женщин с инвалидностью.

Руководство IASC также устанавливает стандарты для **сбора и управления данными**: все данные о пострадавших должны быть дезагрегированы по полу, возрасту и инвалидности (SADD - sex, age, disability disaggregation). Именно для этого рекомендуется использовать вопросы Вашингтонской группы.

Руководство предусматривает ответственность за включение людей с инвалидностью не только на уровне специализированных программ, но и на уровне координационных механизмов — кластерного подхода, гуманитарных координационных команд.

Стандарты Sphere и Основной стандарт гуманитарной деятельности

Справочник Sphere (Sphere Handbook, 2018) — международная гуманитарная инициатива, основанная в 1997 году коалицией НКО и Международным движением Красного Креста с целью охвата всех ключевых секторов гуманитарной помощи единым стандартом. Он устанавливает минимальные стандарты гуманитарного реагирования в четырёх ключевых областях: продовольственная безопасность и питание, вода, санитария и гигиена (WASH), убежища и поселения, здоровье. Sphere Handbook не является юридически обязывающим документом, однако представляет собой

отраслевой стандарт де-факто, который применяется всеми ведущими гуманитарными организациями.

Основной стандарт гуманитарной деятельности (ОСГ; англ. CHS — Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability) определяет девять обязательств гуманитарных организаций перед пострадавшим населением. Ключевые из них для инклюзии: пострадавшие получают помощь, соответствующую их потребностям (обязательство 1); их жалобы рассматриваются (обязательство 5); персонал обладает необходимой компетентностью (обязательство 8). ОСГ формирует культуру подотчётности, при которой работа с людьми с инвалидностью — не опция, а профессиональный стандарт.

Как международные стандарты связаны между собой: системный взгляд

Для сотрудника МЧС важно понимать, что КПЛИ, Сендайская рамочная программа, Руководство IASC 2019, стандарты Sphere и ОСГ — это не конкурирующие системы, а взаимодополняющие уровни одного обязательства.

КПЛИ устанавливает правовую основу: это юридически обязывающий договор, определяющий права людей с инвалидностью. Статья 11 КПЛИ — прямое обязательство государства в области ЧС.

Сендайская рамочная программа переводит правовые обязательства в систему управления рисками: как государство должно снижать риски, готовиться и реагировать. Инклюзия — один из принципов этой системы.

Руководство IASC 2019 предоставляет операционный инструментарий: как конкретно включить инвалидность в гуманитарное реагирование на уровне секторов и координационных механизмов.

Стандарты Sphere определяют минимальные количественные показатели, которые позволяют оценить, достаточны ли условия размещения, воды, санитарии с точки зрения человеческого достоинства.

ОСГ обеспечивает подотчётность: механизм, по которому пострадавшие могут оценить качество помощи и подать жалобу.

На уровне работы МЧС КР это означает, что планы реагирования должны соответствовать всем пяти уровням. Проверка по чек-листам в дополнительных материалах учитывает каждый из них.

1.2 Национальная правовая база Кыргызстана

Закон КР «О гражданской защите» (№54 от 24 мая 2018 года)

Закон КР «О Гражданской защите» (№54 от 24 мая 2018 года) регулирует правоотношения в области гражданской защиты населения и территории Кыргызской Республики в чрезвычайных ситуациях в мирное и военное время. Это основной нормативный акт, определяющий функции и полномочия МЧС КР.

Ключевые положения, значимые для инклюзивного реагирования:

Статья 1 (часть 2): «Защите от чрезвычайных ситуаций подлежат все граждане Кыргызской Республики, иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Кыргызской Республики независимо от времени пребывания». Слово «все» означает, что никакие категории граждан — в том числе люди с инвалидностью — не могут быть исключены из системы защиты.

Статья 2 (п. 10): определение безопасности в чрезвычайных ситуациях включает обеспечение «первоочередного жизнеобеспечения населения **с учётом гендерных и демографических потребностей**». Это прямое законодательное требование учитывать особые потребности различных групп населения, включая людей с инвалидностью.

Статья 2 (п. 9): первоочередное жизнеобеспечение населения включает своевременное удовлетворение потребностей в воде, продуктах питания, предметах первой необходимости, **медицинских услугах**, коммунально-бытовых услугах, жилье, транспортном и информационном обеспечении. Для людей с инвалидностью эти потребности имеют специфику (специализированное питание при определённых заболеваниях, ассистивные технологии, лекарственные препараты).

Статья 2 (п. 11): предупреждение ЧС определяется как «комплекс заблаговременно проводимых мероприятий». Это означает: картирование уязвимых групп, включая людей с инвалидностью, должно быть частью предупредительных мероприятий — до наступления ЧС, а не после.

Закон устанавливает систему Гражданской защиты КР, включающую органы управления, силы и средства государственных органов, органов местного самоуправления и общественных организаций. МЧС КР является уполномоченным государственным органом в области Гражданской защиты.

Закон КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» (№191 от 8 августа 2025 года)

Закон КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» (№191 от 8 августа 2025 года) является базовым национальным законом, конкретизирующим обязательства страны по КПЛИ.

Определение инвалидности (ст. 1, п. 7): «инвалидность — состояние, возникающее вследствие стойких физических, психических, интеллектуальных или сенсорных нарушений, которые при взаимодействии с различными барьерами в окружающей среде препятствуют полному и равному участию лица в жизни общества». Это определение закрепляет в национальном праве подход, основанный не на диагнозе, а на взаимодействии нарушений здоровья с барьерами окружающей среды (подробнее о медицинской и социальной моделях инвалидности — в разделе 1.3).

Разумное приспособление (ст. 1, п. 16): «необходимые, подходящие модификации и коррективы, не становящиеся несоразмерным или неоправданным бременем и вносимые, когда это нужно в конкретном случае, в целях обеспечения людям с инвалидностью реализации или осуществления прав и свобод наравне с другими людьми». Для МЧС это означает: адаптация процедур эвакуации, коммуникации и размещения к потребностям конкретного человека с инвалидностью — это не «дополнительная услуга», а правовая обязанность. Отказ от разумного приспособления равнозначен дискриминации.

Универсальный дизайн (ст. 1, п. 25): «дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к пользованию для всех людей без необходимости адаптации». Применительно к ЧС: пункты временного размещения, пути эвакуации, системы оповещения должны проектироваться с учётом универсального дизайна изначально, а не переоборудоваться постфактум.

Организации людей с инвалидностью (ст. 1, п. 14): закон даёт чёткое определение ОЛСИ — некоммерческая организация, которой руководит человек с инвалидностью, или не менее 51% учредителей/сотрудников которой составляют люди с инвалидностью, или основной целью которой является защита прав людей с инвалидностью. МЧС обязано взаимодействовать с ОЛСИ при планировании и проведении мероприятий гражданской защиты.

Дискриминация по признаку инвалидности (ст. 1, п. 5): «любое различие, исключение, изоляция или ограничение по причине инвалидности». Применительно к ЧС: непредоставление доступной информации об эвакуации, размещение в недоступном пункте, отказ в транспортировке — всё это может быть квалифицировано как дискриминация.

Государственная программа «Доступная страна» для лиц с инвалидностью и других маломобильных групп населения в КР на 2023–2030 годы

Программа «Доступная страна» утверждена постановлением Кабинета Министров КР от 10 февраля 2023 года №69 и является ключевым стратегическим документом, определяющим цели и задачи государства в области обеспечения доступной среды на период до 2030 года.

Программа охватывает несколько направлений, имеющих непосредственное значение для МЧС:

Физическая доступность: устранение барьеров в объектах инфраструктуры, обеспечение доступности транспорта, в том числе для целей эвакуации. Программа предусматривает поэтапное оборудование объектов пандусами, поручнями, тактильными указателями.

Информационная доступность: обеспечение доступности информации для всех категорий людей с инвалидностью, в том числе экстренной информации. Для МЧС это означает необходимость разработки доступных форматов оповещения и информирования при ЧС.

Доступность экстренных служб: прямо указывается в контексте реализации норм КПЛИ (ст. 9). Экстренные службы — включая МЧС — должны обеспечивать доступность своих услуг для людей с инвалидностью.

Дополнительное законодательство в области гендерного равенства и защиты от насилия

Закон КР «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин» (№184 от 4 августа 2008 года)

устанавливает принцип равных прав и возможностей независимо от пола во всех сферах жизни, включая деятельность государственных органов. Для МЧС это означает необходимость учёта гендерных потребностей при планировании и проведении мероприятий гражданской защиты: отдельные санитарные зоны, обеспечение безопасности женщин в пунктах временного размещения, гендерно чувствительный подход при распределении помощи.

Закон КР «Об охране и защите от семейного насилия» (№63 от 27 апреля 2017 года) устанавливает правовую основу для предотвращения и реагирования на семейное насилие. В условиях ЧС риск семейного насилия существенно возрастает, особенно в переполненных пунктах временного размещения, при нарушении привычного уклада жизни и утрате имущества. Сотрудники МЧС должны знать признаки насилия и порядок направления пострадавших к специализированным службам.

1.3 Инклюзия людей с инвалидностью в системе управления чрезвычайными ситуациями

Современная модель инвалидности: от медицинской к социальной

На протяжении большей части XX века в обществе и в государственных системах, включая системы гражданской защиты, господствовала **медицинская модель инвалидности**. Согласно ей, инвалидность — это болезнь, дефект, отклонение от нормы, присущее конкретному человеку. Человек с нарушением зрения не может самостоятельно эвакуироваться — «виновато» его зрение. Человек на кресле-коляске не может войти в пункт временного размещения — «виновата» его ограниченная мобильность. Решение, согласно медицинской модели, — лечение, реабилитация, помещение в специализированное учреждение. В системе гражданской защиты это приводило к тому, что люди с инвалидностью рассматривались как «пассивные объекты помощи», которых кто-то должен вынести, вывезти, разместить. Их мнение не учитывалось при планировании. Их потребности фиксировались лишь постфактум.

Социальная модель инвалидности, разработанная в 1960–1970-х годах и закреплённая в КПЛИ (преамбула, ст. 1), исходит из принципиально иной логики. Инвалидность — это не характеристика человека, а результат взаимодействия между функциональными нарушениями человека и барьерами среды, которые создаёт общество. Именно барьеры — физические, информационные, коммуникативные, операционные — превращают нарушение здоровья в ограничение жизнедеятельности.

Эта формулировка совпадает с определением из Закона КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» (№191 от 8 августа 2025 года), рассмотренного в разделе 1.2: **«инвалидность — состояние, возникающее вследствие стойких физических, психических, интеллектуальных или сенсорных нарушений, которые при взаимодействии с различными барьерами в окружающей среде препятствуют полному и равному участию лица в жизни общества».**

Для сотрудника МЧС это означает: если устранить барьер — человек с инвалидностью получает возможность действовать. Если пандус установлен — человек на коляске въезжает в убежище самостоятельно. Если система оповещения дублируется визуальными сигналами — человек с нарушением слуха получает информацию вовремя. Если спасатель знает простые приёмы сопровождения — человек с нарушением зрения эвакуируется безопасно. Инклюзивное реагирование — это работа с барьерами, а не с диагнозами.

Государственная программа «Доступная страна» 2023–2030 прямо указывает четыре типа барьеров, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью: **архитектурные (физические)** — пороги, ступени, узкие двери; **информационные** — недоступные системы навигации, отсутствие альтернативных форматов; **коммуникативные** — стереотипы, незнание этики общения; **операционные** — неудобные процедуры, необученный персонал. Все четыре типа барьеров прямо влияют на эффективность реагирования МЧС.

Наряду с медицинской и социальной моделями важно также понимать **биопсихосоциальный подход**, закреплённый в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ (МКФ). МКФ рассматривает функционирование человека как результат взаимодействия трёх составляющих: нарушений здоровья (структур и функций организма), активности (выполнения конкретных действий) и

участия (включённости в социальную жизнь) — с учётом контекстуальных факторов среды и индивидуальных характеристик. Именно на МКФ основаны вопросы Вашингтонской группы, применяемые в разделе 2.2 настоящего курса.

Основные категории инвалидности

Для практической работы сотрудников МЧС важно различать основные категории функциональных нарушений, поскольку алгоритмы эвакуации, коммуникации и размещения существенно различаются в зависимости от типа инвалидности.

Нарушения мобильности — включают ограничения возможности ходить, подниматься по лестницам, сохранять равновесие. Люди с нарушениями мобильности используют кресла-коляски, костыли, трости, ходунки или передвигаются с посторонней помощью. В условиях ЧС они испытывают критические трудности при эвакуации по лестницам, через завалы, по неровной поверхности. Согласно данным «Доступной страны», это одна из наиболее распространённых форм инвалидности в КР. Важно учитывать: часть людей с нарушениями мобильности передвигается самостоятельно на небольшие расстояния, но нуждается в помощи на длинных маршрутах или при преодолении препятствий.

Нарушения зрения — включают слепоту и слабовидение. Люди с нарушениями зрения могут ориентироваться в знакомой среде, но в условиях ЧС — задымления, разрушений, изменения привычной обстановки — теряют привычные ориентиры. Они не видят визуальных сигналов оповещения, указателей эвакуации, надписей. При правильном сопровождении (ведение за локоть) они способны перемещаться достаточно быстро.

Нарушения слуха — включают глухоту и тугоухость. Люди с нарушениями слуха не воспринимают звуковые сигналы тревоги, устные команды и инструкции. Ключевая проблема в ЧС — своевременное получение информации об угрозе. Часть людей с нарушениями слуха использует жестовый язык; другие общаются в режиме чтения по губам или письменно.

Интеллектуальная и когнитивная инвалидность — включают лёгкую, умеренную и тяжёлую степени умственной отсталости, а также приобретённые когнитивные нарушения (последствия травм головного мозга, деменция). Люди с интеллектуальной инвалидностью могут испытывать

трудности с пониманием сложных инструкций, принятием решений в стрессовых ситуациях, ориентацией в незнакомой обстановке. Ключевой принцип — простые, конкретные, повторяющиеся команды; визуальная поддержка (картинки, знаки); спокойный тон.

Психосоциальная инвалидность — включает психические расстройства (шизофрения, биполярное расстройство, тяжёлая депрессия и другие). В условиях ЧС острый стресс может приводить к обострению симптомов. Сотрудники МЧС должны понимать, что человек с психосоциальной инвалидностью в момент кризиса может казаться «неадекватным», дезориентированным или пугливым — это не умысел, а симптом. Принудительные действия, крики, резкие прикосновения могут усугублять состояние.

Множественная инвалидность — сочетание двух и более видов нарушений. Требуется индивидуальный подход: нет единого алгоритма, но есть принцип — всегда спрашивать самого человека, как ему лучше помочь.

Скрытые (невидимые) формы — хронические заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические, диабет), снижающие функциональные возможности без явных внешних признаков. Эти люди часто не воспринимаются как требующие особой поддержки, хотя могут нуждаться в приоритетном доступе к медицинской помощи, лекарствам, специализированному питанию.

Барьеры, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью в ЧС

Физические барьеры в ЧС включают: лестницы и ступени без пандусов как единственный путь эвакуации; узкие двери (менее 90 см), не позволяющие проехать на кресле-коляске; разрушенные дороги и тротуары с препятствиями; отсутствие транспорта, оборудованного для перевозки людей с нарушениями мобильности; пункты временного размещения, расположенные на верхних этажах или без приспособленных санузлов.

Информационные барьеры включают: системы оповещения, основанные только на звуке (сирены, объявления по громкоговорителю), недоступные для людей с нарушениями слуха; информационные материалы, написанные сложным языком, недоступным для людей с интеллектуальной инвалидностью; отсутствие версии информации на языке Брайля или

аудиоформатов для людей с нарушениями зрения; информационные стенды, расположенные на недоступной высоте.

Коммуникативные барьеры включают: отсутствие переводчиков жестового языка в пунктах приёма пострадавших; неумение сотрудников МЧС общаться с людьми с нарушениями речи; стереотипное представление, что человек с инвалидностью «не понимает» или «не может принимать решения»; обращение к сопровождающему лицу, а не к самому человеку с инвалидностью.

Операционные барьеры включают: планы эвакуации, не учитывающие потребности людей с инвалидностью; отсутствие предварительной регистрации мест проживания людей с инвалидностью; необученный персонал, не знающий алгоритмов поддержки; процедуры регистрации пострадавших, не предусматривающие учёта инвалидности; разрыв между государственными структурами и организациями людей с инвалидностью.

Статистика инвалидности и уязвимости в условиях бедствий

Глобальные данные. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2023 году в мире насчитывалось около 1,3 млрд людей с инвалидностью — это 16% мирового населения, что делает людей с инвалидностью крупнейшей группой меньшинств на планете. Доля людей с инвалидностью среди жертв бедствий системно превышает их долю в общей численности населения. Землетрясение в Японии 1995 года унесло жизни людей с инвалидностью в 1,5–2 раза чаще, чем людей без инвалидности. При цунами в Индийском океане (2004) непропорционально высокое число жертв среди людей с инвалидностью было документально зафиксировано в нескольких странах. В зонах гуманитарных кризисов распространённость инвалидности возрастает: конфликты и бедствия сами порождают новые случаи инвалидности — в результате травм, доступа к медицинской помощи, стресса.

Данные по Кыргызской Республике. По данным Национального статистического комитета КР, по состоянию на 2024 год в республике проживают более 218 тысяч людей с инвалидностью — около 3% населения. Из них более 37 тысяч — дети с инвалидностью, причём их число выросло с 29,3 тысячи в 2016 году до 37 тысяч в 2024-м (рост на 26%). Наиболее распространённые нарушения у детей — врождённые аномалии развития

(32,8%), болезни нервной системы (20,3%), психические расстройства (15,3%). Среди взрослых ведущие причины инвалидности — болезни сердечно-сосудистой системы (22,8%), злокачественные новообразования (12,8%), травмы всех локализаций (10,6%).

