

2022



Региональная
экспертная группа
по здоровью мигрантов

Вятчина
Мария Васильевна

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

Женское здоровье и ВИЧ
в контексте миграции
в Российской Федерации

МОСКВА 2022

*Публикация подготовлена Региональной экспертной группой
по здоровью мигрантов в Восточной Европе и Центральной Азии.
Автор исследования: Вятчина Мария Васильевна, социолог.*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Аббревиатуры	4
Резюме	5
Введение	7
Международный и региональный контекст исследований женской миграции	8
Описание методов и данных	14
Женское здоровье, миграция и ВИЧ: анализ собранных данных	15
Сексуальное просвещение	15
Выявление ВИЧ и барьеры в доступе к АРВ терапии	16
Информирование о заболевании	17
Беременность, роды и уход за младенцем	20
Принуждение, насилие, секс-работа	23
Взаимодействие с медицинским персоналом и риски разглашения диагноза	26
Стигма, контроль и патриархатное давление	27
Переход в документированный статус: лучшие практики	28
Выводы	29
Рекомендации	31

АББРЕВИАТУРЫ

АРВ терапия – антиретровирусная терапия

ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ОМС – обязательное медицинское страхование

ДМС – добровольное медицинское страхование

ЕАЭС – Евразийский экономический союз

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ПЦР (тест) – тест полимеразной цепной реакции

ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем

РФ – Российская Федерация

НПО – неправительственные организации

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

РЕЗЮМЕ

Цель данного исследования заключается в определении правовых, институциональных и социокультурных барьеров, с которыми сталкиваются женщины с ВИЧ, находящиеся в миграции в Российской Федерации. Данные собирались методом кабинетного исследования, а также при помощи глубинных интервью. Всего было проведено 15 интервью, десять из них — с женщинами, находящимися в миграции в Российской Федерации в период проведения проекта или имеющими подобный опыт в прошлом. Эти данные были дополнены материалами пяти интервью с экспертами благотворительных и медицинских организаций.

Основное внимание в исследовании уделяется изучению барьеров в доступе мигранток к медицинским услугам, в частности, к услугам профилактики, тестирования и лечения ВИЧ-инфекции. Отдельно рассматриваются вопросы стигмы и дискриминации как одного из социокультурных барьеров в вопросах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Детально анализируются законодательные, социокультурные и гендерные барьеры, а на примере кейсов и интервью с ВИЧ-положительными мигрантками показывается, как такие барьеры отражаются на судьбах людей и их окружения в странах исхода, в Российской Федерации и в других странах принимающей миграции. Анализ жизненных траекторий был проведен для следующих групп женщин с миграционным опытом:

- 1) узнавшие о своем ВИЧ-положительном статусе в стране исхода;
- 2) узнавшие о своем ВИЧ-положительном статусе во время трудовой миграции.

Отдельно в связи с ВИЧ описан опыт следующих групп собеседниц:

- беременные женщины и родившие женщины,
- женщины, состоящие в браке;
- незамужние женщины.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы. Женщины-мигрантки являются экстремально уязвимой группой перед риском инфицирования ВИЧ. Женщины сталкиваются с большим патриархатным давлением, они не всегда могут участвовать в принятии решений о контрацепции, и могут быть не осведомлены о высоких рисках заражения ВИЧ половым путем. Узнав о ВИЧ-положительном

статусе, женщины вынуждены переходить в недокументированный статус, чтобы продолжать работать и иметь возможность поддерживать семью, находящуюся в стране исхода или в стране миграции. Все это в совокупности способствует ухудшению состояния здоровья, которое усугубляется отсутствием стабильного и беспрепятственного доступа к АРВ терапии. Во время беременности женщины с недокументированным статусом подвергаются многочисленным рискам для своего здоровья и здоровья ребенка. Существующих мер организации доступа к АРВ терапии крайне недостаточно, система информирования о медицинских возможностях имеет определенные сбои, в результате чего женщины с недокументированным статусом испытывают постоянные страхи депортации и могут избегать медицинских обследований вплоть до начала родов. Отдельно следует отметить недружественную коммуникацию медицинского персонала с пациентками-мигрантками, в частности, разъяснения необходимости искусственного вскармливания при наличии ВИЧ-инфекции у матери.

Для снижения рисков вертикальной передачи ВИЧ рекомендуется организовать пожизненный доступ к АРВ терапии для всех женщин, независимо от степени документированности их статуса в России. Подобные меры позволят внести вклад не только в борьбу с распространением ВИЧ-инфекции, но и предотвращать сиротство, а также снизить риск передачи ВИЧ при следующих беременностях. Остается под большим вопросом эффективность просвещения по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья как в России, так и в странах исхода мигрантов. Организация качественных занятий по сексуальному просвещению может способствовать улучшению мер профилактики и борьбы с распространением ВИЧ-инфекции. По-прежнему критическим остается вопрос о декриминализации мигрантов с ВИЧ. Отказ от мер по выдворению из России мигрантов, живущих с ВИЧ, может внести вклад в борьбу с эпидемией и снизить степень стигматизации людей, живущих с ВИЧ.

ВВЕДЕНИЕ

Борьба со стигмой и дискриминацией в отношении людей, живущих с ВИЧ, а также организация программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции являются приоритетными для глобальных институтов здравоохранения. Однако среди людей, живущих с ВИЧ, как и среди человечества в целом, продолжает сохраняться неравенство. Так, одной из самых уязвимых категорий являются женщины-мигрантки. Женщины-мигрантки, живущие с ВИЧ, сталкиваются с множественными формами перекрестной стигмы: как женщины; как люди с миграционным опытом; как люди, живущие с ВИЧ; как граждане, правовой статус которых в миграции не всегда определен; как представители этнических и религиозных меньшинств. На это накладывается тот факт, что в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) основным государством принимающей миграции является Российская Федерация — государство, где по-прежнему по отношению к иностранцам с ВИЧ могут выноситься решения о нежелательном пребывании и депортации. Подобные ограничительные меры не имеют логического объяснения, поскольку человек, принимающий АРВ терапию, не представляет угрозы для окружающих¹.

На фоне феминизации миграционных процессов, которые происходят в мире и фиксируются в том числе в регионе ВЕЦА, принципиально важно говорить о самочувствии, здоровье и психологическом благополучии женщин, живущих с ВИЧ. Для того, чтобы осветить эту тему, в 2021-2022 гг. Региональной экспертной группой по здоровью мигрантов было проведено исследование о женском здоровье и ВИЧ в контексте миграционных процессов. Для реализации исследования проводились глубинные интервью с женщинами из стран ВЕЦА об их опыте миграции и жизни с ВИЧ. Также проводились экспертные интервью со специалистами благотворительных организаций и медицинских учреждений. Дополнительно были проанализированы правовые документы и вторичные данные других исследований. Представленная работа ставит задачей актуализировать данные о женском здоровье и ВИЧ для описания ситуации и дальнейшей разработки и внедрении программ профилактики, ориентированных на эту уязвимую группу.

¹ У людей, живущих с ВИЧ и принимающих антиретровирусную терапию, уровень вирусной нагрузки в крови снижен до неопределяемого, а значит, риск передачи ВИЧ половым путем практически равен нулю. См. подробнее: [Нельзя обнаружить = нельзя передать. ЮНЭЙДС, 2018.](#)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ИССЛЕДОВАНИЙ ЖЕНСКОЙ МИГРАЦИИ

Тема мобильности и миграции давно укоренилась в социальных исследованиях, поскольку перемещения людей и транслокальные связи превратились в неотъемлемые атрибуты человеческой жизни. Тем не менее, долгое время миграция рассматривалась преимущественно как тема, связанная с мужскими гендерными ролями. Это можно объяснить тем, что традиционно мужчинам отводилась роль добытчика, обеспечивающего семью. Однако ситуация меняется, и вслед за изменениями в гендерной структуре трудовой миграции постепенно в фокусе исследователей появляются новые темы.

