

# Беременность, роды и здоровье трудовых мигранток из Средней Азии в России

Дмитрий В. Полетаев<sup>1,2</sup>

1 Региональная общественная организация «Центр миграционных исследований», Москва, 117418, Россия

2 Институт народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук, Москва, 117418, Россия

Получено 1 November 2021 ♦ Принято в печать 10 December 2021 ♦ Опубликовано 29 December 2021

**Цитирование:** DV Poletaev (2021) Pregnancy, childbirth and health of female labour migrants from Central Asia in Russia. Population and Economics 5(4): 50–65. <https://doi.org/10.3897/popcon.5.e73815>

## Аннотация

Работа содержит анализ данных о здоровье, опыте беременности и рождения ребенка у трудовых мигранток, прибывающих в Россию из Средней Азии. Эмпирическую основу оценок составили данные трех опросов, проведенных в 2015, 2017 и 2020 гг. и суммарно охвативших 2028 мигранток из Таджикистана, Киргизии и Узбекистана, проживающих в России. Анализ этих данных показал, что при постепенной феминизации трудовой миграции из Средней Азии беременность и роды у значительной части трудовых мигранток проходят в рискованных жизненных условиях; сложившаяся система охраны женского здоровья и материнства для них в России нуждается в модернизации. В выборках опросов 2015–2020 гг. обнаружены большие доли мигранток, имевших опыт беременности и родивших детей в России, и меньшие доли мигранток, прервавших беременность, чем в более ранних исследованиях на эту тему. Эти различия могут свидетельствовать об изменении репродуктивного поведения женщин, приезжающих на работу в Россию из стран Средней Азии. Представленная работа показывает необходимость проведения углубленных исследований репродуктивного поведения трудовых мигранток в России, а также развития национальной миграционной статистики, которая должна стать гендерно чувствительной.

## Ключевые слова

здоровье мигрантов, женская миграция, трудовая миграция, Средняя Азия, Россия, репродуктивное поведение

**Коды JEL:** I12, I18, J13, J61, J68

## Введение

Интенсивные миграционные потоки в евразийской миграционной системе [Ивахнюк, 2008] делают насущным вопрос о медицинском обеспечении иностранных работников и охране их здоровья. Однако многие задачи в области медицинского обеспечения и здоровья трудовых мигрантов пока

остаются нерешенными и даже не входят в число приоритетных, в том числе в рамках Евразийского экономического союза (ЕАЭС) [Алиев, 2016; Полетаев, Флоринская, 2015; Poletaev, 2018; Полетаев, Зайончковская, 2019]. Одновременно с этим здоровьем трудовых мигрантов, в частности здоровьем женщин — трудовых мигранток, в России посвящено лишь незначительное число научных исследований [Ивахненко, 2013; Кислицына, 2013; Нафеев и др., 2013; Трудовая миграция, 2010].

Одним из трендов трудовой миграции в Россию из Средней Азии является постепенная ее феминизация [Женщины-мигранты..., 2011; Полетаев, 2016; Насритдинов и др., 2016; Poletaev, 2019]: к примеру, доля женщин в общем миграционном потоке из Киргизии достигает 40%. При этом если в 2000–2010 гг. в Россию в основном приезжали замужние трудовые мигрантки, прибывающие вместе с мужем, то со временем в этом потоке появились и незамужние и разведенные женщины, в том числе из семей, распавшихся в результате трудовой миграции (мужья, длительно находящиеся в трудовой миграции, создавали новые семьи и/или разводились со своими женами, находящимися на родине) [Женщины-мигранты..., 2011].

При этом репродуктивное поведение трудовых мигранток, прибывающих на территорию страны, изучено слабо [Женщины-мигранты..., 2011; Агаджанян, Зотова, 2011; Пешкова, Рочева, 2013; Флоринская, 2012; Защита прав москвичей..., 2014]. Целью данной работы является презентация данных, полученных автором в специальных опросах, проведенных в 2015, 2017 и 2020 гг., о здоровье, опыте беременности и рождения ребенка у трудовых мигранток. Ориентируясь на актуальные оценки состава прибывающих в Россию трудовых мигрантов, в соответствии с которыми более 75% общего потока приходится на выходцев из Средней Азии [Отдельные показатели..., 2020], автор фокусируется на исследовании поведения мигранток из Таджикистана, Киргизии и Узбекистана.

## **Эмпирическая основа исследования**

В работе использованы данные трех опросов, проведенных автором в 2015, 2017 и 2020 гг. [Полетаев, 2016, 2021; Полетаев Злобина, 2018] среди трудовых мигранток из Киргизии, Таджикистана и Узбекистана, проживающих в России. В общей сложности в ходе трех раундов было проанкетировано 2028 женщин. Для опроса 2020 и 2017 гг. были выбраны три российских города, имеющих высокую притягательность для мигрантов из Средней Азии (Москва, Санкт-Петербург и Екатеринбург), а опрос 2015 г. проводился в пяти городах (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Казань и Нижний Новгород). Основные характеристики выборки по каждому году приведены в табл. 1.

Москва — главный миграционный центр в России и самый богатый российский город, имеющий наиболее развитую экономику, из года в год притягивающий наибольшее количество мигрантов. Прибывающие в Москву мигранты характеризуются высокой возрастно-половой и профессиональной дифференциацией, различаются по уровню зарплаток и опыту проживания в России. Санкт-Петербург — второй по значимости и уровню притягательности для мигрантов российский город, имеющий богатую миграционную историю. Екатеринбург — главный центр притяжения мигрантов в Уральском регионе, крупный промышленный и административный центр, имеющий постоянный спрос на иностранную рабочую силу. Казань — столица Татарстана, город, где мигрантки из Таджикистана, Киргизии и Узбекистана — стран с преимущественно мусульманским населением — имеют возможность проживать рядом с мусульманской частью населения России. Нижний Новгород — важный экономический, промышленный, научно-образовательный и культурный центр России, крупнейший транспортный узел и административный центр Приволжского федерального округа, центр Нижегородской агломерации — шестой по величине в стране и второй в Среднем Поволжье; в связи с этим он также оказывается притягательным для мигрантов. Этими факторами обусловлены выбор географии опроса и структура респондентов по городам их пребывания.