Важно учитывать, что официальная статистика может занижать реальную распространённость инвалидности: не все люди с функциональными ограничениями имеют официально установленный статус инвалидности. Согласно программе «Доступная страна», если учитывать всех маломобильных граждан (люди с инвалидностью, пожилые, дети до 12 лет, беременные, люди с временными ограничениями мобильности), то их доля превышает **40% населения Кыргызстана**. Это означает, что при любой крупной ЧС каждый второй-третий пострадавший будет испытывать те или иные ограничения доступности. Планирование, не учитывающее эту реальность, является профессионально несостоятельным.

По данным международных исследований в области инклюзивного гуманитарного реагирования, люди с инвалидностью:

- в 2–4 раза чаще погибают в ходе бедствий, чем люди без инвалидности;
- реже получают гуманитарную помощь в первые 72 часа после ЧС;
- чаще оказываются изолированными в пунктах временного размещения из-за физических барьеров;
- систематически исключаются из процессов принятия решений при планировании восстановления.

Стигматизация и её влияние на реагирование

Одним из ключевых операционных барьеров, который не всегда виден, является **стигматизация инвалидности** — устойчивые негативные социальные установки в отношении людей с инвалидностью. В контексте Кыргызстана, как и во многих других странах, стигматизация проявляется в нескольких формах, напрямую влияющих на работу МЧС.

Стигматизация как барьер для регистрации. Часть людей с инвалидностью, особенно с психосоциальной или интеллектуальной инвалидностью, избегает официальной регистрации в социальных службах из-за страха дискриминации. Это означает, что они отсутствуют в

официальных базах данных и остаются «невидимыми» для предварительного планирования МЧС. При добровольной регистрации для целей ЧС-планирования необходимо создать атмосферу доверия и конфиденциальности.

Стигматизация среди самого персонала МЧС. Исследования в области гуманитарного реагирования фиксируют, что часть персонала экстренных служб неосознанно воспринимает людей с инвалидностью как «обременительных», «опасных» (в случае психосоциальной инвалидности) или «неспособных принимать решения». Эти установки могут приводить к нарушению права на участие, игнорированию мнения человека с инвалидностью или применению избыточной силы.

Работа со стигматизацией: основной метод — не морализирование, а информирование и практический опыт. Когда сотрудник МЧС однажды правильно поможет человеку с нарушением зрения эвакуироваться и увидит его благодарность и компетентность, установки меняются эффективнее, чем от любых лекций.

Почему инклюзивное реагирование выгодно всей системе МЧС

Часто звучит вопрос: не является ли инклюзивное реагирование дополнительной нагрузкой, которая замедляет работу в острой фазе ЧС? Ответ однозначен: нет. Инклюзивное реагирование делает систему более эффективной для всех.

- **Предварительная регистрация ускоряет реагирование.** Когда адреса людей с инвалидностью известны заранее, не нужно тратить время на их поиск во время ЧС. Группы эвакуации получают конкретные адреса приоритетного посещения — и действуют быстрее.
- **Доступная инфраструктура служит всем.** Пандус помогает не только человеку на кресле-коляске, но и спасателю с носилками, сотруднику с тяжёлым оборудованием, пострадавшему с переломом ноги. Широкий дверной проём удобен в любых обстоятельствах.
- **Понятная коммуникация эффективнее.** Простой язык инструкций помогает не только людям с интеллектуальной инвалидностью, но и пожилым, людям в состоянии стресса, иностранным гражданам. Пиктограммы работают в условиях языкового барьера.

- **Включение людей с инвалидностью снижает нагрузку на семьи.** Когда система реагирования берёт на себя часть функций по эвакуации и поддержке, семьи людей с инвалидностью меньше сталкиваются с перегрузкой и сами становятся более эффективными участниками эвакуации.
- **Правовые риски.** Несоблюдение требований КПЛИ и национального законодательства создаёт правовые риски для государства в целом. Инклюзивное реагирование — это соответствие закону.

Исторический пример: уроки землетрясения. По итогам анализа последствий землетрясения в Непале (2015) было установлено, что в населённых пунктах, где до ЧС проводилось картирование уязвимых групп и подготовительные учения с участием организаций людей с инвалидностью, потери среди людей с инвалидностью были значительно ниже, чем в населённых пунктах без такой подготовки. Это прямое свидетельство того, что инвестиции в инклюзивное планирование окупаются сохранёнными жизнями.

1.4 Гендерные аспекты и уязвимые группы

Женщины и девочки с инвалидностью: двойная уязвимость

Женщины и девочки с инвалидностью подвергаются «пересекающейся дискриминации» — они одновременно сталкиваются с барьерами, обусловленными инвалидностью, и с гендерным неравенством. КПЛИ (ст. 6) специально выделяет эту группу как требующую особого внимания государств.

Данные международных исследований свидетельствуют:

- женщины с инвалидностью в 2–10 раз чаще становятся жертвами насилия по сравнению с женщинами без инвалидности;
- в условиях ЧС риск гендерно обусловленного насилия для женщин с инвалидностью значительно возрастает: разрушение привычных защитных механизмов, переполненность убежищ, утрата опекунов или привычного социального окружения;

- женщины с инвалидностью чаще зависят от опекунов (членов семьи, персонала учреждений), которые сами могут быть жертвами ЧС или перегружены;
- потребности женщин с инвалидностью в области репродуктивного здоровья и гигиены системно игнорируются в экстренных службах;
- женщины с инвалидностью реже получают информацию о доступных услугах в ЧС, поскольку информационные каналы часто недоступны для них

В контексте Кыргызстана необходимо учитывать, что значительная часть женщин с инвалидностью проживает в сельской местности (64,6% населения КР — сельские жители), что усиливает их изоляцию в условиях ЧС. Доступность специализированной помощи в отдалённых районах существенно ниже.

Согласно Руководству UNFPA по вопросам инвалидности, гендерно обусловленное насилие и сексуального и репродуктивного здоровья (2018), ключевые факторы риска для женщин с инвалидностью в ЧС включают: зависимость от помощников по уходу, что создаёт риск злоупотреблений; проживание в учреждениях социального обслуживания, где могут иметь место риски насилия; трудности с обращением за помощью из-за коммуникативных и физических барьеров; стигматизация, которая снижает вероятность того, что ситуацию насилия заметят и на неё среагируют.

Дети с инвалидностью в ЧС

Дети с инвалидностью оказываются в особенно уязвимом положении в условиях чрезвычайных ситуаций. Во многом это связано с их зависимостью от взрослых: при кризисе дети могут остаться без необходимой поддержки или быть разлучены с опекунами. Разлучение представляет серьёзную угрозу, особенно для детей, которые не могут сообщить о себе или своих потребностях. В таких случаях они рискуют остаться незамеченными системой помощи.

Существенным фактором является и нарушение привычного режима — прерывание лечения, терапии или специализированного питания может быстро ухудшить состояние ребёнка. Дополнительные сложности возникают в пунктах временного размещения: непривычная среда, шум и отсутствие

подготовленного персонала могут вызывать у детей стресс и тяжёлые поведенческие реакции.

Кроме того, дети с инвалидностью, оставшиеся без защиты, подвергаются повышенному риску насилия и эксплуатации. В соответствии с международными обязательствами, включая Конвенцию о правах лиц с инвалидностью и Конвенцию о правах ребёнка, во всех мерах реагирования приоритет должен отдаваться наилучшим интересам ребёнка, включая своевременную идентификацию и учёт детей с инвалидностью.

Гендерные риски в ЧС

Гендерно обусловленное насилие — насилие, направленное против человека на основании его гендера, — значительно усиливается в условиях чрезвычайных ситуаций. Это зафиксировано во всех крупных международных документах по гуманитарному реагированию, включая стандарты IASC.

Факторы, усиливающие риск гендерно обусловленного насилия в ЧС:

значительно возрастают под влиянием ряда факторов. К ним относятся разрушение привычных социальных и правовых механизмов защиты, а также разлучение семей и ослабление социального контроля.

Ситуацию усугубляют переполненные пункты временного размещения и отсутствие приватности, особенно при недостаточном освещении в общих зонах и санитарных помещениях. Дополнительное напряжение создают стресс, утрата имущества и источников дохода, что может приводить к росту агрессии. Особую уязвимость испытывают люди с инвалидностью, в том числе из-за зависимости от посторонней помощи в повседневном уходе.

Для людей с инвалидностью все эти риски усиливаются. Женщины с нарушениями коммуникации не могут заявить о насилии стандартными методами. Женщины с нарушениями мобильности не могут покинуть опасную ситуацию. Мужчины с инвалидностью также могут быть жертвами насилия, однако специфика гендерных рисков различается.

Руководство IASC 2015 по гендерно обусловленному насилию

устанавливает принцип: предотвращение гендерно обусловленного насилия — ответственность всех акторов гуманитарного реагирования, а не только специализированных служб. Сотрудники МЧС должны знать базовые признаки гендерно обусловленного насилия и алгоритм реагирования.

Защита от насилия в условиях эвакуации и размещения

Разделённые санитарные зоны. В пунктах временного размещения туалеты для мужчин и женщин должны быть физически разделены и расположены в освещённых, хорошо просматриваемых местах. Для лиц с нарушениями мобильности — оборудованы специальными поручнями и достаточным пространством.

Освещение. Темнота — один из ключевых факторов риска гендерно обусловленного насилия. Наличие достаточного освещения в коридорах, санузлах и на путях к ним — минимальное требование безопасности. Стандарты Sphere предусматривают отдельные требования по освещению.

Регистрация и документирование. Все пострадавшие должны быть зарегистрированы при поступлении в пункт временного размещения. Регистрация должна включать данные об инвалидности (с согласия человека), что позволяет отслеживать местонахождение уязвимых лиц и своевременно реагировать в случае их исчезновения.

Алгоритм реагирования при признаках гендерно обусловленного насилия: 1. Безопасность: убедиться, что человек находится в безопасном месте. 2. Не осуждать, не допрашивать, не требовать доказательств. 3. Информировать о доступных службах поддержки (специализированные центры, горячие линии). 4. Получить согласие на передачу информации в специализированную службу. 5. Обеспечить направление к квалифицированному специалисту (психолог, медработник, социальный работник). 6. Документировать без идентифицирующих данных (для учёта, но не для публикации).

Принципы работы с пострадавшими от гендерно обусловленного насилия заключаются в обеспечении безопасности, конфиденциальности, уважении и непричинении вреда.

Механизмы обратной связи и рассмотрения жалоб. Все пострадавшие — в том числе люди с инвалидностью — должны иметь возможность подать жалобу или запрос обратной связи. Механизм должен быть доступным: устным, письменным, через посредника — в зависимости от потребностей человека.

Специфика защиты в условиях Кыргызстана: законодательная база по гендерно обусловленному насилию

Кыргызская Республика располагает специализированным законодательством о защите от семейного насилия. Закон КР «Об охране и защите от семейного насилия» (№63 от 27 апреля 2017 года) закрепляет обязанности государственных органов, включая органы гражданской защиты, по предотвращению и реагированию на случаи семейного насилия. В условиях ЧС, когда семьи оказываются в стрессовых ситуациях — без жилья, дохода, в переполненных временных убежищах — риск внутрисемейного насилия значительно возрастает. Для женщин и детей с инвалидностью это особенно актуально: они не могут покинуть ситуацию насилия самостоятельно.

Согласно Закону КР №63/2017, временный защитный ордер может быть выдан органами внутренних дел для немедленной защиты пострадавшего. Сотрудники МЧС не наделены полномочиями по выдаче охранных ордеров, однако обязаны знать механизм их получения и направлять пострадавших в соответствующие органы.

Институциональная карта помощи при гендерно обусловленном насилии в КР:

- **Кризисные центры** — в Бишкеке и ряде регионов функционируют кризисные центры для пострадавших от домашнего насилия. В условиях ЧС их деятельность может быть нарушена, однако они остаются первой точкой контакта.
- **Органы внутренних дел** — принимают заявления, выдают охранные ордера, ведут уголовные дела.
- **Министерство труда, социального обеспечения и миграции** — обеспечивает социальную поддержку, координирует работу с детьми.
- **Медицинские учреждения** — проводят медицинское освидетельствование пострадавших, оказывают неотложную медицинскую помощь.
- **НКО и ОЛСИ** — предоставляют психосоциальную поддержку, юридическую помощь, услуги переводчика жестового языка.

Сотрудник МЧС, выявивший признаки гендерно обусловленного насилия, действует по протоколу направления: фиксирует информацию, не допрашивает, обеспечивает безопасность, направляет к специалисту. Самостоятельное «расследование» или давление на пострадавшего недопустимы.

Практические меры по защите женщин с инвалидностью в пунктах временного размещения

С учётом международных стандартов и контекста КР, для защиты женщин и девочек с инвалидностью в пунктах временного размещения рекомендуются следующие практические меры:

1. Картирование потребностей при регистрации. При приёме в пункт временного размещения фиксировать не только тип инвалидности, но и наличие или отсутствие защитного взрослого (опекуна, родственника). Одиноким женщины с инвалидностью — отдельная группа повышенного риска.

2. Размещение. Женщин с инвалидностью, проживающих без мужчин-опекунов, размещать в специально отведённых зонах — вместе с другими женщинами и детьми. Доступ мужчин, не являющихся членами семьи, в эти зоны — ограничен.

3. Санитарные зоны. Туалеты для женщин должны запираются изнутри, быть оснащены поручнями (для женщин с нарушениями мобильности) и достаточным освещением. Расстояние от жилой зоны — не более 50 м (стандарт Sphere). Женщинам с инвалидностью, нуждающимся в помощи при посещении туалета, должна быть обеспечена помощь персонала того же пола.

4. Обеспечение предметами гигиены. Женщины с инвалидностью могут нуждаться в специализированных средствах гигиены (например, урологические прокладки для женщин с нарушениями контроля мочеиспускания). Регистрация таких потребностей и их обеспечение — обязанность медицинской службы пункта.

5. Информирование о доступных службах. Информация о кризисных центрах, горячих линиях помощи при гендерно обусловленном насилии, доступных медицинских услугах должна быть предоставлена при регистрации

и размещена в видимом месте. Для женщин с нарушениями зрения — в аудиоформате; для женщин с нарушениями слуха — в письменном и/или жестовом формате.

6. Мониторинг. В пунктах временного размещения назначать ответственного сотрудника — желательно женщину — по вопросам защиты уязвимых групп. Регулярные обходы и проверки состояния женщин и детей с инвалидностью — не реже двух раз в сутки в острой фазе ЧС.

Психологическая первая помощь в контексте инвалидности

Психологическая первая помощь (ППП) — это набор практических действий по поддержке людей в состоянии острого стресса после ЧС. Для сотрудников МЧС ППП является неотъемлемой частью профессиональной компетентности. Применительно к людям с инвалидностью ППП имеет ряд особенностей.

Общие принципы ППП. Обеспечьте безопасность — физически и психологически. Присутствуйте, но не навязывайтесь: будьте рядом, но не давите. Слушайте — не обязательно говорить, часто важнее присутствие. Помогите с насущными потребностями: вода, еда, одеяло, туалет. Расскажите о доступных услугах и что будет дальше.

ППП для людей с нарушениями слуха: обеспечьте письменный или жестовый канал коммуникации. Человек, лишённый доступа к информации, находится в состоянии информационного стресса дополнительно к общему травматическому стрессу. Регулярно обновляйте человека о ситуации письменно.

ППП для людей с нарушениями зрения: словесное описание происходящего особенно важно. «Вы в безопасном месте. Это школа №15. Вокруг другие эвакуированные. Я нахожусь справа от вас». Поддерживайте звуковой контакт.

ППП для людей с интеллектуальной инвалидностью: простые, успокаивающие слова. Предсказуемость действий. Присутствие знакомого человека (если возможно). Физическое расположение — привычные предметы рядом.

ППП для людей с психосоциальной инвалидностью: острый стресс может спровоцировать или усилить симптомы. Не оставляйте человека одного. Обеспечьте доступ к медицинской помощи — особенно если человек

принимает психотропные препараты, которые, возможно, остались в зоне бедствия. Не пытайтесь «лечить» словами — обеспечьте медицинскую помощь.

ППП для детей с инвалидностью: предсказуемость и привычные объекты — ключевые факторы. Присутствие знакомого взрослого. Простые объяснения, адаптированные к уровню развития ребёнка.

ППП для самих сотрудников МЧС. Работа в условиях ЧС с людьми с инвалидностью, детьми, жертвами насилия — это высокоэмоциональная нагрузка. Признаки накопленного стресса у сотрудников: раздражительность, нарушения сна, апатия, ощущение бессмысленности работы. Важно: руководители подразделений должны организовывать регулярные дебрифинги после ЧС и обеспечивать доступ сотрудников к психологической поддержке.

Заключение

Модуль 1 заложил концептуальную основу инклюзивного реагирования. Ключевой сдвиг, который должен произойти в профессиональном мышлении сотрудника МЧС, — от вопроса «что не так с этим человеком?» к вопросу «какой барьер мешает ему действовать?». Именно среда — узкие двери, звуковые сирены, сложные инструкции, стереотипы персонала — создаёт ограничения, а не сама инвалидность.

Международные стандарты и национальное законодательство КР задают единую рамку: защита людей с инвалидностью в ЧС — это не дополнительная нагрузка на систему МЧС, а прямое правовое обязательство. При этом инклюзивное реагирование выгодно всей системе: меры, принятые для людей с инвалидностью — доступные маршруты, понятное оповещение, внимательная регистрация, — улучшают реагирование для всех категорий населения.