Феминизация миграционных процессов — сравнительно новое социальное явление, которое в случае России связывается, в первую очередь, с изменением структуры доступных рабочих мест. В конце 2000-х годов строительство и мелкооптовая торговля перестали быть главными сферами притяжения для мигрантов. Как пишут социологи Ольга Бредникова и Ольга Ткач, «такие изменения в структуре миграций вызваны изменениями законодательства и рыночной конъюнктуры»². Наряду с сокращением рабочих мест в строительстве и торговле, постоянно рос спрос в секторе обслуживания и домашнего наемного труда, то есть в традиционно «женских» сферах. При этом важно понимать, что миграция для женщины сопряжена не только со сложностями и рисками, но и с обретением определенной свободы, возможной вдали от контроля родственников; с правом принимать решения и вносить весомый вклад в бюджет семьи. Женщины в миграции реализуют «стихийный феминистский проект»³, переопределяя значение таких традиционных институтов, как брак, семья, дом, профессия. Несмотря на дефицит ресурсов, женщинам в миграции удается осваивать новые места, новые профессии, новые социальные связи и новые возможности. Однако для достижения этих целей женщинам в миграции необходимо обладать более высоким социальным капиталом, нежели мужчинам⁴.

² Бредникова, О., & Ткач, О. (2010). Дом для номады. *Laboratorium: журнал социальных исследований*, (3), 73.

³ Бредникова, О., & Ткач, О. (2010). Дом для номады. *Laboratorium: журнал социальных исследований*, (3), 74.

⁴ Hofmann, E. T. (2017). Who goes to Russia? Understanding gendered migration patterns. *Eurasian Geography and Economics*, 58(1), 18.

Исследования, проводимые в странах исхода, показывают, что женщины, делающие выбор в пользу миграции, сталкиваются с большими репутационными рисками. За этими рисками стоят стигматизирующие представления о том, что миграция, особенно миграция для одинокой/незамужней /разведенной женщины — это угроза физической безопасности, моральной неприкосновенности, а также фактор, трудно совместимый с гендеризированной ролью «хорошей жены»⁵. Однако фиксируется также и эмансипационная роль миграции, которая дает женщинам с «нестандартными биографиями» шансы на самостоятельность и дистанцию от патриархатного контроля.

Несмотря на осмысление через освобождение, траектории женщин в миграции сопряжены со множественными экономическими и социальными рисками. Начав зарабатывать и ведя самостоятельную жизнь, женщины продолжают объективизироваться мужчинами и старшими поколениями, которые берут на себя функции контроля вдали от ее семьи. В регионе ВЕЦА продолжают сохраняться такие жестокие и преступные явления, как «убийства чести», «похищения невест»⁶ и преследования женщин, которые вступают в отношения с мужчинами другой этнической принадлежности, особенно когда это происходит в миграции. Преследуя девушек, мужчины используют понятие «уят», которое, как пишет Нари Шелекпаев, из зоны личной этики переместилось в публичное пространство⁷. В странах Центральной Азии уят стал синонимом репрессивного инструмента для коллективного контроля над женщинами, которые, по мнению воинственно настроенных мужчин, нарушают воображаемые ими нормы⁸. За фасадом националистического уята скрываются агрессивное осуждение, обвинения и угрозы в социальных сетях (слатшейминг, виктимблейминг, буллинг)⁹ и другие формы принуждения, которого мужчины добиваются разными средствами, вплоть до физического насилия.

Миграция оказывает прямое и опосредованное влияние на здоровье женщин¹⁰. Фактор миграции отражается на психологическом самочувствии, сопряженном со стрессом, тяжелыми условиями труда,

⁵ Schröder, P. (2017). *Displays of Patriarchy and Female Vigour*. (Report prepared for the project 'Professional and Marriage Choices of Youth in Kyrgyzstan'). s.n.: UN Women Country Office in the Kyrgyz Republic, 24.

⁶ Hofmann, E. T., & Chi, G. (2021). Bride kidnapping and gendered labor migration: evidence from Kyrgyzstan. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1-22.

Borbieva, N. O. N. (2012). Kidnapping women: Discourses of emotion and social change in the Kyrgyz Republic. *Anthropological Quarterly*, 141-169.

⁷ Шелекпаев, Н. (2020). *Говорить со стиснутыми зубами: стыд, власть и женское тело в современном Казахстане. Новое литературное обозрение*, (1), 157-174.

⁸ Schröder, P. (2017). *Displays of Patriarchy and Female Vigour*. (Report prepared for the project 'Professional and Marriage Choices of Youth in Kyrgyzstan'). s.n.: UN Women Country Office in the Kyrgyz Republic.

⁹ Kudaibergenova, D. T. (2019). The body global and the body traditional: A digital ethnography of Instagram and nationalism in Kazakhstan and Russia. *Central Asian Survey*, 38(3), 363-380.

¹⁰ Fleury, A. (2016). *Understanding women and migration: A literature review (Working Paper 8)*. Washington, DC: Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD).

расиализацией¹¹, тревогами за благополучие близких и переживаниями о детях и пожилых, находящихся вдали от себя¹². У включения в миграционную траекторию есть моральное измерение, которое, например, предполагает направленность доходов семьи на демонстративное потребление, например, на организацию пышного свадебного ритуала¹³. Предстоящие траты и необходимость накопить нужную сумму, соизмеримость доходов в миграции с поставленной целью становится источником нарастающего беспокойства.

Вопрос о доступе к социальным услугам (в том числе к медицине) для трудовых мигрантов в стране приема во многом переосмысливается в терминах институциональных барьеров и социального исключения. На протяжении многих лет исследователи подчеркивают проблему правовой неопределенности, в которой пребывают мигранты в случае обращения в медицинские учреждения¹⁴. Один из краеугольных камней данной неопределенности — это трансформации и реформы системы финансирования здравоохранения в России, которые начались в 2010 году при отмене взносов работодателей в фонд ОМС за временно пребывающих иностранцев¹⁵. Сегодня возможность для мигрантов получить медицинскую помощь в государственной клинике ограничена экстренной медицинской помощью¹⁶, если у человека нет полиса обязательного (ОМС) или добровольного медицинского страхования (ДМС), который бы покрывал системные расходы по лечению. Обращение к сфере оплачиваемых медицинских услуг предполагает готовность нести порой значительные финансовые расходы, а недообследованность и самолечение могут иметь негативные последствия для здоровья¹⁷.

В связи с миграцией становится более обсуждаемым вопрос контрацептивной культуры. Исследования, посвященные изучению внутренней миграции в Китае из сельской местности в городскую, показывают

¹¹ Kuznetsova, I., & Round, J. (2019). Postcolonial migrations in Russia: the racism, informality and discrimination nexus. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 1 - 2 (39), 52 - 67.

¹² Zotova, N., Agadjanian, V., Isaeva, J., & Kalandarov, T. (2021). Worry, work, discrimination: Socioecological model of psychological distress among Central Asian immigrant women in Russia. *SSM-Mental Health*, 1, 100011.

¹³ Rubinov, I. (2010). Migration, Development, and the 'Toi Economy': cultural integration of remittances in Northern Kyrgyzstan. *Migration*.

Turdaliev, C., & Provis, R. (2017). Dynamics of reciprocity and networks of the Kyrgyz through Bishkek toi making. *Central Asian Affairs*, 4(2), 197-216.

¹⁴ Шпаковская, Л. Л. (2013). Социальное исключение и стратегии его преодоления на пересечении этничности, класса и гендера. *Журнал исследований социальной политики*, 11(2), 235-250.

¹⁵ Рочева, А. Л. (2014). «Понаехали тут» в роддомах России: исследование режима стратифицированного воспроизводства на примере киргизских мигрантов в Москве. *Журнал исследований социальной политики*, 12(3), 367-380.

¹⁶ Войтковская И. Обзор действующего законодательства Российской Федерации о правах ВИЧ-положительных иностранных граждан в Российской Федерации. РЭГ, Москва, 2021.

¹⁷ Кузнецова, И., & Мухарьмова, Л. (2014). Трудовые мигранты в системе медицинских услуг: формальные и неформальные стратегии. *Журнал исследований социальной политики*, 12(1), 7-20.

гендерное неравенство, которое усугубляет действующая система здравоохранения¹⁸. В Китайской Народной Республике (КНР) доступ к медицинским услугам осуществляется через знакомую для россиян систему регистрации; кроме того, услуги по планированию семьи доступны только для семейных пар. Низкая степень использования презервативов и негативные психологические факторы (чувство одиночества, неуверенности в себе) также оказывают влияние на то, что незамужние женщины-мигрантки сталкиваются с нежелательной беременностью и необходимостью делать аборты, а также имеют высокие риски передачи ВИЧ и ИППП.