**Таблица 1.** Основные характеристики выборки опроса мигранток 2015, 2017 и 2020 гг.

		2015 г.	2017 г.	2020 г.
Общий размер выборки, человек		1239	349	440
Размер подвыборки по стране происхождения, человек	Таджикистан	634	—	152
	Киргизия	605	349	151
	Узбекистан	—	—	137
Размер подвыборки по городу пребывания, человек	Москва	390	150	195
	Санкт-Петербург	250	100	127
	Екатеринбург	209	99	118
	Казань	190	—	—
	Нижний Новгород	200	—	—
Возрастная структура, % от выборки	18–25 лет	34	37	28
	26–35 лет	33	31	39
	36–60 лет	33	32	33
Опыт работы в России, % от выборки	1–2 года	50	55	50
	3 года и более	50	45	50

Выборки всех трех опросов состоят из работающих мигранток из Средней Азии и не включают иные группы мигранток (иностранных студенток, несовершеннолетних мигранток, мигранток пенсионного возраста, безработных и проч.), так как все они имеют иные жизненные условия и стратегии интеграции и адаптации. Это отличие обуславливает необходимость изучать их репродуктивное поведение отдельно. По этой же причине в выборки опросов не были включены трудовые мигрантки, имеющие, помимо гражданства своей страны, российское гражданство или вид на жительство в России. При этом в связи с тем, что в исследование во всех пяти городах были вовлечены сотрудники российских неправительственных организаций, оказывающие прямую помощь мигранткам и владеющие киргизским, таджикским или узбекским языками, в выборку удалось включить респонденток, плохо знающих русский язык и входящих в группу наиболее уязвимых мигранток, хуже остальных интегрирующихся в российское общество.

Опросы проводились по структурированным вопросам с использованием техники очного интервью, самозаполнение анкет не разрешалось. Опрос проводился опытными интервьюерами по месту работы либо проживания респонденток. В качестве первичных точек опроса выбирались районы городов, где проводилось исследование, и эти районы заранее распределялись между интервьюерами. В качестве вторичных точек опроса выступали различные объекты внутри районов, где и опрашивались мигрантки — не более двух респондентов на одной точке. Дополнительно использовалось ограничение на включение в выборку женщин, проживающих в одном домохозяйстве. Ранее этот подход был апробирован в исследовании Центра миграционных исследований [Женщины-мигранты..., 2011], где он показал свою эффективность.

Выборка во всех трех опросах котирировалась по трем параметрам: возраст, опыт проживания в России и гражданство. Квоты по другим характеристикам не вводились, но интервьюеры соблюдали подход максимально возможного разнообразия по занятости респонденток. Этот подход был апробирован в исследовании 2015 г., и в результате его реализации удалось выде-

лить четыре основные сферы занятости мигранток из Средней Азии: (1) оптовая и розничная торговля, (2) услуги в гостиницах, отелях, общепите и ресторанах, (3) прочие услуги, включая стирку (химчистку) одежды, парикмахерские и косметические услуги, а также (4) услуги в частном домохозяйстве. Последняя сфера занятости мигранток характерна для российских городов. Этот же подход был применен в 2017 и 2020 гг.

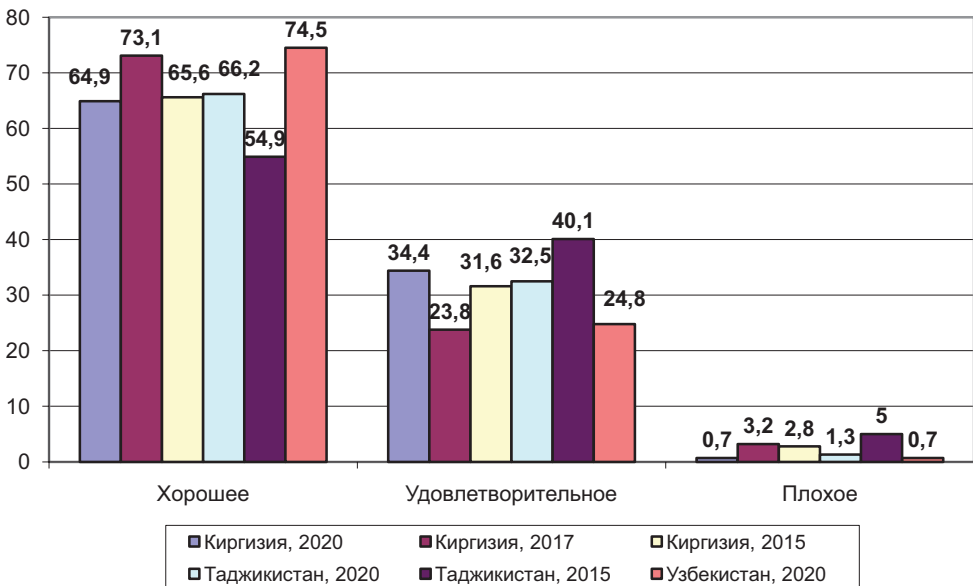
В связи с ограниченностью выборки и для обеспечения возможности сравнений в выборке каждого из трех опросов выделялись три укрупненные возрастные группы: молодежь (18–25 лет), респондентки среднего трудоспособного возраста (26–35 лет) и респондентки более старшего трудоспособного возраста (36–60 лет). Внутри каждой из этих групп соблюдались квоты по опыту работы мигранток в России (50% — с опытом работы 1–2 года, 50% — с опытом работы 3 года и более). Выбранная автором методика формирования выборки отличается от использованной в предыдущих исследованиях среди женщин-мигранток из Средней Азии [Агаджанян, Зотова, 2011] более широким возрастным интервалом, что стало возможно по причине увеличения общего размера выборки.

Описанный подход к формированию выборки опроса не обеспечивает репрезентативность данных, однако дает возможность проведения межгрупповых сопоставлений.

## Основные результаты исследования

### Общее состояние здоровья

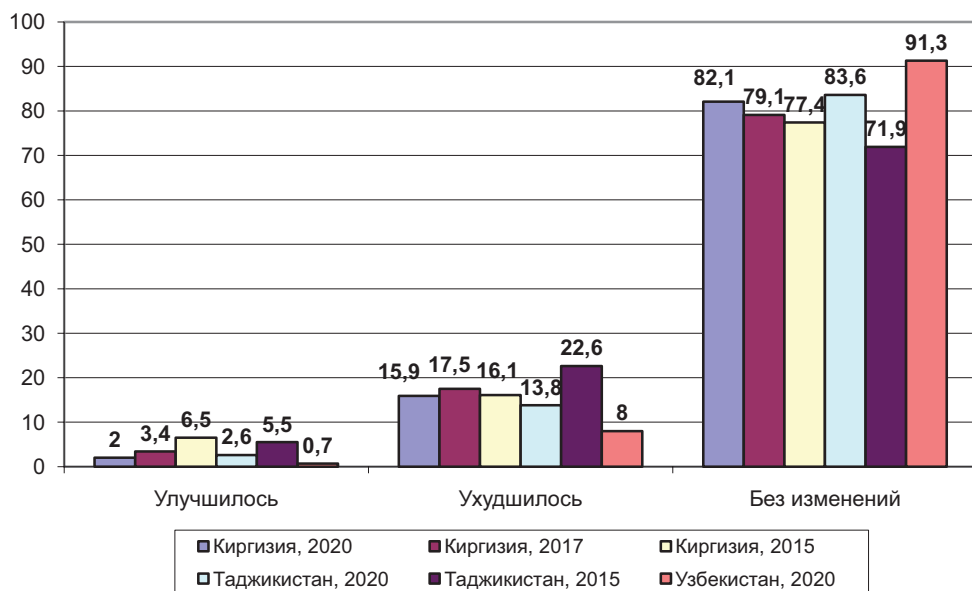
Состояние здоровья мигранток перед наступлением беременности, как будет показано позднее, тесно связано с ее исходом. Несмотря на то что большая часть мигранток на момент въезда в Россию не декларирует проблем со здоровьем, условия работы и проживания ухудшают их общее состояние [Полеатаев, 2020], что имеет негативные последствия при вынашивании ребенка.



**Рис. 1.** Распределение респонденток по состоянию здоровья, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

Большинство опрошенных мигранток оценивали свое здоровье как хорошее (от 55% до 75% в зависимости от страны и года опроса; рис. 1). Это объясняется тем, что на заработки выезжают в основном здоровые работницы, готовые к тяжелым условиям труда. Удовлетворительным свое здоровье признали от 24% до 40% опрошенных, а плохим — от 1% до 5% мигранток. В 2020 г. (год развития пандемии коронавируса) в среднем около двух третей (68%) трудовых мигранток из Средней Азии оценивали свое здоровье как хорошее.

Оценка изменений в здоровье за время пребывания в России у женщин из Киргизии за рассмотренные годы практически не изменяется: около 16–17% опрошенных женщин говорят об ухудшении своего здоровья за последний год (рис. 2). 14% мигранток из Таджикистана указывают на ухудшение состояния здоровья в 2020 г. по сравнению с предыдущим, при этом в 2015 г. этот показатель был выше — он достигал 23%. Среди мигранток из Узбекистана доля тех, кто отметил ухудшение здоровья за последний год, была самой низкой — она составила 8% (2020 г.). Об улучшении своего здоровья в течение всего периода наблюдения сообщало от 2% до 7% мигранток. В среднем об ухудшении здоровья сообщила каждая шестая из включенных за все годы опроса в наблюдение мигрантка.



**Рис. 2.** Распределение респонденток по динамике состояния их здоровья в России, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

Проведенные опросы показывают, что большая часть включенных в наблюдение мигранток не уделяют достаточно внимания профилактическому надзору за здоровьем и посещают врачей только тогда, когда в этом возникает острая необходимость — об этом заявили от 40% до 50% опрошенных в зависимости от года проведения исследования и страны происхождения мигранток (рис. 3).

При наличии легального трудового контракта мигрантки из стран ЕАЭС имеют право на бесплатное получение полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) в России. Среди опрошенных в 2020 г. мигранток из Киргизии 23% имели полис ОМС (на рис. 3 они входят в категорию «другое»). Вместе с 17% мигранток из Киргизии, которые имеют платную медицинскую страховку, эти респондентки формально имели наилучший доступ к медицинским



**Рис. 3.** Распределение респонденток по используемым методам лечения и профилактики заболеваний, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

услугам. В то же время 95% респонденток из Киргизии, указавших на наличие полиса добровольного медицинского страхования, сообщили, что его стоимость не превышает 6000 руб., что означает доступ лишь к минимальному набору услуг.

Похожие результаты получены в 2020 г. и при опросе мигранток из Таджикистана и Узбекистана, имеющих платную медицинскую страховку (31% и 27% от численности опрошенных из этих стран соответственно): подавляющее большинство из них (100% и 94% соответственно) покупают полис медицинского страхования стоимостью до 6000 руб. — как правило, для получения патента, но не для полноценного медицинского обслуживания.

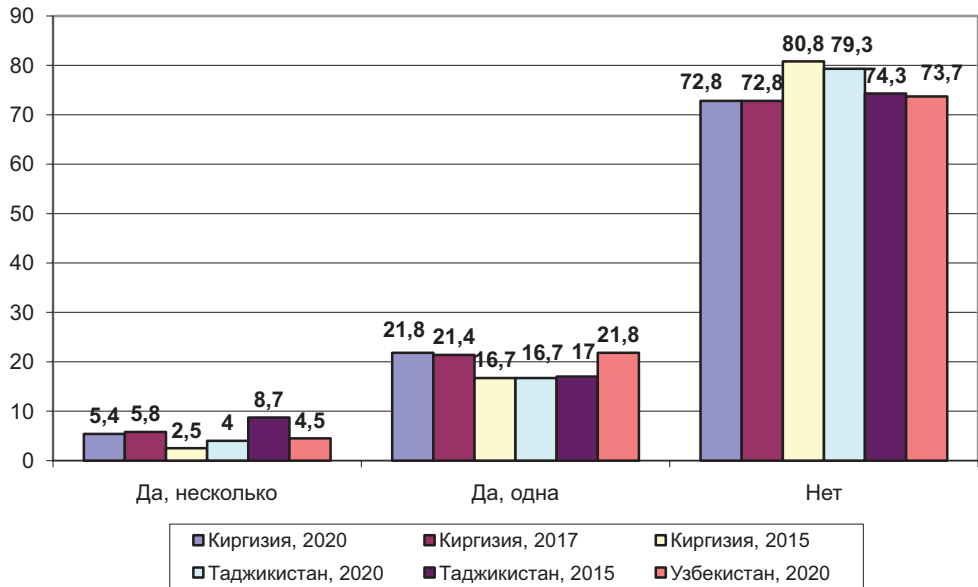
В среднем от 7% до 22% мигранток из разных стран в разные годы опроса указали, что принимают лекарства, которые им советуют знакомые, а от 9% до 19% заявили, что не лечатся никак.