Гендерное измерение инвалидности требует особого внимания. Женщины и девочки с инвалидностью сталкиваются с двойной уязвимостью, которую невозможно увидеть без специальной подготовки. Понимание этих пересекающихся рисков — обязательная часть профессиональной компетенции. В следующем модуле эти принципы переходят в конкретные практические инструменты: как выявить человека с инвалидностью, как его эвакуировать, как организовать доступное размещение.

Проверочный тест

Цель: убедиться, что ключевые понятия модуля усвоены — социальная модель инвалидности, принципы недискриминации и гендерные аспекты в контексте реагирования на ЧС.

Формат: 10 вопросов с одним правильным вариантом ответа из четырёх. Участники, набравшие менее 7 из 10, получают рекомендацию повторно ознакомиться с соответствующими разделами модуля.

Инструкция: выберите один правильный вариант ответа из предложенных.

Вопрос 1. Во время паводка спасательная бригада добирается до жилого дома. На первом этаже живёт женщина с нарушением мобильности, которая передвигается с помощью ходунков. Руководитель группы говорит: «Она не сможет эвакуироваться из-за своей болезни — будем нести». Выход из подъезда узкий, порог высокий. Что неверно в логике руководителя?

- а) Ничего — нарушение мобильности действительно делает самостоятельную эвакуацию невозможной
- б) Он ошибочно переносит проблему на человека: реальный барьер — узкий выход и высокий порог, а не нарушение здоровья женщины
- в) Ошибка только в том, что он не спросил разрешения нести её
- г) Ошибки нет — в условиях ЧС любое решение, ускоряющее эвакуацию, является правильным

Правильный ответ: б) *Социальная модель инвалидности утверждает: ограничение создаёт не само по себе нарушение здоровья, а среда, в которой оно возникает. Женщина с ходунками вполне может передвигаться — если убрать порог или найти другой выход. Правильный первый шаг — спросить её саму, как ей удобнее, и оценить, есть ли альтернативный маршрут.*

Вопрос 2. Координатор пункта временного размещения объявляет: «Питание — три раза в день в общей столовой на втором этаже. Распорядок одинаков для всех — это справедливо». В пункте находится мужчина на кресле-коляске,

пожилая женщина с деменцией и ребёнок с аутизмом. Что неверно в рассуждении координатора?

а) Ничего — одинаковый распорядок соответствует принципу недискриминации

б) Ошибка только в том, что столовая расположена на втором этаже

в) Одинаковый подход при разных потребностях создаёт фактическое неравенство: для троих упомянутых людей «равный» распорядок означает отсутствие доступа

г) Подход верен для взрослых; отдельный подход нужен только детям

Правильный ответ: в) *Принцип равенства — это равный доступ к защите и помощи, а не одинаковые меры для всех. Мужчина на кресле-коляске не может подняться на второй этаж; женщина с деменцией может потеряться по дороге; ребёнок с аутизмом может не переносить шумное общее пространство. «Одинаково» в данном случае означает фактическое исключение.*

Вопрос 3. При регистрации в эвакуационном пункте прибывают трое: молодой мужчина с тревожным расстройством, женщина с инсулинозависимым диабетом и подросток с нарушением слуха. Все выглядят внешне «обычно». Регистратор отмечает им «без особых потребностей» и направляет в общую зону. Какой главный риск возникает?

а) Никакого — при необходимости люди сами обратятся за помощью

б) Риск есть только для женщины с диабетом — остальные справятся самостоятельно

в) Без выявления невидимых нарушений координаторы не смогут обеспечить адресную поддержку — состояние всех троих может резко ухудшиться в ближайшие часы

г) Риски преувеличены: в первые 24 часа ЧС всем одинаково трудно, и особой разницы нет

Правильный ответ: в) *Нарушения слуха, психосоциальные и хронические заболевания не видны при беглом взгляде. Человек с тревожным*

расстройством может оказаться в панической атаке; подросток с нарушением слуха не услышит экстренное оповещение; женщина с диабетом без инсулина рискует жизнью. Уважительный вопрос при регистрации — профессиональный инструмент, не бестактность.

Вопрос 4. Руководитель подразделения предлагает привлечь местную организацию людей с инвалидностью для консультации при разработке планов реагирования. Коллеги возражают: «Мы сами знаем свой район и свою работу — это лишняя трата времени». Почему такое участие принципиально важно?

- а) Это нужно только для соответствия формальным требованиям
- б) ОЛСИ привлекают дополнительное финансирование для проведения учений

в) Люди с инвалидностью знают реальные барьеры изнутри — исключение их из планирования ведёт к ошибкам, которые проявятся в реальной ЧС

- г) Привлекать ОЛСИ нужно только если в районе официально зарегистрировано много людей с инвалидностью

Правильный ответ: в) *Принцип «ничего о нас без нас» — не формальность, а практический инструмент качества. Спасатель не знает, что поручни в эвакуационном выходе расположены так, что ими невозможно воспользоваться на кресле-коляске — потому что не сталкивался с этим лично. Люди с инвалидностью знают эти барьеры. Их участие в планировании делает учения реалистичными, а реагирование — эффективным.*

Вопрос 5. После учений двое сотрудников МЧС обсуждают, как улучшить реагирование. Первый говорит: «Нужен специальный отряд для эвакуации людей с инвалидностью». Второй говорит: «Нужно адаптировать все стандартные процедуры так, чтобы они работали для всех». Кто прав?

- а) Первый — специализированный отряд эффективнее, чем изменение всех процедур

б) Второй — специальные меры создают стигму и противоречат принципу равенства

в) Оба правы — инклюзивное реагирование требует одновременно адаптации основных процедур и специальных мер для тех, кому они действительно необходимы

г) Ни один из них — достаточно соблюдать действующие нормативные требования

Правильный ответ: в) *Это и есть двойной подход: адаптировать основные процессы (коммуникация, регистрация, размещение) так, чтобы они по умолчанию работали для максимального числа людей — и при этом сохранять специальные меры для тех, кому они объективно нужны. Одно без другого не работает.*

Вопрос 6. В пункте временного размещения сотрудник замечает: женщина с нарушением зрения всегда сопровождается мужем. Муж отвечает на все вопросы вместо неё, решает, где ей сидеть и что есть. Женщина выглядит напряжённой и избегает контакта взглядом. Коллега говорит: «Всё в порядке — муж берёт заботу на себя». Что вызывает обоснованную тревогу?

а) Ничего — муж берёт ответственность, и это нормально в стрессовой ситуации

б) Формально нарушено требование о самостоятельной регистрации, но фактически это удобно

в) Женщина с инвалидностью может находиться в ситуации зависимости или опасности — важно обеспечить конфиденциальный контакт с ней лично и убедиться, что её воля учитывается

г) Тревогу вызывает только то, что она не зарегистрирована самостоятельно

Правильный ответ: в) *Инвалидность и гендер — пересекающиеся факторы уязвимости. Женщины с инвалидностью подвергаются повышенному риску гендерно обусловленного насилия, в том числе со стороны лиц, которые формально осуществляют уход. Контроль над передвижением, питанием и общением — признаки, которые нельзя игнорировать. Первый шаг — создать условия для разговора с ней наедине.*

Вопрос 7. Спасатель говорит: «Мужчина с нарушением слуха не реагирует на сирену — это его ограничение, мы мало что можем сделать». Что неверно в этом утверждении?

- а) Ничего — нарушение слуха объективно делает человека уязвимым в ЧС
- б) Неверно только то, что громкость сирены недостаточна — нужно сделать её мощнее

в) Барьер не в нарушении слуха, а в том, что система оповещения опирается только на звук; световые сигналы, вибрация или SMS устраняют этот барьер

- г) Утверждение верное, но нужно зафиксировать ограничение в документах

Правильный ответ: в) Система оповещения — это среда. Если она использует только один канал (звук), она создаёт барьер для людей с нарушением слуха. Это не «ограничение человека» — это конструктивный недостаток системы. Исправление системы (добавление световых или тактильных сигналов) — это и есть устранение барьера, а не медицинское вмешательство.

Вопрос 8. Координатор говорит: «Мы не можем делать исключения для отдельных людей — это несправедливо по отношению к остальным эвакуированным». Какова главная ошибка в этом рассуждении?

- а) Он прав — индивидуальный подход ставит одних эвакуированных в привилегированное положение
- б) Исключения допустимы, но только по письменному обращению самого человека

в) Разумное приспособление — это не привилегия и не исключение из правил: это обязательная мера, без которой люди с инвалидностью лишаются равного доступа к защите

- г) Это верно в плановом режиме, но в острой фазе ЧС индивидуальный подход нереалистичен

Правильный ответ: в) *«Исключение» предполагает, что кто-то получает больше, чем другие. Разумное приспособление работает иначе: оно выравнивает условия, а не создаёт преимущество. Человек на кресле-коляске, которому предоставили место на первом этаже вместо второго, не получил привилегию — он получил равный доступ к тому же, что есть у всех.*

Вопрос 9. Коллега говорит: «Мы помогаем людям с инвалидностью из гуманности — это наш долг как людей». Что важного упущено в таком взгляде?

- а) Ничего — гуманизм и сострадание это правильная основа для помощи
- б) Немного — нужно добавить профессиональную мотивацию

в) Помощь людям с инвалидностью в ЧС — это правовое обязательство, а не акт сострадания

- г) Мотивация не важна, если результат правильный

Правильный ответ: в) *Когда помощь основана на сострадании, её легко не оказать («сейчас не до этого»), и она превращается в благотворительность по настроению. Правозащитный подход говорит иное: человек с инвалидностью имеет право на защиту, а сотрудник МЧС обязан это право обеспечить. Это меняет логику работы — от «помогаем, если успеем» к «это часть нашей задачи».*

Вопрос 10. При регистрации прибывает эвакуированный, который выглядит спокойно и передвигается без затруднений. Руководитель говорит: «Видно, что человек в порядке — не будем его лишний раз беспокоить». Что правильнее сделать?

- а) Руководитель прав — лишние вопросы создают ненужный стресс
- б) Спрашивать нужно только если у человека есть видимые признаки инвалидности

в) Потребности нельзя определить визуально — уважительный вопрос об особых потребностях при регистрации обязателен для всех, вне зависимости от внешнего вида

г) Лучше поставить человека в общую зону и понаблюдать за ним в первые несколько часов

Правильный ответ: в) Многие нарушения — тревожные расстройства, эпилепсия, хронические заболевания, нарушения слуха — не видны при беглом осмотре. Визуальная оценка надёжна только для видимых нарушений, а это меньшинство от всех. Стандартизированный вопрос, заданный одинаково всем и с уважением, — профессиональный инструмент, а не вторжение в личное пространство.

Модуль 2. Практика инклюзивного реагирования

2.1 Инклюзивное планирование и подготовка к ЧС



Подход инклюзивного снижения риска бедствий с учётом инвалидности (DiDRR)

Инклюзивное снижение риска бедствий с учётом инвалидности (DiDRR — Disability Inclusive Disaster Risk Reduction) — это системный подход к управлению рисками бедствий, обеспечивающий полноценное участие людей с инвалидностью на всех этапах: оценки рисков, планирования, реагирования, ликвидации последствий и восстановления.

Как и стандарты IASC, DiDRR строится на двойном подходе (twin-track approach): одновременном встраивании вопросов инвалидности во все процедуры управления рисками (мейнстриминг) и разработке специальных мер там, где универсального подхода недостаточно. Применительно к снижению риска бедствий это означает два взаимодополняющих трека:

Ключевые принципы DiDRR:

1. «Ничего для нас без нас» — принцип КПЛИ.
2. Инвалидность не определяет ценность человека или его способность вносить вклад в общественную безопасность.
3. Данные об инвалидности необходимы на каждом этапе цикла реагирования.
4. Партнёрство с ОЛСИ — не опция, а требование стандартов.
5. Устойчивость строится через устранение барьеров, а не через «специальный уход».

Картирование уязвимых групп и инклюзивное планирование

Предварительная регистрация — важнейший инструмент инклюзивного планирования. Смысл состоит в том, чтобы до наступления ЧС знать, кто из жителей в зоне ответственности может нуждаться в поддержке при эвакуации. Такие базы данных ведутся совместно с органами местного самоуправления, социальными службами и ОЛСИ.

Что должна включать предварительная регистрация:

- Имя, адрес, контактный телефон (собственный или опекуна);
- Тип функционального ограничения (в общем виде — нарушения мобильности, зрения, слуха и т.д.);
- Необходимые технические средства (кресло-коляска, слуховой аппарат, лекарства);
- Предпочтительный способ коммуникации;
- Наличие опекуна или сопровождающего лица;
- Приоритетность при эвакуации (может ли человек самостоятельно добраться до пункта сбора или нуждается в транспортировке).

Важно: предварительная регистрация осуществляется **строго добровольно**, данные защищены принципами конфиденциальности. Человек вправе отказаться от регистрации, и это не должно влиять на качество помощи в ЧС.

Картирование барьеров в маршрутах эвакуации — это анализ путей эвакуации на предмет физических препятствий: ступени, узкие проходы, неосвещённые участки, отсутствие тактильных дорожек. Результат — карта маршрутов с отмеченными барьерами и предложениями по их устранению или обходным путём.

Планы реагирования с учётом инвалидности должны включать:

- Специализированный транспорт или дополнительные ресурсы для эвакуации людей с тяжёлыми нарушениями мобильности;
- Назначение сопровождающих из числа подготовленного персонала или добровольцев для людей, которые не могут эвакуироваться самостоятельно;
- Доступные системы оповещения (визуальные сигналы, SMS, мессенджеры — для людей с нарушениями слуха);
- Резервные запасы ключевых медикаментов и вспомогательных технических средств (аккумуляторы для инвалидных кресел, запасные костыли);
- Доступные пункты временного размещения с приоритетным размещением людей с инвалидностью на первых этажах.

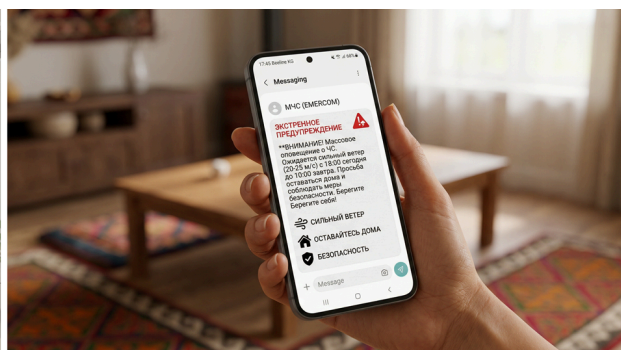
Доступные системы оповещения

Система оповещения о ЧС является критически важным элементом защиты. Для людей с инвалидностью традиционные системы оповещения (сирены, радиообъявления) могут быть полностью недоступны.



Для людей с нарушениями слуха:

- Визуальные сигналы тревоги (световые мигающие сирены) в зданиях;
- SMS-оповещение (система массовых SMS от операторов связи по запросу МЧС);
- Оповещение через мессенджеры (Telegram, WhatsApp) с использованием текста и вибрации;
- Информирование через переводчиков жестового языка по телевидению и в социальных сетях.



Для людей с нарушениями зрения:

- Аудиосообщения по телефону, радио;
- Тактильные дорожки к путям эвакуации;
- Проактивное оповещение через горячую линию.



Для людей с интеллектуальной инвалидностью:

- Оповещение через опекунов и ОЛСИ;
- Понятные визуальные инструкции (pictogram-инструкции) заранее, в период подготовки.

Для людей с психосоциальной инвалидностью:

- Индивидуальный план экстренных действий (если разработан заранее с участием самого человека и его опекуна).

Взаимодействие с организациями людей с инвалидностью

Организации людей с инвалидностью (ОЛСИ) являются ключевыми партнёрами МЧС в инклюзивном планировании и реагировании. Это прямо установлено Законом КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» (№191/2025) и принципом «ничего для нас без нас».

Почему ОЛСИ — незаменимые партнёры: - ОЛСИ знают своих членов — их адреса, потребности, возможности. - ОЛСИ могут выступать информационными каналами для людей с инвалидностью, недоступных через стандартные системы. - ОЛСИ имеют доверие сообщества людей с инвалидностью — это критически важно для добровольной регистрации. - ОЛСИ обладают экспертизой о специфических потребностях конкретных категорий инвалидности.

Формы взаимодействия МЧС с ОЛСИ:

- Включение представителей ОЛСИ в консультативные механизмы при разработке планов реагирования;
- Совместные учения и тренировки по эвакуации;
- Обмен информацией о предварительно зарегистрированных людях с инвалидностью (с согласия последних);
- Привлечение добровольцев из числа членов ОЛСИ к дежурству в пунктах временного размещения в качестве помощников по коммуникации.

В Кыргызской Республике действует ряд ОЛСИ, охватывающих различные категории инвалидности - организации глухих, слепых, людей с нарушениями

опорно-двигательного аппарата и другие. МЧС КР рекомендуется установить постоянные рабочие контакты с ОЛСИ в каждом регионе ответственности.

Цикл управления рисками бедствий с учётом инвалидности

Инклюзивное планирование охватывает все четыре фазы цикла управления рисками бедствий, а не только острую фазу реагирования.

Фаза 1 — Снижение риска / Предотвращение. На этом этапе задача МЧС — включить инвалидность в оценку рисков. Это означает: при проведении оценки уязвимости районов к стихийным бедствиям учитывать концентрацию людей с инвалидностью (например, районы с высокой долей пожилого населения или расположение домов-интернатов в зоне сейсмического риска). Планировщики должны задавать вопрос: «Если здесь произойдёт землетрясение / наводнение, как это повлияет на людей с инвалидностью, проживающих в этой зоне?»