Также исследователи изучают влияние миграции на установки, связанные с деторождением. Так, на материалах онлайн опроса женщин фертильного возраста (авторы определяют его как 17 - 47 лет) было обнаружено, что существенной разницы в рождаемости у женщин из Кыргызстана (который входит в ЕАЭС), имеющих возможность оформить полис ОМС, и у женщин из Таджикистана, которые такой возможности не имеют, нет. Согласно полученным результатам, семьи трудовых мигрантов при решении о рождении ребенка в большей степени рассчитывают не на помощь родственников и соотечественников, а на собственные ресурсы, которые, как ожидается, оказываются выше при наличии работы на территории Российской Федерации у обоих супругов¹⁹. Другой опрос мигранток из стран Центральной Азии показывает, что условия пребывания в России, характер и форма занятости служат причиной откладывать деторождение и вместе с тем создают неблагоприятные условия для протекания беременности, повышают долю сложных исходов и антенатальных потерь²⁰.

Исследователи говорят о дефиците российских данных по теме миграции и ВИЧ. Для того, чтобы описать приблизительную эпидемиологическую картину для отдельных групп, используются разные методики. Данные могут быть представлены официальными учреждениями на основании форм Федерального статистического наблюдения или по отчетам городских и региональных СПИД центров²¹. Тема доступности профилактики и лечения для уязвимых групп может рассматриваться на примере документов регионального уровня. Например, как показывает сравнительный анализ региональных межведомственных про-

¹⁸ Shen, Q., Wang, Y., Wang, Z., Wang, Y., Luo, M., Wang, S., ... & Shang, M. (2019). Understanding condom use among unmarried female migrants: a psychological and personality factors modified information-motivation-behavioral skills model. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11.

¹⁹ Казенин, К. И., Козлов, В. А., Митрофанова, Е. С., Варшавер, Е. А., & Рочева, А. Л. (2019). Рождаемость среди иностранных трудовых мигрантов в России и влияющие на нее факторы (анализ данных опроса). *Вестник Института экономики РАН*, (1), 109.

²⁰ Полетаев Д. (2021) Беременность, роды и здоровье трудовых мигранток из Средней Азии в России. *Население и экономика*, 5(4): 50–65.

²¹ См. например ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 45. Москва, 2020.

грамм по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения на 2019 год, проведенный Ассоциацией Е.В.А., все программы упоминают мигрантов как группу риска²², однако об охвате и результативности этих мер делать выводы сложно. Следующим шагом для получения более детализированных данных может быть анализ действующих территориальных программ профилактики и лечения. Так, можно найти данные по беременности и родам, поскольку женщины без ОМС могут получить АРВ терапию для профилактики вертикальной передачи ВИЧ²³. Например, в Санкт-Петербурге действует Территориальная городская программа, согласно которой ВИЧ-инфицированные беременные, не имеющие регистрации, имеют право на бесплатное наблюдение, клинично-лабораторное сопровождение и проведение профилактики перинатального инфицирования ВИЧ при беременности, в родах, а также новорожденным²⁴. По результатам реализации этой программы специалисты сообщают о 14% женщин без регистрации от общего числа беременных. Однако эта цифра включает в себя не только иностранок, но и другие группы женщин, которые не имеют регистрации в Санкт-Петербурге (в том числе женщин с российским гражданством; без гражданства; бездомных). Фрагментарные данные публикуют эпидемиологи и специалисты по общественному здравоохранению, которые проводят выборочные обследования²⁵. Авторы исследования о доступе детей мигрантов к услугам в сфере здравоохранения в Москве приводят цифры, полученные от Департамента здравоохранения г. Москвы в ответ на письмо Уполномоченного по правам человека: *«количество детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин, являющихся иностранными гражданами или лицами без гражданства, исчисляется единицами (в 2016 г. заболел ВИЧ 1 ребенок, за 6 месяцев 2017 г. заболел ВИЧ 1 ребенок)»*²⁶.

²² Сравнительный анализ региональных межведомственных программ по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения на 2019 год (2021). Ассоциация Е.В.А.

²³ Гашенко, А. В., & Душина, Е. В. (2020). Анализ случаев непроведения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к новорожденному в Иркутской области. Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации (pp. 158-161); Казачек, А. В., Мельникова, Т. Н., Самарина, А. В., & Рассохин, В. В. (2020). Анализ эпидемиологической ситуации и перинатального инфицирования ВИЧ в Вологодской области. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 12(3), 69-76.

²⁴ Мозалева, О. Л., & Самарина, А. В. (2019). Социально-демографические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Санкт-Петербурге как фактор риска перинатальной передачи ВИЧ. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 11(3), 7-15.

²⁵ Беляков, Н. А., Виноградова, Т. Н., Пантелеева, О. В., Косенко, Ю. Ю., Тихонова, Е. М., Логвиненко, А. А., ... & Рахманова, А. Г. (2014). Изучение распространенности ВИЧ-инфекции среди иностранных мигрантов в Санкт-Петербурге. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 6(4), 7-16.

²⁶ Полетаев, Д. В., Зайончковская, Ж. А., & Михайлов, Д. А. (2019). Доступ детей мигрантов к здравоохранению (на примере г. Москвы). Социальная политика и социология, 18(3), 48.

Вероятность инфицирования ИППП и ВИЧ повышается для женщин, даже если они сами не становятся мигрантами, поскольку негативные эффекты миграции увеличивают риски для здоровья через их возвращающихся мужей²⁷.

Для женщин, которые уже находятся в миграции, может негативно срабатывать эффект приоритизации: время и деньги в миграции — это не те ресурсы, которые можно тратить на себя²⁸. В результате за симптомами заболеваний не всегда следует медицинское обследование²⁹, поскольку это требует времени, денег, социальных связей и в случае пребывания в России может быть связано со страхом депортации.

²⁷ Adanu, R. M., & Johnson, T. R. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 180.

²⁸ King, E. J., I. Dudina, V., & Dubrovskaya, S. (2020). 'You feel sick, you get sick, you still keep going': Central Asian female labour migrants' health in Russia. *Global Public Health*, 15(4), 544-557.

²⁹ См. пример из интервью, как одна из участниц исследования объясняла причины своего нахождения в России и параллельное пренебрежение тратами на свое здоровье: «*На строительство много надо денег. А на свадьбу еще больше. У узбеков такая свадьба, столько денег надо. Скажут, вот ты в России столько лет работал... Они, родственники, не понимают, что у меня мужа нет, у сына отца нет, ситуация у нас такая. Они этого не понимают*» (цитата из интервью).

ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ И ДАННЫХ

По целому ряду причин достоверной статистической информации о численности в России женщин с ВИЧ, имеющих иностранное гражданство, нет. При действующих мерах по выдворению иностранцев с ВИЧ-инфекцией тестирование на ВИЧ с предоставлением персональных данных является небезопасным для человека³⁰. Однако отсутствие точных данных о масштабах заболеваемости в России касается вообще всего населения — уже много лет исследователи говорят о скрытой эпидемии ВИЧ в России, которая связывается с недообследованностью и низким охватом тестирования.

В ситуации дефицита статистических данных в настоящем исследовании выбор сделан в пользу качественных методов — были проведены полуструктурированные интервью, помогающие дать голоса женщинам с ВИЧ, позиция которых часто остается невидимой для большинства из-за их недокументированного статуса и множественных форм дискриминации. Участницами исследования стали десять ВИЧ-положительных женщин-иностранок, проживавших на территории Российской Федерации: гражданки Беларуси (1 интервью), Кыргызстана (2 интервью), Молдовы (2 интервью), Таджикистана (2 интервью), Узбекистана (2 интервью), Украины (1 интервью). В их жизненных историях были эпизоды принудительного выдворения из России, часть из них впоследствии смогли в судебном порядке обжаловать вынесенные решения о нежелательности пребывания, оформить воссоединение с членами семьи и получить российское гражданство. Некоторые участницы исследования вернулись в страну исхода. Часть женщин продолжают находиться на территории Российской Федерации в недокументированном статусе.