## Беременность и роды трудовых мигранток

В трех раундах опроса от 19% до 27% мигранток указывали, что за время пребывания в России имели опыт беременности (рис. 4), причем от 3% до 9% — более одного раза. По сравнению с результатами, полученными в исследовании 2010 г. [Женщины-мигранты..., 2011], мы фиксируем более высокую распространенность опыта беременности в России (примерно в 2–3 раза для однократного опыта и в 3–9 раз в зависимости от выбранного года и группы мигранток — для множественного опыта беременности).

Сопоставление оценок за 2015, 2017 и 2020 гг. для мигранток из Киргизии показывает, что, несмотря на небольшой рост от исследования 2015 г. к исследованию 2020 г., в среднем доля таких женщин остается относительно стабильной, а увеличение показателей происходит и в группе имевших одну беременность (с 16,7% в 2015 г. до 21,8% в 2020 г.), и в группе имевших несколько беременностей (с 2,5% в 2015 г. до 5,4% в 2020 г.).

Среди женщин, приехавших из Таджикистана, мы наблюдаем снижение доли имевших более одного опыта беременности (с 8,7% в 2015 г. до 4,0% в 2020 г.) и стабильные показатели — в группе имевших одну беременность (16,7% в 2015 г. и 17,0% в 2020 г.).



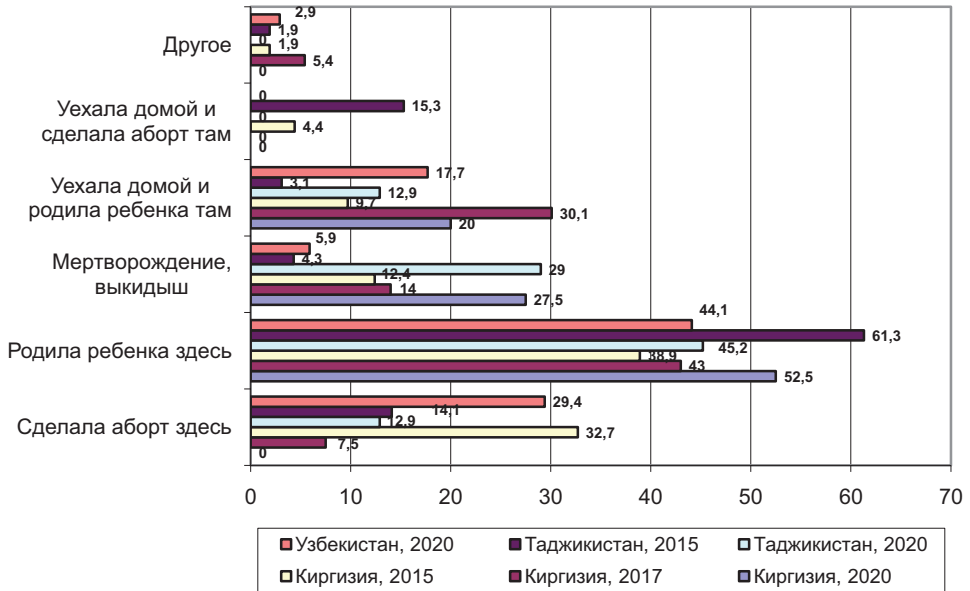
**Рис. 4.** Распределение респонденток по опыту беременности за время пребывания в России, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

Среди мигранток из Узбекистана в 2020 г. доли имевших опыт беременности за время пребывания в России в целом (26,3%), однократно (21,8%) и более одного раза (4,5%) оказываются близки к оценкам по женщинам из Киргизии и Таджикистана (рис. 4).

Основным исходом беременности опрошенных мигранток является рождение ребенка, как правило, во время нахождения в России (рис. 5): так ответили от 39% до 61% респонденток, имевших опыт беременности, в зависимости от страны и года исследования; это составляет от 8% до 18% общей численности включенных в выборку женщин. Опрос 2020 г. показал, что в страну исхода для рождения ребенка уехали 20% опрошенных мигранток из Киргизии, 13% — из Таджикистана и 18% — из Узбекистана.

Следует обратить внимание на то, что доля женщин, потерявших ребенка из-за выкидыша или мертворождения, в 2020 г. среди респонденток из Киргизии и Таджикистана была очень высокой (28% и 29% имевших опыт беременности соответственно). Эти показатели кратно превышали долю прервавших беременность среди опрошенных (8% и 14% имевших опыт беременности соответственно). Это может свидетельствовать о плохих условиях проживания, питания и труда во время беременности, а также о неудовлетворительном состоянии здоровья мигранток. Проведенный опрос показал, что большинство женщин до родов не наблюдаются в женской консультации. В результате отсутствие врачебного наблюдения беременности не диагностируются патологии матери и будущего ребенка, не назначается необходимое лечение, а госпитализация мигранток при родах происходит в инфекционные отделения роддомов, что в совокупности существенно повышает риски как младенческой, так и материнской смертности.

Ответы на вопрос о прерывании беременности следует интерпретировать с осторожностью: вопрос является сенситивным, и это может особенно сильно проявляться в группе

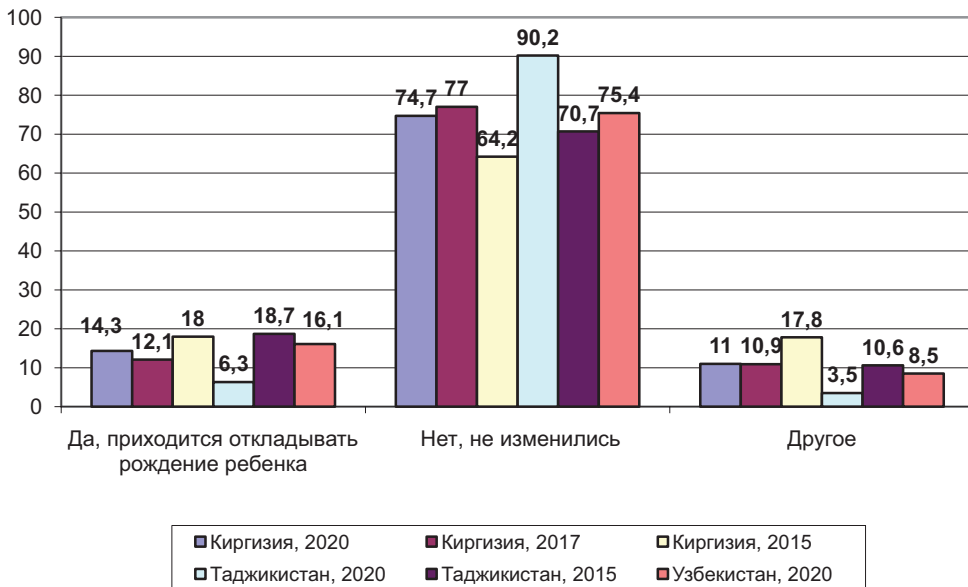


**Рис. 5.** Распределение респонденток по исходу беременности за время пребывания в России, % имевших опыт беременности. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

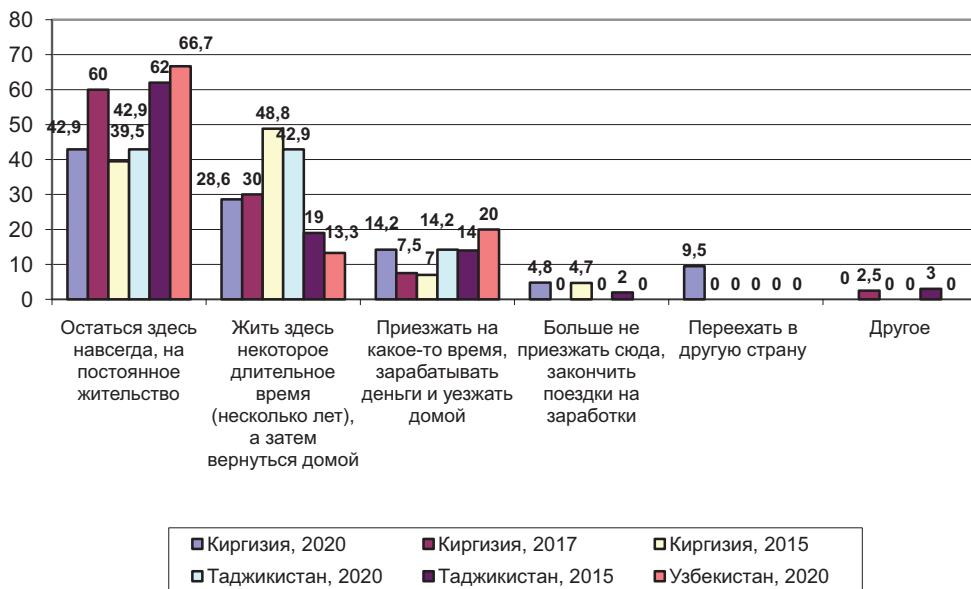
мигранток из Средней Азии. Тем не менее проведенные опросы показали, что среди включенных в выборку киргизок доля тех, кто прерывал беременность в России, варьируется от 33% имевших опыт беременности в 2015 г. до 8% — в 2017 г. и 0% — в 2020 г. Среди имевших опыт беременности респонденток из Таджикистана доля прервавших ее в России составила 13% в 2020 г. и 14% — в 2017 г. В 2020 г. самая высокая доля респонденток, прервавших беременность в России, зафиксирована среди мигранток из Узбекистана (29% имевших опыт беременности). При этом в том же году никто из опрошенных женщин не указал на отъезд на родину для прерывания беременности, что может быть связано с ограничениями на перемещения в связи с пандемией. В 2015 г. среди имевших опыт беременности респонденток из Таджикистана таких было 15%, а среди респонденток из Киргизии — 4%. С учетом происходящего увеличения доли одиноких и незамужних женщин в структуре прибывающих мигрантов можно предположить, что они, в отличие от замужних женщин, активно стараются применять контрацепцию и в любом случае не считают возможным делать аборт на родине, чтобы избежать сплетен и пересудов. К сожалению, ни в одном из трех опросов респонденткам не был задан вопрос об их возрасте и семейном статусе во момент наступления беременности, поэтому об обстоятельствах, при которых мигрантки принимают решение о ее прерывании (сопряженном с риском для здоровья), говорить не представляется возможным. Однако в целом проведенные опросы показывают, что среди опрошенных мигранток доля прервавших беременность в России в 2–3 раза выше, чем тех, кто для этого возвращался на родину.

Полученные данные свидетельствуют, что нахождение в миграции оказывает влияние на репродуктивные планы женщин (рис. 6). Так, среди опрошенных мигранток из Киргизии доля тех, кто отложил рождение ребенка в связи с трудовой миграцией, в 2015–2020 гг. находилась на уровне 12–18%, среди респонденток из Таджикистана — составила 6% (2020 г.), а среди респонденток из Узбекистана сократилась с 19% в 2015 г. до 16% в 2020 г.





**Рис. 6.** Распределение респонденток по изменению репродуктивных планов в связи с отъездом из дома на работу, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.



**Рис. 7.** Распределение респонденток по дальнейшим планам пребывания в России, % опрошенных. *Источник:* расчеты автора на данных опросов 2015–2020 гг.

Большинство опрошенных в 2015, 2017 и 2020 гг. мигранток из Средней Азии (от 72% до 86% в зависимости от года и страны происхождения респондентов) планировали оставаться в России на постоянное место жительства; это верно и для мигранток, имевших опыт беременности. Доля тех, кто планировал приезжать только на заработки и потом возвращаться домой, во все годы не превышала 14% среди мигранток из Киргизии и Таджикистана и 20% — среди мигранток из Узбекистана.

## Обсуждение результатов

Данные проведенных опросов свидетельствуют о низкой распространенности берегающего здоровье поведения среди мигранток — в первую очередь это, по-видимому, связано с их условиями жизни в России и ограниченными финансовыми возможностями. В то же время это схоже с отношением к своему здоровью у россиян, которые также не склонны к его сбережению и профилактике заболеваний [Половина россиян..., 2021]: около половины россиян (53%) обследуются у врачей менее одного раза в год, 48% работают по ненормированному графику, нерегулярно питаются или употребляют вредную пищу, больше трети россиян постоянно испытывают стрессы (39%), имеют вредные привычки и пренебрегают занятиями спортом (по 37%).

При сравнении состояния здоровья мигранток из Киргизии (страна входит в ЕАЭС) и мигранток из Таджикистана и Узбекистана (страны не входят в ЕАЭС) необходимо учитывать, что они имеют разные возможности доступа к российской медицине. В договоре «О Евразийском экономическом союзе» есть раздел о медицинских льготах, предусмотренных для мигрантов и членов их семей (законная супруг(а), дети и другие близкие родственники, которые находятся на иждивении мигранта) [Договор о Евразийском..., 2014]. Страховой полис ОМС, дающий право на бесплатное лечение, с 1 января 2017 г. выдается гражданам государств ЕАЭС, работающим на основе легального трудового договора сроком до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора; для его получения необходимо обратиться в Фонд обязательного медицинского страхования или в другие страховые учреждения по месту пребывания. В список медицинских услуг, оказываемых по полису ОМС, входит специализированная медицинская помощь, включающая профилактику, диагностику и лечение в период беременности, родов, послеродовой период. В то же время члены семей работающих граждан из стран ЕАЭС не могут рассчитывать на бесплатную медицинскую помощь [Московский городской фонд..., 2021]. Трудовым мигрантам — гражданам государств, не входящих в ЕАЭС, не имеющим полиса ОМС, бесплатная скорая медицинская помощь оказывается только при получении опасной для жизни травмы в результате несчастного случая (с 2020 г. в эту категорию российскими властями включен и коронавирус).

Полученные в работе результаты следует интерпретировать с учетом того, что процесс оценки и система отчета, используемые для формирования суждений о состоянии здоровья, различаются у мигрантов и местного населения. Использование самооценки здоровья, безусловно, могло привести к некоторым искажениям реальных данных. Можно выделить три причины таких искажений [Герри, Байдин, 2017]. Первая связана с неравенством в доступе к медицинскому обслуживанию (различного качества), доступу к подробному обследованию организма, а также ограниченной грамотностью в области здоровья, равно свойственной как россиянам, так и мигрантам. Вторая причина — так называемое «уклонение от диагноза». Это поведение бывает преднамеренным, связанным с ограниченными финансовыми и временны-

ми ресурсами (что в итоге может привести к позднему вмешательству и осложнениям в лечении) или с лечением стигматизированных заболеваний (например, ВИЧ), и непреднамеренным — это уклонение от диагноза из-за культурных различий в обращении за медицинской помощью между мигрантами и местным населением. Третья причина искажений при самооценке здоровья связана с тем, что люди будут давать разные оценки собственному здоровью в зависимости от субъективного восприятия, ожиданий и надежд, связанных со здоровьем, и понимания анкетного вопроса. Несмотря на это Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать самооценку здоровья как один из основных индикаторов для мониторинга здоровья и качества жизни населения [Герри, Байдин, 2017], указывая на надежность и справедливость этого показателя.

Усиление потока женщин — трудовых мигранток в Россию привело к постепенному увеличению числа детей-мигрантов, прибывающих с ними или рожденных уже в России [Защита прав москвичей..., 2014; Полетаев и др., 2018]. Вопрос о родах трудовых мигранток из Средней Азии в России является острой темой [Флоринская, 2014], иногда получающей излишне эмоциональную окраску в СМИ [Бородина, 2013].

По данным опроса, проведенного Центром миграционных исследований в 2010 г., среди 1068 мигранток из СНГ (Узбекистан — 30%, Украина — 17%, Киргизия — 13%, Таджикистан — 10%, Молдавия — 9%, Армения — 7%) беременность в России хотя бы раз наступала у каждой десятой; несколько беременностей было только у 1% отвечавших. Чаще всего беременности заканчивались их прерыванием в России — такой ответ дали 42% женщин референтной группы (табл. 2). Еще 7% опрошенных мигранток, имевших опыт беременности, уезжали для ее прерывания на родину, 32% — рожали ребенка в России, 6% — в стране исхода; мертворождение или выкидыш случались примерно у каждой десятой мигрантки этой группы (11%).

**Таблица 2.** Распределение мигранток из стран СНГ в России по исходам беременности, 2010, %

<b>Ответы</b>	<b>% от всех опрошенных</b>	<b>% от численности опрошенных женщин, имевших опыт беременности в России</b>
Нет ответа	0,1	0,9
Прервала беременность в России	3,8	41,7
Родила ребенка в России	3,0	32,4
Мертворождение, выкидыш	1,0	11,1
Уехала домой и прервала беременность в стране исхода	0,6	6,5
Уехала домой и родила ребенка в стране исхода	0,5	5,6
Другое	0,2	1,9
Всего	9,2	100,0

Источник: [Женщины-мигранты, 2011: 132].

Опросы 2015, 2017 и 2020 гг. зафиксировали достаточно высокую распространенность опыта беременности в России среди попавших в выборки мигранток из Средней Азии. Это может свидетельствовать о том, что трудовая миграция становится жизненной стратегией, в рамках которой мигрантки все чаще решают весь комплекс своих семейных вопросов, в том числе связанных с рождением детей. Само по себе такое наблюдение важно для дальнейшего осмысления и развития миграционной политики России, которая пока не является гендерно чувствительной, хотя мигрантки уже стали постоянной составляющей как российского рынка труда, так и российского общества. При этом необходимо подчеркнуть важность улучшения качества и расширения количества показателей гендерно окрашенной миграционной статистики, без которой крайне затруднительны комплексное планирование управления потоками внешней миграции и интеграция различных групп мигрантов в России.

Распространенность прерванных беременностей, по-видимому, можно увязать с уровнем контрацептивной культуры на родине у мигранток из Средней Азии. Судя по опросам, связанным с ВИЧ [Полетаев, Флоринская, 2015], просвещение в этой сфере лучше налажено в Киргизии по сравнению с Таджикистаном и особенно Узбекистаном.

При сравнении распространенности прерывания беременностей у мигранток из Средней Азии и у россиянок мы сталкиваемся с методологическими трудностями, так как включенные в данную работу сведения по мигранткам основаны на специфическом выборочном опросе и одновременно отражают число аборт за весь их период пребывания в России, а данные по России имеют сплошной характер и показывают, какая доля беременностей в конкретном году заканчивается прерыванием. В 2018 г. на 100 рождений в России пришлось 41 прерванная беременность, то есть доля абортов достигала 29% [Население России 2018, 2020]. Но в течение нескольких десятилетий до 2007 г. годовое число абортов в России превышало число родов, а в последние годы ситуация значительно улучшилась. Таким образом, по самым приблизительным оценкам можно сказать, что доля прерванных беременностей среди мигранток из Средней Азии, вероятно, не превышает аналогичный показатель россиянок.

В выборках трех раундов проведенного опроса доля женщин — трудовых мигранток из Средней Азии, имевших опыт беременности в России, остается стабильной (а у мигранток из Киргизии эта доля растет и по группе имевших одну беременность, и по группе имевших несколько беременностей), при этом основной стратегией исхода беременности опрошенные мигрантки выбирают рождение ребенка в России. Вероятно, это свидетельствует о том, что качество медицинской помощи в России как минимум не ниже (а скорее всего — выше), чем в странах происхождения, в связи с чем мигрантки из Средней Азии предпочитают при наличии возможности рожать ребенка, не уезжая на родину. Очевидно, что необходимы специальные уточняющие исследования по мигранткам, рожавшим детей вне официально зарегистрированного брака, однако в отношении рождения ребенка в официальном браке это рассуждение применимо.

## **Заключение и перспективы работы**

В выборках опросов 2015, 2017 и 2020 гг. обнаружены большие доли мигранток, имевших опыт беременности и родивших детей в России, и меньшие доли мигранток, прервавших беременность, чем зафиксировало исследование 2010 г. [Женщины-мигранты..., 2011]. Эти различия могут свидетельствовать об изменении репродуктивного поведения женщин, приезжающих на работу из стран Средней Азии, переориентации на долгосрочное пребывание в России, формирование семей и рождение детей в этой стране.

В то же время условия пребывания трудовых мигранток из Средней Азии в России, а также режим и характер их работы, с одной стороны, могут становиться для части женщин причиной откладывания рождения ребенка, а с другой — приводить к повышенным рискам для здоровья и повышать долю неблагоприятных исходов беременности. Об этом свидетельствуют результаты опроса 2020 г.: в сформированной выборке доля трудовых мигранток из Киргизии и Таджикистана, потерявших ребенка из-за выкидыша и мертворождения, превышает долю прервавших беременность (для мигранток из Узбекистана соотношение прерываний и потерь иное — 29% против 6%).

Несмотря на лучшие возможности наблюдения беременности в женских консультациях для трудовых мигранток из ЕАЭС, далеко не все пользуются такими возможностями (среди попавших в выборку опроса мигранток из Киргизии в 2020 г. — 23%). Они не прикрепляются к женским консультациям, в том числе и из-за оформления фиктивных трудовых контрактов, что блокирует возможность получить полис ОМС, предусмотренный законодательно при наличии легального трудового договора.

При постепенной феминизации трудовой миграции из Средней Азии в Россию беременность и роды трудовых мигранток нередко проходят в рискованных жизненных условиях, поэтому сложившаяся система охраны женского здоровья и материнства для них в России нуждается в модернизации.

Проведенные автором в 2015, 2017 и 2020 гг. опросы не были сосредоточены на изучении репродуктивного поведения женщин — мигранток из Средней Азии; вопросники также включали такие блоки, как «занятость в России», «интеграция», «жилищные условия», «миграционные планы» и проч., однако по итогам проведенного анализа необходимость таких исследований становится очевидной. В фокусе будущих исследований должно оказаться репродуктивное поведение не только работающих женщин — мигранток из Средней Азии, но и безработных; дополнительно необходимо собирать подробную информацию о порядке наступающих беременностей и рождений, мотивах к рождению ребенка в России, возможностях получения медицинской помощи в разных регионах страны, локальном опыте обеспечения иностранок медицинской помощью. В развитии и расширении также нуждается система миграционной статистики в России: она должна стать гендерно чувствительной.

## Благодарность

Статья подготовлена по итогам регионального проекта Международной организации по миграции «Снижение влияния социально-экономических последствий пандемии COVID-19 на мигрантов и сообщества в Центральной Азии и Российской Федерации» (2020 г.), проекта Тянь-Шаньского аналитического центра АУЦА «Мониторинг реализации прав трудящихся мигрантов из Кыргызской Республики в Российской Федерации и Республике Казахстан в соответствии с условиями присоединения Кыргызской Республики к Протоколу ЕАЭС» (2017–2018 гг.) и проекта DFID «Феминизация трудовой миграции из Таджикистана и Киргизии в России» (2015 г.)

## Список литературы

Агаджанян В., Зотова Н. (2011) Социальная уязвимость и сексуальные риски женщин-мигрантов из Средней Азии в Москве // Демоскоп Weekly: 465–466. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0465/analit02.php>

- Алиев С.Б. (2016) Трудовая миграция и социальное обеспечение трудящихся в Евразийском экономическом союзе. Евразийская экономическая комиссия. URL: <http://www.eurasiancommission.org/ru/Documents/spreads.pdf>
- Герри К.Д., Байдин В.М. (2017) Источники искажений в самооценке здоровья // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология: 10 (4): 31–6. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036>
- Женщины-мигранты из стран СНГ в России (2011) Серия: Миграционный барометр в Российской Федерации / под ред. Е.В. Тюрюкановой. М.: МАКС Пресс. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/pfwv3yiwye/direct/81010041.pdf>
- Защита прав москвичей в условиях массовой миграции (2014) М.: Центр миграционных исследований, Уполномоченный по правам человека в городе Москве. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/sqt2bb2rqk/direct/141960349.pdf>
- Ивахненко Г.А. (2013) Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины: 2(23): 48–51. URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_20929863\\_54530007.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_20929863_54530007.pdf)
- Ивахнюк И.В. (2008) Евразийская миграционная система: теория и политика. М.: МАКС Пресс.
- Кислицына О.А. (2013) Различия в состоянии здоровья мигрантов и коренного населения в России и других странах Европейского региона // Социальные аспекты здоровья населения: 3(31): 1–20. URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_19399048\\_12291695.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_19399048_12291695.pdf)
- Население России 2018 (2020) Двадцать шестой ежегодный демографический доклад / отв. ред. С.В. Захаров, НИУ ВШЭ. М.: Изд. дом Высшей школы экономики. URL: [http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/ns\\_r18/sod\\_r.html](http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/ns_r18/sod_r.html)
- Насритдинов Э.З., Олимова С.К., Полетаев Д.В. (2016) Анализ конъюнктуры рынка труда в РФ в целях эффективного трудоустройства трудящихся-мигрантов из КР и РТ. Трудовая миграция в РФ, КР и РТ. Аналитический доклад. Бишкек: Тянь-Шаньский аналитический центр Американского университета в Центральной Азии. URL: [https://www.fergananews.com/archive/2017/Report\\_Book\\_Final\\_version\\_Rus\\_02\\_2017.pdf](https://www.fergananews.com/archive/2017/Report_Book_Final_version_Rus_02_2017.pdf)
- Нафеев А.А., Тихонов В.М., Асанов Б.М., Булгаков С.Н., Магомедов М.А. (2013) Факторы эпидемиологического риска в связи с трудовой миграцией // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины: 5: 10–12. URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_21183947\\_69342324.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_21183947_69342324.pdf)
- Пешкова В., Рочева А. (2013) Мигрантки из Средней Азии в большом городе и беременность: выбор, проблемы, перспективы // Демоскоп Weekly: 555–556. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0555/analit03.php>
- Полетаев Д.В. (2016) Феминизация сообществ трудовых мигрантов из Средней Азии: новые социальные роли таджичек и киргизок // Транснациональные миграции и современные государства в условиях экономической турбулентности / отв. ред. Малахов В.С., Симон М.Е. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС. С 263–83.
- Полетаев Д.В. (2020) Здоровье трудовых мигрантов из ЕАЭС в России (на примере мигрантов из Киргизии) / Научные труды ИНП РАН. С. 521–41. <https://doi.org/10.47711/2076-318-2020-521-541>
- Полетаев Д.В. (2021) Отчет о результатах исследования социально-экономических последствий пандемии COVID-19 для мигрантов из Центральной Азии, пребывающих на территории Российской Федерации. М.: Бюро МОМ в Москве. URL: [http://moscow.iom.int/sites/default/files/survey\\_rf\\_covid\\_2021\\_small\\_0.pdf](http://moscow.iom.int/sites/default/files/survey_rf_covid_2021_small_0.pdf)
- Полетаев Д.В., Зайончковская Ж.А. (2019) Доступ детей мигрантов к здравоохранению (на примере Москвы) // Социальная политика и социология: 18(3): 44–54. <https://doi.org/10.17922/2071-3665-2019-18-3-44-54>

- Полетаев Д.В., Зайончковская Ж.А., Михайлов Д.А. (2018) Проблемы защиты прав детей, не имеющих гражданства Российской Федерации, в городе Москва. М.: Уполномоченный по правам человека в городе Москве. РОО «Центр миграционных исследований». URL: [http://ombudsman.mos.ru/user/user/images/Дети%20\(мигранты\)%20Макет%20Вобложка.pdf](http://ombudsman.mos.ru/user/user/images/Дети%20(мигранты)%20Макет%20Вобложка.pdf)
- Полетаев Д., Злобина Т. (2018) Мониторинг реализации прав трудящихся мигрантов из Кыргызской Республики в Российской Федерации и Республике Казахстан в соответствии с условиями присоединения Кыргызской Республики к Протоколу ЕАЭС. Бишкек: Тянь-Шаньский аналитический центр Американского университета в Центральной Азии.
- Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. (2015) Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции. М.: Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Российский Красный Крест, Партнерство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. URL: [https://umedp.ru/upload/iblock/b76/os\\_mig\\_o\\_tub\\_aids-approved.pdf](https://umedp.ru/upload/iblock/b76/os_mig_o_tub_aids-approved.pdf)
- Трудовая миграция и вопросы здравоохранения (2010) Материалы круглых столов. М.: МОМ. URL: [https://moscow.iom.int/russian/publications/trudmigrac\\_and\\_zdravoohranenie-mod2.pdf](https://moscow.iom.int/russian/publications/trudmigrac_and_zdravoohranenie-mod2.pdf)
- Флоринская Ю. (2012) Дети мигрантов в России: доступ к образованию и медицине // Демоскоп Weekly: 515–516. URL: [http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0515/analit02.php#\\_FNR\\_1](http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0515/analit02.php#_FNR_1)
- Флоринская Ю. (2014) Мигранты и московское здравоохранение // Демоскоп Weekly: 605–606. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0605/tema05.php>
- Poletaev D. (2018) Les travailleurs migrants face à la tuberculose en Russie et au Kazakhstan: résultats d'une enquête exemplaire // Cahiers d'Asie centrale: 27: 239–67. URL: <https://journals.openedition.org/asiacentrale/4068>
- Poletaev D. (2019) From Mistrust to Solidarity or More Mistrust? // Russia in Global Affairs: 17(1): 171–200. <http://doi.org/10.31278/1810-6374-2019-17-1-171-200>

## Другие источники информации

- Бородина Т. (2013) ФМС будет выявлять нелегальных беременных мигранток и депортировать // Известия, 11 декабря. URL: <https://iz.ru/news/562255> (дата обращения: 31.08.2021)
- Договор о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014 (2014). URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_163855/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163855/) (дата обращения: 11.12.2021)
- Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (2021). URL: <https://www.mgfoms.ru/chastnye-lica/poluchenie-polisa-oms/trudyashchiesya-inostrannye-grazhdane>
- Отдельные показатели миграционной ситуации в Российской Федерации за январь — декабрь 2020 года с распределением по странам и регионам (2020). Сайт Министерства внутренних дел Российской Федерации. URL: <https://мвд.пф/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/22689602> (дата обращения: 31.08.2021)
- Половина россиян ведут нездоровый образ жизни. НАФИ. 25.03.2021. URL: <https://nafi.ru/analytics/polovina-rossiyan-vedut-nezdorovy-obraz-zhizni/> (дата обращения: 31.08.2021)

## Информация об авторе

- Дмитрий Вячеславович Полетаев — кандидат экономических наук, директор Региональной общественной организации «Центр миграционных исследований», ведущий научный сотрудник Института народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук. E-mail: dmitrypoletaev@yandex.ru