Фаза 2 — Готовность / Подготовка. Это наиболее важная фаза для инклюзивного планирования. Именно здесь закладываются основы эффективного реагирования: картирование уязвимых групп, предварительная регистрация, установление контактов с ОЛСИ, обучение личного состава, проверка доступности пунктов временного размещения, разработка доступных систем оповещения. Всё, что не сделано на этой фазе, придётся делать в условиях острого кризиса — с гораздо меньшей эффективностью.

Фаза 3 — Реагирование. В острой фазе ЧС применяются наработки фазы подготовки: используются списки людей с инвалидностью для адресной эвакуации, задействуются алгоритмы коммуникации и транспортировки, применяются вопросы Вашингтонской группы при регистрации, активируются протоколы взаимодействия с партнёрами.

Фаза 4 — Восстановление / Реабилитация. Фаза восстановления часто упускается из виду в обсуждении инклюзии, но является критически важной. Исследования показывают, что именно на этом этапе люди с инвалидностью чаще всего «теряются» в системе поддержки, поскольку специализированные программы восстановления проектируются без учёта их потребностей. МЧС как координирующий орган должен настаивать на включении инвалидности в планы восстановления и реконструкции. Например: при восстановлении жилья — требование доступности (пандусы, широкие дверные проёмы); при

восстановлении инфраструктуры — соответствие нормам СНиП КР; при выплате компенсаций — доступные механизмы обращения.

Инклюзивные учения и тренировки

Учения — это не просто техническое мероприятие МЧС. Для обеспечения инклюзивности система гражданской защиты должна регулярно проводить учения с включением сценариев, затрагивающих людей с инвалидностью.

Рекомендуемая периодичность инклюзивных учений — не реже одного раза в два года на уровне территориальных подразделений МЧС.

Оценка готовности. Инструментарий инклюзивного управления чрезвычайными ситуациями с учётом инвалидности (DIEM — Disability Inclusive Emergency Management Toolkit) предлагает структурированный механизм самооценки готовности организации к инклюзивному реагированию. Оценка охватывает три практических стандарта: инклюзивное планирование, стратегические партнёрства с ОЛСИ, доступные ресурсы. По результатам формируются приоритеты для улучшения. МЧС КР рекомендуется использовать инструментарий DIEM при ежегодной оценке готовности территориальных подразделений.

2.2 Быстрая идентификация людей с инвалидностью

Вопросы Вашингтонской группы по статистике инвалидности

Вашингтонская группа по статистике инвалидности (англ. WG — Washington Group on Disability Statistics) — это межгосударственная статистическая рабочая группа, созданная под эгидой ООН. Её краткий набор вопросов о функционировании (WG-SS — WG Short Set on Functioning) разработан на основе Международной классификации функционирования ВОЗ и является международным стандартом для быстрой идентификации функциональных ограничений жизнедеятельности.

Вопросы Вашингтонской группы — это «золотой стандарт» для применения в полевых условиях при гуманитарном реагировании. Они позволяют сотруднику МЧС быстро, корректно и без специальной медицинской подготовки выявить людей, нуждающихся в дополнительной поддержке. С вопросами можно ознакомиться в дополнительных материалах.

Важно понимать: вопросы оценивают не медицинский диагноз, а функциональные ограничения — трудности при выполнении конкретных

действий. Человек, у которого нет официального статуса инвалидности, но который испытывает «большие затруднения» или «не может» выполнить действие — нуждается в поддержке при ЧС.

Интерпретация ответов для практики МЧС:

Человек относится к категории «с инвалидностью» (по методике Вашингтонской группы) если по хотя бы одному из вопросов отмечено «испытываю большие затруднения» или «не могу это делать». Именно эти люди нуждаются в адресной поддержке при эвакуации и размещении.

Люди, отметившие «испытываю определённые затруднения» хотя бы по одному вопросу, могут нуждаться в дополнительной внимательности — в зависимости от конкретной ситуации.

Сбор данных в пунктах эвакуации

Этапы применения вопросов Вашингтонской группы в полевых условиях:

Шаг 1 — Подготовка. До начала работы убедитесь, что у вас есть: распечатанный бланк с вопросами ВГ на русском и кыргызском языках; ручка; список для регистрации пострадавших.

Шаг 2 — Установление контакта. Представьтесь пострадавшему, объясните цель вопросов: «Я задам вам несколько вопросов, чтобы понять, нужна ли вам дополнительная помощь. Ваши ответы останутся конфиденциальными».

Шаг 3 — Задайте 6 вопросов. Задавайте вопросы чётко, не торопясь. Если человек затрудняется с пониманием — повторите более простыми словами. Если человек не может говорить — используйте карточки с вариантами ответов или задайте вопросы законному представителю (опекуну).

Шаг 4 — Фиксация ответов. Запишите ответы в регистрационный бланк. Не интерпретируйте ответы «за» человека.

Шаг 5 — Определение потребностей. Если выявлено «большое затруднение» или «не может», уточните: «Как я могу помочь вам прямо сейчас?» — и запишите конкретную потребность (помощь при ходьбе, переводчик жестового языка, приоритетное размещение на первом этаже и т.д.).

Шаг 6 — Координация. Передайте данные координатору пункта или социальному работнику для обеспечения адресной помощи.

Дополнительные наблюдения. Параллельно с опросом сотрудник может фиксировать визуальные признаки: наличие кресла-коляски, трости, слухового аппарата, сопровождающего. Но нельзя делать выводы только на основе визуальных наблюдений — человек без видимых признаков инвалидности может иметь серьёзные функциональные ограничения (психосоциальная инвалидность, хронические заболевания).

Как вопросы Вашингтонской группы используются для агрегирования данных

Помимо индивидуального применения при регистрации пострадавших, вопросы Вашингтонской группы обеспечивают возможность агрегирования данных — получения статистической картины о численности и структуре людей с инвалидностью среди пострадавших.

Зачем это нужно МЧС:

- Оценить масштаб потребностей в специализированной поддержке при данной ЧС;
- Планировать распределение ресурсов (специализированный транспорт, медикаменты, доступные туалеты);
- Отчитываться перед координационными органами об охвате уязвимых групп;
- Вести систематическую статистику для совершенствования планирования.

Формат агрегирования: при регистрации пострадавших данные по каждому из 6 вопросов фиксируются в стандартизированном регистрационном бланке. По завершении острой фазы ЧС составляется сводная таблица: сколько пострадавших имеют «большие затруднения» или «не могут» по каждой из 6 функциональных областей. Эти данные передаются в координационный штаб и, при необходимости, — в национальную статистику ЧС.

SADD-данные (Sex, Age, Disability Disaggregation — разбивка по полу, возрасту и инвалидности): Руководство IASC 2019 требует, чтобы данные о пострадавших были дезагрегированы по трём параметрам: пол, возрасту,

инвалидность (SADD - sex, age, disability disaggregation). Это позволяет выявить диспропорции в охвате помощью (например: получают ли женщины с инвалидностью медицинскую помощь с той же частотой, что и мужчины без инвалидности?) и при необходимости скорректировать реагирование.

Этика и конфиденциальность данных

Добровольность. Никто не обязан отвечать на вопросы. Если человек отказывается, это его право, и это не влияет на получение базовой помощи. Сотрудник МЧС фиксирует отказ без указания причин.

Конфиденциальность. Данные, полученные при опросе, не могут передаваться третьим лицам без согласия человека, за исключением случаев непосредственной угрозы жизни. Список пострадавших с данными об инвалидности — конфиденциальный документ.

Непричинение вреда. Сбор данных не должен подвергать человека дополнительному риску (например, раскрытие информации об инвалидности в среде, где это может привести к дискриминации или отказу в помощи). Особенно важно учитывать возможную стигматизацию психических и когнитивных расстройств.

Достоинство. Обращение к человеку с инвалидностью должно быть уважительным. Основные правила:

- Обращайтесь напрямую к человеку с инвалидностью, а не к его сопровождающему.
- Не используйте уменьшительные или жалостливые выражения.
- Спрашивайте о предпочтениях и потребностях, а не предполагайте.
- Не принимайте решений «за» человека без его согласия.

Защита персональных данных. Сбор данных осуществляется в соответствии с законодательством КР о персональных данных. Данные хранятся в защищённом месте, доступ ограничен уполномоченными сотрудниками.

2.3 Доступная эвакуация и спасательные операции

Принципы универсального дизайна

Универсальный дизайн (ст. 1, п. 25 Закона КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» №191/2025) — это подход к проектированию среды,

продуктов и услуг, при котором они изначально создаются удобными и доступными для максимально широкого круга людей, без необходимости специальных адаптаций. Универсальный дизайн выгоден всем: пандус, предназначенный для человека на кресле-коляске, удобен также для родителей с детскими колясками, людей с тяжёлым грузом, пожилых людей.

При организации эвакуации сотрудники МЧС применяют принципы универсального дизайна для быстрой оценки: позволяет ли маршрут эвакуации использование всеми категориями пострадавших?

Эвакуация людей с нарушениями мобильности

Общие принципы: всегда спрашивайте человека, как ему лучше помочь — не предполагайте сами; не хватайте кресло-коляску без разрешения: оно является частью личного пространства человека; при эвакуации в здании с несколькими этажами — использовать лифт при его наличии. Если лифт недоступен или отключён — применить приёмы безопасного перемещения по лестнице.

Приёмы перемещения:

По пандусу вниз: разворачивайте кресло задом к направлению движения и медленно опускайте его вниз по пандусу, контролируя скорость через рукоятки. Один человек ведёт кресло, второй при необходимости страхует спереди.

По лестнице вниз (при отсутствии пандуса): для кресел-колясок требуется не менее 2 человек. Один держит рукоятки сзади, наклоняя кресло назад, второй — за переднюю часть рамы или передние колёса. Опускайте постепенно, ступень за ступенью, не торопясь. Не тащите кресло за подлокотники — они могут отломиться.

Перемещение без кресла-коляски (если кресло нельзя транспортировать): два спасателя создают «сиденье» из скрещенных рук (переноска на руках вдвоём), третий поддерживает голову/спину при необходимости. Этот способ используется как крайняя мера — с согласия человека.

Эвакуационное кресло: специализированное складное кресло на гусеничном ходу или полозьях, предназначенное для спуска по лестницам без риска падения. Оператор управляет сзади; второй спасатель страхует спереди.

Человек пристёгивается ремнями безопасности. Кресло не заменяет личное кресло-коляску — по завершении эвакуации оно возвращается человеку.

Эвакуационный мат: плотный скользящий мат, на котором человека укладывают и спускают по лестнице ногами вперёд. Требуется не менее 2 спасателей: один удерживает мат снизу, второй контролирует скорость сзади. Применяется при отсутствии кресла и когда человек не может сидеть.

Носилки: используются при невозможности иных способов — тяжёлая инвалидность, медицинские ограничения. Минимум 2 спасателя (на лестнице — 4). Голова при спуске — выше ног. Убедитесь, что человек зафиксирован; при наличии спинномозговой травмы — иммобилизация обязательна до подъёма.

Люди с нарушениями мобильности, использующие костыли или трость: идут самостоятельно, но медленно — обеспечьте им место в колонне, не торопите; на неровных поверхностях предложите руку поддержки; при необходимости сопровождайте, удерживая за локоть (не за кисть) с той стороны, где нет трости.

Эвакуация людей с нарушениями зрения

Люди с нарушениями зрения могут эвакуироваться быстро и эффективно при правильном сопровождении. Ключевые принципы:

Установление контакта: представьтесь голосом: «Я — спасатель [имя], я рядом с вами»; объясните ситуацию кратко и чётко: «Произошло землетрясение. Нам нужно выйти из здания. Я вас проведу»; спросите: «Как вам удобно идти — с моей помощью или самостоятельно?».

Техника ведения за локоть: предложите человеку взяться за ваш локоть (не за кисть и не за руку) — слегка выше локтя сзади; идите на полшага впереди — человек следует за вашим движением; предупреждайте о препятствиях заранее: «Впереди ступеньки — три ступени вниз»; на лестнице останавливайтесь перед первой ступенью: «Здесь лестница вниз». Человек начинает спуск после вас; описывайте окружающее пространство кратко: «Мы выходим из здания, поворачиваем налево».



Белая трость: если у человека есть белая трость — она остаётся в его руке. Не берите трость и не убирайте её.

Собака-поводырь: не разлучайте человека с собакой-поводырём. При эвакуации собака следует вместе с хозяином.

В ситуации срочной эвакуации (дым, разрушение): объясняйте каждое действие голосом, двигайтесь быстро, но без рывков. Если не можете вести человека за локоть — держите его за руку.

Эвакуация людей с нарушениями слуха

Главная задача при эвакуации людей с нарушениями слуха — **привлечь внимание** и **передать информацию**. Они не слышат сирен и устных команд.

Привлечение внимания: войдите в поле зрения человека — не подходите сзади, это пугает; помашите рукой или поднимите руку; можно слегка коснуться плеча — но представьтесь сразу после; используйте фонарик: мигание фонариком привлекает внимание в тёмных или задымлённых помещениях.

Передача информации: говорите чётко, лицом к человеку, не закрывайте рот рукой — некоторые люди читают по губам; используйте написанное на бумаге: «ПОЖАР. ВЫХОД — ПРЯМО. ИДЁМ ВМЕСТЕ»; используйте

универсальные жесты: указание направления, «уходим», «за мной»; если у вас есть телефон — можно напечатать сообщение и показать экран.

Жестовый язык: если вы знаете базовые знаки жестового языка («опасность», «выход», «идти», «ждать») — используйте их. В Кыргызстане используется русский жестовый язык.



Сопровождение: предложите человеку следовать за вами. Идите рядом, периодически показывая направление рукой.

После эвакуации: убедитесь, что человек знает, что он в безопасности. Убедитесь, что у него есть доступ к письменной или визуальной информации о дальнейших действиях.

Эвакуация людей с интеллектуальной и психосоциальной инвалидностью

Эта категория людей требует внимательного и адаптированного подхода, поскольку стресс при ЧС может значительно усиливать имеющиеся нарушения.

Основные принципы:

Спокойствие и предсказуемость. Говорите медленно, спокойным тоном. Резкие движения, крик, паника — усугубляют состояние.

Простые инструкции. Одна команда за раз: «Встань». Пауза. «Иди за мной». Не давайте несколько команд подряд. Используйте конкретные, а не абстрактные слова: «Идём к двери» вместо «Эвакуируемся».

Повторение. Если человек не реагирует — повторите команду спокойно и чётко. Не торопите и не повышайте голос.

Визуальная поддержка. Используйте жесты, указывайте рукой направление. Если есть время — покажите, что именно нужно сделать.

Физическое сопровождение. Если человек не двигается самостоятельно — мягко возьмите за руку (с разрешения) и ведите. Не тяните и не толкайте.

Признание страха. Скажите: «Я понимаю, что ты напуган. Я рядом. Мы идём в безопасное место». Это помогает снизить тревогу.

При острой панике или агрессии: не применяйте силу без крайней необходимости — только при прямой угрозе жизни; создайте пространство — отступите на шаг, не блокируйте выход; говорите тихо и медленно; при возможности — позвоните опекуну или обратитесь к специалисту.

Дети с аутизмом: избегайте неожиданных прикосновений; не теряйте специфические предметы-«успокоители» (игрушки, предметы), если они при ребёнке; поддерживайте максимально возможную предсказуемость.

Люди с психосоциальной инвалидностью в состоянии обострения: не спорьте, не опровергайте их; сосредоточьтесь на конкретном безопасном действии: «Нам нужно выйти из здания»; при невозможности взаимодействия — вызовите медицинскую службу.

Эвакуация из специфических мест

При реагировании на ЧС в Кыргызстане сотрудники МЧС могут столкнуться с необходимостью эвакуации из специфических объектов с концентрацией людей с инвалидностью.

Социальные учреждения (дома-интернаты, психоневрологические интернаты): это объекты, в которых может проживать значительное число людей с тяжёлыми формами инвалидности. Особенности эвакуации: количество людей, не способных к самостоятельному передвижению, значительно выше, чем среди обычного населения — требуется значительно больше персонала и транспорта; персонал учреждения знает потребности каждого проживающего и должен быть ключевым помощником при эвакуации; при эвакуации важно сохранить группы и не разлучать людей с их постоянными сотрудниками по уходу — это снижает тревогу и риск поведенческих кризисов; необходима предварительная договорённость МЧС с такими учреждениями о планах эвакуации, наличии транспорта и пунктах приёма; при эвакуации лиц с психосоциальной инвалидностью — не забывать о доступе к их лекарствам.

Реабилитационные центры и больницы: эвакуация пациентов из медицинских учреждений требует тесного взаимодействия с медицинским персоналом. МЧС обеспечивает физическую эвакуацию, медицинский персонал отвечает за медицинскую сортировку и состояние пациентов.

Частные дома в сельской местности: в кыргызских сёлах значительная часть людей с инвалидностью проживает в собственных домах, часто в труднодоступных горных районах. При отсутствии предварительной регистрации поиск и эвакуация таких людей существенно затрудняются. Именно поэтому предварительное картирование (раздел 2.1) является критически важным.

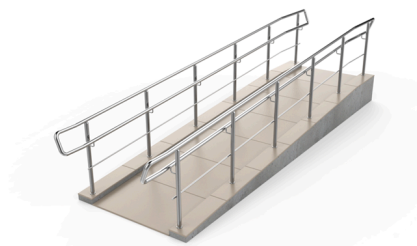
Многоэтажные жилые дома: в городских условиях КР распространены пятиэтажные дома без лифтов. Человек с нарушениями мобильности на верхних этажах таких домов при землетрясении окажется в ловушке без специальной помощи. Это типичная ситуация, которую МЧС должен предусматривать в городских планах реагирования.

