



**АКУШЕРСКОЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ
ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ
В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОД РУКОВОДСТВОМ СООБЩЕСТВА

ТБИЛИСИ, 2025

Ведущая авторка

Евразийская женская сеть по СПИДу (ЕЖСС)^[1] объединяет лидерок из 14 стран Восточной Европы и Центральной Азии и является ключевой организацией, призванной защищать права женщин, живущих с ВИЧ, и тех, кто уязвим к ВИЧ. ЕЖСС помогает женщинам развивать и укреплять свой потенциал и добиваться того, чтобы голоса женщин были услышаны в процессах принятия решений на разных уровнях.

Источник: Евразийская женская сеть по СПИДу. Исследование под руководством сообщества: Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии 2025.

Авторки: Этот отчет был разработан исследовательской группой ЕЖСС под руководством **Медее Хмелидзе**, программной директорки ЕЖСС.

Благодарность

ЕЖСС выражает признательность всем женщинам, которые приняли участие в этом исследовании. Особая благодарность 13 координаторкам в странах, которые поддержали эту работу, а именно: **Евгении Коротковой**, Узбекистан; **Ирине Клинтуховой**, Беларусь; **Лейле Сулеймановой**, Азербайджан; **Лиане Чургулии**, Грузия; **Ирине Горячей**, Молдова; **Наталье Ковнир**, Украина; **Заррине Сияковой**, Таджикистан; **Эльмире Каримовой**, Кыргызстан; **Айне Мукушевой**, Казахстан; **Маре Веселовой**, Латвия; **Армине Арутюнян**, Армения; **Татьяне Семискар**, Эстония; за их работу по сбору данных. Дополнительная благодарность **Олене Стрижак**, **Мире Сауранбаевой**, **Софи Брион**, **Эмме Белл** и **Фионе Хейл** за периодические советы и рекомендации.

Искренняя благодарность выражается **Любови Воронцовой**, советнице по взаимодействию с сообществом и адвокации; **Алле Бессоновой**, коммуникационной менеджерке; **Наталье Герасимчук**, программной менеджерке; **Светлане Мороз**, исполнительной директорке, за их неоценимую программную и административную поддержку в ходе этого исследования. Их преданность, экспертиза и помощь сыграли решающую роль в успешном завершении работы.

Поддерживающие структуры

Мы хотели бы выразить признательность за поддержку Фонду Роберта Карра (ФРК), который финансировал эту работу через консорциум организаций во главе с Евразийской ассоциацией снижения вреда и Сетью правосудия по ВИЧ. Эта поддержка была предоставлена в рамках проектов «Движемся вместе к качеству и равенству: улучшенное устойчивое развитие в странах ВЕЦА»^[2] и «Рост глобального движения за справедливость в отношении ВИЧ через международную коалицию, состоящую из глобальных и региональных сетей и правовых/правозащитных организаций»^[3] соответственно.

Мнения, выраженные в этой публикации, принадлежат авторкам и могут не отражать взгляды организаций консорциумов, а также ФРК. ФРК не участвовал в согласовании и утверждении ни самого материала, ни возможных выводов из него. Публикация распространяется бесплатно.

[1] www.ewna.org

[2] Eurasian Regional Consortium includes: Eurasian Harm Reduction Association (EHRA), Eurasian Coalition for Health, Rights, Gender and Sexual Diversity (ECOM), Eurasian Women's Network on AIDS (EWNA) and the Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN)

[3] HIV Justice Global Consortium includes: HIV Justice Network, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (ARASA), Eurasian Women's Network on AIDS (EWNA), Global Network of People Living with HIV (GNP+), HIV Legal Network, Sero Project, Southern Africa Litigation Centre

Оглавление

Введение.....	4
Краткое содержание.....	7
Об исследовании	10
Общие результаты.....	13
Социально-демографические характеристики.....	13
Интерсекциональные характеристики и опыт.....	16
Опыт получения медицинских услуг.....	18
Опыт акушерского насилия и дискриминации.....	19
Поддержка сообщества.....	25
Выводы из открытых ответов.....	26
Рекомендации.....	29
Приложения.....	31
Приложение 1. Руководство для страновых координаторок по распространению Опроса.....	31
Приложение 2. Приглашение к участию в опросе.....	34
Приложение 3. Информационное письмо для участниц исследования.....	35
Приложение 4. Информированное согласие.....	36
Приложение 5. Анкета исследования.....	37

Введение

Насилие в отношении женщин и других маргинализированных групп принимает множество форм как на уровне отдельных людей, так и в обществе. Совмещение межличностного и структурного насилия особенно заметно в сфере репродуктивной автономии. Репродуктивное принуждение на индивидуальном уровне имеет своего структурного двойника в государственных политиках в области репродуктивного здоровья, которые оказывают принудительное воздействие. Сообщества, которые уже недостаточно охвачены системой здравоохранения и непропорционально страдают от политик в области репродуктивного здоровья, которые не дают выбора, также находятся в группе наибольшего риска репродуктивного принуждения.^[4]

«Акушерское насилие» обозначает ранее не названное и широко не признанное пагубное социальное явление: насилие и жестокое обращение во время родов в медицинских учреждениях.^[5] Оно основано на концепции гендерного насилия и раскрывает институциональное насилие в официальных учреждениях по охране материнства.^[6] Концепция называет повседневность общепринятых услуг по охране материнства насилием, уделяя особое внимание подходам, которые лишают женщин человеческого достоинства. «Акушерское насилие» — это ценная политическая концепция с богатым преобразовательным потенциалом, который подтверждается ее более широким феминистским активизмом по всему миру,^[7] ее введением в законодательство о гендерном насилии и международным признанием акушерского насилия как особой формы гендерного насилия в отношении женщин.^[8]

Во время родов женщина, опасаясь за свою жизнь и жизнь и здоровье своего ребенка, максимально уязвима и беззащитна перед медицинским персоналом, который может ее стигматизировать и дискриминировать. Акушерское насилие — один из видов насилия, сочетающий в себе характеристики насилия в отношении женщин (направлено на женщин исключительно из-за того, что они женщины) и институционального насилия (наличие структурного дисбаланса сил в учреждениях здравоохранения — между медицинским персоналом и пациентками). Акушерское насилие — так называемый зонтичный термин, поскольку он охватывает различные унижительные, насильственные и вредные практики, которые могут иметь место во время получения всех видов гинекологической и акушерской помощи на протяжении всей жизни женщины (гинекологические осмотры, доступ к контрацепции, лечение бесплодия, при лечении выкидышей, во время беременности, во время и после родов и т. д.).

Когда женщины рожают, для медицинских учреждений, в дополнение к предоставлению высококачественной клинической помощи, специфичной для родов, крайне важно убедиться, что способ предоставления помощи ориентирован на женщину и уважителен, а также защищает и поощряет ее права. Обеспечение непрерывности ухода, регулярного

[4] Katz & Tirone, 2015

[5] Lydia Zacher Dixon, 'Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices' (2015) 29 *Medical Anthropology Quarterly* 437

[6] Michelle Sadler and others, 'Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence' (2016) 24 *Reproductive Health Matters* 47

[7] Paola Sesia, 'Naming, Framing, and Shaming through Obstetric Violence: A Critical Approach to the Judicialisation of Maternal Health Rights Violations in Mexico' in Jennie Gamlin and others (eds), *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America* (UCL Press 2020); Rachelle Chadwick, 'Breaking the Frame: Obstetric Violence and Epistemic Rupture' (2021) 35 *Agenda* 104

[8] Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences on a Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence' (UN General Assembly 2019) A/74/137; *SFM v Spain* [2018] CEDAW/C/75/D/138/2018; *NAE v Spain* [2019] CEDAW/C/28/D/149/2019; *Brítez Arce v Argentina* (Inter-American Court of Human Rights)

мониторинга и документирования клинических событий, а также четкого, чуткого и уважительного общения между поставщиками медицинских услуг и клиентками имеет важное значение. Кроме того, женщинам должна быть предоставлена информация, выбор и поддержка, необходимые им для принятия обоснованных решений, и должен быть план направления на случай необходимости более продвинутой медицинской помощи. Все это основные элементы качественной помощи при родах, которую должна получить каждая женщина и новорожденный^[9].

Насилие подрывает меры по борьбе с ВИЧ, ограничивая доступ к основным услугам. Насилие в отношении женщин является нарушением прав человека. Женщины, пережившие насилие, подвержены повышенному риску инфицирования ВИЧ. Женщины, живущие с ВИЧ и уязвимые к нему, с большей вероятностью подвергаются насилию.

По результатам опроса, проведенного БО «Позитивные женщины»^[10] среди 104 женщин, живущих с ВИЧ в Украине (2023) относительно опыта акушерского насилия за последние 3 года: 27% респонденток получили отказ в родах из-за своего ВИЧ-положительного статуса; 44% были вынуждены платить за бесплатные медицинские услуги из-за своего ВИЧ-положительного статуса; 70% сообщили, что их ВИЧ-положительный статус был разглашен близкому окружению; ВИЧ-положительный статус 55% респонденток был раскрыт медицинскому персоналу, что в 72% случаев негативно повлияло на дальнейшее медицинское сопровождение; 6% респонденток подверглись физическому насилию во время беременности и/или родов из-за своего ВИЧ-положительного статуса; 34% столкнулись с серьезными последствиями для своего здоровья или жизни и здоровья своего ребенка в результате акушерского насилия.

Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ, в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА)^[11] свидетельствует о сохраняющейся дискриминации в отношении женщин, живущих с ВИЧ, особенно в сфере репродуктивного здоровья. В Казахстане (2022) 15% (51 женщина) сообщили, что им рекомендовали прервать беременность из-за ВИЧ. Также сообщалось о давлении в отношении методов родов (7%) и выбора кормления младенцев (9%). Аналогичная тенденция наблюдалась в Кыргызстане (2022), где 12% респонденток поощряли прерывать беременность, а 10% сталкивались с давлением при выборе метода родов и вариантов кормления детей. В Таджикистане (2021) 21 женщине рекомендовали прервать беременность. Кроме того, 12 женщин испытывали давление при выборе метода родов, а 16 женщин чувствовали себя обязанными следовать определенным практикам кормления младенцев. В Молдове (2023) 21 женщине за прошедший год рекомендовали больше не иметь детей, а на 8 женщин оказывали давление или поощряли пройти стерилизацию. В целом 45 женщин сообщили, что им рекомендовали прервать беременность из-за их ВИЧ-статуса. В Беларуси (2022) 28% респонденток сообщили о давлении со стороны медицинских работников с целью прерывания беременности, 24% испытали принуждение в отношении методов родовспоможения и 24% столкнулись с давлением в отношении выбора кормления младенца. Аналогично, в Армении (2023) 22% женщин посоветовали прервать беременность, в то время как 9% столкнулись с давлением при выборе как родовспоможения, так и методов кормления младенца.