Для проведения интервью были разработаны гайды, которые позволили собрать информацию о миграционном опыте, диагнозе, лечении; часть интервью были посвящены опыту беременности и рождения ребенка. Знакомство и общение с участницами исследования, учитывая экстремальную чувствительность темы и трудности доступа, стали возможны благодаря поддержке юристов, социальных работников и консультантов благотворительных организаций. Личные истории женщин дополняются пятью интервью со специалистами из сферы здравоохранения и благотворительных организаций. В экспертных интервью обсуждались барьеры к услугам здравоохранения среди женщин-иностранок, живущих с ВИЧ; вопросы доступа к АРВ терапии, существующие способы поддержки, которые практикуют помогающие организации в России и государствах исхода.

³⁰ Bakunina, N., Gil, A., Polushkin, V., Sergeev, B., Flores, M., Toskin, I., ... & Khalfin, R. (2020). Health of refugees and migrants from former Soviet Union countries in the Russian Federation: a narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-14.

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, МИГРАЦИЯ И ВИЧ: АНАЛИЗ СОБРАННЫХ ДАННЫХ

В данном разделе представлен тематический анализ собранных интервью с ВИЧ-положительными женщинами, а также специалистами организаций, оказывающих помощь по вопросам ВИЧ-инфекции. Тема миграции и возникающих в связи с ней барьеров является центральной, однако рассматриваются и другие вопросы, связанные с социально-экономическим контекстом: доступ к услугам здравоохранения и лекарственным препаратам, разные формы неравенства и дискриминации, проблемы сексуального просвещения и правовая неосведомленность.

Сексуальное просвещение

Своевременное сексуальное образование (до начала половой жизни), по данным ВОЗ, является важной мерой профилактики инфицирования ВИЧ. Однако по опыту экспертов, даже если предмет «половое воспитание» присутствует в школьном расписании, это не значит, что подростки получают качественные и полноценные знания. С сексуальными отношениями связано много табу, особенно в патриархатных обществах, и нередко негласные запреты на полноценное обсуждение проявляются в системе среднего и высшего образования, в том числе в странах исхода мигрантов. В результате молодые люди (как мужчины, так и женщины) могут не обладать необходимыми знаниями о безопасном сексуальном поведении, включая информацию о рисках инфицирования ВИЧ и ЗППП.

«Все равно очень много нюансов, в этом плане мы немножко не развиты. В силу того, что неудобно, стыдно, закрытая тема, неловко. <...> Многие не знают на самом деле, несмотря ни на что, и в школе вроде бы пытаются учить. Но опять же, все нужно проговаривать, все говорить детям, все, учить их всему, чтобы они потом они не ходили, не искали в другом месте эту информацию. Потом удивляемся, что происходит с нашими детьми» (экспертное интервью).

В одном из экспертных интервью поднимался вопрос роли женщины в выстраивании безопасных сексуальных отношений с партнером. Даже если женщина-мигрантка получила необходимую информацию о безопасных практиках сексуального поведения в беседе с врачом, при обсуждении этой темы с партнером у нее могут возникнуть трудности.

Инициатива со стороны женщины в сексуальных отношениях, даже направленная на предотвращение рисков при сексуальных контактах, может порицаться партнером и осуждаться на уровне общества («девушкам так не подобает себя вести»).

«Стесняются очень люди. А если девушка расскажет своему мужу – скажет «давай вот так», он скажет ей: ага, а ты откуда знаешь?» (экспертное интервью).

Вопрос донесения значимости барьерной контрацепции для профилактики ВИЧ и других заболеваний могут решать тренинги и любые другие занятия, посвященные теме сексуального просвещения³¹. Для того, чтобы снять нежелательные для женщин последствия от гендерного неравенства в вопросах принятия решений о безопасном сексуальном поведении, важно делать подобные активности максимально доступными, не ограничиваясь возрастными рамками. Как показывает опыт НПО, у сексуального просвещения нет возрастных границ.

Выявление ВИЧ и барьеры в доступе к АРВ терапии

Существует три основных способа получения информации о своем ВИЧ статусе - самостоятельный экспресс-анализ (либо на базе НПО), а также две формы тестирования на базе медицинских учреждений (анонимизированное или персонализированное тестирование). Тестирование на ВИЧ является одним из обязательных компонентов медицинского освидетельствования при оформлении документов для получения трудового патента на территории Российской Федерации. Если положительный тест на ВИЧ был получен при подготовке документов для получения разрешения на работу, то существует вероятность, что эта информация будет передана в базы данных Роспотребнадзора или органов внутренних дел.

На анонимной основе тестирование на ВИЧ можно пройти в СПИД центрах или на базе помогающих организаций. Важной частью тестирования является до- и послетестовое консультирование. Однако такие консультации могут быть затруднены из-за языкового барьера, а помощь переводчика доступна далеко не всегда. Нехватка полноценной и подробной информации при выявлении ВИЧ привела к тому, что этап принятия диагноза среди участниц исследования сопровождался отчаянием, непониманием, что делать, страхом депортации. Вместо того, чтобы начать необходимые обследования и последующее лечение,

³¹ Подобные тренинги и встречи на тему полового воспитания всегда должны иметь альтернативы. Как показывает исследование, проведенное в Кыргызстане, все участницы проекта посещали подобные встречи, организованные женскими советами в своих школах. Оказалось, впрочем, что эти встречи были сосредоточены не на предоставлении фактической информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, сколько преследовали цель предостеречь девушек от добрых половых контактов, ссылаясь на идеи о девственности как высшей ценности: См. подробнее: Schröder, P. (2017). *Displays of Patriarchy and Female Vigour. (Report prepared for the project 'Professional and Marriage Choices of Youth in Kyrgyzstan).* s.n.: UN Women Country Office in the Kyrgyz Republic, 27.

ВИЧ-положительным женщинам, находящимся в миграции в России, приходится самостоятельно находить тактики выживания в связи со своим неопределенным правовым статусом.

«Вся жизнь поделилась на до и после [получения диагноза]». (цитата из интервью)

Одна из реакций на этом этапе — самостоятельный поиск информации, избегание потенциальных контактов с любыми государственными служащими и нередко — самолечение.

«Я знала, что болезнь убивает больше всего иммунитет. Самолечением занималась, принимала всякие там витамины. Тупо обычные витамины. Уколов боялась». (цитата из интервью)

«Я не смогла найти медсестру, когда мне лечение нужно было. В аптеку пришла за раствором, а мне сказали — такого нет». (цитата из интервью)

«В этой квартире коммунальной была другая гражданка Туркмении, которая лет десять не была на родине. У которой просрочен паспорт и которую везде ищут менты. Она нелегально работает. Ну, там, где-то на фабрике подпольно. Она вообще не выходит в свет, даже элементарно не может пойти в медпункт из-за того, что боится. Я знаю, что она ездила на работу на убере каждый раз туда и обратно, это для безопасности. Не представляю, как так можно жить продолжительно». (экспертное интервью)

Информирование о заболевании

Как показывают данные исследования, нехватка знаний об особенностях ВИЧ-инфекции может привести, с одной стороны, к несоблюдению мер профилактики и, с другой, к переживаниям человеком необоснованных страхов и паники.

Вокруг ВИЧ существует множество предрассудков, которые усложняют и без того тяжелый этап принятия диагноза. При недостатке информации женщины могут полагать, что с ВИЧ невозможно начать отношения с партнером, создать семью, выносить и родить здорового ребенка. Необоснованные страхи в сочетании с самостигматизацией приводят к апатии, депрессии и упадку жизненных сил.

«Я узнала про диагноз и началась какая-то такая бессмысленная жизнь. Работа-дом, работа-дом. Лечиться — так это только дома, а там все быстро узнают. А это же как бы слишком позорно считается, у нас есть это понятие, что эта болезнь — только наркоманы да шлюхи ею могут

заразиться, нормальные люди нет. И я не ездила домой и тут ни с кем не встречалась. Я просто знала, что если с кем-то познакомлюсь — все равно до серьезных отношений никогда не дойдет, потому что как жена я уже негодная». (цитата из интервью)

«У меня вся жизнь остановилась, и мне уже ничего в жизни не надо». (цитата из интервью)

«Я все время боялась... чувствовала себя прокаженной, понимаете? Вот такой как бы заразной. А потом, когда психологи над нами работали, все объяснили. Если будете принимать терапию, все будет хорошо, даже можно ребенка родить. Они меня так... поднастроили на хорошее». (цитата из интервью)

«Я боялась, что я на себя... руки наложу на себя. Тяжело, да, морально тяжело было». (цитата из интервью)

Еще один аспект представления о ВИЧ при недостаточной информированности — это обязательно смертельный исход заболевания и недоверие медикаментозному лечению.