Специальные приёмы и оборудование



СПЕЦИАЛЬНЫЕ

СРЕДСТВА ЭВАКУАЦИИ



Эвакуационные стулья — специальное оборудование для спуска людей с нарушениями мобильности по лестницам. Они снабжены специальными колёсами для лестниц и ремнями безопасности. МЧС рекомендуется иметь

эвакуационные стулья в многоэтажных зданиях, используемых в качестве пунктов временного размещения.



ЭВАКУАЦИОННЫЙ СТУЛ



Носилки из подручных материалов: при отсутствии специального оборудования возможно изготовление носилок из двух жердей и куртки (или одеяла). Для переноски человека на носилках горизонтально требуются как минимум 2 человека (при коротких расстояниях), в идеале — 4.



НОСИЛКИ



ЭВАКУАЦИОННЫЙ МАТ



Медицинские устройства: при эвакуации человека, использующего кислородный баллон, ИВЛ (аппарат искусственной вентиляции лёгких) или другое электронное медицинское оборудование — приоритетно эвакуируйте с оборудованием. Если это невозможно — немедленно вызовите медицинскую службу.

Транспортировка и медицинская сортировка при эвакуации

В условиях масштабных ЧС сотрудники МЧС нередко сталкиваются с необходимостью принимать решения о приоритете эвакуации — кого эвакуировать первым при ограниченных ресурсах транспорта и личного состава. Это один из наиболее сложных этических вопросов инклюзивного реагирования.

Принцип недискриминации означает, что приоритет эвакуации не может определяться исключительно наличием инвалидности. Человек с инвалидностью не «менее важен» и не подлежит эвакуации «в последнюю очередь» только потому, что требует больше ресурсов для транспортировки.

Факторы, определяющие приоритет при ограниченных ресурсах:

1. Непосредственная угроза жизни — независимо от наличия инвалидности, тот, чья жизнь в непосредственной опасности, эвакуируется первым.
2. Возможность самостоятельного перемещения — люди, способные эвакуироваться самостоятельно, направляются к пунктам сбора без специального транспорта, освобождая его для тех, кто не может двигаться.
3. Уязвимость + неспособность самостоятельно эвакуироваться — человек с тяжёлыми нарушениями мобильности, который не может эвакуироваться самостоятельно, является приоритетом для специализированной транспортировки.
4. Зависимость от жизнеобеспечивающего оборудования — человек, подключённый к ИВЛ или кислороду, требует немедленного внимания медицинской службы.

Персональный план эвакуации (индивидуальный план действий в ЧС) — инструмент, который рекомендуется разрабатывать заранее совместно с человеком с инвалидностью. Такой план содержит: адрес проживания; тип инвалидности и необходимое оборудование; контактное лицо (опекун, сосед); предпочтительный способ эвакуации; специфические медицинские потребности; маршрут до ближайшего пункта сбора.

Методическое руководство «Реагирование людей с инвалидностью на чрезвычайные ситуации» (МЧС КР, ПРООН, 2024) содержит подробные рекомендации по составлению персонального плана действий в ЧС. МЧС рекомендуется совместно с ОЛСИ и социальными службами содействовать разработке таких планов для людей с инвалидностью в зонах высокого риска.

Работа с ассистивными технологиями в полевых условиях

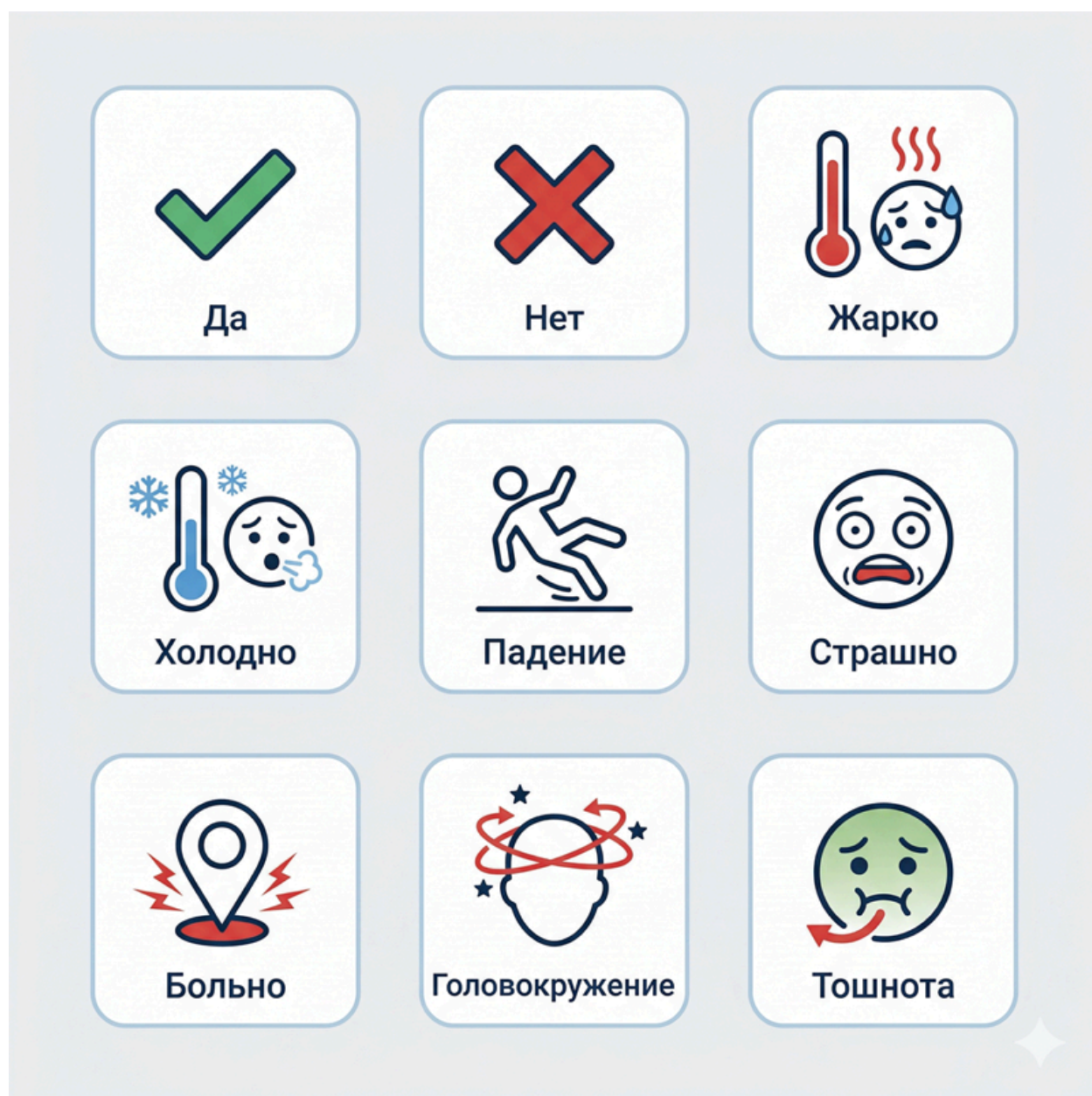
Ассистивные технологии (АТ) — это средства и оборудование, которые помогают людям с инвалидностью выполнять ежедневные действия. В условиях ЧС АТ становятся жизненно важными, и их утрата или повреждение может стать катастрофой для человека.

Кресла-коляски: механические кресла-коляски относительно просты в обслуживании; при застревании или повреждении — освободите заблокированное колесо, проверьте целостность рамы; электрические кресла-коляски требуют заряженного аккумулятора. В условиях длительного отключения электричества — иметь резервный аккумулятор; при перевозке кресла-коляски в транспорте — закрепляйте её, не складывайте сиденье под пострадавшим.

Слуховые аппараты: требуют батарей. В наборе экстренной помощи для людей с нарушениями слуха рекомендуется включать запасные батарейки; влага и грязь могут повредить аппарат. В условиях наводнения — обеспечить защиту аппарата.

Очки и контактные линзы: при потере или повреждении очков — человек с нарушением зрения может стать частично или полностью зависимым от сопровождения; в наборе экстренной помощи — рекомендуется включать запасные очки (если они есть).

Вспомогательное техническое оборудование: коммуникационные устройства (ААС — Augmentative and Alternative Communication) для людей с нарушениями речи — при их потере человек теряет возможность общаться. Приоритетно сохраняйте эти устройства; коммуникационные карточки (карточки с изображениями, которые человек может указывать для общения) — лёгкие, недорогие, могут быть распечатаны заранее и распределены через ОЛСИ.



При обнаружении человека без ассистивных технологий: выясните, что именно утрачено; сообщите координатору пункта для организации замены через Министерство труда или ОЛСИ; до восстановления АТ обеспечьте альтернативную поддержку (сопровождение, коммуникационные карточки).

2.4 Доступная инфраструктура временных убежищ

Минимальные стандарты Sphere

Справочник Sphere (Sphere Handbook, 2018) — международный стандарт гуманитарного реагирования, определяющий минимальные достойные

условия жизни. Применительно к временным убежищам и пунктам временного размещения ключевые стандарты следующие:

Площадь: минимальная крытая площадь в расчёте на одного человека — **3,5 кв. м** (в коллективных укрытиях); для семей или в климатически сложных условиях это значение может возрасти. Для человека на кресле-коляске фактически необходимо не менее 5–7 кв. м с учётом пространства для манёвра; стандарт разворота для кресла-коляски — круг диаметром **150 см**.

Проходы и пути: минимальная ширина прохода в укрытии — 120 см (для двустороннего движения в том числе для кресел-колясок); пути эвакуации из укрытия должны быть свободны, освещены и не иметь порогов выше 2,5 см.

WASH (вода, санитария, гигиена): минимум **15 литров воды** на человека в сутки (питьё, приготовление пищи, гигиена); для людей с определёнными заболеваниями или принимающих лекарства может требоваться больше; **1 туалетное место на 20 человек** в коллективных укрытиях; туалеты должны быть раздельными для мужчин и женщин; туалеты должны располагаться не далее **50 метров** от спального места; наличие достаточного освещения в санитарных зонах — обязательное требование безопасности.

Доступность WASH для людей с инвалидностью: не менее одного туалета на каждые 20 на каждом гендерном блоке должно быть доступно для людей с нарушениями мобильности; доступный туалет: ширина двери не менее 90 см, поручни с обеих сторон унитаза, пространство не менее 90×90 см рядом с унитазом для перемещения с кресла-коляски, без порогов.

Требования доступности по нормам КР (СНиП)

Строительные нормы Кыргызской Республики (СНиП КР) и Государственная программа «Доступная страна» устанавливают ряд конкретных требований к доступности зданий, которые должны учитываться при организации пунктов временного размещения.

Пандусы: максимальный уклон пандуса — **не более 1:12** (около 5 градусов), то есть на каждые 12 см горизонтальной длины — подъём не более 1 см; ширина пандуса — не менее **120 см** (для одного кресла-коляски) или 180 см (для двустороннего движения); по обеим сторонам пандуса — поручни на двух уровнях высоты (85–90 см и 65–70 см); поверхность пандуса — нескользящая;

на горизонтальных площадках в начале и конце пандуса — пространство не менее 150×150 см.

Дверные проёмы: минимальная ширина дверного проёма для прохода кресла-коляски — **не менее 90 см**; рекомендуемая ширина — 95–100 см (с учётом зазоров); дверные ручки — рычажного типа, не шаровые; пороги — не выше 2,5 см, скошенные.

Санитарные узлы: ширина дверей в доступный туалет — не менее 90 см; площадь доступного туалетного модуля — не менее 1,65×1,8 м; поручни — горизонтальные и вертикальные, на обеих сторонах унитаза; смывной бачок — с кнопкой или рычагом на высоте 85 см от пола.

Тактильные дорожки: в зданиях, используемых как пункты временного размещения, рекомендуется использование тактильных напольных дорожек — предупреждающих и направляющих — для людей с нарушениями зрения.

Освещение: уровень освещённости в коридорах, туалетах, на путях эвакуации — не менее 100 люкс; аварийное освещение — обязательно на путях эвакуации.

Доступные санитарные зоны

Организация санитарных зон в пунктах временного размещения требует особого внимания как с точки зрения физической доступности, так и с точки зрения безопасности.

Физическая доступность: туалеты размещаются на том же этаже, что и жилая зона (или обеспечен лифтовой или пандусный доступ); туалеты для женщин и мужчин физически разделены и обозначены понятными пиктограммами; не менее одного доступного туалетного модуля в каждом гендерном блоке; санитарные зоны оснащены поручнями для людей, которым необходима опора.

Безопасность: туалеты и душевые расположены в хорошо освещённых местах, просматриваемых от жилых зон; двери туалетов запираются изнутри — это базовая защита от насилия; рядом с туалетными зонами — присутствие персонала (или система вызова помощи); для женщин с инвалидностью, которым требуется посторонняя помощь при посещении туалета, обеспечивается помощь от персонала того же пола.

Гигиенические материалы: средства менструальной гигиены доступны для женщин (в том числе женщин с инвалидностью); обеспечены специальные контейнеры для утилизации средств гигиены; подгузники для взрослых и детей — при наличии соответствующей потребности.

Доступ к информации и коммуникациям

Информационная доступность в пунктах временного размещения — не менее важная составляющая, чем физическая доступность.

Форматы информации: устная информация (объявления, инструктаж) — должна сопровождаться письменным дублированием или жестовым переводом для людей с нарушениями слуха. **Письменная информация** (объявления, списки услуг, карты помещения) — должна быть размещена на уровне глаз человека в кресле-коляске (не выше 120–130 см от пола) и исполнена крупным шрифтом (не менее 14 pt). **Простой язык (easy read)** — для людей с интеллектуальной инвалидностью: короткие фразы, простые слова, поддержка картинками-пиктограммами. **Аудиоформат** — для людей с нарушениями зрения: голосовые объявления, радиоточки, возможность задать вопрос персоналу устно. **Тактильные схемы** — в идеале, карты помещения с тактильными обозначениями зон (туалеты, питание, медпункт, выход).

Коммуникационные потребности: если в пункте находятся люди, использующие жестовый язык, — рекомендуется обеспечить периодический доступ к переводчику жестового языка (через видеосвязь при необходимости); персонал должен знать, как попросить помощника (через письмо, жесты или другого человека).

Механизмы обратной связи и жалоб: в пункте временного размещения должна быть доступная (физически и информационно) точка приёма жалоб и запросов; альтернативные форматы подачи жалоб: письменно, устно через сотрудника, через опекуна; информация о механизме жалоб публикуется в доступном формате (пиктограммы, крупный шрифт, устное объявление).

Специфика размещения различных категорий людей с инвалидностью

При организации пунктов временного размещения необходимо учитывать специфические потребности различных категорий:

Люди с нарушениями мобильности: размещение на первом этаже (или при наличии лифта / доступного пандуса); достаточное пространство вокруг кровати / матраса для манёвра кресла-коляски; близость к доступному туалету; при необходимости — специальный матрас для профилактики пролежней; помощь при переодевании / гигиене, если человек не может обслуживать себя самостоятельно.

Люди с нарушениями зрения: ознакомьте человека с пространством пункта, проведя его по ключевым маршрутам (вход → кровать → туалет → столовая → выход); не переставляйте вещи без предупреждения — это нарушает пространственную ориентацию; убедитесь, что человек знает, к кому обратиться за помощью (голосом); предоставьте информацию в аудиоформате или устно.

Люди с нарушениями слуха: сообщите сотрудникам пункта о присутствии человека с нарушением слуха; обеспечьте письменный информационный лист о расписании и услугах пункта; договоритесь о системе визуального оповещения (мигание фонарём, светом) при ночных тревогах или объявлениях; при наличии — обеспечьте доступ к переводчику жестового языка хотя бы раз в день.

Люди с интеллектуальной и психосоциальной инвалидностью: по возможности, размещайте рядом с опекуном или знакомым человеком; предоставьте простое визуальное расписание дня (когда завтрак, когда ужин, когда время сна); минимизируйте шум и суету вокруг места размещения — стресс усугубляет симптомы; при обострении психосоциальных симптомов — обеспечьте доступ к медицинской помощи; обеспечьте приём привычных лекарств по расписанию.

Дети с инвалидностью: обеспечьте присутствие опекуна или назначенного ответственного взрослого; предоставьте привычные предметы (игрушки, одеяло) по возможности; организуйте возможность игры и двигательной активности; обеспечьте доступ к специальному питанию при необходимости.

Люди с хроническими заболеваниями (скрытая инвалидность): при регистрации фиксируйте потребности в медикаментах (диабет — инсулин, гипертония — антигипертензивные, эпилепсия — противосудорожные и т.д.); обеспечьте цепочку поставки лекарств через медицинскую службу; при необходимости — приоритетный доступ к медицинскому персоналу.

Питание и особые диетические потребности

Стандарты Sphere обеспечивают базовый продовольственный паёк, однако некоторые категории людей с инвалидностью имеют специфические диетические потребности:

Диабет: необходим контроль углеводов, регулярное питание без длительных перерывов. **Фенилкетонурия (ФКУ):** специализированная безбелковая диета — жизненно необходима. **Целиакия:** безглютеновая диета. **Аллергии:** отдельные компоненты стандартного пайка могут быть опасны. **Люди на зондовом питании:** требуют специального питания и ухода.

При регистрации пострадавших важно фиксировать особые диетические потребности. Медицинская служба пункта должна знать о таких потребностях и обеспечивать их удовлетворение через взаимодействие с Министерством здравоохранения.

Организация зон отдыха и ухода за собой в пунктах размещения

Для людей с инвалидностью базовые потребности в личной гигиене и уходе за собой имеют особое значение. Нарушение привычного режима ухода может приводить к ухудшению здоровья — пролежням, инфекциям, обострению хронических заболеваний.