[9] Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth Zampas; 2020

[10] Policy Brief: [Obstetric Violence Against HIV-Positive Women in Ukraine](#), 2023; Positive Women

[11] <https://www.stigmaindex.org/>

17% испытали принуждение в выборе родовспоможения и 20% подверглись влиянию при принятии решений о кормлении младенца. Между тем, в Азербайджане (2024) 20% женщин получили медицинские рекомендации прервать беременность за прошедший год. Кроме того, 27% женщин столкнулись с давлением в отношении методов родовспоможения и 26% подверглись влиянию при выборе кормления.

Эти результаты показывают продолжающуюся дискриминацию, с которой сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, во многих странах. Стигма и принуждение в репродуктивном здравоохранении, включая давление с целью прерывания беременности, принудительную стерилизацию и ограниченный выбор в родах и кормлении младенцев, продолжают подрывать автономию и права женщин, живущих с ВИЧ.

Институциональное насилие негативно влияет на здоровье женщин. Оно проявляется в принятии государствами законов и установлении правил, которые ограничивают доступ женщин к услугам здравоохранения и приводят к дискриминации. В большинстве стран ВЕЦА ВИЧ-положительный статус, употребление наркотиков, секс-работа, гендерная идентичность и их пересечение усиливают степень дискриминации женщин в системе здравоохранения.

Краткое содержание

Акушерское насилие — это форма институционального насилия, происходящая в контексте акушерской и гинекологической помощи. Оно включает физическое, психологическое, словесное и эмоциональное насилие, а также пренебрежение и унижение, которые женщины испытывают во время беременности, родов и в послеродовой период. Это явление серьезно замедляет эффективность мер по борьбе с ВИЧ, ограничивает доступ женщин в целом, но особенно женщин, живущих с ВИЧ и уязвимых к нему, к медицинским услугам, подрывает их права и достоинство и ухудшает их психическое и общее здоровье.

Акушерское насилие оказывает глубокое влияние на здоровье и благополучие женщин, живущих с ВИЧ, увеличивая их уязвимость к стигматизации и дискриминации. Женщины, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с предвзятым отношением со стороны медицинского персонала. Это может включать уничижительный язык, отказ в уходе или принуждение к прохождению процедур, даже таких как стерилизация, без их согласия. Такое обращение нарушает право женщины на уважительное и достойное отношение. Врачи часто игнорируют клинические рекомендации относительно грудного вскармливания или методов родов, лишая женщин права делать осознанный выбор. Это не только нарушает стандарты ухода, но и усиливает чувство бессилия и дискриминации среди пациенток. Постоянное подчеркивание «рисков передачи ВИЧ» ребенку в грубой или уничижительной манере травмирует женщину, разрушая ее уверенность и способность принимать осознанные решения относительно своего здоровья и здоровья своего ребенка. Пренебрежительное отношение, отказ в своевременной медицинской помощи и несоблюдение протоколов профилактики значительно увеличивают риск вертикальной передачи ВИЧ. Вместо поддержки женщины сталкиваются с препятствиями, которые можно устранить с помощью качественной и уважительной помощи.

Исследование, проведенное командой ЕЖСС, изучило случаи акушерского насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в 13 странах ВЕЦА (Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Россия, Таджикистан, Украина, Узбекистан и Эстония) с участием 365 респонденток и выявило многочисленные случаи нарушения прав женщин, живущих с ВИЧ (Диаграмма 1):

-  **Психологическое насилие:** 63% респонденток сообщили о различных формах психологического насилия, включая унижение (33%), изоляцию и игнорирование просьб о помощи (21%), запугивание (33%), давление с целью прохождения медицинских процедур без согласия (14%).
-  **Нарушение конфиденциальности:** 47% женщин столкнулись с несогласованным разглашением их ВИЧ-статуса третьим лицам, включая работников/ц здравоохранения (36%) и членов семьи (19%).
-  **Отказ в медицинских услугах:** 46% женщин сообщили об отказе в услугах, включая обезболивание (19%), поддержку грудного вскармливания (15%) и аборт (12%).
-  **Физическое насилие:** 39% женщин пережили физическое насилие, включая жестокое обращение (27%), принуждение к определенной позе для родов (9%) и выдавливание плода в потугах (7%).



Несогласованные медицинские процедуры: 26% женщин сообщили о медицинских процедурах, проводимых без их согласия, включая кесарево сечение (10%), амниотомию (5%) и хирургическую стерилизацию (2%).



Хотя подавляющее большинство (87%) сообщило об **автономии в принятии решений о том, иметь ли детей и когда это делать**, 13% респонденток указали, что им не хватает этой автономии, что указывает на потенциальные барьеры в принятии репродуктивных решений. Акушерское насилие усиливает **стигму и дискриминацию**, создавая барьеры для своевременного доступа к медицинской помощи и поддержке. Пересечение различных факторов дискриминации особенно очевидно в регионе ВЕЦА. 66% респонденток столкнулись с дискриминацией в медицинских учреждениях, в первую очередь из-за ВИЧ-статуса (64%), но также в связи с социально-экономическим статусом (12%), историей употребления наркотиков (11%) и другими пересекающимися факторами. Женщины, живущие с ВИЧ, женщины, употребляющие наркотики, секс-работницы, мигрантки/беженки сталкиваются с двойной или множественной стигмой. Социальные детерминанты, такие как этническая принадлежность, инвалидность, сопутствующие заболевания, опыт тюремного заключения, опыт насилия, в том числе на войне, еще больше усугубляют их положение. В совокупности это создает среду, в которой насилие является не только результатом, но и причиной ограниченного доступа к жизненно важным медицинским и социальным услугам, усиливая порочный круг уязвимости. Несмотря на имеющийся опыт, только треть респонденток (33%) сообщила кому-либо о насилии и только в 30% случаев были предприняты какие-то ответные действия. В большинстве случаев сообщения поступают руководству больницы/клиники (45%) и членам семьи или друзьям/подругами (40%). В 15% случаев сообщения поступали представительницам общественной или правозащитной организации. Только в двух случаях об акушерском насилии было сообщено в полицию или юристке/у.

Значительная часть респонденток сталкивалась с проблемами или неудовлетворенными ожиданиями в отношении **качества медицинских услуг**, что еще раз подчеркивает разнообразие системного и индивидуального опыта в регионе ВЕЦА, а также внутри стран из-за сочетания факторов уровня развития, демократии, прав человека, с одной стороны, и уязвимости, маргинализации и доступа к ресурсам на индивидуальном уровне. Удовлетворенность полученными медицинскими услугами: 11% были очень удовлетворены и 24% удовлетворены, в то время как 36% выразили нейтральные чувства. Однако заметна неудовлетворенность: 22% женщин были недовольны и 7% крайне недовольны медицинскими услугами.

Влияние насилия и дискриминации на психическое и эмоциональное благополучие показывает различный спектр переживаний: 31% респонденток сообщили об умеренных психологических эффектах (депрессия, потеря уверенности), 18% — о тяжелом воздействии (травма, тяжелая депрессия), а 29% дали качественное описание, отражающее значительный стресс. Влияние на будущие решения обратиться за услугами сексуального, репродуктивного и материнского здоровья подчеркивает существенные препятствия к получению помощи: 21% не решались обратиться за помощью, 41% избегали определенных поставщиц/ков услуг, а 7% вообще прекратили обращаться за услугами из-за прошлого опыта дискриминации. Большинство женщин (67%) получили **поддержку сообщества** в разной степени, из которых 29% всегда имели доступ к помощи равных. Усилия по повышению осведомленности помогут гарантировать, что 10%, которые в настоящее время не знают о таких организациях и помощи, смогут воспользоваться имеющимися ресурсами.

Исследование подчеркивает настоятельную необходимость в комплексных моделях здравоохранения, основанных на правах, которые решают проблемы пересекающейся уязвимости женщин, живущих с ВИЧ, и в системных реформах для восстановления доверия и доступности медицинских услуг. Укрепление репродуктивной автономии и поддержка сообщества имеют важное значение. Системы здравоохранения должны бороться с дискриминацией и решать многогранные проблемы с помощью целостного подхода, основанного на правах, который обеспечивает информированное согласие, защищает конфиденциальность и предоставляет справедливый уход женщинам, живущим с ВИЧ, гарантируя их достоинство и благополучие. Таким образом, основные рекомендации^[12] включают проведение **правовых, политических и практических реформ, улучшение системы здравоохранения, а также вовлечение сообщества и расширение прав и возможностей женщин.**

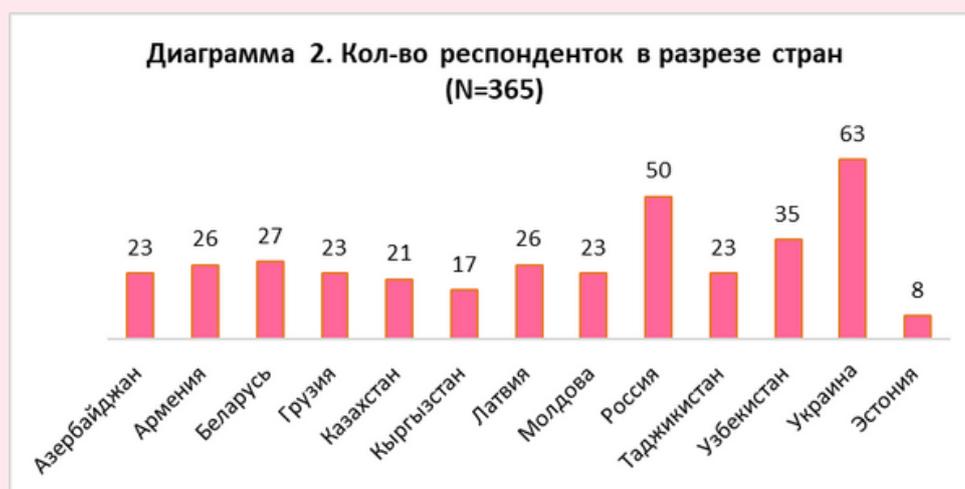
[12] Детальнее в разделе «Рекомендации»

Об исследовании

Исследование «Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии» проведено Евразийской Женской сетью по СПИДу в рамках региональной кампании «Насилию нет оправдания!»^[13].