«Пока сама не сталкивалась с этим, я вообще не вникала, я просто знала, что болезнь вот такая неизлечимая и СПИД. Все. И я вот когда сама вот это узнала, я тоже думала все, мне осталось год-два. Каждый день ждала смерти, когда же это случится. Если погода холодная, а я пошла без шапки, простудилась, чихать там начала, утром чихнула - ну ладно, аллергия может, после обеда еще раз чихнула – все, болею, месяц мне осталось, 2 недели. Реально вот такое было, я все ждала, когда же это случится, когда же я умру». (цитата из интервью)

«Вначале это для меня было шоком, сначала я подумала, что умру». (цитата из интервью)

«Пытаемся, говорим, что это не страшно, что это излечимо. Но люди все равно боятся. Больше боятся мнения общественного, что скажут «вот такая, больная и так далее, и так далее». Люди злые». (экспертное интервью)

«Мне очень важно, чтобы люди понимали, что это лечение есть, оно возможно, просто нужно соблюдать какие-то моменты. И они вот передают друг через друга, что, оказывается, все не так страшно, все это лечится. Вот это важно». (экспертное интервью)

Для поддержки людей, живущих с ВИЧ, крайне значима работа равных консультантов. Как показывает практика, люди, имеющие личный опыт принятия диагноза, а также прошедшие необходимую подготов-

ку в ВИЧ-сервисных организациях, могут максимально эффективно поддержать и помочь в трудной ситуации человеку, столкнувшемуся с заболеванием. Однако в случае с ВИЧ-позитивными мигрантками, как уже говорилось выше, стигма имеет множественные измерения. Несмотря на то, что женщина без российского гражданства может получить поддержку равной консультантки — такой же, как она женщины с ВИЧ — она не сможет найти поддержку женщины с миграционным опытом. Подобный активизм и открытость трудно реализуемы в обществе, где мигранту с ВИЧ-положительным статусом может угрожать депортация. Об этом в интервью рассказывала девушка с опытом ВИЧ-активизма в родной стране. Несмотря на полученные знания, она не может открыто применять их в России:

«В России я не могу встать на учет, потому что я мигрантка. Более того, мигранты с ВИЧ подлежат депортации. Поэтому я в России никому не афиширую, не говорю... Я не могу быть открытым ВИЧ-позитивным активистом, потому что я мигрантка, в этом сложности». (цитата из интервью)

Социальные работники и равные консультанты могут сталкиваться с гендерными различиями в отношении к проблеме ВИЧ-инфекции³². Это особенно беспокоит специалистов, поскольку при лечении только одного из партнеров (женщины) риски передачи вируса от другого партнера сохраняются.

«Даже если я приду к ним домой, мужчина не будет со мной говорить, он будет говорить о ней и ее болезни, но он не будет говорить о себе. То есть он не может озвучить мне диагноз, а я не могу начать говорить об этом, потому что это конфиденциальная информация. Получается, мужчины из этих стран выпадают. Им не нужна помощь, они не привыкли обращаться за помощью, они не так заинтересованы, как женщины, потому что женщины хотят стать матерью и как-то более заинтересованы в своем лечении». (экспертное интервью)

«Каждый раз, я когда заканчиваю консультацию, я женщинам выдаю презервативы — можете использовать, можете нет, но они у вас будут. Женщины, про которых я говорила, они категорически отказываются брать. А ведь они чаще всего ко мне приходят с симптомами инфекций половых путей. Я говорю: понимаете, ваше лечение — если вы одна

³² Это соответствует результатам исследований, которые демонстрируют гендерные различия в подходах к своему здоровью. Женщины склонны быть более внимательными к своему здоровью и быть более подверженными лечению, нежели мужчины. См. например: Pinkhasov, R. M., Wong, J., Kashanian, J., Lee, M., Samadi, D. B., Pinkhasov, M. M., & Shabsigh, R. (2010). Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *International journal of clinical practice*, 64(4), 475-487.

будете лечиться, это бесполезно, если вы не будете предохраняться, и если ваш партнер тоже не будет лечиться. То есть это бесполезно, получается, принимать антибиотики или что-то такое. Она говорит: я понимаю, но презервативы брать я не буду, потому что я не хочу злить моего мужа». (экспертное интервью)

Беременность, роды и уход за младенцем

В рамках данного исследования мы отдельно рассматривали истории женщин, которые имели опыт беременности в миграции. В настоящий момент во всем мире ведется работа по элиминации передачи вируса от матери ребенку — вертикальной передачи ВИЧ. Для этого в период беременности и родов женщина с ВИЧ должна принимать АРВ терапию. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, АРВ терапию следует начинать у всех беременных и кормящих женщин с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания³³. Это отражено также в Приказе Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»³⁴. В документе нет уточнений о гражданстве, соответственно можно сделать вывод, что порядок оказания помощи одинаков для всех. В отдельных субъектах Российской Федерации существуют специальные территориальные программы, предусматривающие выделение бюджетных средств на лечение пациентов с ВИЧ, у которых нет документов (бездомных, мигрантов). Например, подобная программа действует в Санкт-Петербурге³⁵. Врачи, работающие в СПИД центрах, при устном опросе подтвердили, что при обращении беременной мигрантки с ВИЧ центры готовы обеспечивать их антиретровирусной терапией в рамках обязательной химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ. Подобное мнение высказывалось и в экспертных интервью:

«Если это беременная женщина, и она мигрантка — если она дойдет до нашего врача-гинеколога, препараты на течение беременности ей выдадут. Главное, чтобы она дошла, понимаете? Зашла: «здравствуйте, я вот мигрантка, я беременна, у меня ВИЧ, дайте мне препараты». И ей выдадут, да. Ей нужно дойти. Иметь понимание того, что это важно». (экспертное интервью)

Однако далеко не все женщины знают об этой возможности. В результате, стремясь избежать контакта с медицинской системой, когда диагноз «ВИЧ-инфекция» может стать основанием для депортации,

³³ Сводные руководящие принципы использования антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, ВОЗ, Обновленные, 2018 г.

³⁴ Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология». Приложение 1, пункт VI. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период.

³⁵ Мозалева, О. Л., & Самарина, А. В. (2019). Социально-демографические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Санкт-Петербурге как фактор риска перинатальной передачи ВИЧ. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 11(3), 7-15.

женщины во время беременности могут не проходить медицинских обследований. Согласно медицинским протоколам и схемам маршрутизации, роженица без обменной карты (медицинский документ, который выдается при постановке беременной женщины на учет, в котором фиксируются информация о течении беременности и состоянии здоровья пациентки) должна быть госпитализирована в специализированный роддом. При подтверждении ВИЧ-инфекции роды должны сопровождаться приемом терапии и проводиться с помощью кесарева сечения. Для врачей госпитализация с родами необследованной пациентки — это негативный сценарий, чреватый высокими рисками инфицирования новорожденного. В результате процесс родовспоможения и последующий уход за пациенткой может сопровождаться грубостью медицинского персонала, что является реакцией на неконтролируемую ситуацию и высокие риски, поскольку статистика инфицирования новорожденных может быть интерпретирована как негативное свидетельство их работы.

«Знаете, когда я лежала там, к ним привезли одну женщину, она так быстро родила. У нее есть РВП [ред. разрешение на временное проживание], но она на учете не стояла, обследована не была. Вот у нее взяли анализ, обнаружили ВИЧ. Потом они подняли какой-то портфель, начали проверять. Оказывается, эта женщина еще три года назад родила ребенка, у нее этот диагноз был поставлен давно. И ей говорили, чтобы она ребенка возила докторам, чтобы лечила, и чтобы она сама начинала таблетки принимать. Она ничего не делала. Вот к ней грубо относились. Доктор нервничал, орал, почему первому ребенку уже три года, почему ни разу не отвозила к доктору, почему вы так отнеслись, может он больной. Этот вот сейчас рождается тоже больной, потому что она родила, получается, у нее этот ВИЧ, она нигде не обследовалась, еще и сама родила. Доктор на нее прям вот орал. Я сидела с такими глазами, и он посмотрел на меня, начал меня успокаивать, говорит: ты не бойся, тебя это не касается». (цитата из интервью)

Бесплатная выдачи терапии иностранным гражданкам прекращается непосредственно после родов.

«В 2017 году в Москве, будучи беременной, я получала лекарства, имея статус ВНЖ, пока не родила. А дальше все прекратилось. Только гражданам РФ. Даже разговаривать не хотят. Мне вручили письменный отказ с комментарием: ехать домой и там получать лекарства». (цитата из интервью)

Весь предыдущий опыт взаимодействия женщины с системой здравоохранения может быть основанием для ее беспокойства по поводу возможной дискриминации по экономическому, национальному принципу и на основании наличия «социально-значимого» диагноза:

«у меня документов нет, я все боялась, если я приеду, я буду рожать как иностранный гражданин — сразу из роддома сообщат, наверное, УФМС, что у меня такая болезнь, я все боялась, что отберут у меня ребенка. Я с <имя равной консультантки> все разговаривала, она тоже сказала: нет, не бойся, у тебя никто отбирать ребенка не будет, тем более ты у нас тут лечишься, терапию принимаешь, никакой угрозы от тебя нету. С докторами тоже разговаривала, они тоже мне сказали. Все боялась, что домой что ли уехать рожать... Я стояла на учете, я доктору своему сказала, что у меня такая болезнь, справки принесла, что принимаю терапию, у меня все в обменной карте было написано. В роддом приехала, тоже все боялась, что мне в подвале придется рожать. Все думала, что мало того, что не русская, а еще и с ВИЧ, там, наверное, будет как к наркоману, как к какому-то бомжу будет отношение, я все на это настроена была. А тут наоборот, оказывается, в роддоме отношение ко всем роженицам. Если стояла на учете, если с отцом все проверено, все хорошо, нормальное отношение». (цитата из интервью)

Даже если женщина получила поддержку и лечение в период беременности, ее дальнейшее состояние после родов продолжает вызывать беспокойство врачей — после беременности ослабленный организм родившей женщины подвергается дополнительным рискам, которые могут усугубиться в случае прерывания приема антиретровирусной терапии. Вопрос продолжения приема лекарств и сохранения здоровья матери важно рассматривать также в контексте дальнейшего благополучия ребенка, который испытывает риски потенциального сиротства.

«Мой гинеколог всегда интересовалась, что у меня с документами. Потому что, когда я рожу, мой организм ослабнет. И она боялась, что у меня сильно подскочит [ред. вирусная] нагрузка. И это опасно, и поэтому она постоянно интересовалась, как скоро я смогу оформить документы, чтобы получить в дальнейшем терапию». (цитата из интервью)

Согласно медицинским протоколам, для предотвращения передачи вируса ребенку родившим женщинам с ВИЧ рекомендуется вместо грудного вскармливания использовать специализированные молочные смеси. Здесь важно обратить внимание на два аспекта. Во-первых, медицинские работники должны проинформировать женщину заранее и сделать это максимально деликатно. Из опыта наших собеседниц видно, что стигматизация беременных женщин с ВИЧ сохраняется. Во-вторых, искусственное вскармливание предполагает дополнительные материальные затраты. Матери нужно подобрать смеси для ребенка, что значительно увеличивает финансовую нагрузку на ее бюджет, особенно если она не имеет постоянной работы и стабильной заработной платы. «Знаете, как со мной разговаривали? «Ну, ты же в курсе?! Грудью кормить нельзя!!!» Я говорю: Я в курсе. Я знаю. И никто никаких смесей мне не выдавал». (цитата из интервью)

В некоторых медицинских учреждениях женщины могут получить сиропы для новорожденного, а также молочные смеси. Еще одна проблема, которую могут не проговаривать медицинские работники, но о которой важно говорить с будущими роженицами — это необходимость принимать препараты для прекращения лактации. Эти аспекты должны учитываться медицинскими профессионалами при работе с ВИЧ-положительными беременными женщинами.

На основании приведенных данных важно еще раз подчеркнуть необходимость выполнения государством последовательных шагов в организации профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, а также сохранения здоровья матери в контексте профилактики потенциального сиротства. Так, действующие меры по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции содержат в себе определенные противоречия. Например, ситуация, когда сразу после родов женщина не может больше получать АРВ терапию, создает высокие риски для репродуктивного здоровья и последующих беременностей женщины. Постоянное и регулярное обеспечение женщин терапией сократило бы риски передачи ВИЧ детям. Организация стабильного доступа к АРВ терапии для женщины вносит также вклад в борьбу с потенциальным сиротством.

Принуждение, насилие, секс-работа

Как показывают международные исследования, женщины имеют высокие риски стать жертвами насилия, в частности, подвергнуться насилию со стороны партнера³⁶. В исследованиях риски партнерского насилия детализируются через такие явления, как отказ со стороны партнера от переговоров о безопасном сексе; увеличение вероятности нежелательного и незащищенного секса; грубые формы секса с повреждениями, которые служат дополнительным риском инфицирования³⁷.

«А еще ко мне приходят с беременностью. Я говорю: вы планируете беременность? Она говорит: нет, но муж меня берет силой. То есть это такое насилие. Меня поражает то, как, с каким спокойствием, с какой обыденностью мне об этом рассказывают». (экспертное интервью)

³⁶ В одном из первых исследований взаимосвязей между партнерским насилием, миграцией и ВИЧ на примере случайной выборки доказывалось, что почти каждая третья женщина в Казахстане, которая была в миграции, сталкивалась с насилием в партнерских отношениях. См. подробнее: Gilbert, L., Shaw, S.A., Terlikvayeva, A., McCrimmon, T., Zhussupov, B., & Ismayilova, L. (2015). Intimate partner violence and HIV risks among migrant women in Central Asia. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 6(3), 1-8.

³⁷ Dude, A. (2007). Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infection among women in Ukraine. *Studies in Family Planning*, 38(2), 89-100.
Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., & Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 376(9734), 41-48.
Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2010). Looking at complicating non-biological issues in women with HIV. *Journal of Global Infectious Diseases*, 2(1), 15.

О применении силы и причинении вреда нередко умалчивают из-за высокой табуированности темы³⁸, а также из-за декриминализации семейного насилия в российском обществе. Даже столкнувшись с причинением физического вреда здоровью, женщины продолжают жить с партнером, не видя альтернатив и не веря, что их заявление в полицию может быть рассмотрено. В одном из описанных в интервью случаев удар со стороны партнера спровоцировал преждевременные роды на восьмом месяце беременности.

Ассоциированные с насилием риски для женщин-мигранток, описанные в научной литературе, связываются в том числе с отказом со стороны партнера от использования контрацепции. Несмотря на то, что участницы исследования не рассматривали свой опыт как насилие, в большинстве случаев инфицирование ВИЧ произошло при незащищенном гетеросексуальном половом контакте. Никто из участниц исследования при этом не знал о ВИЧ-положительном статусе своего партнера.

«Я же когда в больницу попала, я же не знала, что у меня ВИЧ. У меня был друг. Он меня заразил.» (цитата из интервью)

«Познакомилась с одним парнем. Он тоже из Узбекистана. И вот мы с ним... нормально у нас все сложилось. Через год родителям всем сказали, что мы вместе. <...> А тут, получается, сказали, что он умер от цирроза печени. И я в шоке, я не знала, что делать. Вроде жили вместе, все хорошо. Потом брат его позвонил. И он тогда мне сказал, что тебе надо провериться, потому что он болел, не знаю, говорил тебе или не говорил». (цитата из интервью)

«Молодой человек, как оказалось, давно с этой инфекцией, и от него я и заразилась». (цитата из интервью)

«Мало того, что ты приезжий, так еще у тебя болячка. Хотя я эту болячку не привезла. Но я этого уже не докажу, что люди просто скрывают свой диагноз. Как это проконтролировать, чтобы люди не скрывали свой диагноз? Особенно мужчины. У нас мужчины любят скрывать. Даже вот зайдите к нам в чат девочек, таких, как я, с нашими особенностями, так скажем. Там каждый день девочка пишет, что мужчина такой же, но она от кого-то там от знакомых либо по другим средствам узнала, что у него вот такая вот болячка». (цитата из интервью)

³⁸ King, E. J., & Dudina, V. I. (2019). The health needs of female labor migrants from Central Asia in Russia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(6), 1408.

Для женщин-мигранток с ВИЧ существует риск вовлечения в секс-работу³⁹. Одновременно ВИЧ является одним из возможных рисков, с которыми сталкиваются секс-работницы. Как отмечается в исследованиях, посвященных изучению проблематики секс-работы и мобильности на американо-мексиканской границе, уязвимость к ВИЧ обусловлена социальным контекстом, особенно если женщины столкнулись с насильственным выдворением из страны⁴⁰. Даже если на первых порах секс-работа представляется кратковременной тактикой выживания, спустя время найти другую занятость становится труднее.

«Секс-работа затягивает, это опыт, из которого тяжело выбраться, потому что ты в таком порочном кругу оказываешься. Деньги уходят на аренду квартиры, потому что квартиры мигрантам очень сложно найти». (цитата из интервью)

Нередко секс-работа комбинируется с принуждением, поскольку недокументированный статус ведет к ситуации полной социальной изоляции и незащищенности, вынуждая женщину искать любые способы для выживания. В одном из интервью была задокументирована история женщины из Украины, которая, не принимая терапию около десяти лет, погибла от СПИДа. Известно, что в последние месяцы перед смертью ее продолжали эксплуатировать и принуждать к секс-работе.

«Она работала секс-работницей. И в течение всего этого времени не обследовалась, потому что боялась депортации. Терапию не пила. Продолжала работать. За год до госпитализации ее парализовало. Люди, которые содержали то место, где она жила, они ее не повезли к врачу. Потому что лежит и может оказывать услуги лежа. А привезли ее, точнее, оставили на ступеньках больницы, год спустя, потому что у нее отказали тазовые функции. Ее привезли, оставили на пороге просто с вещами, с кульком-пакетом. И уехали. Она погибла». (экспертное интервью)

В этой истории гибель женщины стала прямым следствием существующей политики РФ в отношении иностранных граждан с ВИЧ. Находясь в страхе депортации, она не могла пройти необходимые обследования и получить назначение жизненно важных препаратов, без доступа к которым в итоге умерла.

³⁹ Секс-работницы и секс-работники признаются социальной группой, которая наиболее подвержена эффектам нарастающей «криммиграции». Понятие криммиграции подчеркивает усиление санкций со стороны силовых ведомств в отношении мигрантов при негативном соединении миграционного и уголовного правоприменения. См. подробнее: [Секс-работа и миграция в ЦВЕЦА \(2021\). Сеть адвокации за права секс-работников.](#)

[Safeguarding the human rights and dignity of undocumented migrant sex workers \(2019\). PICUM.](#)

⁴⁰ Goldenberg, S. M., Silverman, J. G., Engstrom, D., Bojorquez-Chapela, I., & Strathdee, S. A. (2014). "Right Here is the Gateway": mobility, sex work entry and HIV risk along the Mexico-US Border. *International Migration*, 52(4), 26-40.

Взаимодействие с медицинским персоналом и риски разглашения диагноза

Перед человеком с иностранным гражданством, который узнал о ВИЧ-положительном статусе, находясь в России, есть ограниченное число вариантов действия. Первый, — вернуться в страну исхода, встать на учет в СПИД центр и начать получать антиретровирусную терапию. У этого варианта есть множество ограничений, например, страх разглашения диагноза среди знакомых и родственников с последующей стигматизацией; невозможность оставить работу в РФ для обеспечения семьи, поскольку в стране исхода может быть крайне ограниченный рынок труда и экстремально низкие зарплаты; угрозы для жизни и здоровья квир-персон. Второй вариант — оставаться на территории Российской Федерации в недокументированном статусе. С этим вариантом связаны еще более сложные обстоятельства — в первую очередь, постоянный страх за жизнь в отсутствие планомерного доступа к терапии и врачебному наблюдению, страх депортации, страх столкнуться с представителями силовых ведомств и стать жертвой полицейского произвола. Обо всем этом размышляют, например, врачи, которые наблюдают низкую вовлеченность женщин с миграционным опытом в работу бесплатных медицинских сервисов. Несмотря на информирование об этих возможностях, женщины из-за тотального недоверия отказываются приходить в медицинские учреждения и благотворительные сервисы.

«Очень мало женщин-мигранток именно из Средней Азии. Даже мои знакомые мигрантки, которые, например, здесь живут на каких-то нелегальных основаниях, они не идут. Даже когда зовешь. Тенденция такая — они не доверяют. Если, например, они приходят, то это большое достижение, что человек пришел. Мне кажется, это такая закрытая группа, то есть это та группа, которая никак не охвачена медицинским обслуживанием». (экспертное интервью)

«Огромная часть женщин нашей таргетной аудитории — их нет, они в серой зоне, они не дойдут до нас. Потому что они экономически зависимы от своих партнеров, языка не знают». (экспертное интервью)

Однако даже обращаясь в медицинское учреждение, женщины с ВИЧ могут столкнуться с грубостью и нарушением профессиональной этики со стороны медицинского персонала и как следствие раскрытием статуса пациента перед его родными.

«В той больнице врачи между собой шептались про меня. Я же вижу, что они осуждают мою болезнь. Такое отношение пренебрежительное. Это же является тайной... Я им сказала, что, когда ко мне дочь придет, не говорите ей. Я сама скажу ей, что у меня ВИЧ. Для меня самой это было шоком, и я не знаю, как дочь отреагирует на то, что у мамы ВИЧ.

И когда она уже приехала ко мне в больницу, оказалось, что еще в предыдущей клинике ей как бы между прочим сказал врач, что у меня ВИЧ. Врач, не предупреждая, сказал: «Ну что, маманя твоя с ВИЧом». (цитата из интервью)

Пациентки с ВИЧ становятся мишенью для осуждений и могут встретить в медицинской среде пренебрежение и неуважение.

«В операционной — я же все чувствовала, все слышала. И врачи, когда я лежала, насмехались надо мною. Такие: «Ха-ха. Ну чего, догулялась. Колено все распоролась», «она поди наркоманка какая-нибудь. Кололась, наверно, в колено». То есть в операционной врачи между собой так говорили. Я говорю: «Я упала с высоких ступенек». Они: «Да знаем, как ты упала. Режь-те ей ногу, на фиг она ей нужна. Ей и без ноги будет неплохо». (цитата из интервью)

«Я когда лежала в реанимации, врачи нашли мою маму и сообщили ей обо всех диагнозах, обо всей этой фигне. Они сказали, что ей сообщили. Потом сами ей позвонили, хотя я их просила ей не звонить. Мама приехала, забрала мою выписку, помогла добраться мне до дома. <...> Мама сказала мне, что «Я тебя к себе не возьму. Ты знаешь почему». И все, с тех пор мы больше не общаемся». (цитата из интервью)

Множественные опыты дискриминации и стигматизации в медицинской среде, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, показывают, что среди медиков сохраняется низкая осведомленность о правилах коммуникации с пациентами и низкий уровень пациентоориентированности.

Стигма, контроль и патриархатное давление

Как уже говорилось выше, патриархатный контроль является одной из причин, которая препятствует женщинам возвращаться в страны исхода для регулярного получения антиретровирусной терапии. Женщины опасаются, что среди медицинских работников найдутся знакомые, которые могут раскрыть информацию о диагнозе.

«Мои родственники живут в маленьком поселении, где все друг друга знают. Я на учете в другом месте стою, не в нашем районе. Все анонимно и секретно». (цитата из интервью)

Отказ выходить замуж оказывается дополнительным моральным грузом, которого женщины могут избежать, находясь на значительном расстоянии от семьи. В этом случае миграция — это своего рода освобождение от контроля со стороны семьи и общины.

«А домой ехать — что мне там делать? Не замужем, ничего. Родственники и родители не поймут. Будут замуж отдавать, так же принято. Даже если я не хочу, все равно, это и насильно могут сделать. Но отказать одному, второму, третьему — не можешь же до конца жизни...И я просто чтобы не это, я просто не уехала домой». (цитата из интервью)

Переход в документированный статус: лучшие практики

Среди участниц проекта были прецеденты отмены статуса нежелательного пребывания / запрета на въезд в Россию через суд. Подобные процедуры, которые инициируются при наличии прямых родственников-граждан Российской Федерации, требуют больших трудовых и временных затрат. Например, в одном случае женщина, уже воспитывающая троих детей с российским гражданством, вынуждена была вместе с адвокатом инициировать судебные процессы против Роспотребнадзора и УФМС.

«Мы смогли победить эту систему. Потому что, знаете, судиться — это надо быть очень таким решительным человеком, чтобы подать на УФМС и Роспотребнадзор в суд». (цитата из интервью)

В другом кейсе женщине, находящейся в России в недокументированном статусе около десяти лет, только предстоит пройти судебное разбирательство. Будучи матерью годовалой дочери, которая родилась в браке с гражданином Российской Федерации и получила российское гражданство при рождении, после внезапной смерти мужа осталась единственным прямым родственником ребенка. Однако тот факт, что она является матерью гражданки России и вдовой российского гражданина, не дает ей права оформить загранпаспорт для дочери. Процесс оформления документов, по словам чиновников, будет возможен только в случае наличия у матери документов о статусе ее пребывания в России.

Успешные случаи судебных разбирательств и обжалований решений судов при неудовлетворительных исходах дел демонстрируют, что женщинам, живущим с ВИЧ, критически важна помощь организаций, занимающихся информированием и поиском возможностей для лечения. Правовые консультации и юридическое сопровождение, которые предоставляют сервисные организации, могут поддержать женщин и помочь им отстоять право пребывания в России, право быть в одной стране с их родными, право получать услуги в связи с ВИЧ в России и, наконец, возможность перейти в документированный статус.

ВЫВОДЫ

Всемирная организация здравоохранения рассматривает мигрантов как одну из ключевых групп населения с наибольшими рисками инфицирования ВИЧ. Однако мигранты — это далеко не гетерогенная группа, внутри нее именно женщины являются одной из самых уязвимых категорий в регионе ВЕЦА, где в ряде стран высоко выражено гендерное неравенство и доминируют традиции патриархатного общества. В таких обществах, во-первых, женщины не всегда могут участвовать в выборе типа контрацепции. Партнеры могут игнорировать барьерную контрацепцию и информирование женщины о своем ВИЧ-статусе, в результате чего в регионе ВЕЦА именно половой путь инфицирования становится преобладающим. Во-вторых, женщины подвергаются постоянному патриархатному давлению.

Как и все трудовые мигранты, женщины, приехавшие в Россию работать для поддержания семьи на родине, отодвигают вопросы собственного здоровья и лечения на последнее место. Часто они не обладают достоверной информацией о своих правах и возможностях в России, испытывают витальный страх любого взаимодействия с государственными службами и поэтому не обращаются к врачам. Страх депортации заставляет женщин избегать городского транспорта и общественных мест, что сужает выбор доступных сфер деятельности; в результате мигрантки оказываются в ловушке самой низкооплачиваемой и прекарной занятости.

Доступ к медицинским услугам в значительной степени определяется правовым статусом женщины, который зависит от 1) страны исхода 2) наличия трудового контракта и уровня документированности пребывания в России 3) наличия родственников, живущих в России, и дальнейших перспектив легализации. Например, для граждан государств ЕАЭС доступна возможность оформить полис обязательного медицинского страхования, который, однако, может быть аннулирован в случае обнаружения ВИЧ-инфекции. В период беременности женщина с ВИЧ должна получать АРВ терапию для профилактики вертикальной передачи вируса ребенку. Однако мигрантки с ВИЧ, находясь в страхе депортации, не всегда могут наблюдаться у врача даже во время беременности, в том числе и по финансовым причинам. Иногда в медицинское учреждение они попадают уже в процессе родов. В российских медицинских учреждениях женщина с ВИЧ может бесплатно получить помощь

при родоразрешении, в том числе получить препараты для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В отдельных субъектах Российской Федерации СПИД центры могут обеспечивать иностранок препаратами и во время беременности. Например, в Санкт-Петербурге действует Территориальная городская программа, согласно которой все ВИЧ-инфицированные беременные имеют право на бесплатное наблюдение, клиничко-лабораторное сопровождение и проведение профилактики перинатального инфицирования ВИЧ при беременности, в родах, а также новорожденным.

Российская система ведения беременности и родовспоможения в целом отличается высоким уровнем медикализации и социального контроля за женщиной, независимо от ВИЧ-статуса. Беременность и роды в сегменте государственного здравоохранения все еще уподобляются болезни, а беременная женщина подвергается давлению со стороны медицинских профессионалов. В этом контексте женщины, живущие с ВИЧ и не имеющие российского гражданства, сталкиваются с множественными рисками подвергнуться врачебной агрессии и дискриминации — как беременные женщины, как иностранные гражданки и как пациентки с ВИЧ. Все это создает многочисленные риски для женского здоровья и вместе с тем противоречит пронаталистской политике, которая в настоящее время активно поддерживается государством.

Как показывает исследование, трудовые права беременных женщин-мигранток игнорируются и со стороны работодателей. Работающая без контракта беременная мигрантка не может рассчитывать на декретный отпуск, на переход на более легкую форму труда, на перерывы для плановых визитов к врачу и другие льготы, которые гарантирует беременным Трудовой кодекс РФ. Это означает, что здоровье работающей женщины и ребенка постоянно находится под угрозой, и высоки риски патологий и невынашивания беременности.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Данные рекомендации основаны на материалах экспертных обсуждений с представителями гражданского общества и подкреплены выводами ученых из сферы эпидемиологии, здравоохранения, экономики и специалистов в области миграционных процессов. В интересах Российской Федерации для борьбы с высокими темпами распространения ВИЧ-инфекции, а также с учетом текущего демографического спада и оттока рабочей силы был разработан ряд рекомендаций.

Для органов государственной власти Российской Федерации

Необходимо отменить норму о нежелательном пребывании иностранных граждан и их депортации либо отказе им во въезде в Российскую Федерацию и выдаче разрешения на временное проживание в РФ или об аннулировании ранее выданного разрешения на основании исключительно их ВИЧ статуса (признать часть 1 статьи 10 и пункт 2 статьи 11 Федерального закона от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» утратившими силу, изменить подпункт 13 пункт 1 ст. 9 115-ФЗ от 25 июля 2002 г.).

Рассмотреть вопрос обеспечения женщин, живущих с ВИЧ, независимо от статуса, в котором они находятся на территории Российской Федерации, антиретровирусной терапией. Это позволит предотвратить риски вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, будет способствовать достижению неопределяемой вирусной нагрузки и повышению иммунитета. В перспективе такие меры будут обеспечивать здоровье женщины и здоровье ее будущих детей. Также эти меры внесут вклад в профилактику сиротства на территории Российской Федерации. В совокупности доступность АРВ терапии для всех женщин будет способствовать демографическому росту в стране, что крайне актуально в контексте наблюдаемой депопуляции российского населения.

Для организаций гражданского общества

Организации гражданского общества должны определять женщин-мигранток как крайне уязвимую перед рисками инфицирования ВИЧ группу. Соответственно, в отношении этой социальной группы должны вырабатываться отдельные адресные меры поддержки.

НПО должны иметь возможность заниматься информированием женщин-мигранток, а также беспрепятственно сопровождать их лечение и организовывать доступ к АРВ терапии.

Среди мер поддержки стоит уделять внимание развитию способов коммуникации медицинских профессионалов с пациентами с миграционным опытом, а также работать над информированностью беременных пациенток с ВИЧ о необходимости использовать специализированные молочные смеси вместо грудного вскармливания для профилактики передачи вируса ребенку. В связи с этим сервисными организациями также важно вести мониторинг доступности качественных гипоаллергенных детских смесей.

Для государственных органов власти стран исхода мигрантов

Рекомендуется рассмотреть вопрос обеспечения из государственных бюджетов деятельности организаций гражданского общества, работающих в сфере миграции, женского здоровья, ВИЧ-инфекции, туберкулеза для работы с выезжающими и возвращающимися мигрантами.

В государствах исхода представляется важным организовывать на постоянной и доступной основе довыездные консультации по миграции, где будут представлены в том числе возможности получения медицинской поддержки в той стране, куда направляется человек.

Важным вопросом для женского здоровья является сексуальное просвещение. Рекомендуется организовывать регулярные и доступные встречи, а также включать уроки полового просвещения в общеобразовательную школьную программу. Такие уроки должны содержать информацию об обязательности и важности барьерной контрацепции, основную информацию о женском здоровье, методы профилактики ВИЧ, а также информацию, которая призвана снижать стигму в обществе по отношению к людям, живущим с ВИЧ.