Требования к зонам ухода за собой: умывальники расположены на доступной высоте (не выше 85 см от пола для пользователей кресел-колясок); имеется хотя бы один душевой поддон без порога или возможность принять гигиеническую процедуру с помощью персонала; зона личной гигиены освещена и закрыта от посторонних взглядов — особенно важно для женщин с инвалидностью; имеется достаточный запас гигиенических материалов, включая специфические потребности (подгузники для взрослых, урологические прокладки).

Уход за людьми с тяжёлыми нарушениями мобильности: для людей, не способных самостоятельно переворачиваться в постели (постоянная иммобилизация), необходима организация профилактики пролежней — специальные матрасы, регулярное изменение положения тела. Этим должен заниматься медицинский или социальный персонал пункта при взаимодействии с самим человеком или его опекуном.

Лекарственный режим: в пункте временного размещения должна быть организована чёткая система хранения и выдачи лекарств для людей с хроническими заболеваниями. Лекарства хранятся в медицинском пункте с соблюдением температурного режима. График выдачи соответствует назначенному лечебному режиму. Особое внимание — инсулину для людей с диабетом (требует холодового хранения) и психотропным препаратам (строгий контроль режима приёма).

Временные убежища и капитальные пункты размещения

В практике МЧС КР существуют два основных типа объектов для размещения пострадавших:

Временные убежища (временные палаточные лагеря) — разворачиваются в острой фазе ЧС, когда постоянные пункты не доступны. В условиях КР — шатры, юрты, временные модульные конструкции. Для таких объектов обеспечить полное соответствие нормам СНиП КР невозможно в короткие сроки, поэтому приоритет — на минимально необходимые меры: доступный вход (без высоких порогов), адаптированный туалет (хотя бы один), достаточное освещение.

Постоянные пункты временного размещения — школы, спортивные залы, культурные центры, которые используются в качестве убежищ. Для таких объектов требования СНиП КР полностью применимы. МЧС рекомендуется провести предварительную проверку всех запланированных постоянных пунктов на доступность и составить список необходимых доработок до наступления ЧС.

Заключение

Модуль 2 перевёл принципы в действие. Инклюзивное планирование начинается до бедствия: реестр людей с инвалидностью, партнёрство с ОЛСИ, заранее проверенные маршруты эвакуации и пункты размещения — это не бюрократия, а инструменты, которые сохраняют жизни в первые критические часы.

Каждый алгоритм эвакуации — для людей с нарушениями мобильности, зрения, слуха, интеллектуальной и психосоциальной инвалидностью — строится на одном и том же первом шаге: спросить самого человека. Не предполагать, не решать за него. Этот принцип не замедляет работу — он

исключает ошибки, которые возникают, когда спасатель действует на автомате.

Доступность пункта временного размещения — это не только пандус у входа. Это освещённые туалеты в пределах 50 метров, информация в нескольких форматах, отдельные зоны для мужчин и женщин, сохранённые ассистивные технологии. Ни один из этих элементов не требует значительных ресурсов — но каждый из них критически важен для конкретного человека. В следующем модуле эти навыки встраиваются в систему координации и защиты.

Проверочный тест

Цель: убедиться, что прикладные навыки модуля усвоены — идентификация потребностей, алгоритмы эвакуации, стандарты доступности пункта размещения.

Формат: 10 вопросов с одним правильным вариантом ответа из четырёх. Участники, набравшие менее 7 из 10, получают рекомендацию повторно ознакомиться с соответствующими разделами модуля.

Инструкция: выберите один правильный вариант ответа из предложенных.

Вопрос 1. Руководитель подразделения говорит: «Картировать людей с инвалидностью будем в момент ЧС — сейчас это лишняя работа». Что неверно в этом подходе?

- а) Ничего — в реальной ЧС всё равно видно, кому нужна помощь
- б) Этот подход верен для малых инцидентов, но не для крупных бедствий
- в) Без предварительного картирования спасатель не знает, где искать и сколько нужно ресурсов — это потеря критических минут в острой фазе**
- г) Картирование нужно, но только для людей с видимыми нарушениями мобильности

Правильный ответ: в) *Инклюзивное планирование предполагает работу ДО бедствия. Реестр людей с инвалидностью в зоне ответственности позволяет включить их в план эвакуации заблаговременно, распределить ресурсы и определить маршруты. Составленный в панике список во время ЧС неизбежно неполный и ведёт к тому, что часть людей просто не будет найдена.*

Вопрос 2. При регистрации в эвакуационном пункте прибывает мужчина средних лет, который выглядит здоровым и передвигается без затруднений. Нужно ли задавать ему вопросы Вашингтонской группы?

- а) Нет — вопросы нужны только при видимых признаках инвалидности
- б) Нет — в острой фазе на это нет времени

в) Да — многие нарушения не видны внешне; вопросы ВГ позволяют выявить реальные ограничения жизнедеятельности независимо от внешнего вида

- г) Только если сам человек попросит о помощи

Правильный ответ: в) *Нарушения слуха, психосоциальная инвалидность, хронические заболевания, когнитивные нарушения — не видны при беглом осмотре. Вопросы Вашингтонской группы задаются всем эвакуированным, кратко и уважительно. Именно стандартизированный подход — а не визуальная оценка — гарантирует, что никто не будет пропущен.*

Вопрос 3. После операции журналист просит список эвакуированных с инвалидностью для публикации материала о ЧС. Как правильно поступить?

- а) Выдать список — это поможет привлечь общественное внимание к проблеме
- б) Выдать список только с именами, без диагнозов

в) Отказать — данные об инвалидности являются персональными и не могут передаваться третьим лицам без явного согласия самих людей

- г) Решение принимает старший по смене

Правильный ответ: в) *Данные об инвалидности и состоянии здоровья — чувствительные персональные данные. Их разглашение без согласия может причинить вред: стигматизацию, угрозу безопасности, нарушение права на частную жизнь. Этика сбора данных в ЧС требует как минимального сбора (только необходимого), так и строгого контроля доступа.*

Вопрос 4. Человек на кресле-коляске находится на 4-м этаже здания без лифта. Что является правильным первым шагом при эвакуации?

а) Немедленно нести человека на руках вниз — безопасность дороже

б) Попросить человека ждать прибытия специального оборудования

в) Спросить самого человека, как ему удобнее, выяснить его физические возможности и оценить, какой способ эвакуации — эвакуационное кресло, перенос, помощь при спуске — наиболее безопасен

г) Оставить его в «зоне ожидания спасения» и сосредоточиться на остальных

Правильный ответ: в) *Первый принцип любой эвакуации — спросить человека. Некоторые люди на коляске умеют спускаться по лестнице самостоятельно или при минимальной поддержке; другие нуждаются в полном переносе. Действие без предварительного вопроса может причинить травму или унижить достоинство. Эвакуационное кресло — предпочтительный инструмент там, где он доступен.*

Вопрос 5. Вы сопровождаете человека с нарушением зрения по задымлённому коридору. Какова правильная техника?

а) Взять его за руку и вести — так надёжнее

б) Идти сзади и направлять за плечи

в) Предложить взяться за ваш локоть, идти на полшага впереди в его темпе и словесно предупреждать о препятствиях

г) Описывать маршрут вслух и дать ему идти самостоятельно

Правильный ответ: в) *Техника сопровождения через локоть — стандарт работы с людьми с нарушением зрения. Она даёт человеку контроль и возможность остановиться в любой момент. Вести за руку — значит тянуть и лишать его ощущения пространства. Сопровождать сзади — значит толкать, что вызывает стресс. Словесное описание без физического контакта эффективно лишь в знакомой среде.*

Вопрос 6. Сирена сработала. Человек с нарушением слуха в соседней комнате не реагирует на звуковой сигнал. Как привлечь его внимание?

а) Кричать громче — при тугоухости высокая громкость помогает

б) Попросить соседей передать информацию

в) Войти в поле его зрения или слегка коснуться плеча, установить зрительный контакт и сообщить об угрозе коротко и чётко — словами, жестами или письменно

г) Использовать мегафон — его громкость достаточна для людей с тугоухостью

Правильный ответ: в) *При нарушении слуха звуковые сигналы (сирена, крики, мегафон) не воспринимаются или воспринимаются с искажением.*

Единственный надёжный канал — визуальный контакт. Прикосновение к плечу допустимо, но лучше сначала войти в поле зрения, чтобы не напугать. После установления контакта — краткая, понятная информация любым удобным способом.

Вопрос 7. Человек с интеллектуальной инвалидностью остановился в коридоре во время эвакуации и не реагирует на команды. Что делать?

а) Говорить громче и настойчивее — он должен выполнять указания

б) Взять за руку и вести без объяснений — это быстрее

в) Присесть до уровня его глаз, говорить коротко и спокойно, использовать простые жесты; при возможности привлечь знакомого ему человека

г) Оставить его и вернуться с медицинским работником

Правильный ответ: в) *«Зависание» при стрессе — типичная реакция человека с интеллектуальной инвалидностью, это не упрямство и не отказ. Повышение голоса усиливает стресс. Физическое воздействие без предупреждения может вызвать панику. Короткие, конкретные слова и зрительный контакт на одном уровне — наиболее эффективный способ восстановить контакт.*

Вопрос 8. Пункт временного размещения развёрнут в школе. Единственный вход — три ступени, пандус отсутствует. Координатор говорит: «Три ступени — это мелочь, поможем руками». Что неверно в этом решении?

а) Ничего — три ступени действительно не являются критическим барьером

б) Ступени — проблема только для кресел-колясок, для остальных они не важны

в) Ступени блокируют доступ для людей на колясках, с ходунками, беременных, пожилых — нужен временный пандус или альтернативный вход; «поможем руками» — не системное решение и нарушает автономию

г) Это строительная проблема, которую МЧС не может решить в полевых условиях

Правильный ответ: в) *Ступени — архитектурный барьер, затрагивающий сразу несколько категорий людей. «Помощь руками» унижает достоинство, создаёт зависимость и нарушает принцип разумного приспособления. В полевых условиях пандус из подручных материалов или использование альтернативного входа — реалистичные меры, которые МЧС может принять за несколько минут.*

Вопрос 9. При эвакуации человек потерял слуховой аппарат. Руководитель говорит: «Разберёмся позже — сейчас главное вывести всех». В чём проблема?

а) Никакой — слуховой аппарат можно заменить после завершения операции

б) Небольшая — нужно зафиксировать потерю в рапорте

в) Без слухового аппарата человек в пункте размещения не сможет воспринимать оповещения и инструкции — нужно по возможности найти аппарат или сразу организовать альтернативную коммуникацию

г) Проблема есть только если аппарат дорогостоящий

Правильный ответ: в) *Ассистивные технологии — слуховые аппараты, трости, кресла-коляски, коммуникационные устройства — являются продолжением функционального потенциала человека. Их потеря в ЧС не*

«неудобство», а угроза безопасности и автономии. Потерю нужно зафиксировать, по возможности найти замену и обеспечить временную альтернативу.

Вопрос 10. Архитектор предлагает построить при пункте размещения отдельный блок для людей с инвалидностью. Почему такой подход противоречит принципам инклюзивного реагирования?

а) Это правильный подход — специальные блоки лучше адаптированы под нужды

б) Отдельные блоки нарушают бюджет, но концептуально верны

в) Разделение изолирует людей с инвалидностью от остальных эвакуированных и нарушает принцип универсального дизайна — основной объект должен быть доступен для всех

г) Отдельные блоки приемлемы для постоянных убежищ, но не для временных

Правильный ответ: в) *Принцип универсального дизайна требует, чтобы объекты и системы изначально проектировались как доступные для максимально широкого круга людей. Отдельные «специальные» блоки закрепляют сегрегацию, создают стигму и делают людей с инвалидностью видимыми как «отдельную категорию». Доступный вход, достаточная ширина проходов и адаптированные санузлы в основном блоке — правильное решение.

Модуль 3. Координация, международная практика и системные изменения реагирования на ЧС



3.1 Инклюзивная гуманитарная координация

Роль различных служб и структур

Эффективное инклюзивное реагирование на ЧС невозможно без чёткой координации между различными ведомствами и организациями. МЧС КР является уполномоченным координирующим органом в области гражданской защиты, однако инклюзивное реагирование требует активного участия нескольких институтов.

МЧС Кыргызской Республики выполняет функции оперативного управления реагированием: организует аварийно-спасательные работы, обеспечивает эвакуацию населения, координирует работу пунктов временного размещения, взаимодействует с территориальными органами власти. В части инклюзии МЧС отвечает за разработку доступных планов эвакуации, обучение личного состава, обеспечение доступности пунктов размещения, взаимодействие с ОЛСИ.

Министерство труда, социального обеспечения и миграции Кыргызской Республики осуществляет социальную защиту населения, в том числе людей с инвалидностью. В условиях ЧС министерство имеет информацию о

зарегистрированных получателей социальных услуг, в том числе людях с инвалидностью, проживающих в учреждениях социального обслуживания. Это ведомство может предоставить МЧС списки уязвимых лиц в зоне ЧС, обеспечить выезд социальных работников в пункты временного размещения, координировать поддержку.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики обеспечивает медицинскую помощь пострадавшим. В части инклюзии министерство здравоохранения организует доступную медицинскую помощь для людей с инвалидностью, обеспечивает наличие необходимых медикаментов и медицинского оборудования, координирует психосоциальную поддержку. В пунктах временного размещения необходимо присутствие медицинского персонала, осведомлённого о потребностях людей с хроническими заболеваниями и инвалидностью.

Органы местного самоуправления (ОМС) знают свою территорию и её жителей. При наличии систем предварительной регистрации — именно ОМС располагают данными о людях с инвалидностью в конкретных кварталах и сёлах. Айыл окмоту (сельские управления) и городские муниципалитеты могут обеспечить волонтёров и транспорт для адресной эвакуации.

НКО и НПО, работающие в сфере инвалидности и гуманитарного реагирования, обладают опытом и ресурсами, которых может не хватать государственным структурам: специализированная реабилитационная помощь, психосоциальная поддержка, информационные материалы в доступных форматах, сети распределения помощи, охватывающие наиболее изолированные группы.

Организации людей с инвалидностью (ОЛСИ) — незаменимые партнёры, обладающие экспертизой «изнутри»: они знают потребности своих членов, пользуются их доверием, имеют сети коммуникации, недоступные государственным структурам. ОЛСИ могут предоставлять волонтёров-сопроводителей, переводчиков жестового языка, помочь с организацией доступной информации.

Международные организации — в крупных ЧС к реагированию могут подключаться ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК) и другие. Они привносят

ресурсы, опыт, технические стандарты и могут оказать поддержку в координации инклюзивного реагирования.

Кластерный подход

Кластерная система координации — международная модель организации гуманитарного реагирования, при которой ответственность за различные секторы помощи (убежища, вода и санитария, продовольствие, здоровье, защита и т.д.) закреплена за конкретными ведущими организациями. В КР при крупных ЧС элементы кластерного подхода активируются при поддержке ООН.

Кластер защиты — отвечает за защиту гражданского населения, включая предотвращение гендерно обусловленного насилия, защиту детей, правовую помощь. Для людей с инвалидностью этот кластер является критически важным.

Кластер убежищ и поселений — отвечает за организацию временного жилья и пунктов размещения. Именно этот кластер должен обеспечивать доступность убежищ.

Руководство IASC 2019 требует, чтобы каждый кластер назначил ответственного за включение вопросов инвалидности в свою работу. В условиях КР МЧС как ключевой актор должен настаивать на включении инвалидности в повестку всех координационных механизмов.

Протоколы взаимодействия

Протокол обмена данными: МЧС, органы ОМС и Министерство труда договариваются о формате и периодичности обмена данными о зарегистрированных людях с инвалидностью в зоне ЧС. Данные передаются в деперсонализированном виде для целей оперативного планирования.

Протокол направления: при выявлении человека с инвалидностью в пункте временного размещения, нуждающегося в специализированной помощи (реабилитация, психосоциальная поддержка, правовая помощь), МЧС направляет его к соответствующей службе согласно заранее согласованному протоколу направления.

Протокол при гендерно обусловленном насилии: при выявлении признаков насилия или обращении пострадавшего — немедленное направление в профильную службу (специализированный центр помощи

пострадавшим от насилия, медицинская служба) с обязательным соблюдением принципов безопасности, конфиденциальности и согласия.

Протокол разлучения семей: при разлучении ребёнка с инвалидностью с опекуном — немедленная регистрация ребёнка, информирование Министерства труда, социального обеспечения и миграции (служба защиты детей), принятие временных мер по обеспечению ухода.

Совместные учения: МЧС, ОЛСИ, НКО и другие партнёры проводят совместные тренировочные учения по реагированию на ЧС с включением сценариев, затрагивающих потребности людей с инвалидностью. Это позволяет проверить протоколы взаимодействия и выявить пробелы до наступления реальной ЧС.

Механизм координации при комплексных гуманитарных ситуациях

При крупных ЧС, охватывающих несколько районов или областей КР, задействуется более сложный координационный механизм, в котором МЧС является главным координатором на национальном уровне.

Оперативный штаб МЧС — центральный орган управления реагированием. В состав штаба рекомендуется включить ответственного по вопросам инвалидности, который обеспечивает включение инклюзии в оперативные решения штаба.

Координационные совещания проводятся не реже одного раза в сутки в острой фазе ЧС. Повестка совещаний должна включать пункт о состоянии обеспечения людей с инвалидностью. Без специального включения этого пункта вопросы инвалидности выпадают из повестки.