Целью исследования был сбор всесторонних данных об опыте женщин, живущих с ВИЧ, во время беременности, родов и послеродового ухода за последние пять лет с акцентом на акушерское насилие в регионе ВЕЦА. Авторки стремились выявить случаи акушерского насилия и дискриминации и оценить качество предоставляемой помощи. Исследовательницы стремились выявить препятствия для справедливого материнского здравоохранения и предоставить информацию о стратегиях по улучшению услуг для женщин в регионе. Таким образом, результаты исследования способствуют разработке рекомендаций по укреплению систем здравоохранения и услуг на базе сообщества в поддержку инклюзивных и недискриминационных политик и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Исследование, проведенное командой группой ЕЖСС, изучило опыт акушерского насилия среди женщин, живущих с ВИЧ, в 13 странах ВЕЦА, а именно: Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Таджикистан, Украина и Узбекистан. В исследовании приняли участие 365 респонденток (Диаграмма 2).



Участницы набирались по определенным критериям для обеспечения релевантности и целостности данных. К числу лиц, имеющих право на участие, относились женщины с опытом беременности и родов в течение последних 5 лет, при установленном ВИЧ-положительном статусе. Участницы должны были быть не моложе 18 лет и проживать в указанных странах во время последней беременности. Они также должны были предоставить информированное согласие, пройти опрос на понятном им языке и участвовать в нем без ущерба для своей безопасности или благополучия.

Исследование под руководством сообщества имело решающее значение не только для получения информации, но и для эффективной структуризации процесса исследования.

[13] [Описательный отчет ЕЖСС](#) о результатах региональной кампании «Насилию нет оправдания!»

Сначала собралась Референтная Группа исследования для рассмотрения первоначального drafts анкеты, который впоследствии был доработан на основе их рекомендаций. Затем все анкеты были переведены на национальные языки при непосредственном участии координаторок в странах, которые также проверили их понятность перед официальным запуском. Перед запуском опроса был проведен вебинар для предоставления четких указаний по распространению информации. Кроме того, специально для вебинара было разработано «Руководство для координаторок в странах по распространению опроса: акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии»^[14]. Все шаги, включая разработку окончательных рекомендаций на основе результатов, были тщательно спланированы и рассмотрены в тесном сотрудничестве со страновыми координаторками, что обеспечило их прямое участие и усилило их чувство ответственности за процесс.

Выступая в качестве контролерки и обработчицы данных, команда, включающая местную координаторку для каждой страны, содействовала мобилизации сообщества и дальнейшему сбору данных с помощью цифровых платформ, включая смартфоны, планшеты и компьютеры, с последующим тщательным анализом и отчетностью. ЕЖСС придерживается «Принципов защиты персональных данных и конфиденциальности» Организации Объединенных Наций, принятых Комитетом высокого уровня по управлению ООН (HLCM) 11 октября 2018 года. Таким образом, участие в этом опросе было полностью конфиденциальным.

Как уже упоминалось, сбор данных включал подробную анкету, доступную на всех национальных языках, в которой рассматривались такие темы, как социально-демографические характеристики, доступ к здравоохранению, опыт акушерского насилия и влияние ВИЧ на беременность и роды^[15]. Для сохранения конфиденциальности все ответы были анонимными, надежно сохранены и доступны только исследовательской группе. Участницы сохраняли право отказаться от участия в любой момент, а любые связанные данные немедленно удалялись. Хотя исследование представляло минимальные риски, участницам, которые испытывали эмоциональный стресс при воспоминании о неблагоприятном опыте, предлагалось направить их в консультационные службы.

В целом, ожидается, что выводы, полученные в ходе этого исследования, приведут к значительному улучшению охраны материнства для женщин, живущих с ВИЧ, в регионе ВЕЦА. Подчеркивая жизненный опыт участниц, исследование направлено на адвокатию системных изменений, сокращение акушерского насилия и содействие развитию инклюзивных, ориентированных на пациентках методов ухода.



Размышления национальных координаторок:

Казахстан: *«Женщина, живущая с ВИЧ, обратилась в НПО «Жизнь вопреки» (Астана, Казахстан) ближе к концу опроса. Она узнала об опросе из рассылки и хотела поделиться своей историей о беременности и родах. Из-за плохого отношения в поликлинике она выбрала альтернативу — платное ведение беременности в частной клинике. Однако, когда пришло время рожать, в клинике отказались ей помочь. Ей пришлось договариваться с*

[14] Приложение 1
[15] Приложение 5

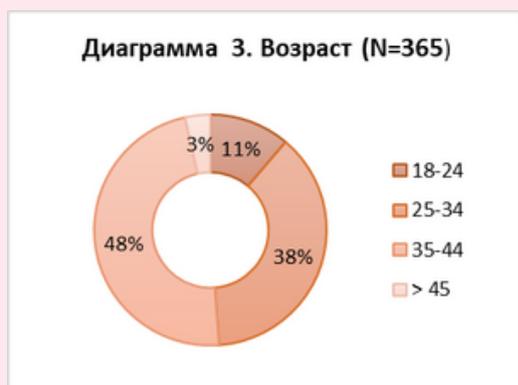
обычным государственным родильным домом, где она столкнулась с множеством проблем. Персонал относился к ней плохо, не решался подойти к ней и не соблюдал конфиденциальность. Когда она узнала о нашем исследовании, она была удивлена, что кто-то действительно занимается проблемами, с которыми сталкиваются женщины с диагнозом ВИЧ. В нашей организации ей предоставили подробную информацию об исследовании и женских правозащитных организациях, которые поднимают такие вопросы. Более того, на момент обращения в организацию она подвергалась домашнему насилию со стороны мужа, который требовал развода и угрожал отобрать у нее ребенка и лишить ее родительских прав. Он раскрыл ее ВИЧ-статус общим знакомым и утверждал, что антиретровирусная терапия сделала ее психически неуравновешенной. Она была эмоционально опустошена и боялась идти в суд одна. В ОФ «Жизнь вопреки» женщина смогла получить профессиональную психологическую помощь. Благодаря юридической поддержке организации суд вынес решение в пользу матери».

Латвия: «Результаты этого исследования уже использовались нами для адвокации улучшений в медицинских учреждениях. Одним из примеров является подача официального письма в Национальный центр СПИДа в Латвии страновой координаторкой, в котором излагаются задокументированные случаи акушерского насилия, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ. В этом письме, основанном на предварительных результатах исследования, выделены основные нарушения, такие как психологическое и физическое насилие, нарушение конфиденциальности, несогласованные медицинские процедуры и отказ в предоставлении основных медицинских услуг. Письмо стало важным шагом в повышении осведомленности национальных стейкхолдеров и лиц, принимающих решения, о взаимосвязи ВИЧ, гендерного насилия и институциональной дискриминации в сфере охраны материнства. В частности, в нем подчеркивалась повышенная стигматизация и барьеры, с которыми сталкиваются женщины из маргинализированных групп, включая ромок и женщин, употребляющих наркотики. Поделившись результатами с соответствующими учреждениями, исследование не только задокументировало критические проблемы, но и инициировало обсуждения потенциальных изменений политики и улучшениях в предоставлении услуг. Этот пример демонстрирует, как исследования, проводимые сообществом, могут быть преобразованы в конкретные усилия по защите интересов, информированию лиц, принимающих решения, и продвижению системных изменений для обеспечения уважительного и основанного на правах ухода за матерями для всех женщин, особенно тех, кто живет с ВИЧ».

Общие результаты

Социально-демографические характеристики

Всего в опросе приняли участие 365 респонденток, из них 47,7% — в возрасте 35–44 лет, 37,6% — в возрасте 25–34 лет. Более молодые участницы в возрасте 18–24 лет составили 11,2%, а те, кому 45 лет и старше, представляли собой самую маленькую группу (3,5%) (Диаграмма 3). Уровень образования был относительно высоким: 51% имели среднее или среднее техническое образование, а 32,5% — высшее или незаконченное высшее образование. Только 1,5% сообщили об отсутствии формального образования (Диаграмма 4).



Что касается занятости, 26% находились в декретном отпуске, а 21% были безработными. Другие значимые группы включали работающих в частном секторе (17%), самозанятых (14,5%) и работающих в государственном (11%) или неправительственном секторах (7%) (Диаграмма 5). Большинство респонденток (64%) состояли в отношениях и жили со своим партнером, в то время как 11,5% были одиночками, а 12% состояли в отношениях, но не проживали вместе (Диаграмма 6).





В финансовом отношении почти половина (49%) описала себя «не очень обеспеченной», а 11% сообщили, что «совсем не обеспечены». У большинства респонденток 1 или 2 ребенка (69%), в то время как большие семьи с 3 или более детьми составляли 30% (Диаграмма 7). Круговая диаграмма иллюстрирует распределение респонденток в зависимости от количества детей. У 38% двое детей, за ними следуют 31% с одним ребенком, 20% с тремя детьми и 10% имеют четверых или более детей. Ожидаемо, наименьшая доля, 1%, сообщила, что у них нет детей (Диаграмма 8).

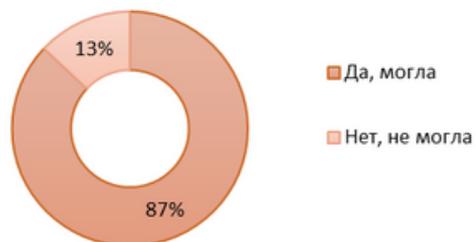


Что касается ВИЧ-статуса, 74,2% респонденток знали, что они ВИЧ-положительны, до своей последней беременности, в то время как 25,8% узнали о своем статусе во время беременности или родов, что указывает на пробелы в тестировании до беременности (Диаграмма 9). В отношении принятия репродуктивных решений значительное большинство (87%) сообщило о наличии у них автономии в принятии решения о том, иметь ли детей и когда это делать, хотя 13% указали, что у них нет такой автономии, что указывает на потенциальные препятствия для расширения прав и возможностей (Диаграмма 10). Эти результаты подчеркивают важность улучшения доступа к тестированию на ВИЧ и укрепления систем поддержки репродуктивного здоровья и автономии, особенно для тех, кто сталкивается с экономическими и социальными проблемами.

Диаграмма 9. Знание ВИЧ-статуса до или во время последней беременности (N=365)



Диаграмма 10. Могли ли вы самостоятельно принимать решения о том, иметь ли детей, и если да, то когда рожать ребенка? (N=365)



Интерсекциональные характеристики и опыт

Данные подчеркивают сложные и пересекающиеся проблемы, с которыми сталкиваются респондентки, где множественные интерсекциональные характеристики влияют на их жизненный опыт. Эти характеристики не суммируются в 100%, поскольку женщины часто идентифицируют себя более чем с одной категорией, что отражает многомерную природу их уязвимостей (Диаграмма 11).

➤ **Употребление наркотиков и закрытые учреждения:** 22% респонденток сообщили об опыте употребления наркотиков, в то время как такая же доля (22%) указала, что их сексуальный партнер/ка употребляет или употреблял наркотики; 1% респонденток являются участницами программ опиоидной заместительной терапии. 5% находились в тюрьме и/или предварительном или временном заключении, демонстрируя связь между употреблением наркотиков и лишением свободы. Эти данные подчеркивают необходимость комплексных услуг, направленных на решение проблем, связанных с употреблением наркотиков, лишением свободы и реабилитацией.