Информационный обмен: в ходе ЧС координационный штаб ведёт обновляемую сводку о численности пострадавших с дезагрегацией по полу, возрасту и инвалидности. Эта сводка является основой для принятия решений о распределении ресурсов.

Сектор / кластер защиты играет ключевую роль в обеспечении безопасности уязвимых групп, включая людей с инвалидностью. МЧС КР как государственный орган взаимодействует с кластером защиты через уполномоченных представителей.

Механизм мониторинга и оценки: в ходе ЧС необходимо отслеживать, насколько эффективно меры по инклюзии реализуются на практике. Это включает регулярные посещения пунктов временного размещения и опросы пострадавших, в том числе людей с инвалидностью. Обратная связь используется для корректировки реагирования.

Координация на международном уровне: роль ООН и донорских организаций

В Кыргызской Республике в случае крупных ЧС к координации реагирования подключается Система координатора-резидента ООН. В этом контексте МЧС КР взаимодействует с рядом международных организаций.

ПРООН (Программа развития ООН) оказывает поддержку в укреплении национального потенциала по снижению риска бедствий, включая инклюзивные компоненты.

ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН) обеспечивает поддержку в части защиты детей, образования в чрезвычайных ситуациях и WASH. В контексте инклюзии — ЮНИСЕФ разработал специальный инструментарий для выявления инвалидности у детей (CFM — Child Functioning Module Вашингтонской группы), а также руководства по включению детей с инвалидностью в гуманитарные программы.

ЮНФПА (Фонд народонаселения ООН) — ключевой актор в области сбора и анализа демографических данных: поддерживает проведение переписей населения, демографических обследований и формирование баз данных с дезагрегацией по полу, возрасту и инвалидности. Эти данные служат основой для планирования и мониторинга гуманитарного реагирования. В условиях ЧС ЮНФПА также выступает со-лидером глобальной системы реагирования на гендерно обусловленное насилие.

МФКК координирует деятельность национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в гуманитарном реагировании. Кыргызское общество Красного Полумесяца является важным партнёром МЧС КР. МФКК опубликовал Руководство по включению инвалидности в программы (Building Blocks for Disability-Inclusive Programmes, 2024), устанавливающее практические стандарты инклюзии для обществ Красного Полумесяца.

Взаимодействие МЧС КР с международными организациями строится на принципах взаимодополняемости: международные организации не дублируют функции государственных структур, а заполняют пробелы там, где ресурсов и компетенций государства недостаточно. Для МЧС это означает: использовать международную экспертизу, стандарты и инструменты, но сохранять главенство национального координатора в управлении реагированием.

Информационное управление при инклюзивном реагировании

Эффективная координация невозможна без хорошо организованного информационного управления. В контексте инклюзии ключевые задачи информационного управления следующие:

Сбор данных. Применение вопросов Вашингтонской группы при регистрации пострадавших (см. раздел 2.2). Ведение журнала учёта пострадавших с разбивкой по полу, возрасту и инвалидности.

Обмен данными. Установлены протоколы обмена данными между МЧС, Министерством труда, Министерством здравоохранения и ОМС. Данные передаются в деперсонализированном виде за исключением случаев, когда идентификация необходима для спасения жизни.

Анализ данных. По завершении острой фазы ЧС проводится анализ данных: охват помощью по категориям пострадавших, выявление непропорциональных потерь. Результаты используются для совершенствования планов реагирования.

Документирование уроков. Каждая крупная ЧС должна сопровождаться анализом с включением раздела об инклюзии: что сработало, что не сработало, какие барьеры возникли, какие меры были эффективными. Эти уроки вносятся в обновление планов реагирования.

3.2 Международная практика и укрепление потенциала МЧС КР

Практическое применение международных стандартов в условиях КР

Одним из частых вопросов является: насколько применимы международные стандарты в условиях ограниченных ресурсов развивающихся стран? Они полностью применимы, поскольку большинство мер не требуют значительных финансовых затрат.

Меры с нулевыми или минимальными затратами: - обучение личного состава алгоритмам коммуникации с людьми с различными видами инвалидности может быть проведено за короткое время; - изменение процедуры регистрации пострадавших: добавить в бланк 6 вопросов Вашингтонской группы; - размещение людей с нарушениями мобильности на первом этаже пунктов временного размещения — вопрос организации, а не инфраструктуры; - установление рабочих контактов с организациями людей с инвалидностью (ОЛсИ) — не требует дополнительных финансовых ресурсов, достаточно инициативы; - дублирование объявлений по громкоговорителю SMS-сообщениями — минимальные затраты.

Меры с умеренными затратами: - приобретение эвакуационных стульев для ключевых объектов; - изготовление простых информационных материалов с пиктограммами; - установка поручней в туалетах пунктов временного размещения.

Меры, требующие инвестиций: - оборудование государственных зданий пандусами согласно СНиП КР; - приобретение специализированного транспорта для эвакуации; - развитие систем электронного оповещения с SMS-функцией.

Большинство мер первой и второй категории могут быть реализованы в рамках существующих бюджетов МЧС при наличии соответствующих нормативных требований и профессиональной культуры.

Гражданская защита КР и место инклюзии в ней

Закон КР «О гражданской защите» устанавливает многоуровневую систему органов управления гражданской защитой. Понимание этой системы необходимо для определения, кто и на каком уровне несёт ответственность за инклюзивное реагирование.

Национальный уровень. МЧС КР — уполномоченный государственный орган в области гражданской защиты. На национальном уровне МЧС разрабатывает нормативную базу, обучает личный состав, координирует межведомственное взаимодействие. Именно на этом уровне принимаются решения о включении инклюзии в стандарты реагирования.

Территориальный уровень. Территориальные органы МЧС в областях и районах являются основными исполнителями реагирования. На этом уровне

ведётся картирование уязвимых групп, устанавливаются контакты с местными ОЛСИ, организуются учения и проверяются пункты временного размещения.

Местный уровень. Органы местного самоуправления (ОМС) — айыл окмоту и городские муниципалитеты — играют критическую роль в инклюзивном реагировании, поскольку именно они обладают детальными знаниями о своём населении. Предварительная регистрация людей с инвалидностью возможна только при активном участии ОМС.

Национальная платформа КР по снижению риска бедствий — межведомственный координационный механизм, включённый в систему гражданской защиты. Именно через этот механизм вопросы инклюзии могут быть закреплены в национальных стратегиях снижения риска бедствий.

Комиссии по гражданской защите создаются на всех уровнях управления и координируют мероприятия в ЧС. Обеспечение присутствия представителя ОЛСИ или ответственного по вопросам инвалидности в составе комиссий по гражданской защите — один из рекомендуемых шагов по институционализации инклюзии.

Обучение и наращивание компетенций в МЧС КР

Долгосрочное наращивание компетенций в области инклюзивного реагирования требует системного подхода к обучению.

Базовый уровень (все сотрудники): данный курс - 9 часов. Охватывает: концептуальные основы, правовую базу, базовые алгоритмы работы с людьми с инвалидностью.

Специализированный уровень (координаторы, руководители подразделений): расширенная программа — 16–20 часов. Охватывает: управление данными (SADD), межведомственная координация, планирование с учётом инклюзии, оценка готовности по инструментарию DIEM, проведение совместных учений с ОЛСИ.

Уровень тренеров: программа для подготовки внутренних тренеров МЧС, способных самостоятельно проводить базовый курс в своих подразделениях. Включает: педагогические навыки, работу с ресурсами курса, адаптацию к местному контексту.

Непрерывное обучение: ежегодный повторный разбор алгоритмов (2–4 часа); совместные учения с ОЛСИ; разбор случаев из реального опыта реагирования.

Обмен опытом: взаимодействие с коллегами из других стран Центральной Азии (Казахстан, Узбекистан, Таджикистан), имеющих схожий контекст рисков и уровень развития системы гражданской защиты. Платформы для обмена опытом: региональные встречи ОБСЕ, форумы ПРООН по снижению риска бедствий в Центральной Азии.

3.3 Оценка эффективности и системные изменения

Как измерить прогресс: индикаторы инклюзивного реагирования

Для мониторинга внедрения инклюзивных практик в работу подразделений МЧС рекомендуется использовать следующие индикаторы:

Индикатор 1 — Планирование: доля планов реагирования, включающих специальный раздел по потребностям людей с инвалидностью (целевой показатель: 100% до конца 2026 года).

Индикатор 2 — Картирование: наличие обновлённого списка людей с инвалидностью в зоне ответственности каждого территориального подразделения МЧС (целевой показатель: 100% подразделений).

Индикатор 3 — Обучение: доля сотрудников, прошедших обучение по данному курсу (целевой показатель: 80% личного состава, участвующего в реагировании, к концу 2026 года).

Индикатор 4 — Партнёрство: наличие формализованного соглашения о взаимодействии с ОЛСИ в каждом регионе ответственности (целевой показатель: 100% к концу 2025 года).

Индикатор 5 — Доступность: доля пунктов временного размещения, прошедших проверку по чек-листу доступности (целевой показатель: 100% пунктов, задействованных в учениях и реагировании).

Индикатор 6 — Данные: доля ЧС, в которых велась SADD-регистрация пострадавших (целевой показатель: 100% ЧС регионального и национального масштаба).

Эти индикаторы могут быть включены в систему мониторинга МЧС КР и ежегодно отражаться в отчётах подразделений. Систематический мониторинг

по индикаторам позволяет не только фиксировать прогресс, но и выявлять подразделения, нуждающиеся в дополнительной поддержке, а также сравнивать динамику изменений по регионам Кыргызстана. Регулярная публикация обобщённых данных мониторинга в ежегодных отчётах МЧС КР также будет свидетельством выполнения Кыргызстаном своих обязательств по КПЛИ и Сендайской рамочной программе.

От курса к системным изменениям: рекомендации для руководства МЧС КР

Настоящий курс адресован прежде всего оперативным сотрудникам, однако системные изменения возможны только при поддержке руководства МЧС. Ниже представлены ключевые рекомендации для руководителей всех уровней.

Нормативное закрепление инклюзии. Включить требования к инклюзивному реагированию в нормативные документы МЧС КР: типовые планы реагирования, стандарты пунктов временного размещения, стандарты регистрации пострадавших. Без нормативного закрепления инклюзия остаётся зависимой от личной инициативы и не воспроизводится системно.

Обязательное обучение. Настоящий курс включить в обязательную программу первоначальной подготовки для всех сотрудников МЧС, участвующих в реагировании на ЧС. Повторное обучение — не реже одного раза в три года.

Ресурсное обеспечение. Предусмотреть в бюджете МЧС расходы на: приобретение эвакуационных стульев для ключевых объектов; разработку и печать информационных материалов в доступных форматах; проведение совместных учений с ОЛСИ.

Партнёрство с ОЛСИ. Заключить формальные соглашения о взаимодействии с ОЛСИ в каждом регионе ответственности. Соглашения должны предусматривать совместное планирование, обмен информацией (при соблюдении конфиденциальности), совместные учения и участие представителей ОЛСИ в координационных совещаниях.

Мониторинг. Включить показатели инклюзивного реагирования (см. выше) в систему ежегодной отчётности территориальных подразделений. Без

мониторинга трудно отслеживать прогресс и стимулировать внедрение изменений.

Международное сотрудничество. Активно использовать ресурсы и экспертизу международных партнёров — ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, МФКК — для развития потенциала МЧС в области инклюзивного реагирования. Участие в международных обменах опытом (ОБСЕ, региональные платформы ПРООН) обеспечивает доступ к передовым практикам и позволяет Кыргызстану демонстрировать прогресс в выполнении международных обязательств.

Отчётность по КПЛИ. Кыргызская Республика как государство — участник КПЛИ обязана представлять регулярные доклады Комитету ООН по правам лиц с инвалидностью о выполнении Конвенции. Деятельность МЧС по инклюзивному реагированию на ЧС является частью этой отчётности. Наличие конкретных достижений — проведённые обучения, разработанные планы, совместные учения — улучшает позицию КР в международном диалоге по правам людей с инвалидностью.

Заключение

Модуль 3 рассмотрел инклюзивное реагирование в его системном измерении — там, где оперативные действия отдельного спасателя вписываются в более широкую архитектуру координации, институтов и долгосрочных изменений.

Координация — не вспомогательная функция, а условие эффективности. МЧС действует результативно тогда, когда взаимодействие с Министерством труда, Министерством здравоохранения, органами местного самоуправления, ОЛСИ и НПО выстроено заблаговременно: протоколы обмена данными, механизмы направления, совместные учения. Кластерный подход и координация с международными организациями — инструменты, которые усиливают национальный потенциал, а не подменяют его.

Международный опыт подтверждает: большинство мер инклюзии не требует значительных ресурсов. Реальные изменения — предварительная регистрация уязвимых групп, партнёрство с ОЛСИ, дублирование оповещения — реализуются в рамках существующих бюджетов при наличии нормативного требования и профессиональной культуры. Кыргызстан находится в начале этого пути, и опыт других стран даёт реалистичный горизонт следующих шагов.

Полный цикл управления ЧС охватывает не только острую фазу, но и период восстановления — именно тогда риски для людей с инвалидностью не исчезают, а трансформируются: затяжное пребывание в пунктах размещения, потеря вспомогательных средств и привычных маршрутов, психосоциальные последствия, уязвимость к насилию в условиях скученности. Инклюзивное реагирование, которое заканчивается с закрытием острой фазы, — неполное реагирование.

От курса — к системным изменениям. Индикаторы мониторинга, рекомендации для руководства, план внедрения — не формальное приложение, а рабочий инструмент. Инклюзивное реагирование становится устойчивым только тогда, когда оно закреплено в нормативах, встроено в ежегодную отчётность и не зависит от инициативы конкретного сотрудника.

Проверочный тест

Цель: убедиться, что ключевые понятия модуля усвоены — инклюзивная координация и межведомственные протоколы, применение международных стандартов в условиях КР, системное внедрение инклюзии.

Формат: 10 вопросов с одним правильным вариантом ответа из четырёх. Участники, набравшие менее 7 из 10, получают рекомендацию повторно ознакомиться с соответствующими разделами модуля.

Инструкция: выберите один правильный вариант ответа из предложенных.

Вопрос 1. В ходе операции координатор говорит: «На консультации с организациями людей с инвалидностью нет времени — у нас реальная ЧС». Что теряется при таком подходе?

- а) Ничего — ОЛСИ можно подключить на этапе восстановления
- б) Только формальное соответствие международным требованиям
- в) ОЛСИ часто располагают актуальными данными о местонахождении своих членов и могут обеспечить коммуникацию с людьми с инвалидностью — их участие ускоряет реагирование, а не замедляет**
- г) Это нужно делать только при плановых учениях

Правильный ответ: в) Организации людей с инвалидностью (ОЛСИ) — не формальный партнёр, а практический ресурс: они знают своих членов, умеют с ними общаться и могут оперативно помочь в идентификации и сопровождении. Привлечение ОЛСИ в острой фазе — стандарт IASC и логика эффективного реагирования.

Вопрос 2. Вы подозреваете, что женщина с инвалидностью в пункте размещения подвергается насилию со стороны сопровождающего. Каков правильный первый шаг?

- а) Немедленно вызвать полицию и сообщить о подозрении
- б) Расспросить сопровождающего о ситуации

в) Обеспечить конфиденциальный контакт с женщиной наедине, не подвергая её дополнительному риску — и только после этого, с её согласия, действовать дальше

- г) Не вмешиваться без прямого заявления — иначе это превышение полномочий

Правильный ответ: в) Первый принцип при подозрении на гендерно обусловленное насилие — безопасность пострадавшей. Немедленный вызов полиции или вопросы сопровождающему могут поставить женщину под угрозу немедленного возмездия. Конфиденциальный контакт позволяет ей самой принять решение о следующем шаге.

Вопрос 3. МЧС передаёт Министерству здравоохранения данные об эвакуированных, нуждающихся в лекарствах, включая информацию об инвалидности. При каком условии это допустимо?

- а) Никаких условий — обмен данными между государственными органами всегда разрешён
- б) Допустимо в обезличенном виде для любых целей

в) Данные передаются в деперсонализированном виде или с согласия граждан; идентификация допустима только когда она необходима для спасения жизни

г) Достаточно письменного запроса от принимающего органа

Правильный ответ: в) *Принцип минимального сбора данных и конфиденциальности действует и при межведомственном обмене. Данные об инвалидности — чувствительная категория. Нарушение конфиденциальности может привести к стигматизации и снижению доверия к системе реагирования, что осложнит работу в будущих ЧС.*

Вопрос 4. Опытный спасатель говорит: «Чек-листы — для бюрократов; я двадцать лет работаю и всё делаю по опыту». Что упускается в таком взгляде?

а) Ничего — опыт важнее формальных инструментов

б) Чек-листы нужны только новичкам и стажёрам

в) В условиях стресса и высокой нагрузки даже опытные специалисты пропускают ключевые шаги; чек-лист — инструмент системной работы, дополняющий опыт, а не заменяющий его

г) Чек-листы полезны при плановых учениях, но не в реальной ЧС

Правильный ответ: в) *Авиационная промышленность и медицина давно доказали: чек-листы снижают количество критических ошибок именно среди опытных специалистов, поскольку опыт создаёт иллюзию контроля. В ЧС высокая нагрузка и стресс усиливают склонность к автоматическим, а не аналитическим действиям.*

Вопрос 5. В пункт размещения прибывает ребёнок с инвалидностью без установленного опекуна — его сопровождает мужчина, чьи полномочия неясны. Каков правильный первый шаг?