➤ **Здоровье и хронические заболевания:** 18% респонденток сообщили, что у них был или есть гепатит С, заболевание, часто связанное с употреблением наркотиков. 5% страдали активной формой туберкулеза, а 6% живут с инвалидностью. Эти заболевания подчеркивают уязвимость респонденток, особенно с опытом тюремного заключения или употребления наркотиков.

➤ **Насилие, социальная уязвимость, экономические и миграционные проблемы:** 23% респонденток сообщили о пережитом домашнем насилии, указывая на значительную распространенность гендерного насилия в группе. 8% занимались секс-работой, являясь частью группы, крайне уязвимой к насилию и рискам для здоровья. Две респондентки обозначили себя как лесбиянки, бисексуалки или квир, что усугубляет их маргинализацию и социальную стигму. Небольшой доля респонденток сообщила о миграции по экономическим (1%) или политическим (1%) причинам. 6% указали, что являются внутренне перемещенными лицами. 5% заботятся о детях с особыми потребностями, что подчеркивает необходимость целенаправленной поддержки. Одна респондентка сообщила о бездомности, обозначая свою крайнюю социальную уязвимость.



Женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются со значительными проблемами из-за своей уязвимости в связи с ВИЧ, но они еще больше усугубляются пересекающимися факторами, которые усиливают маргинализацию. Данные показывают, что респондентки часто сталкиваются с несколькими пересекающимися проблемами, такими как история употребления наркотиков, совпадающей с тюремным заключением, гепатитом С и гендерным насилием. Эти пересечения усиливают их уязвимость, создавая барьеры в доступе к значимым услугам и усугубляя неравенство. В то время как 36% респонденток указали, что ни одна из перечисленных уязвимостей не применима к ним, показывая, что значительное меньшинство не сталкивается с дополнительными проблемами, большинство сталкивается с этим пересечением, которые значительно усложняют их жизнь. Это подчеркивает настоятельную необходимость в интегрированных моделях предоставления услуг, которые целостно решают пересекающиеся проблемы, такие как употребление наркотиков, тюремное заключение, состояние здоровья, гендерное насилие и экономическая нестабильность, чтобы обеспечить справедливую поддержку всем женщинам, живущим с ВИЧ.

Опыт получения медицинских услуг

Большинство респонденток (66%) посещали медицинское учреждение пять или более раз во время последней беременности, что указывает на регулярное взаимодействие со службами охраны здоровья материнства. Однако, 18% посещали медицинское учреждение три или четыре раза, 12% — один или два раза, а 4% не посещали медицинское учреждение до родов (Диаграмма 12). Большинство респонденток (89%) рожали или получали услуги, связанные с беременностью, в государственной больнице, в то время как 7% пользовались услугами частных клиник. Только 2 респондентки рожали дома, а 3,5% сообщили, что пользовались услугами как государственных, так и частных учреждений (Диаграмма 13).



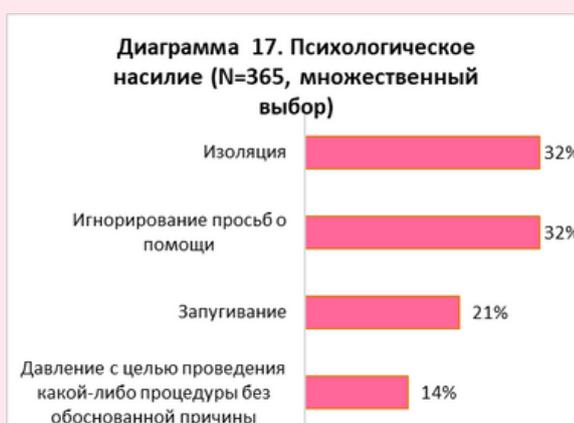
Когда дело дошло до покрытия расходов на медицинские услуги, связанные с беременностью, почти половина (46%) платили из своего собственного или семейного бюджета, в то время как 42,5% воспользовались государственными программами или государственным страхованием. Небольшое меньшинство (0,5%) полагалось на частное страхование, поддержку НПО или сбор средств. 11% сообщили об использовании различных источников финансирования (Диаграмма 14).

Что касается удовлетворенности полученными медицинскими услугами, 11% были очень удовлетворены и 24% удовлетворены, в то время как 36% выразили нейтральные чувства. Однако неудовлетворенность была заметной: 22% были недовольны и 7% крайне недовольны (Диаграмма 15). Эти результаты отражают значительную часть респонденток, сталкивающихся с трудностями или неоправданными ожиданиями в отношении качества медицинских услуг, и еще раз подчеркивают разнообразие системного и индивидуального опыта, с которым можно столкнуться в регионе ВЕЦА, а также внутри стран из-за сочетания факторов уровня развития, демократии, прав человека, с одной стороны, и уязвимости, маргинализации и доступа к ресурсам на индивидуальном уровне.



Опыт акушерского насилия и дискриминации

Опыт женщин, живущих с ВИЧ, свидетельствует о серьезных проблемах в системе здравоохранения, отмеченных различными формами насилия и дискриминации. Более половины (56%) респонденток сообщили, что столкнулись по крайней мере с одной формой словесного насилия. Часто встречающимися формами являются крики (15%), оскорбления (20%), обвинения (23%) и угрозы (11%). Наиболее распространенной формой было унижение, с которым столкнулись 33% респонденток, что делает его доминирующей формой словесного насилия (Диаграмма 16). Психологическое насилие еще более распространено, 63% указали, что они столкнулись по крайней мере с одной формой этого типа жестокого обращения. О запугивании сообщили 21%, а 14% столкнулись с принуждением к прохождению медицинских процедур без уважительных причин. Кроме того, изоляция и игнорирование просьб о помощи оказались наиболее распространенными формами психологического насилия, каждая из которых затронула 32% респонденток (Диаграмма 17).



«Угрозы тюремного заключения, если ребенок родится больным, запугивания, что я рожу «уродливого» ребенка, кричали мне все время. Мне говорили, что я не достойна иметь детей, и что деньги, потраченные на мое лечение, должны быть отданы другим...» (Беларусь)

Физическое насилие было еще одной значительной проблемой, затронувшей 38,6% респонденток. Это включало принуждение к определенным позам для родов (9%), грубое разведение ног во время родов (4%) и применение давления на дно матки для принудительного извлечения плода (7%). Вызывает тревогу, что 27% респонденток назвали «грубое обращение» наиболее распространенной формой физического насилия во время родов (Диаграмма 18).



«После взятия крови на анализ она надела две перчатки одну на другую, и когда меня свело судорогой от боли, медсестра прижала меня и сказала: «Не хнычь, иначе я не возьму у тебя кровь» ... (Армения)

Отсутствие подлинного информированного согласия на медицинские процедуры является еще одной критической проблемой. Более четверти (26,3%) сообщили, что они не давали информированного согласия по крайней мере на одну процедуру. К ним относятся перинеотомия или эпизиотомия (3%), наложение акушерских щипцов (2%), амниотомия (5%), использование геля простагландина для индукции родов (0,8%), инъекции или вагинальные таблетки для стимуляции родов (5%) и введение внутриматочного контрацептива (2%). Кесарево сечение, о котором сообщили 10% респонденток, по-прежнему широко пропагандируется и в некоторых случаях навязывается женщинам, живущим с ВИЧ, что также отражено в комментариях респонденток, полученных через открытые вопросы (валидация тенденций с помощью качественной информации). Кроме того, 2% респонденток сообщили о прохождении хирургической стерилизации — процедуры, которая является необратимой и карается законом — без их согласия (Диаграмма 19).



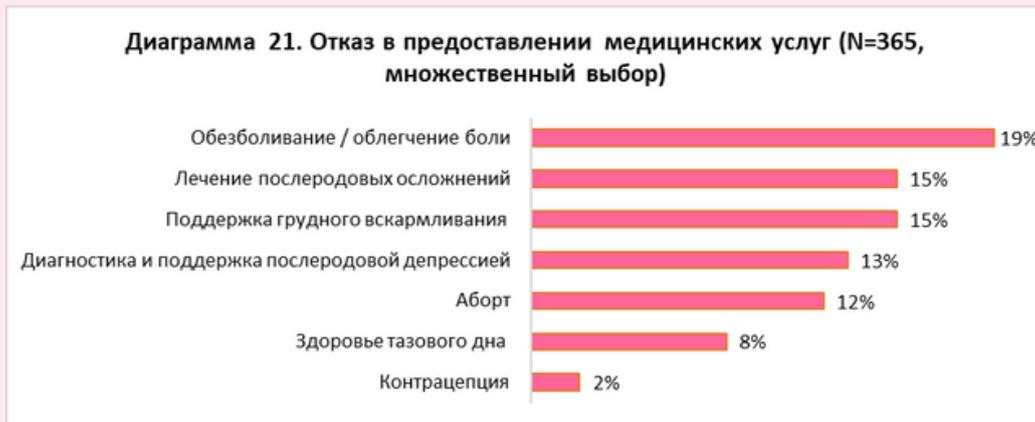
«После операции мне без моего согласия ввели контрацептив. Они утверждали, что при ВИЧ лучше не беременеть. Медсестры отказались менять мне подгузники из-за моего ВИЧ-статуса...» (Узбекистан)

Нарушение конфиденциальности также является распространенной проблемой, о которой сообщили 47%. Раскрытие ВИЧ-статуса происходило без согласия, чаще всего другим поставщиц/кам медицинских услуг (36%), за которыми следовали члены семьи (19%) и сексуальные партнеры (5%) (Диаграмма 20).



«Моя свекровь узнала о моем состоянии в больнице, изменила свое отношение ко мне и даже сказала мне покинуть дом...» (Кыргызстан)

Респонденткам часто отказывали в доступе к критически важным медицинским процедурам и услугам. Почти 46% указали, что им отказывали в таких услугах, как обезболивание (19%), лечение послеродовых осложнений (15%), поддержка грудного вскармливания (15%), диагностика и поддержка в связи с послеродовой депрессией (13%), аборт (12%), поддержка здоровья тазового дна (8%) и контрацепция (2%) (Диаграмма 21).



«Врач сказал мне, что человек, больной СПИДом, не может кормить грудью ребенка, никто не объяснил, почему и есть ли у меня выбор...» (Грузия)

Акушерское насилие является распространенной проблемой, 63,6% заявили, что они подвергались по крайней мере одной форме жестокого обращения. Установленными виновницами/ками этого насилия были врачи (45%), медсестры или акушерки (45%), санитарки (27%), главные врачи или заведующие отделениями (9%), административный персонал (5%) и технический персонал (4%). Сообщалось о двух случаях нарушений со стороны социальных работников/ков. Общий масштаб нарушений подчеркивает системные проблемы в учреждениях здравоохранения (Диаграмма 22).



Вызывает тревогу, что дискриминация женщин, живущих с ВИЧ, также значительно распространена, затрагивая 66% респонденток опроса. Основной ее причиной чаще всего обозначен ВИЧ-статус (64%), усугубляемый другими пересекающимися уязвимостями, такими как социально-экономическое положение (12%), история употребления наркотиков (11%), сопутствующие заболевания, такие как гепатит С или туберкулез (4%), возраст (6%), этническая принадлежность (2%), проживание в сельской местности (2%), отсутствие регистрации по месту жительства (2%), сексуальная ориентация (1%) и опыт секс-работы (3%). Данные подчеркивают, что дискриминация редко возникает из-за одного фактора; она часто является перекрестной, с пересекающимися уязвимостями, усиливающими маргинализацию (Диаграмма 23).

«В начале беременности они настаивали на аборте, говоря: «Ты старая и у тебя СПИД, сделай аборт, ребенок может родиться с дефектами». Когда я получила свою родильную карту, в ней был написан код «СПИД» большими красными буквами. Я попросила удалить его, но они отказались, сказав, что это протокол. После родов у меня были тромбы, и врачи отказались их вычищать. Они прописали лекарства, которые не помогли, и мне пришлось обратиться в другой роддом в частном порядке...» (Узбекистан)

«Мне отказали в медицинской помощи из-за моего ВИЧ-статуса и из-за того, что я бедна...» (Азербайджан)



Эти результаты подтверждают критическую необходимость того, чтобы системы здравоохранения решали эти многогранные проблемы с помощью целостного, основанного на правах человека подхода, который обеспечивает информированное согласие, защищает конфиденциальность и устраняет дискриминацию и насилие. Интегрированные модели услуг имеют важное значение для удовлетворения потребностей женщин, живущих с ВИЧ, и защиты их достоинства, здоровья и благополучия.

Эти потребности трудно удовлетворить, если о них не сообщать и не анализировать. Несмотря на имеющийся опыт насилия и дискриминации, только треть респонденток (33%) сообщили кому-либо об этом, и только в 30% случаев были предприняты ответные действия. В большинстве случаев сообщения направляются руководству больницы/клиники (45%) и членам семьи или друзьям/подругам (40%), в то время как в 15% случаев

сообщения поступили в общественную или правозащитную организацию. Только в двух случаях сообщения о насилии поступили в полицию или юристке/у. Хотя отсылка на организации происходила относительно реже, меры реагирования предпринимались почти так же, как в случаях обращений к руководству медучреждений или близкому окружению (Диаграмма 24).



Влияние насилия и дискриминации на психическое и эмоциональное благополучие показывает ряд различных опытов респонденток. 18,7% сообщили об отсутствии влияния. Однако, 27,3% отметили легкое воздействие, такие как стресс и тревога, которые подчеркивают всепроникающий характер этих переживаний. Значительная часть, 31,5%, описали умеренные эффекты, включая депрессию и потерю уверенности, иллюстрирующие более глубокое психологическое воздействие. Более того, 18,4% сообщили о серьезных эффектах, таких как травма и тяжелая депрессия, подчеркивая разрушительные последствия длительного или интенсивного воздействия дискриминации. Примечательно, что 29% предоставили дополнительные качественные ответы, которые соответствуют общей тенденции, согласно которой воздействие часто варьируется от умеренного до тяжелого (Диаграмма 25).



«То, что я поздно узнала о ВИЧ, не значит, что я не человек. Негативное отношение в родильном доме испортило всю мою радость от рождения ребенка...» (Латвия)

Влияние насилия и дискриминации на будущие решения обращаться за услугами по охране сексуального, репродуктивного и материнского здоровья подчеркивает существенные препятствия для получения помощи. В то время как 25,7% респонденток не указали на какое-либо влияние на свое поведение, остальные ответы рисуют тревожную картину. 21,2% выразили нерешительность в обращении за медицинской помощью, что свидетельствует о подрыве доверия к системе здравоохранения. 40,9% респонденток заявили, что они избегают определенных поставщиц/ков медицинских услуг

или учреждений, демонстрируя, как стигматизация и дискриминационная практика приводят к избирательному отказу. Вызывает особую тревогу, что 7,1% сообщили о полном прекращении обращения за услугами по охране сексуального, репродуктивного и материнского здоровья, что отражает чрезвычайные последствия системной дискриминации. Еще 30% дали качественные ответы, подчеркнув разнообразные, индивидуальные воздействия. Эти результаты указывают на острую необходимость системных реформ для восстановления доверия и доступности медицинских услуг (Диаграмма 26).



«То, как со мной обращались, полностью меня погубило, с тех пор я больше ни разу не обращалась ни за какой медицинской помощью...» (Таджикистан)

Поддержка сообщества

Поддержка, связанная с беременностью и родами, со стороны организаций сообщества женщин, живущих с ВИЧ, значительно различается среди респонденток, что подчеркивает как сильные стороны, так и пробелы в системах поддержки, возглавляемых сообществами. Около 23% респонденток сообщили, что никогда не получали поддержки. С другой стороны, 38% указали, что иногда получали поддержку, а 29% заявили, что всегда получали поддержку, что демонстрирует важную роль, которую эти организации играют для тех, кто может получить доступ к их ресурсам. Примечательно, что 10% респонденток не знали о существовании таких сообществ или организаций в своей стране, что подчеркивает необходимость улучшения инициатив по охвату и повышению осведомленности (Диаграмма 27).



Эти результаты совпадают с более ранними тенденциями, демонстрируя, что, хотя неправительственные организации и группы сообщества оказывают большую поддержку, их влияние зависит от того, смогут ли люди связаться с ними и взаимодействовать с ними. Это отражает наблюдения, что сообщения о насилии и дискриминации часто вызывают высокий уровень ответных действий со стороны неправительственных организаций, а не руководства клиник и семьи. Это подчеркивает важность укрепления путей направления женщин в общественные организации, гарантируя эффективное и всестороннее удовлетворение их потребностей.

Выводы из открытых ответов

Следующие истории отражает суровую стигму и нарушения прав человека, которые пережили респондентки исследования. Пожалуйста, имейте в виду, что текст ниже может быть триггерным.

«После кесарева сечения медсестра сказала мне, что мне нужно лежать в отдельной платной палате. Однако, поскольку у меня не было финансовых возможностей, меня перевели в бесплатную частную палату. Когда я спросила медсестру, почему меня изолируют, она ответила, что это из-за инфекции...» (Армения)

«У меня были тяжелые роды, и потом были осложнения, которые мне нужно было лечить. Врач сказала мне, что это я виновата, что не подумала о последствиях с ВИЧ, хотя у меня был опыт родов. Она сказала, что я скоро умру, и моих детей заберут. Это вызывало постоянные панические атаки...» (Беларусь)

«Делать аборт, рожать, кормить грудью, не кормить грудью... все решают за тебя... Я просто устала...» (Грузия)

«Во время кесарева сечения анестезиолог постоянно задавал вопросы о моем состоянии, например, что я употребляла, почему и как мой муж живет со мной, не боясь. Он издевался надо мной. Когда потребовалась инъекция, он отказался делать ее мне в руку, хотя мои вены были в порядке, и вместо этого заставил меня напрягать шею, чтобы сделать укол туда, шутя: «Чего ты боишься? Ты уже делала себе уколы...» (Казахстан)

«В 31 и 32 года мне сказали, что я слишком стара, чтобы рожать. Меня обвинили в том, что я обременяю государство, рожая ребенка, будучи ВИЧ-инфицированной...»

«Родовая деятельность не началась естественным путем, поэтому мне вызывали схватки окситоцином и таблетками (не помню названия), постоянно напоминая мне, что я заразилась ВИЧ и сделала столько аборт, что мне следует «заткнуться и ждать», пока начнутся схватки. Через 12 часов без раскрытия, после скандала, который я устроила в роддоме, меня повезли на кесарево сечение...»

«Ты не можешь воспитывать ребенка, говорили они, потому что ты наркоманка с ВИЧ и слишком старая...» (Таджикистан)

«В течение всей беременности врач в поликлинике все время угрожала, что я рожу ребенка с отклонениями или дефектами. Даже на позднем сроке они предлагали искусственное прерывание беременности. В роддоме врач просто сказала моей маме: «С твоим внуком все в порядке, она его не заразила». К тому времени мой муж уже умер...» (Узбекистан)

«Врач, которая делала мне кесарево сечение, была неквалифицированной. Она наговорила много неприятностей о моем диагнозе...» (Украина)

«Мне сказали, что я не имею права выбирать, как кормить своего ребенка, потому что я больна...» (Украина)

«Врачи поликлиники отказались делать аборт. Во второй раз в роддоме меня никто не навестил, и в конце концов меня перевели из общей палаты в изолятор, где снова никто не пришел помочь. Мне пришлось обратиться за помощью к знакомому врачу...» (Таджикистан)

«Меня называли “грязной цыганкой”, “наркоманкой” и отказывали в помощи с обезболиванием...» (Латвия)

«Мне отказывали в медицинской помощи из-за моего ВИЧ-статуса и из-за того, что я бедная...» (Азербайджан)

«Я обращалась в частную клинику в России, потому что не было другого способа получить там услуги, но когда я вернулась домой, я пошла в государственную больницу, я чувствовала себя униженной везде...» (Азербайджан)

«В родильном доме со мной обращались особенно плохо из-за моего статуса и того, что у меня не было денег...» (Кыргызстан)

«Они обращались со мной плохо, говорили, что я слишком стара, чтобы рожать, и спрашивали, почему я рожая ребенка, будучи ВИЧ-инфицированной...» (Кыргызстан)

«В родильном доме у меня обнаружили сифилис, сначала ВИЧ, потом это... и я столкнулась с осуждением и унижением во время разговора с врачом...» (Молдова)

«Запрет на выход в коридор, помещение в изолятор и пребывание в родильном зале с худшими условиями, не имея никакой информации о том, как чувствуют себя мои дети... Я очень переживала, так как к тому времени я уже давно употребляла наркотики, врачи говорили много неприятного и угрожали... никто не обращал внимания...» (Молдова)

«Я слышала, как медсестра сказала, что всех “наркоманов” и людей с ВИЧ нужно расстрелять. Страшно обращаться за помощью, потому что это означает раскрытие статуса и того, что происходит в твоей семье, из-за чего весь город будет сплетничать о тебе. Также страшно думать, что это может помешать найти работу или привести к другим последствиям...» (Эстония)

Представленные истории иллюстрируют глубокую взаимосвязь стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, в медицинских учреждениях. Пересекающиеся факторы, такие как социально-экономический статус, гендер, этническая принадлежность, употребление наркотиков и состояние здоровья, усугубляют вред, причиняемый в критические моменты, которыми являются роды. Стигма в связи с ВИЧ становится центральным фактором антигуманного обращения, начиная с видимых маркеров, таких как отметки красными буквами «СПИД» в медицинских карточках, до прямых отказов в предоставлении медпомощи. Женщины страдают непропорционально сильно, часто лишаются автономии в своем репродуктивном выборе, из-за принудительных абортов, принудительной контрацепции или отказа в праве на грудное вскармливание. Такие действия подпитывают общественные убеждения, что женщины с ВИЧ недостойны материнства, и усиливают системное гендерное неравенство.

Структурное насилие в системах здравоохранения усугубляет эти проблемы. Финансовые барьеры выталкивают людей из маргинализированных групп в некачественную помощь, часто изолируя их физически и социально. Отсутствие эмпатии и этической помощи очевидно в унижительных замечаниях, принудительных процедурах и унижительном обращении, описанных участницами. Например, в Казахстане пациентка подверглась насмешкам и физическому насилию во время проведения кесарева сечения, что отражает злоупотребление властью со стороны медицинских работников. Практики изоляции, такие как запрет на выход в коридоры или размещение пациенток в помещениях с плохими условиями, еще больше стигматизируют людей по состоянию их здоровья,

унижая их достоинство и усиливая психологический вред. Эти институциональные практики в сочетании с общественными установками создают среду, в которой женщины чувствуют себя небезопасно, обращаясь за помощью, опасаясь раскрытия своего статуса или личных обстоятельств.

Такое обращение имеет тяжелые психологические и эмоциональные последствия, оставляя людей с долгосрочными проблемами психического здоровья, включая панические атаки, депрессию и интернализованную стигму. Многие пациентки описывают потерю свободы воли и всепроникающий страх социальной изоляции, что приводит к отказам в обращении за медицинской помощью. Этот опыт подчеркивает острую необходимость системной реформы для устранения пересекающихся форм угнетения. Системы здравоохранения должны отдавать приоритет эмпатии и справедливости, внедряя обязательное обучение для борьбы со стигмой и обеспечивая соблюдение антидискриминационных политик. Адвокационные усилия должны использовать интерсекциональный подход, обращаясь не только к стигме, связанной с ВИЧ, но и к более широкому социально-культурным факторам, подпитывающим дискриминацию. Только посредством всеобъемлющих реформ системы здравоохранения могут гарантировать, что ко всем женщинам будут относиться с уважением и достоинством, независимо от их ВИЧ-статуса.

Рекомендации

1. Правовые, политические и практические реформы

- 1.1.** Принять и обеспечить исполнение законов, которые прямо запрещают акушерское насилие, с четкими определениями жестокого обращения, насилия и халатности в сфере охраны материнского здоровья, повышая осведомленность об ответственности за нарушение прав.
- 1.2.** Учредить независимые регулирующие органы для мониторинга и расследования случаев акушерского насилия.
- 1.3.** Обязать сообщать о случаях акушерского насилия с введением санкций для медицинских работников и учреждений, признанных виновными.
- 1.4.** Создать анонимные и легкодоступные платформы, управляемые сообществом, для сообщения о случаях акушерского насилия, такие как горячие линии или онлайн-порталы с четкими механизмами сообщения и реагирования.
- 1.5.** Предоставлять бесплатную юридическую помощь, консультации и реабилитацию для женщин, пострадавших от акушерского насилия.
- 1.6.** Учредить омбудсменов/омбудсвумен или адвокаток/в пациенток в медицинских учреждениях для оперативного реагирования на случаи насилия и дискриминации.
- 1.7.** Обеспечить системы мониторинга, возглавляемые сообществами, для документирования нарушений и обеспечения подотчетности в сфере предоставления услуг по охране материнства.

2. Система здравоохранения

- 2.1.** Разработать четкие, основанные на доказательствах руководства по предоставлению уважительной помощи по охране материнства для женщин, живущих с ВИЧ, включая управление болью и информированное согласие.
- 2.2.** Устранять финансовые и системные барьеры, такие как нехватка персонала и недостаточная инфраструктура, которые способствуют жестокому обращению с женщинами, живущими с ВИЧ, женщинами, употребляющими наркотики, секс-работницами и мигрантками.
- 2.3.** Гарантировать, что пациентки полностью информированы о медицинских процедурах и имеют право отказаться от вмешательств без принуждения или угроз.
- 2.4.** Уважать планы родов пациенток и их предпочтения, включая выбор позы для родов, управление болью и грудное вскармливание.
- 2.5.** Оказывать эмоциональную/психологическую поддержку пациенткам вовремя беременности, родов и послеродового периода.
- 2.6.** Интегрировать уважительный подход к охране материнства и обучение по недопущению стигматизации в учебные программы по предоставлению медицинской и акушерской помощи.

- 2.7.** Проводить на курсах повышения квалификации регулярные сессии по правам пациенток, чувствительности к разнообразию, автономии, социальной справедливости, конфиденциальности и доступу к качественной помощи.

3. Вовлечение сообщества и расширение прав и возможностей женщин

- 3.1.** Просвещать общественность/сообщество о проблеме акушерского насилия, правах пациенток, уважительном подходе к охране материнства и автономии через равных консультанток, аутрич работу и медийные кампании.
- 3.2.** Развивать/укреплять сети параюристок, живущих с ВИЧ, с опытом борьбы с акушерским насилием.
- 3.3.** Обеспечить значимое участие активисток сообщества, живущих с ВИЧ, в разработке политик, касающихся их здоровья (протоколы, стандарты, руководства, национальные программы по СРЗП и ВИЧ и т. д.).
- 3.4.** Обеспечить ресурсы для сообщества, необходимые для отстаивания системных изменений, включая подачу альтернативных/теневых докладов в договорные органы ООН и проведение кампаний по борьбе со стигмой/дискриминацией/насилием.
- 3.5.** Организовывать группы поддержки и сети равных для женщин, чтобы они могли делиться своим опытом и получать поддержку по принципу «равная-равной».
- 3.6.** Обучать медицинских работниц/ков вопросам интерсекциональности, чтобы учитывать уязвимости, связанные с социально-экономическим статусом, состоянием здоровья, инвалидностью и т. д.
- 3.7.** Разрабатывать интервенции под руководством сообщества для маргинализированных групп женщин для улучшения их доступа к услугам здравоохранения, включая женщин, живущих с ВИЧ, женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц, женщин, переживших насилие, а также пострадавших от вынужденного перемещения или переселения.
- 3.8.** Предоставлять женщинам руководство по выбору страховки, доступу к финансируемому государством здравоохранению и избеганию эксплуататорских медицинских расходов, чтобы они могли отстаивать свои права в медицинских учреждениях, в том числе защищаться от экономического насилия.
- 3.9.** Устранять экономические барьеры для доступа к качественной медицинской помощи по охране материнства через субсидии или финансовые пособия.

Приложение 1. Руководство для страновых координаторок по распространению Опроса

«Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии»

в рамках региональной кампании «Насилию нет оправдания!»

1. Краткая информация об опросе

Исследование под руководством женского сообщества «Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии» является инициативой Евразийской Женской сети по СПИДу (ЕЖСС) в рамках региональной кампании «Насилию нет оправдания!».

Исследование направлено на изучение опыта женщин, живущих с ВИЧ, во время беременности, родов и послеродового периода с акцентом на акушерское насилие. Это поможет ЕЖСС разработать и реализовать программы, которые смогут лучше удовлетворять потребности женщин, живущих с ВИЧ, в контексте репродуктивного здоровья и прав.

Вопросы опроса сгруппированы по 5-и категориям, которые охватывают: фильтры (проверку критериев отбора), социально-демографические характеристики, опыт получения услуг здравоохранения, опыт акушерского насилия и дискриминации, поддержку сообщества и дополнения/комментарии респонденток.

Это онлайн-опрос, который можно заполнить на компьютере или мобильном устройстве (смартфоне или планшете) с доступом в Интернет.

Участие в опросе является добровольным и анонимным - от респонденток не требуется указывать свои имена или какие-либо контактные данные.

2. Целевая аудитория и индикаторы

С помощью этого исследования мы стремимся охватить **женщин***, живущих с ВИЧ, с опытом беременности и родов в течение последних 5 (пяти) лет старше 18 лет из 13 стран региона ВЕЦА: **Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Украина и Эстония.**

*Женщины представляют собой разнообразный женский опыт, идентичность и социализацию, находящиеся на пересечении расы, класса, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и других факторов, которые отражают самовосприятие и право каждой на самоидентификацию.

Информация о запланированном количестве респонденток в каждой стране:

№	Страна	Кол-во респонденток
1	Азербайджан	20
2	Армения	20
3	Беларусь	30
4	Грузия	20
5	Казахстан	20
6	Кыргызстан	15
7	Латвия	20
8	Молдова	20

№	Страна	Кол-во респондентов
10	Таджикистан	20
11	Узбекистан	20
12	Украина	50
13	Эстония	15

3. Процесс распространения

Все координаторки получают ссылку на онлайн-анкету на языке/языках соответствующей страны. Вам нужно будет распространить эту ссылку, чтобы набрать участниц для опроса.

Координаторкам было бы полезно составить **план распространения опросника**, включая:

- (1) каналы, которые вы планируете использовать (некоторые предложения приведены ниже);
- (2) список организаций и социальных медиа, с которыми необходимо связаться;
- (3) ваши действия.

Опрос продлится 2 недели – с **07 по 20 октября 2024 года**. Если не будет собрано достаточного количества ответов, его можно будет продлить на одну неделю.

4. Каналы распространения

Существует несколько различных каналов, которые вы можете использовать для распространения опроса. Вот несколько примеров:

- Можно использовать **рассылки** для отправки информации об исследовании и ссылки на опрос напрямую женщинам из целевой аудитории.
Опрос можно продвигать на вашем **веб-сайте**.
- Информация об опросе может быть размещена в социальных сетях, например в общих **дискуссионных форумах или в группах социальных сетей/ мессенджеров** (Facebook, WhatsApp, Telegram, Viber и т. д.), где могут быть активными люди из вашей целевой аудитории. Например, форум/группа для женщин, живущих с ВИЧ.
- Вы можете связаться с другими **организациями и группами**, работающими в области сексуального и репродуктивного здоровья, борьбы с ВИЧ или других соответствующих областей, которые могут способствовать распространению, и попросить их поделиться информацией в своих социальных сетях.
- Вы можете связаться с **сетью/организацией маргинализированных сообществ** - женщинами, употребляющими наркотики, секс-работницами, ЛБТ женщинами, а также **молодежными и ВИЧ-сервисными организациями**.
- Вы можете сотрудничать со **страновыми офисами агентств ООН** (ЮНФПА, ЮНЭЙДС, ПРООН, ООН-женщины), чтобы распространять опросник по их каналам.
- Другой подход - организация встреч, **групп взаимопомощи и дискуссий с ВИЧ-положительными женщинами** для обсуждения вопросов беременности и родов и заполнения анкеты. В конце встречи попросите участниц заполнить анкету, вы можете поддержать их, предоставив, при необходимости, пояснения. При личной

встрече убедитесь, что у всех участниц есть доступ к электронным устройствам с подключением к Интернету, и при необходимости предоставьте временный доступ к таким устройствам (планшетам, смартфонам, ноутбукам, компьютерам).

- Также можно распространить опросник, связавшись с женщинами **по телефону или лично**. Это может быть полезным, если вы обеспокоены тем, что люди из вашей целевой группы не имеют доступа к Интернету, обладают ограниченной компьютерной грамотностью или могут нуждаться в помощи в понимании или заполнении анкеты.

5. Как вызвать интерес к опросу

Некоторые предложения о том, как представить информацию и вызвать интерес к опросу:

- Используйте простые сообщения и визуально привлекательные изображения.
- Создавайте сообщения, которые понравятся вашей аудитории.
- Создайте несколько сообщений за несколько дней до начала опроса, чтобы вызвать интерес. Например, сообщите: “Скоро запускается ИССЛЕДОВАНИЕ по акушерскому насилию в отношении женщин, живущих с ВИЧ. Посетите наш сайт для получения дополнительной информации”.
- Возможно, вы захотите подчеркнуть потенциальную пользу от опроса, например, улучшение доступа к услугам репродуктивного здоровья для женщин, живущих с ВИЧ.
- Менеджерка ЕЖСС по коммуникациям предложит несколько вариантов флайеров, которые вы можете использовать для распространения опросника.

6. Помощь участницам в заполнении анкеты.

Некоторым людям может потребоваться помощь при заполнении анкеты, например, из-за проблем, связанных с доступом к Интернету, компьютерной грамотностью, доступностью информации или по другим причинам. Вы можете поддержать их разными способами, в том числе:

- предоставление им устройства с подключением к Интернету для заполнения анкеты;
- помощь им в заполнении онлайн-формы - объясняя и уточняя вопросы, если необходимо, или отмечая их ответы онлайн для них;
- предоставление бумажной версии анкеты для заполнения;
- помощь в заполнении бумажной версии.

Поскольку это онлайн-опрос, если будут какие-либо заполненные бумажные копии анкеты, вам нужно будет перенести информацию в онлайн-форму.

Обратите внимание, что бумажная версия предназначена только для решения проблем с доступом к опросу. По возможности анкету следует заполнять непосредственно в онлайн-форме.

7. Мониторинг выполнения выборки.

Во время работы сбора данных (полевой работы) мы будем связываться с вами каждые 2–3 дня, чтобы информировать/обновлять показатели заполнения анкет в каждой стране.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, обращайтесь к **Медее Хмелидзе** medeakhmelidze@gmail.com или **Любови Воронцовой** vorontsova.kz13@gmail.com.

ПРИГЛАШЕНИЕ

Мы приглашаем вас принять участие в исследовании под руководством сообщества «**Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА)**». Это исследование направлено на изучение опыта женщин, живущих с ВИЧ, во время беременности, родов и послеродового периода с акцентом на акушерское насилие.

Анкета содержит различные вопросы, в которых вас просят поделиться вашим жизненным опытом при получении медицинских услуг во время беременности, родов и послеродового периода как женщины, живущей с ВИЧ.

Ваши ответы помогут нам разработать и реализовать программы, которые смогут лучше удовлетворять потребности женщин, живущих с ВИЧ, в контексте репродуктивного здоровья и прав.

Исследование организовано Евразийской Женской сетью по СПИДу (ЕЖСС/EWNA) в рамках региональной кампании под руководством женского сообщества «Насилию нет оправдания!».

Заполнение анкеты занимает около 15 минут. Ваше участие в этом опросе анонимно и добровольно. Вы можете остановить опрос в любой момент.

Более подробную информацию об этом исследовании, о том, как мы обрабатываем собранные данные и защищаем вашу конфиденциальность, можно найти ниже, в Информационном письме для участниц опроса.

Если у вас есть вопросы по исследованию, пожалуйста, свяжитесь с исследовательницей по следующему адресу электронной почты: medeakhmelidze@gmail.com.

Для участия в этом опросе:

- »» Вам должно быть 18 лет или больше
- »» Вы должны быть женщиной*, живущей с ВИЧ, на момент последней беременности или родов
- »» Вы должны иметь опыт родов в течение последних 5 (пяти) лет
- »» Вы должны проживать в одной из следующих стран региона ВЕЦА на момент последних родов: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Украина или Эстония.

* Женщины представляют собой разнообразный женский опыт, идентичность и социализацию, находящиеся на пересечении расы, класса, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и других факторов, которые отражают самовосприятие и право каждой на самоидентификацию.

Заранее благодарим вас за ваше время и участие.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Ниже вы можете найти дополнительную информацию об исследовании под руководством сообщества «Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии». Если после прочтения этого документа у вас возникнут какие-либо вопросы, исследовательницы будут рады ответить на любой из них. Вы также можете загрузить этот документ, чтобы еще раз прочитать информацию.

»» Почему мы изучаем акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ?

Результаты этого исследования внесут свой вклад в разработку рекомендаций по укреплению систем здравоохранения и услуг на базе сообществ в поддержку инклюзивной и недискриминационной политики и программ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, живущих с ВИЧ.

»» Кто проводит это исследование?

Исследование организовано Евразийской Женской сетью по СПИДу (ЕЖСС/EWNA, <https://ewna.org/about-us/>). Исследовательская команда ЕЖСС является контролеркой и обработчицей данных, отвечает за сбор ответов онлайн, которые отправляются через смартфоны, планшеты или компьютеры, а также анализ и составление отчета по данным.

»» Обязана ли я участвовать?

Ваше участие в этом опросе полностью добровольно. Неучастие не причинит вам никакого вреда. Вы можете отозвать свое согласие в любое время.

»» Что будет с моими данными?

Данные исследования будут использоваться только в научных, образовательных или статистических целях, а также для выработки рекомендаций по укреплению систем здравоохранения и услуг под руководством сообществ в поддержку инклюзивной и недискриминационной политики и программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ, в регионе ВЕЦА. Все ответы будут преобразованы в документы, отчеты или публикации (в научных журналах или на конференциях) об исследовании, в которых невозможно найти индивидуальные ответы. Ваше участие в этом опросе полностью конфиденциально. Однако обеспечение конфиденциальности подразумевает, что у вас не будет потом возможности изменить, просмотреть или удалить ваши данные.

»» Как защищены мои личные данные?

ЕЖСС придерживается «Принципов защиты и конфиденциальности персональных данных» ООН, изложенных в Принципах Организации Объединенных Наций по защите и конфиденциальности персональных данных, принятых Комитетом высокого уровня ООН по управлению (КВУУ) 11 октября 2018 года. Ваше участие в этом опросе полностью конфиденциально. Исследовательницы не знают ни вашего имени, ни вашего адреса. Исследовательницы придерживаются положений законодательства о данных.

»» Получу ли я компенсацию за участие в этом исследовании?

Мы не платим деньги за ваше участие в опросе.

»» Куда я могу обратиться с вопросами об исследовании?

Если у вас есть вопросы, замечания или жалобы по поводу исследования, вы можете связаться с исследовательницей по следующему адресу электронной почты: Медея Хмелидзе medeakhmelidze@gmail.com.

Приложение 4. Информированное согласие

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящим я заявляю, что как участница исследования под руководством женского сообщества «Акушерское насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии»:

- 1** Я прочитала и поняла информационное письмо для участниц. Я была проинформирована о характере, продолжительности и цели исследования, а также о том, что от меня ожидается.
- 2** Мне предоставлена возможность получить дополнительную информацию.
- 3** Я понимаю, что участие в исследовании добровольное. Я знаю, что могу отказаться от участия в любое время, не объясняя причин.
- 4** Я разрешаю исследовательницам хранить мои ответы конфиденциальным образом, чтобы эти данные можно было повторно использовать для будущих исследований и образования.
- 5** Я разрешаю исследовательницам обрабатывать мои результаты и сообщать о них конфиденциальным образом.
- 6** Мне известно, что я могу связаться с сотрудницей ЕЖСС по защите данных для получения дополнительной информации.
- 7** Поскольку заполнение анкеты полностью конфиденциально, у меня нет возможности впоследствии изменить, просмотреть или удалить свои данные.

Ставя отметку в этом поле, я согласна с вышеизложенным, даю свое согласие и хочу участвовать в исследовании:

Да

Приложение 5. Анкета исследования

Вопросы	Ответы
0. Отбор	
0.1. В какой из следующих стран вы проживали на момент получения медицинских услуг в связи с последней беременностью, родами и послеродовым периодом?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Азербайджан 2. Армения 3. Беларусь 4. Грузия 5. Казахстан 6. Кыргызстан 7. Латвия 8. Молдова 10. Таджикистан 11. Узбекистан 12. Украина 13. Эстония 14. Другая. Опрос окончен. К сожалению, опрос направлен на тех, кто проживает в вышеперечисленных странах. Благодарим вас за интерес.
0.2. Сколько вам лет?	<ol style="list-style-type: none"> 1. младше 18. Опрос окончен. К сожалению, опрос направлен на взрослых в возрасте от 18 лет. 2. 18–24 3. 25–34 4. 35–44 5. 45 и старше
0.3. Ваш опыт жизни с ВИЧ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Я женщина, живущая с ВИЧ 2. Мне не известен мой ВИЧ-статус. Опрос окончен. К сожалению, этот опрос направлен только на тех женщин, которые живут с ВИЧ. Благодарим вас за интерес. 3. Я ВИЧ-отрицательная женщина. Опрос окончен. К сожалению, этот опрос направлен только на тех женщин, которые живут с ВИЧ. Благодарим вас за интерес.
0.4. Ваш опыт родов	<ol style="list-style-type: none"> 1. Я рожала ребенка (детей) в течение последних 5 (пяти) лет 2. Я НЕ рожала ребенка (детей) в течение последних 5 (пяти) лет. Опрос окончен. Благодарим вас за интерес.
0.5 Знание о ВИЧ-статусе до или во время последней беременности	<ol style="list-style-type: none"> 1. Я знала о своем ВИЧ-положительном статусе до своей последней беременности 2. Я узнала о своем ВИЧ-положительном статусе во время своей последней беременности или родов 3. Я НЕ знала о своем ВИЧ-положительном статусе до или во время своей последней беременности или родов. Опрос окончен. Благодарим вас за интерес.
1. Социодемографические характеристики	
1.1. Какой у вас уровень образования?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нет формального образования 2. Начальное образование 3. Среднее или среднетехническое образование 4. Высшее (или неоконченное высшее) образование
1.2. Как можно охарактеризовать вашу занятость? Выберите все варианты, которые к вам применимы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Безработная 2. Самозанятая 3. Работаю в частном секторе 4. Работаю в государственном секторе 5. Работаю в неправительственном секторе 6. В декретном отпуске

	<ul style="list-style-type: none"> 7. Студентка 8. На пенсии по состоянию здоровья 9. Другое (укажите) _____
<p>1.3. Какой вариант наиболее точно описывает ваш статус отношений? Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Я не состою в отношениях. Переход к вопросу 1.5. 2. Сейчас в отношениях, но не живём вместе 3. Сейчас в отношениях и живём вместе 4. Вдова 5. Разведена или живём отдельно 6. Другое (укажите) _____
<p>1.4. Если вы в отношениях, какой статус у этих отношений?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Официально или формально замужем 2. Живу в добровольном союзе /партнерстве без официальной регистрации
<p>1.5. Как бы вы описали ваше экономическое положение?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Совсем не обеспеченная 2. Не особенно обеспеченная 3. Обеспеченная 4. Довольно обеспеченная 5. Очень обеспеченная
<p>1.6. Сколько у вас детей?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Нет детей 2. 1 ребенок 3. 2 ребенка 4. 3 ребенка 5. 4 или больше детей
<p>1.7. Могли ли вы самостоятельно принимать решения о том, иметь ли детей вообще или нет, и если да, то когда рожать ребенка?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Да, могла 2. Нет, не могла
<p>1.8. Какие интерсекциональные характеристики применимы к вам? Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. У меня был/есть опыт употребления наркотиков 2. Я была/являюсь секс-работницей 3. Мой сексуальный(ая) партнер/ка употреблял или употребляет наркотики инъекционно 4. Я участница программы ОЗТ/ЗПТ/ПТАО 5. Я была в исправительной колонии 6. Я была в СИЗО или ИВС 7. Я живу с инвалидностью 8. У меня есть или был активный туберкулез 9. У меня есть или был гепатит С 10. Я подвергаюсь/подвергалась домашнему насилию 11. У моего ребенка особые потребности (живет с инвалидностью) 12. Я мигрировала из одной страны в другую по экономическим причинам 13. Я мигрировала из одной страны в другую по политическим причинам 14. Я лесбиянка, бисексуалка или квир 15. Я внутренне перемещенное лицо 16. Я была/являюсь бездомной 17. Ничего из вышеперечисленного
2. Опыт получения услуг здравоохранения	
<p>2.1. Как часто вы посещали медицинское учреждение во время последней беременности?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Никогда / Обратилась в медучреждение уже в родах 2. Один или два раза 3. Три или четыре раза 4. Пять и более раз
<p>2.2. Где вы рожали последнего ребенка или получали услуги, связанные с беременностью?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Государственная больница 2. Частная больница 3. Я родила на дому 4. Другое (укажите) _____

2.3. Кто оплатил медицинские услуги в связи с беременностью и родами?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Я сама (из собственного или семейного бюджета) 2. Покрыто государством / государственной страховкой 3. Покрыто частной страховкой 4. Поддержка НПО / сбор средств 5. Покрыто из разных источников
2.4. Насколько вы были удовлетворены полученными медицинскими услугами в связи с беременностью и родами в целом?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очень довольна 2. Довольна 3. Нейтрально 4. Недовольна 5. Крайне недовольна
3. Опыт акушерского насилия и дискриминации Пожалуйста, вспомните подвергались ли вы следующим видам насилия со стороны медицинских работников/ц во время последней беременности и/или родов и/или послеродового периода?	
3.1. Словесное насилие (как часть психологического насилия). Выберите все варианты, которые к вам применимы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Крики 2. Оскорбления 3. Унижения 4. Обвинения 5. Угрозы 6. Другое (укажите) _____ 7. Ничего из вышеперечисленного
3.2. Психологическое насилие. Выберите все варианты, которые к вам применимы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Запугивание 2. Требование о самостоятельной уборке палаты или места пребывания в медицинском учреждении 3. Давление с целью проведения какой-либо процедуры без обоснованной причины 4. Игнорирование просьб о помощи 5. Изоляция 6. Другое (укажите) _____ 7. Ничего из вышеперечисленного
3.3. Физическое насилие. Выберите все варианты, которые к вам применимы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пощечины 2. Хлопки по некоторым частям тела 3. Грубое обращение 4. Выдавливание плода в потугах (техника давления на дно матки) 5. Грубое раздвигание ног 6. Принуждение принять определенную позу для родов 7. Другое (укажите) _____ 8. Ничего из вышеперечисленного
3.4. Несогласованные медицинские процедуры (процедуры, на которые вы НЕ давали устного или письменного согласия). Исключением являются экстренные ситуации, когда под угрозой жизнь женщины и/или плода, а женщина находится в бессознательном состоянии. Выберите все варианты, которые к вам применимы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перинеотомия/Эпизиотомия (разрез области между влагалищным отверстием и анусом (задним проходом)) 2. Наложение акушерских щипцов для извлечения плода 3. Операция Кесарево сечение (разрез живота и матки для извлечения ребенка) 4. Амниотомия (принудительное вскрытие плодного пузыря) 5. Нанесение простагландинового геля на шейку матки для стимулирования родовой деятельности 6. Применение инъекций или вагинальных таблеток для стимулирования родовой деятельности 7. Хирургическая стерилизация (медицинская процедура, которая не позволяет человеку иметь детей в будущем) 8. Введение внутриматочного контрацептива 9. Другое (укажите) _____ 10. Ничего из вышеперечисленного
3.5. Нарушение конфиденциальности / разглашение ВИЧ-статуса / передача информации о	<ol style="list-style-type: none"> 1. Члену(ам) семьи 2. Другому поставщику/це медицинских услуг 3. Сексуальному партнеру 4. Страховому(й) агенту/ке

<p>состоянии моего здоровья без моего согласия третьим лицам. Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<p>5. Другое (укажите) _____ 6. Ничего из вышеперечисленного</p>
<p>3.6. Отказывали ли вам в предоставлении определенных медицинских процедур и/или услуг? Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<p>1. Аборт (медикаментозный (таблетки), хирургический) 2. Коагуляция шейки матки (прижигание) 3. Обезболивание / облегчение боли 4. Диагностика и поддержка в связи с послеродовой депрессией 5. Поддержка грудного вскармливания (т.е. запрет грудного вскармливания вместо информированного выбора) 6. Здоровье тазового дна (помогает укрепить мышцы, ослабленные беременностью и родами, снижая риск недержания мочи) 7. Контрацепция (предохранение от нежелательной беременности) 8. Устранение послеродовых осложнений 9. Другое (укажите) _____ 10. Ничего из вышеперечисленного.</p>
<p>3.7. Если вы подвергались какой-либо форме насилия (обозначенных выше), кто его совершил (обидчик/ца)? Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<p>1. Главный врач / Заведующая(ий) отделением 2. Врач 3. Медсестра / акушерка 4. Санитарка 5. Административный персонал 6. Технический персонал 7. Социальный(ая) работник(ца) 8. Другое (укажите) _____ 9. Я не подвергалась акушерскому насилию</p>
<p>3.8. По вашему мнению, по какому признаку осуществлялась дискриминация в медучреждении? Выберите все варианты, которые к вам применимы.</p>	<p>1. ВИЧ-статуса 2. Возраста 3. Этнической принадлежности 4. Социально-экономического положения 5. Сексуальной ориентации 6. Гендерной идентичности 7. Опыта употребления наркотиков 8. Опыта секс-работы 9. Наличия сопутствующих заболеваний/ко-инфекций (например, вирусный гепатит С, туберкулез) 10. Миграционного статуса 11. Принадлежности к сельскому населению 12. Места проживания / прописки/ отсутствия прописки 13. Другого (укажите) _____ 14. Затрудняюсь ответить. Переход к вопросу 4.1 15. Я не подвергалась дискриминации. Переход к вопросу 4.1</p>
<p>3.9. Поясните свой ответ на вопрос 3.8, пожалуйста. В чем проявлялась эта дискриминация?</p>	
<p>3.10. Если вы подвергались какой-либо форме акушерского насилия и/или дискриминации, сообщали ли вы об этом кому-либо?</p>	<p>1. Да 2. Нет. Переход к вопросу 3.13</p>
<p>3.11. Если да, то кому вы сообщали об этом?</p>	<p>1. Руководству больницы/клиники 2. Члену(ам) семьи или подруге/другу 3. Полицескому(ой), юристке/у, адвокатке/у 4. Представительнице общественной или правозащитной организации 5. Другое (укажите) _____</p>

3.12. Были ли предприняты какие-либо действия в результате вашего сообщения?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет 3. Не уверена / Не знаю
3.13. Нанесло ли насилие/дискриминация вред вашему здоровью или плоду?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет 3. Не уверена / Не знаю
3.14. Как насилие/дискриминация повлияло на ваше психическое и эмоциональное благополучие?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Без последствий 2. Легкое воздействие (например, стресс, беспокойство) 3. Умеренное воздействие (например, депрессия, потеря уверенности) 4. Тяжелое воздействие (например, травма, тяжелая депрессия) 5. Другое (укажите) _____
3.15. Как насилие/дискриминация повлияло на ваше решение обратиться за услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и материнства в будущем?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Без последствий 2. Я не решаюсь обратиться за медицинской помощью 3. Я избегаю определенных поставщиков/ц медицинских услуг или учреждений 4. Я полностью перестала обращаться за услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и материнства 5. Другое (укажите) _____
4. Поддержка сообщества и обратная связь/дополнения	
4.1. Получали ли вы какую-либо поддержку в связи с беременностью и/или родами от сообщества/организаций женщин, живущих с ВИЧ, в вашей стране?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Никогда 2. Иногда 3. Постоянно 4. Я не знаю о сообществе/организации женщин, живущих с ВИЧ, в моей стране
4.2. Хотели бы вы поделиться дополнительными комментариями или опытом, связанными с акушерским насилием, как женщина, живущая с ВИЧ?	
<p>Спасибо за участие в данном опросе. Ваши ответы будут способствовать пониманию и решению проблемы акушерского насилия в странах ВЕЦА.</p> <p>С солидарностью, Евразийская Женская сеть по СПИДУ</p>	



® **ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ**

WWW.EWNA.ORG