а) Поместить ребёнка в общую зону — сопровождающий позаботится

б) Срочно разыскивать родственников, прежде чем предпринимать что-либо ещё

в) Немедленно зарегистрировать ребёнка отдельно и уведомить службу защиты детей, обеспечив надёжное сопровождение до выяснения обстоятельств

г) Действовать по общей процедуре — отдельный протокол нужен только при травмах

Правильный ответ: в) *Дети с инвалидностью без установленного опекуна — приоритетная группа защиты. Неизвестный сопровождающий может быть как добросовестным помощником, так и источником риска. Регистрация ребёнка отдельно и передача информации в службу защиты детей — обязательные шаги, которые не предрешают исход, но обеспечивают защиту.*

Вопрос 6. В конце смены спасатель передаёт сопровождаемого человека с инвалидностью сменщику словами: «Вон тот — с коляской, разберитесь». Что неверно в такой передаче?

а) Ничего — передача ответственности означает завершение его задачи

б) Нужно было написать письменный рапорт о передаче

в) Передача должна быть именной и с передачей ключевой информации о потребностях — анонимная передача «в общий поток» означает потерю данных и риск для человека

г) Это проблема только при передаче ребёнка или человека с тяжёлым нарушением

Правильный ответ: в) *Непрерывность информации — критический принцип защиты. Когда данные о потребностях человека теряются при смене персонала, человек фактически попадает в систему заново — без его особых потребностей, лекарств, контактов. Именная передача с устной или письменной фиксацией потребностей — стандарт.*

Вопрос 7. В пункте размещения из-за нехватки места женщин с инвалидностью размещают в общем зале вместе с мужчинами. Координатор говорит: «Другого варианта нет». Какой риск недооценивается?

а) Никакого — в условиях ЧС обеспечить отдельное размещение невозможно

б) Это нарушает формальные требования, но реального риска не создаёт

в) Женщины с инвалидностью особенно уязвимы для насилия в смешанных условиях размещения; даже при ограниченном пространстве необходимо создать хотя бы частично разделённые зоны

г) Риск есть, но его невозможно устранить в острой фазе

Правильный ответ: в) Женщины с инвалидностью подвергаются повышенному риску гендерно обусловленного насилия в условиях ЧС — особенно в смешанных, плохо освещённых и неконтролируемых пространствах. «Другого варианта нет» — ошибочный вывод: ширмы, выделение отдельной секции, ночное дежурство — реализуемые меры даже в сложных условиях.

Вопрос 8. После успешной операции руководитель говорит: «В следующий раз сделаем так же». Что нужно добавить к этому выводу?

а) Ничего — повторение успешной практики и есть системный подход

б) Нужно задокументировать операцию для архива

в) Успешный опыт необходимо проанализировать и институционализировать: обновить план реагирования, провести разбор с командой, устранить выявленные пробелы — иначе успех зависит от случайности, а не от системы

г) Это задача руководства, а не оперативного состава

Правильный ответ: в) Однократный успех не означает системной готовности. Инклюзивное реагирование становится системным только когда уроки каждой операции — что сработало, что нет, какие пробелы выявлены — встраиваются в планы, инструкции и обучение. Без этого каждая следующая операция начинается с нуля.

Вопрос 9. Координатор говорит: «Стандарты Sphere — международные, у нас в КР другие условия и ресурсы». Как правильно ответить на это возражение?

а) Он прав — в условиях ограниченных ресурсов КР стандарты Sphere неприменимы

б) Sphere обязателен только при международном финансировании операций

в) Sphere устанавливает именно минимальные стандарты, рассчитанные на условия ограниченных ресурсов; отказ от них означает снижение защиты ниже допустимого минимума

г) Sphere применяется только к WASH и питанию, но не к размещению

Правильный ответ: в) *Минимальные стандарты Sphere разработаны именно для кризисных условий с ограниченными ресурсами — это не идеальные нормы мирного времени. Они отражают тот уровень, ниже которого падает безопасность и достоинство людей. Апелляция к «особым условиям» без конкретных обоснований — способ избежать ответственности.*

Вопрос 10. По итогам курса сотрудник говорит: «Теперь я знаю, как помочь людям с инвалидностью — буду действовать по ситуации». Чего не хватает в этом выводе?

а) Ничего — гибкость важнее алгоритмов

б) Проблема только при работе с незнакомыми типами инвалидности

в) «По ситуации» под давлением стресса означает риск пропустить ключевые шаги; знания становятся компетенцией только когда они встроены в конкретные алгоритмы, чек-листы и регулярную практику

г) Это верно для опытных специалистов, но не для новичков

Правильный ответ: в) *Знание принципов — необходимое, но недостаточное условие. В острой фазе ЧС человек действует на основе отработанных навыков, а не осмысленных принципов. Именно поэтому курс включает алгоритмы, чек-листы и конкретные протоколы — чтобы правильное действие было не результатом размышления, а автоматическим профессиональным навыком.*

Глоссарий ключевых терминов

Ассистивные технологии (АТ; англ. АТ — Assistive Technologies) — продукты, оборудование и системы, используемые для поддержания, улучшения или расширения функциональных возможностей людей с инвалидностью. Примеры: кресло-коляска, слуховой аппарат, трость, коммуникационное устройство, программы экранного доступа.

Барьеры — факторы окружающей среды, которые при взаимодействии с нарушениями здоровья ограничивают жизнедеятельность и участие человека в жизни общества. Различают: физические, информационные, коммуникативные и операционные барьеры.

Вашингтонская группа (англ. WG — Washington Group on Disability Statistics) — межгосударственная статистическая рабочая группа ООН, разработавшая стандартизированный краткий набор вопросов для идентификации функциональных ограничений (WG-SS). Используется при регистрации пострадавших в пунктах эвакуации.

Гендерно обусловленное насилие (GBV — Gender-Based Violence) — насилие, направленное против человека на основании его гендерной идентичности или пола. Включает физическое, сексуальное, психологическое насилие, принудительный брак, экономическое насилие.

Двойной подход (англ. twin-track approach) — стратегия IASC, сочетающая включение вопросов инвалидности во все гуманитарные программы и разработку специальных целевых мер для людей с инвалидностью. Двойной подход может обеспечить подлинную инклюзию.

DiDRR (Disability Inclusive Disaster Risk Reduction) — инклюзивное снижение риска бедствий с учётом инвалидности. Подход, обеспечивающий участие людей с инвалидностью во всех этапах управления рисками ЧС.

Инвалидность — согласно Закону КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» №191/2025 и КПЛИ: состояние, возникающее вследствие стойких физических, психических, интеллектуальных или сенсорных нарушений, которые при взаимодействии с различными барьерами в окружающей среде препятствуют полному и равному участию лица в жизни общества.

КПЛИ (Конвенция ООН о правах лиц с инвалидностью; англ. CRPD — Convention on the Rights of Persons with Disabilities) — первый юридически обязывающий международный договор, специально посвящённый правам людей с инвалидностью. Принята Генеральной Ассамблеей ООН в 2006 году, ратифицирована Кыргызской Республикой в 2019 году.

ОЛСИ (организации людей с инвалидностью; англ. OPD — Organizations of Persons with Disabilities) — некоммерческие организации, возглавляемые

людьми с инвалидностью или большинство членов которых составляют люди с инвалидностью. Ключевые партнёры МЧС при инклюзивном планировании.

Разумное приспособление — необходимые изменения и корректировки, не создающие несоразмерного бремени, вносимые для обеспечения реализации прав людей с инвалидностью наравне с другими людьми.

SADD (Sex, Age, Disability Disaggregation) — дезагрегация данных по полу, возрасту и инвалидности. Международный стандарт сбора гуманитарных данных, позволяющий выявлять уязвимые группы.

Сендайская рамочная программа (англ. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030) — международное соглашение по снижению риска бедствий, принятое на конференции ООН в Японии в 2015 году.

Устанавливает приоритеты включения уязвимых групп, в том числе людей с инвалидностью, во все этапы управления рисками.

Социальная модель инвалидности — концепция, рассматривающая инвалидность не как характеристику человека, а как результат взаимодействия функциональных нарушений с барьерами среды. Закреплена в КПЛИ и является основой инклюзивного подхода.

Универсальный дизайн — подход к проектированию, при котором продукты, среда и услуги создаются доступными для максимально широкого круга людей без необходимости специальных адаптаций или вспомогательных устройств.

Использованные источники

1. Международные нормы и обязательства

- **Конвенция ООН о правах лиц с инвалидностью (КПЛИ) / Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**, ООН, 2006. Ключевые статьи: ст. 11 (ситуации риска), ст. 9 (доступность), ст. 6 (женщины с инвалидностью), ст. 7 (дети с инвалидностью).
<https://www.ohchr.org/ru/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

- **Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий 2015–2030 / Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030**, МССУОБ ООН (UNDRR), 2015.
<https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
- **Стратегия ООН по включению инвалидности / UN Disability Inclusion Strategy**, ООН, 2019. Системный подход к включению людей с инвалидностью во все направления деятельности ООН.
<https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/>

2. Операционные стандарты и практические руководства

- **Руководство Межведомственного постоянного комитета по включению лиц с инвалидностью в гуманитарные действия (англ. IASC — Inter-Agency Standing Committee) / IASC Guidelines on the Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action**, IASC, 2019. Основной прикладной стандарт для гуманитарного реагирования.
<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-on-inclusion-of-persons-with-disabilities-in-humanitarian-action-2019>
- **Краткий набор вопросов Вашингтонской группы / Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS)**, Washington Group on Disability Statistics, 2022. Стандарт для быстрой идентификации функциональных ограничений в полевых условиях.
<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/>
- **Строительные нормы и правила Кыргызской Республики (СНиП КР) — раздел о доступности для маломобильных групп населения**. Приказ Государственного агентства архитектуры, строительства и ЖКХ при Кабинете Министров КР от 5 июня 2024 года № 71-нпа.
<https://cbd.minjust.gov.kg/38-11/edition/15295/ru>
- **Справочник Sphere / Sphere Handbook** - минимальные стандарты гуманитарного реагирования. Sphere Project, 2018
<https://spherestandards.org/handbook/>
- **Руководство ВОЗ по инвалидности и управлению рисками для здоровья в ЧС / WHO – Guidance Note on Disability and Emergency**

Risk Management for Health, Всемирная организация здравоохранения.

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-note-on-disability-and-emergency-risk-management-for-health>

- **ЮНИСЕФ — Как начать работу по включению инвалидности в гуманитарные действия / UNICEF – How to Get Started on Disability Inclusion in Humanitarian Action**, ЮНИСЕФ, 2022.
<https://www.unicef.org/documents/how-get-started-disability-inclusion-humanitarian-action>
- **ВПП — Инклюзивное участие лиц с инвалидностью в готовности и реагировании на ЧС / WFP – Inclusive Participation of Persons with Disabilities in Emergency Preparedness and Response**, Всемирная продовольственная программа.
<https://www.wfp.org/publications/inclusive-participation-persons-disabilities-emergency-preparedness-and-response>
- **МФКК — Строительные блоки для инклюзивных программ / IFRC – Building Blocks for Disability-Inclusive Programmes**, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК / IFRC), 2024.
https://pgi.ifrc.org/sites/default/files/media/document/2024-12/frc_disability_inclusion_guide_2024-final.pdf
- **Сеть инклюзивного снижения риска бедствий / Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction Network (DiDRRN)**. Международная сеть организаций, занимающихся инклюзивным снижением риска бедствий.
<https://didrrn.net/>
- **Инструментарий инклюзивного управления чрезвычайными ситуациями / Disability Inclusive Emergency Management Toolkit (DIEM)**, Collaborating for Inclusion, 2024. Практические инструменты оценки готовности к ЧС.
https://collaborating4inclusion.org/wp-content/uploads/2024/11/DIEM-Principles-and-Practical-Action-Guide_FINAL_ENDORSED.pdf
- **Основной стандарт гуманитарной деятельности / Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)**, CHS Alliance, 2014. Стандарты подотчётности и качества гуманитарного

реагирования.

<https://corehumanitarianstandard.org/the-standard>

3. Гендерные аспекты и защита

- **Руководство Межведомственного постоянного комитета по интеграции мер реагирования на гендерно обусловленное насилие в гуманитарные действия / IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, IASC, 2015.**
<https://interagencystandingcommittee.org/working-group/iasc-guidelines-integrating-gender-based-violence-interventions-humanitarian-action-2015>
- **МССУОБ ООН — Гендерно-чувствительное снижение риска бедствий / UNDRR – Gender-Responsive Disaster Risk Reduction, политический брифинг, UNDRR.**
<https://www.undrr.org/publication/policy-brief-gender-responsive-disaster-risk-reduction>
- **ООН-Женщины — Гендерно-чувствительное и инклюзивное снижение риска бедствий / UN Women – Gender-Responsive and Inclusive Disaster Risk Reduction.**
<https://wrd.unwomen.org/practice/resources>
- **ЮНФПА — Руководство по предоставлению правозащитных и гендерно-чувствительных услуг для противодействия гендерно обусловленному насилию и обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин и молодых людей с инвалидностью / UNFPA – Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights, ЮНФПА, 2018.**
<https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>
- **ПРООН — Учёт гендерной чувствительности в снижении риска бедствий / UNDP – Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines, ПРООН.**
<https://www.undp.org/publications/making-disaster-risk-reduction-gender-sensitive-policy-and-practical-guidelines>

4. Нормативная база Кыргызской Республики

- Закон КР «О гражданской защите» (№54 от 24 мая 2018 года).
<https://cbd.minjust.gov.kg/111787/edition/1240722/ru>
 - Закон КР «О правах и гарантиях лиц с инвалидностью» (№191 от 8 августа 2025 года).
<https://cbd.minjust.gov.kg/4-5633/edition/36287/ru>
 - Государственная программа «Доступная страна» для лиц с инвалидностью и других маломобильных групп населения в Кыргызской Республике на 2023–2030 годы (постановление Кабинета Министров КР от 10 февраля 2023 года №69).
<https://cbd.minjust.gov.kg/53-323/edition/1237354/ru>
 - Закон КР «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин» (№184 от 4 августа 2008 года).
<https://cbd.minjust.gov.kg/4-3827/edition/382697/ru>
 - Закон КР «Об охране и защите от семейного насилия» (№63 от 27 апреля 2017 года). <https://cbd.minjust.gov.kg/111570/edition/1006725/ru>
 - Постановление Правительства КР от 29 января 2018 года № 58 «О Концепции комплексной защиты населения и территории Кыргызской Республики от чрезвычайных ситуаций на 2018–2030 годы» (в редакции постановлений Правительства КР от 30 июля 2019 года № 378, Кабинета Министров КР от 10 января 2023 года № 1).
<https://cbd.minjust.gov.kg/11990/edition/1205614/ru>
-

Дополнительные материалы

- Чек-лист инклюзивного реагирования
- Выдержки из нормативно-правовых документов
- Памятка по общению с людьми с различными видами инвалидности
- Вопросы Вашингтонской группы — краткий набор (ВГ-КК)
- Руководство по использованию вопросов Вашингтонской группы в пунктах эвакуации

- Краткий алгоритм действий спасателя при ЧС
 - Алгоритм проверки доступности пункта временного размещения
 - Минимальные стандарты инклюзивного реагирования
-

Список сокращений

ВГ — Вашингтонская группа по статистике инвалидности

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВПП — Всемирная продовольственная программа

ЖКХ — жилищно-коммунальное хозяйство

КР — Кыргызская Республика

КПЛИ — Конвенция ООН о правах лиц с инвалидностью

МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ)

МККК — Международный комитет Красного Креста

МССУОБ — Межучрежденческий секретариат по стратегии уменьшения опасности бедствий ООН

МФКК — Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

МЧС — Министерство чрезвычайных ситуаций

НКО — некоммерческая организация

НПО — неправительственная организация

ОЛСИ — организации людей с инвалидностью

ОМС — органы местного самоуправления

ООН — Организация Объединённых Наций

ОСГ — Основной стандарт гуманитарной деятельности

ППП — первая психологическая помощь

ПРООН — Программа развития ООН

СНиП — строительные нормы и правила

ЧС — чрезвычайная ситуация

ЮНИСЕФ — Детский фонд ООН

ЮНФПА — Фонд народонаселения ООН

CFM — Child Functioning Module (Детский модуль оценки функционирования Вашингтонской группы)

CHS — Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (Основной стандарт гуманитарной деятельности в части качества и подотчётности)

CRPD — Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Конвенция о правах лиц с инвалидностью)

DiDRR — Disability Inclusive Disaster Risk Reduction (инклюзивное снижение риска бедствий с учётом инвалидности)

DiDRRN — Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction Network (Сеть инклюзивного снижения риска бедствий)

DIEM — Disability Inclusive Emergency Management Toolkit (Инструментарий инклюзивного управления чрезвычайными ситуациями)

GBV — Gender-Based Violence (гендерно обусловленное насилие)

IASC — Inter-Agency Standing Committee (Межведомственный постоянный комитет ООН по гуманитарным вопросам)

ICRC — International Committee of the Red Cross (Международный комитет Красного Креста)

IFRC — International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца)

OPD — Organizations of Persons with Disabilities (организации людей с инвалидностью)

SADD — Sex, Age, Disability Disaggregation (дезагрегация данных по полу, возрасту и инвалидности)

UNDP — United Nations Development Programme (Программа развития ООН)

UNDRR — United Nations Office for Disaster Risk Reduction (Офис ООН по снижению риска бедствий)

UNFPA — United Nations Population Fund (Фонд народонаселения ООН)

UNICEF — United Nations Children's Fund (Детский фонд ООН)

WASH — Water, Sanitation and Hygiene (водоснабжение, санитария и гигиена)

WFP — World Food Programme (Всемирная продовольственная программа)

WG — Washington Group on Disability Statistics (Вашингтонская группа по статистике инвалидности)

WG-SS — Washington Group Short Set on Functioning (Краткий набор вопросов Вашингтонской группы о функционировании)

WHO — World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения)