



БУДУЩАЯ МАТЬ КАК ИССЛЕДОВАТЕЛЬ: СТРАТЕГИИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ РОДОВ В РОССИЙСКОМ КРУПНОМ ГОРОДЕ

Анна Адриановна Темкина

Европейский университет в Санкт-Петербурге
6/1А Гагаринская ул., Санкт-Петербург, Россия
temkina@eu.spb.ru

Аннотация: Практики российских женщин городского среднего класса, которые оплачивают роды, рассматриваются в статье через метафору «исследовательского проекта». В фокусе внимания — вопрос о том, как женщины осуществляют и обосновывают свой выбор и связанные с ним действия. Я показываю, что будущие матери, делая коньюмеристский выбор, выполняют своего рода исследование в сфере родовспоможения, имеющее сходство с процедурами социологического проекта. Женщины формулируют цели, собирают и проверяют данные, выстраивают мини-теорию достижения качественной медицинской помощи. В ходе осуществления выбора они создают представление (объяснительную модель) о качестве обслуживания, определяя, каким врачам и акушеркам можно доверять. Подобные практики характерны для образованного городского среднего класса, стиль жизни и гендерная идентичность которого предполагает реализацию проекта «хорошего материнства», требующего контроля над обстоятельствами и вложения экономических, когнитивных и аффективных ресурсов. Метафора «исследования» позволяет показать, как средний класс, используя данные ресурсы, «расколдовывает» медицинскую систему, определяя в ней тех акторов (врачей или акушеров), которые могут обеспечить высокое качество помощи, и тем самым подтверждает их профессионализм и делегирует им контроль над родами. При этом осуществление выбора на основе «исследования» усиливает авторитет и экспертную профессиональную власть специалистов, а возможность обеспечить качественную профессиональную помощь подтверждает гендерную идентичность «хорошей матери» среднего класса.

Ключевые слова: будущая мать, роды, доверие, платные медицинские услуги, Россия, врач — пациент, профессионализм, контроль.

Для ссылок: Темкина А. Будущая мать как *исследователь*: стратегии организации платных родов в российском крупном городе // Антропологический форум. 2018. № 37. С. 198–230.

doi: 10.31250/1815-8870-2018-14-37-198-230

URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf>

ANTROPOLOGISCHESKIJ FORUM, 2018, NO. 37

MOTHER-TO-BE AS A *FIELD RESEARCHER*: THE STRATEGIES OF PRIVATE OBSTETRICS PROVISION IN URBAN RUSSIA

Anna Temkina

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
temkina@eu.spb.ru

Abstract: In this article I discuss practices of urban middle class women who pay for childbirth in maternity hospitals. I use the metaphor of “research project” in order to understand how mothers-to-be implement and justify their choice. Making consumerist choice, women conduct “research” in the field of maternity care which has some similarities with the procedures of a sociological project. Women formulate goals, collect and analyze data, and construct a “grounded theory” of “good health care”. They conceptualize the quality of maternity care’s system and define whom they could trust in this system. These are the practices of educated urban middle class in Russia who incorporate “good intensive motherhood” in their lifestyle and gender identity. In line with the description of intensive motherhood, young women try to control childbirth investing economic, cognitive and affective resources. Using multiple resources women try to disenchant the medical system, identifying those institutions and actors (obstetricians and midwives) who could provide them with “good care”. However, when a choice is made on the basis of detailed “research”, mothers-to-be delegate control to professionals, and by this prove their identity as a good responsible mothers.

Keywords: mother-to-be, childbirth, trust, fee-for service medical care, Russia, doctors — patients, professionalism, control.

To cite: Temkina A., ‘Budushchaya mat kak *issledovatel*: strategii organizatsii platnykh rodov v rossiyskom krupnom gorode’ [Mother-to-Be as a *Field Researcher*: The Strategies of Private Obstetrics Provision in Urban Russia], *Antropologicheskij forum*, 2018, no. 37, pp. 198–230.

doi: 10.31250/1815-8870-2018-14-37-198-230

URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf>



Анна Темкина

Будущая мать как *исследователь*: стратегии организации платных родов в российском крупном городе

Практики российских женщин городского среднего класса, которые оплачивают роды, рассматриваются в статье через метафору «исследовательского проекта». В фокусе внимания — вопрос о том, как женщины осуществляют и обосновывают свой выбор и связанные с ним действия. Я показываю, что будущие матери, делая консьюмеристский выбор, выполняют своего рода исследование в сфере родовспоможения, имеющее сходство с процедурами социологического проекта. Женщины формулируют цели, собирают и проверяют данные, выстраивают мини-теорию достижения качественной медицинской помощи. В ходе осуществления выбора они создают представление (объяснительную модель) о качестве обслуживания, определяя, каким врачам и акушеркам можно доверять. Подобные практики характерны для образованного городского среднего класса, стиль жизни и гендерная идентичность которого предполагает реализацию проекта «хорошего материнства», требующего контроля над обстоятельствами и вложения экономических, когнитивных и аффективных ресурсов. Метафора «исследования» позволяет показать, как средний класс, используя данные ресурсы, «расколдовывает» медицинскую систему, определяя в ней тех акторов (врачей или акушерок), которые могут обеспечить высокое качество помощи, и тем самым подтверждает их профессионализм и делегирует им контроль над родами. При этом осуществление выбора на основе «исследования» усиливает авторитет и экспертную профессиональную власть специалистов, а возможность обеспечить качественную профессиональную помощь подтверждает гендерную идентичность «хорошей матери» среднего класса.

Ключевые слова: будущая мать, роды, доверие, платные медицинские услуги, Россия, врач — пациент, профессионализм, контроль.

Введение

В интервью, касающихся организации платных родов в Санкт-Петербурге¹, информантки рассказывали о том, как они пытаются контролировать ситуацию, выбирая и организуя свои роды. Женщины говорят: «Хочется, чтобы реально каждый шаг контролировать, чтобы быть уверенной в том, что ты сделал все, что ты мог сделать» (№ 35)²; «Все надо было контролировать — заранее выбрать роддом, врача, с которым будешь рожать» (№ 6). В ходе проведения эмпирической работы у меня неоднократно возникало ощущение, что при выборе родильного дома и врача будущие матери или будущие родители во многом действуют аналогично социологу-полевику. Я хочу развить эту аналогию, которая поможет

Анна Адриановна Темкина
Европейский университет
в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Россия
temkina@eu.spb.ru

¹ Проект «Деньги, здоровье и забота в родовспоможении» осуществлен под руководством автора статьи в 2014–2017 гг.

² В скобках указан номер, который присваивался интервью. Интервью хранятся в архиве проекта.

понять, как будущие матери — непрофессиональные эксперты (*lay expert*) создают необходимое им знание и руководствуются им для достижения своей цели — получения качественной помощи и осуществления контроля.

Ирина (№ 16, первый ребенок), описывая предварительный сбор информации в ходе организации родов, называет его своего рода социологическим опросом, под которым она понимает сбор и сопоставление разных мнений.

Исслед.: Скажите, пожалуйста, как Вы ищете таких [подходящих вам] специалистов?

Инф.: По рекомендациям. У меня есть знакомые, у которых есть дети. И у меня есть родственники, врачи, которые в этой сфере. То есть более-менее знаю. Обязательно пользуюсь интернетом. Конечно. Обязательно читаю отзывы, комментарии и так далее.

Исслед.: А какие сайты?

Инф.: Я разные читаю. Я считаю, чем больше информации, тем лучше. Тоже своего рода социологический опрос.

Ирина описывает свою стратегию организации родов как последовательность тщательно продуманных шагов. Она собирала информацию из разных источников, не доверяя ни одному из них без проверки, на основании этой информации отобрала сначала три, а потом два подходящих ей роддома и сформировала собственное мнение об их различиях. В одном случае предоставляются более комфортабельные условия, предлагается широкий выбор бытовых услуг: качество палат сходно с гостиничными номерами, пациентки могут выбирать питание. В другом роддоме, с ее точки зрения, более эффективно налажена экстренная помощь, однако невозможно заранее «забронировать» конкретную послеродовую палату. Ирина подвергла свои предположения верификации — она предварительно побеседовала с врачами-акушерами, которые будут вести роды, с анестезиологом, неонатологом и заведующим отделением, задала им вопросы о ведении родов, обсудила опции, выслушала аргументы. Она выбрала палату люкс для пребывания вместе с мужем, заключила договор и официально оплатила предоставление услуг. В ходе интервью Ирина подчеркивала, что материнство для нее — это особый по своей значимости опыт и при организации родов она не ставила цели экономить средства.

Меня интересует, как женщины осуществляют выбор и организуют роды в платном сегменте родовспоможения. Основной вопрос эмпирического исследования сформулирован следующим образом: почему некоторые образованные городские женщины оплачивают (тратя значительные для своего бюджета деньги) те услуги, которые доступны всем гражданам России бесплатно [Темкина 2016; 2017]. Здесь я обращаюсь к более

узкому аспекту, а именно — как будущие матери создают запас знаний (*stock of knowledge*), осуществляя выбор роддома и конкретного врача или акушерки, которые будут вести их роды при условии оплаты. Я хочу показать, как женщины обосновывают свой выбор и связанные с ним действия — собирают эмпирический материал, тестируют его надежность и достоверность и строят мини-теорию. Я предлагаю протестировать метафору «исследовательского проекта» для описания практик будущих матерей — новых клиентов медицины в консьюмеристском обществе. Я исхожу из того, что данные практики соотносятся с классовой и гендерной позицией — их осуществляют женщины из обеспеченных слоев, которые в целом стремятся выстроить свою жизнь как проект [Temkina 2016], их потребительские практики рефлексивны и являются классово образующими [Skeggs 2004; Гладарев, Цинман 2009; Temkina, Zdravomyslova 2018]. Такие практики становятся не столько «шопингом» (рациональным выбором услуг при сопоставлении цены / качества), сколько стратегией, ориентированной на культурные модели интенсивного и ответственного материнства [Hauss 1996; Годованная, Темкина 2017]. Данная стратегия конституирует идентичность российских женщин среднего класса. Беременность и роды — важный этап формирования практик «хорошей матери», которые в этом социальном слое предполагают высокую степень рефлексивности и ответственности. «Хорошая мать» должна приложить все усилия, для того чтобы обеспечить высокое качество медицинской (или иной) помощи во время беременности и родов. В некоторых случаях современные роддома продолжают восприниматься как пугающие «черные ящики» с непрозрачными правилами, а врачи — как анонимные представители и исполнители интересов системы здравоохранения, от которых не ожидаются эмоциональная вовлеченность и проявление высокого уровня профессионализма [Field 1988; Rivkin-Fish 2005]. Тогда женщинам для достижения их целей приходится задействовать не только социальные и материальные ресурсы, как неоднократно описывали исследователи [Rivkin-Fish 2005; Здравомыслова, Темкина 2009; Utrata 2015], но и когнитивные и эмоциональные.

Задействование таких ресурсов придает стратегиям достижения качественной медицинской помощи сходство с «исследовательским проектом»¹. Использование этой метафоры позволяет высветить особенности активности пациентов в контексте

¹ Метафора социологического, а не этнометодологического проекта представляется более уместной, поскольку речь идет не столько о рутинных правилах повседневности, которые «все знают», сколько об освоении правил определенного социального поля, его институциональных акторов и их взаимодействий.

современной российской системы родовспоможения. Пациенты сопротивляются не столько доминированию медицинского знания и экспертной власти врачей (что подробно описывается в современной западной социологии деторождения), сколько обезличиванию и непрозрачности государственной («бесплатной») системы здравоохранения. Женщины становятся «пациентами-экспертами», т.е. непрофессиональными экспертами не столько в отношении медицинского знания (хотя и в нем тоже), сколько в понимании того, как фактически работает определенный сегмент системы здравоохранения.

Я рассмотрю, как в неолиберальном контексте используется метафора «шопинга», описывающая действия пациента-потребителя, подрывающего экспертное медицинское знание. Затем я охарактеризую используемые данные, особенности российской системы родовспоможения и классовый жизненный проект городских женщин (более подробно см.: [Temkina 2016]). После этого я покажу, как может быть использована метафора «исследования» для описания действий пациентки, пытающейся осуществить навигацию в этой системе, создавая рациональное знание и управляя эмоциями.

1. Выбор медицинских услуг как *шопинг* и подрыв экспертного знания

В социологической литературе поведение современного клиента медицинских услуг в западном обществе часто уподобляется «шопингу» (*shopping* или *shopping around*). Современный пациент более не полагается на эксклюзивное экспертное знание медиков-профессионалов, асимметрия в распределении медицинского знания между ранее некомпетентной фигурой пациента и авторитетным врачом уменьшается. Исследователи критикуют нормативную модель Т. Парсонса, согласно которой от пациента ожидается безусловное доверие врачам, связанное с их монополией на профессиональное знание. Согласно данной модели, пациент, будучи обывателем, не обладает и не может обладать теми знаниями, которыми обладают специалисты. Роль больного характеризует нехватка технической компетенции, эмоциональная уязвимость и иррациональность [Parsons 1951: 445, 464]. Поэтому, согласно Т. Парсонсу, пациент не должен осуществлять «шопинг» в поисках медицинской услуги, перепроверя предписания и назначения одного врача у другого, так, как это может происходить при выборе обычных товаров или услуг, например при покупке автомобиля [Parsons 1951: 438–439]. Профессионалы имеют легитимную монополию на экспертизу и биомедицинские знания, управляя медицинскими взаимодействиями.

Современные исследования показывают, что в последней трети XX в., в рефлексивном обществе поздней современности, врачи перестают считаться эксклюзивными носителями авторитетного знания, они во многом превращаются в поставщиков специализированных услуг, соревнующихся друг с другом и стремящихся к максимизации дохода. Пациенты в биомедицинской системе все более скептически относятся к экспертному знанию и власти его носителей¹.

Неолиберальные изменения и коммерциализация медицинской системы в западном обществе, трансформация практик пациентов приводят к широкому распространению метафоры «шопинга». От пациентов все более ожидается выбор услуг и потребительское поведение. Для того чтобы считаться компетентными гражданами, потребители должны быть ответственными за свое здоровье и благополучие, соответственно, они должны обладать достаточной информацией [Collyer 2012]. Осуществляя выбор, оценивая и выбирая «правильного» врача, пациенты вступают с ним в отношения как потребитель с провайдером услуги. Изменяется баланс власти. Пациент все более признается экспертом, который обладает достаточными навыками и знаниями для того, чтобы совладать с болезнью, особенно при ее хроническом течении [Shaw, Baker 2004; Fox et al. 2005: 436].

Широкое использование пациентами социальных медиа заставляет еще более сомневаться в эксклюзивности экспертного знания, которое демистифицируется при обращении к легкодоступным источникам в интернете. Рефлексивные потребители осваивают медицинскую терминологию и жаргон, повышают свои компетенции, проводят собственную навигацию внутри медицинской системы. Экспертное знание становится общедоступным для клиентов на глобальном рынке интернета [Hardey 1999; Nettleton, Burrows 2003]. Знания и опыт пациентов рассматриваются как все более значимые.

Выбор пациентки и изменение ее позиции в системе родовспоможения обсуждаются особенно активно [Lupton 1997; Zadoznuj 1999; 2001]. Феминистское движение, выступившее с критикой организации системы родовспоможения на Западе, внесло значительный вклад в подрыв медицинского авторитета и изменение системы в сторону пациентоцентрированной. Применительно к родовспоможению феминистская критика доминирования биомедицинского подхода и монополии вра-

¹ Как замечает М. Филд, сравнивая ситуацию на Западе и в СССР, в результате социальных изменений «на Западе доктора сняты с пьедестала». В СССР, с его точки зрения, таких изменений не произошло — врачи, не имея профессиональной автономии, представляли государственную бюрократию, а их власть над пациентами оставалась почти безграничной [Field 1988: 190].

чей началась уже в 1980-е гг. [Graham, Oakley 1981]. Исследователи переосмысливали субъективный опыт женщин, стремясь усилить их позиции в системе медицинской помощи. Взгляд на медицину под влиянием М. Фуко позволил усомниться в ее эпистемологических преимуществах в целом [Armstrong 1985].

Однако в социологической литературе обозначен и критический взгляд на экспертное знание пациента, или непрофессионального эксперта (*lay expert knowledge*). Исследователи отмечают, что знания и экспертиза пациентов являются ограниченными, а иногда и ложными [Prior 2003: 42–43]. Они носят бессистемный характер, аффективно нагружены и интегрированы в системы убеждений (зачастую носящих характер стереотипов или предрассудков). Как утверждает Л. Прайор, пациенты действительно обладают знаниями об условиях своего существования и могут стремиться к подрыву медицинской гегемонии, но они не могут выступать экспертами в технической области сбора данных — сбора анализов, истории заболевания, постановки диагноза, определения причин, последствий и способов лечения болезни [Ibid.: 45, 53].

В российском контексте неолиберальных реформ 2000-х гг. пациенты также получают возможность осуществлять «шопинг», выбирая некоторые медицинские услуги из прейскуранта, предлагаемого медучреждением, в том числе в сфере родовспоможения, но контекст здесь иной. Пациентки не столько сопротивляются биомедицинскому доминированию и оспаривают экспертное знание, как показала ранее М. Ривкин-Фиш [Rivkin-Fish 2005], не столько стремятся сделать оптимальный выбор аналогично покупателю на рынке, сколько пытаются создать персонифицированное доверие в отношениях со специалистами для получения качественной помощи. Доверие выступает своего рода инструментом контроля качества.

Итак, меня интересует, каким образом городские образованные женщины в России осуществляют навигацию в постсоветской медицинской институциональной системе родовспоможения, выполняя своего рода *исследовательский проект*¹, т.е. формируя объяснение того, как работает данная система, и используя полученные результаты для достижения желаемого качества медицинской помощи. Такая метафора позволяет показать, что выбор и организация родовспоможения для современных женщин становятся аналогом серьезной и тщательной

¹ Я благодарю анонимного рецензента «Антропологического форума» за комментарий, что «шопинг», согласно популярным образцам, воспринимается как не очень серьезная женская практика, в то время как «исследовательский проект» — это вдумчивая деятельность с важными последствиями для будущего.

работы, в которой задействовано производство гендера (материнства) и класса.

2. Описание данных исследования и методы анализа

Критерием отбора информанток в исследовании была оплата ими услуг родовспоможения в течение последних трех лет. Большинство женщин, с которыми проведены интервью, оплатили услуги в роддомах Санкт-Петербурга, оформив официальный договор на индивидуальное ведение родов или ведение их дежурной бригадой и послеродовую палату повышенной комфортности. Меньшая часть оплачивала услуги, неформально договорившись с врачом или передав ему деньги позже в качестве благодарности. В нескольких случаях информантки собирались оплатить услуги, но не осуществили этого намерения.

Массив данных составляют интервью с 35 женщинами (в трех интервью также приняли участие мужья), родившими последнего ребенка в период с 2013 по 2015 г.; в 26 случаях это были первые роды, в девяти — повторные и последующие. Возраст женщин от 25 до 44 лет, все состоят в браке (две из них — в незарегистрированном партнерстве), мужья присутствовали на родах в 25 случаях. Оценка денежных затрат на пребывание в роддоме¹ при последних родах колеблется от 25 до 160 тыс. руб., средняя цена — около 90 тыс. Информантки имеют высшее образование и в большинстве случаев профессиональную занятость (научные сотрудники, творческие работники, предприниматели, врачи, юристы, экономисты, занятые в частном бизнесе, фрилансеры и пр.). По данным исследования, ежемесячный доход супругов до ухода женщины в декретный отпуск варьирует от 40 до 250 тыс. руб. (в двух случаях — более 400), с тяготением доходов у одной группы к 50–60, а у другой — к 100–120 тыс. руб. (на 2015 г.). По совокупности характеристик образования, доходов и профессиональной занятости я отношу их к среднему и высшему среднему классу.

Продолжительность фокусированного интервью с путеводителем составляла от 30 мин. до трех часов. Интервью были нацелены на выяснение опыта женщин, для того чтобы понять, как принималось и реализовывалось решение об оплате родовспоможения, как собиралась информация и происходил выбор роддома и специалистов, какова была нагрузка расходов на бюджет семьи, как велись переговоры с медицинскими работниками, как и в каких условиях проходили роды, как женщина

¹ Стоимость может включать оплату пребывания на дородовом, родильном и последовом отделениях или на одном из них, а также некоторые дополнительные услуги.

взаимодействовала с врачом-акушером, акушеркой, партнером, как она оценивает свой опыт пребывания в медучреждении и родоразрешения. Поиск информанток осуществлялся по социальным сетям участников проекта, поэтому среди них оказалось много научных и творческих работников. Кроме того, автором было проведено восемь интервью в одном из роддомов с женщинами, выбранными случайным образом на послеродовом отделении «Семейные роды» и в отдельных палатах. Эти женщины тоже были в основном образованными и хорошо оплачиваемыми профессионалами, но обладали большими экономическими ресурсами по сравнению с основной группой информантов.

Дополнительным материалом исследования послужили записи сеансов наблюдения в двух роддомах и на конференциях врачей и акушерок, проводимых регулярно начиная с января 2014 г.¹

Полученные данные накладывают определенные ограничения на анализ и выводы, представленные в статье. За пределами исследования остаются следующие аспекты: способ родоразрешения (физиологические роды или кесарево сечение), место ведения родов (частный роддом, хозрасчетное отделение государственного, центр акушерского ухода при роддоме). Я не рассматриваю организацию ведения беременности и родов с серьезными патологиями — это предмет отдельного исследования.

В статье речь идет только о действиях, совершаемых образованными городскими жительницами, в основном обладающими большими культурными и экономическими ресурсами и возможностью выбора, поэтому результаты могут быть применимы в отношении других социальных слоев с осторожностью.

3. Жизненный проект городских женщин среднего класса

Женщины, которые оплачивают услуги родовспоможения в крупном городе, имеют возможность выбирать не только роддом, но и врача, акушерку и других специалистов, которые будут оказывать им услуги по ведению родов. Выбор, *где, как и с кем рожать*, встроен в цепочку других выборов в рамках жизненного проекта представителей городского образованного класса, в их хабитус. Женщины, с которыми проводились интервью, как правило, рассказывают о том, что планируют беременность, обсуждают ее с партнером и готовятся к ней, меняя образ жизни и посещая врачей. Они выбирают место ведения беременности в женской консультации или ином медицинском центре, посе-

¹ Собранные мною 24 интервью с врачами и акушерками, которые работают в платном родовспоможении, здесь используются для уточнения позиций женщин и осуществления триангуляции.

щают курсы по подготовке к родам, формируют свои предпочтения в отношении медицинской интервенции и естественных родов, ищут подходящий роддом и специалистов. После родов они выбирают медицинские учреждения и врачей для осуществления заботы о здоровье своего ребенка¹. В интервью они подробно рассказывают о том, каковы мотивы и аргументы в пользу принимаемых в ходе выбора решений. Некоторые услуги они получают бесплатно по ОМС (обязательное медицинское страхование для всех граждан Российской Федерации, которое в повседневности воспринимается как бесплатное), другие оплачивают. На каждом этапе жизненного проекта, в том числе во время беременности, женщины тщательно собирают информацию, повышают свою осведомленность в медицине, связанную с опытом беременности и родов, в области психологии, раннего развития ребенка и ухода за ним. Они изучают организационное устройство сферы родовспоможения, репутацию врачей и акушерок, активно используют информационные возможности интернета, состоят в тематических группах ВКонтакте, Фейсбуке, Живом Журнале, подключают на мобильных телефонах специальные приложения, читают просветительские и медицинские сайты. На определенном этапе репродуктивного цикла те женщины, с которыми проводились интервью, приняли решение воспользоваться услугами платного родовспоможения, и для его организации им понадобилось сформировать определенный запас знаний.

4. Медицинская система родовспоможения в России и платные услуги

Для того чтобы понять стратегии женщин, проясним, какое место занимают платные услуги в сфере родовспоможения в России. Любая гражданка Российской Федерации может наблюдаться во время беременности и ведения родов бесплатно². Основная институциональная траектория беременной женщины, использующей услуги ОМС, следующая: она должна зарегистрироваться в женской консультации, регулярно посещать врача — акушера-гинеколога и других специалистов в течение бере-

¹ Женщины используют сходные стратегии и в других сферах жизни, например прибегая к платным услугам ветеринарии, пытаясь найти хорошего врача и обеспечить эффективное лечение домашнего животного. Материнство, однако, конституирует ядро гендерной идентичности, и поэтому его организация является наиболее интенсивным случаем «исследования» организации платных услуг.

² Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» <<https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>>; Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» <<https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>>; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”» <<https://rg.ru/2013/04/25/ginekologiya-dok.html>>.

менности. Роды по закону могут проходить только в родильных домах или родильных отделениях больниц, ответственными за их ведение являются врачи — акушеры-гинекологи, акушерки не имеют самостоятельной практики. Система, претерпевшая множественные трансформации за последние десятилетия, сохраняет некоторые принципы организации советского типа: врачи остаются государственными служащими, государство финансирует медицинскую деятельность, для любой гражданки РФ роды являются бесплатными (по обязательному медицинскому страхованию и родовому сертификату с 2006 г.).

Начиная с середины 2000-х гг. нелиберальные реформы в здравоохранении были направлены на то, чтобы улучшить общее состояние родовспоможения. В рамках Национального проекта «Здоровье» (2006), программ модернизации и майских указов президента 2012 г. существенно улучшены условия пребывания в роддоме и техническая оснащенность, открываются высокотехнологичные перинатальные центры [Новкунская 2018]. Реформа родовых сертификатов (2006) позволила женщинам выбирать женскую консультацию и роддом по своему желанию. В это же время получает все большее распространение идеология партнерских и «естественных родов» [Бороздина 2014].

Платные услуги в родовспоможении развиваются в России с конца 1990-х гг. в хозрасчетных отделениях государственных родильных домов и частных больницах [Rivkin-Fish 2005; Темкина 2016; 2017]; в 2010-х происходит их распространение и институционализация в системе здравоохранения¹. В Санкт-Петербурге в настоящее время платные услуги анонсируются и предоставляются во всех 19 роддомах и на родильных отделениях больниц (из них два частных). Женщины, официально оплатившие услуги, могут заключить индивидуальный договор с врачом, акушеркой и другими специалистами (это невозможно сделать официально при бесплатном обслуживании). По условиям такого договора женщина гарантированно будет находиться в отдельном родильном зале, где по желанию может присутствовать отец ребенка (муж или партнер) или другой родственник². Она также может оплатить улучшенные условия

¹ В настоящее время регулируется постановлением правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» <<https://rg.ru/2012/10/10/meduslugi-dok.html>>.

² Согласно ст. 51 п. 2 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «[о]тцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи» <<https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>>.

пробывания с ребенком в послеродовой палате, посещения родственников в этом случае не будут ограничены. В настоящее время все большее число женщин прибегает к возможности заключения официального оплачиваемого договора предоставления услуг родовспоможения: согласно статистике, собранной в конкретном роддоме в ходе исследования, около 40 % пациенток оплачивают роды (интервью с врачом-администратором, 24.04.2017).

Однако, несмотря на существенное улучшение условий, произошедшее за последние десятилетия в сфере здравоохранения в целом и в системе родовспоможения в частности, у современных женщин сохраняется недоверие к роддомам и специалистам [Здравомыслова, Темкина 2009]. Как показывает в исследовании родовспоможения М. Ривкин-Фиш, советские граждане воспринимали здравоохранение как безликую государственную бюрократическую машину, равнодушную к нуждам конкретных пациентов, а врачей — как ее представителей [Rivkin-Fish 2005: 26–27] (см. также: [Field 1967; 1988; Романов, Ярская-Смирнова 2013]). В системе родовспоможения женщина должна была беспрекословно подчиняться профессионалам, следовать указаниям и назначениям специалистов того роддома, в который ее доставила скорая помощь. Подготовка и знания рожениц были фрагментарными, пространство выбора ограничено или отсутствовало. Некоторые женщины пытались организовать доступ к врачам и персонифицировать отношения с ними через родственно-дружеские сети, «по блату» [Rivkin-Fish 2005: 152–178].

Современные женщины (информантки) рассказывают об опыте своих матерей и бабушек, который выступает для них негативной референцией. Они описывают как неприемлемые для себя и негуманные правила закрытого для посторонних роддома, для которого характерны стандартизация и деперсонализация обслуживания, многоместные палаты, частая нехватка мест и использование коек в коридоре, пренебрежение потребностями пациенток и грубость специалистов по отношению к роженицам. Роды в советских учреждениях здравоохранения в описании информанток напоминают конвейер, бытовой комфорт отсутствует, муж не может присутствовать при родах, посещения ограничиваются. В последнее десятилетие система родовспоможения, как и отношение к родам, изменилась достаточно существенно. Информантки полагают, что старшее поколение находилось в иных условиях, которые уже не отвечают современным требованиям представителей российского среднего класса. Оплата родов — один из способов изменить ситуацию. Однако для того чтобы условия родовспоможения

удовлетворяли возросшим требованиям, недостаточно просто оплатить услуги в родильном доме. Оплата сама по себе, с точки зрения информанток, еще не гарантирует качественной заботы. Чтобы ее обеспечить, они должны проделать большую работу по подготовке и организации родов.

5. Выбор медицинских услуг как *исследовательский процесс*

Будущие матери, скрупулезно осуществляя выбор услуг родовспоможения, не только определяют свои предпочтения, сравнивают цены и уровень сервиса, делают выбор и несут за него ответственность, как это предписывается абстрактному потребителю, но и проводят гораздо более сложную работу по сбору, оценке и анализу информации, формируют свое понимание качества помощи и способов ее достижения. Многие их действия имеют сходство с *исследовательским проектом*: они стараются разобраться в системе родовспоможения, ее институтах и агентах, целенаправленно собирают и анализируют разностороннюю информацию о родильных домах, врачах и акушерках, изучают конкретные истории родов, описанные другими женщинами, на основании тщательного сбора и анализа информации выбирают учреждение, врача и/или акушерку, палату в послеродовом отделении и услуги из спектра, предоставляемого роддомом. Женщины (иногда совместно с партнерами или родственниками) проводят серьезное «исследование» предложения на особом рынке, символически связанном с «хорошим материнством» и выстраиванием гендерной идентичности. Они действуют как рациональные агенты / рефлексивные индивиды, осуществляющие потребительские практики, ставящие цели и реализующие их с учетом существующих ограничений [Giddens 1991].

Как же конкретно действуют женщины в роли потребителя платных услуг родовспоможения? Далее я использую аналогию с исследовательским проектом, чтобы понять, как женщины создают знание и применяют его для достижения цели.

Будущие матери — и в этом их сходство с социологом-качественником — вырабатывают дизайн проекта полевого исследования¹:

- ставят вопрос о том, как обеспечить качественную медицинскую помощь в родовспоможении, определяют критерии оценки такой помощи;
- собирают данные, необходимые для достижения цели;

¹ Под исследовательским дизайном понимается план сбора и анализа данных, который позволит исследователю ответить на поставленные вопросы [Flick 2009: 128].

- проверяют данные, используют множественные источники, осуществляют триангуляцию;
- осмысливают пределы генерализации данных;
- строят многоступенчатый отбор своего рода целеориентированной выборки;
- выстраивают мини-теорию достижения качественной помощи.

Метафора, которую я использую для описания совокупности практик, — *исследование* — является не столько отрицанием, сколько развитием метафоры *шопинга*. Взгляд на совокупность практик через *исследовательскую* оптику позволяет рассмотреть нюансы осуществления выбора образованным городским классом, который хочет получить высокое качество медицинской помощи и контролировать его. Не каждый выбор медицинских услуг (даже платных) обязательно становится *исследованием*, но классово-гендерно маркированная организация родов оказывается именно таким случаем. Общество потребления диктует понимание граждан как ответственных потребителей, их «респонсификацию», т.е. вменяет им индивидуальную ответственность. В российском обществе получает распространение неолиберально-консьюмеристская идеология интенсивного материнства, согласно которой *ответственная мать* вкладывает максимальные эмоциональные и материальные ресурсы в благополучие ребенка [Utrata 2015; Годованная, Темкина 2017], опирается на экспертное знание и активно потребляет рыночные товары и услуги. Организация родов становится способом конструирования практик и идентичности «хорошей матери», которая не только вкладывает в роды значительные ресурсы, но и, делая информированный выбор, осуществляет *исследование* для достижения своих целей. Другая причина того, что именно при организации платных родов активно задействуются «исследовательские процедуры», связана с нехваткой доверия к родовспоможению, которое продолжает восприниматься многими женщинами как угроза благополучию младенца и их самих.

Цель будущих матерей, входящих во взаимодействие с системой и приступающих к ее изучению, до известной степени сходна с целью прикладных исследований и заключается в получении конкретного практического результата — достижения хорошего качества медицинской помощи. Женщина хочет сохранить собственное здоровье и благополучно родить здорового ребенка, играя роль ответственного потребителя услуг и осуществляя практики интенсивного материнства. Для достижения этой цели будущим матерям, как исследователям-полевикам, приходится осуществлять навигацию в незнакомой или малознакомой сфере жизни — в определенном сложно

устроенном социальном поле. В нем функционируют многочисленные игроки (акушеры, акушерки, анестезиологи-реаниматологи, анестезистки, неонатологи, педиатры, медицинские сестры, интерны, родственники, администраторы, а также психологи, доулы, консультанты и пр.) и институты (родильные дома — при учебных и научно-исследовательских учреждениях, специализированные, наблюдательные; перинатальные центры, поликлинические отделения в роддомах, родильные отделения многопрофильных больниц, центры акушерского ухода, курсы по подготовке к родам и пр.). В этом социальном поле, как и в любом другом, существуют свои формальные и неформальные правила (в том числе оплаты сервиса), в нем задействованы ресурсы и системы знания, создаются и поддерживаются иерархии, ценности и отношения власти. Информантки, с которыми проводились интервью, пытаются разобраться в правилах этого поля, для того чтобы сделать осознанный выбор, они не хотят, вызвав скорую помощь, оказаться в неизвестном им роддоме в буквальном смысле *в руках* неизвестных специалистов. Поэтому они, как ответственные матери и потребители, создают свою систему знания, которая помогает сориентироваться в российской системе родовспоможения.

«Сбор данных»

Рассмотрим более подробно основные способы сбора сведений информантками и оценку их надежности. К основным каналам относятся, во-первых, использование «сарафанного радио», во-вторых, сбор информации у профессионалов, в-третьих, изучение онлайн-источников и онлайн-коммуникация с другими женщинами и, в-четвертых, ориентация на собственное опытное знание¹.

«Сарафанное радио»² поставляет практическое знание. На этот источник устной информации о личном опыте родов ссылаются и женщины, и медицинские работники. Релевантным представляется мнение подруг, родственниц и близких знакомых. Информантка рассказывает, что она «выбрала [роддом и врача] по совету двух подруг, потому что рожали именно здесь, и все понравилось... И очень довольны, за вторым только к ней, только сюда» (№ 26). Женщины, которые оценивают свой опыт положительно, рассказывают о нем подругам, врачам в женских

¹ Подобные каналы используют не только те женщины, которые оплачивают роды, однако в данном случае диапазон возможностей выбора существенно расширяется. Женщины ищут надежного врача в «хорошем» роддоме, осознавая, что такие условия выполнимы только в случае оплаты.

² Согласно фразеологическому словарю, слухи, сплетни, передаваемые из уст в уста <<http://phraseology.academic.ru/>>.

консультациях, преподавателям и слушательницам курсов по подготовке к родам и пр. Так же поступают и те, кто остался недовольным ведением родов¹. Информация по личным сетям распространяется от одного агента к другому, собираются и транслируются сведения о том, как происходили роды в конкретном роддоме, с конкретным врачом и/или акушеркой. «Сарафанное радио» создает и поддерживает репутацию врачей, преломляющуюся через субъективный опыт женщин. Это подтверждают и медицинские работники, которые считают, что постоянный поток платных клиентов зависит в первую очередь от создаваемой и поддерживаемой репутации в социальных сетях (он- и офлайн). Однако такое знание не считается надежным, признаются его субъективность и ситуативность. Оно рассматривается как отражающее разные потребности и опыт женщин, аналогично знанию потребителей, осуществляющих шопинг, который также включает в себя элементы исследования. «Хорошо, когда есть, там, подруги рожавшие, там, коллеги. Вот это, я считаю, очень хорошие рекомендации. Но, с другой стороны, то же самое, как отдых в отеле. Для кого-то еда разнообразная, для кого-то разнообразная. То есть это все, конечно, тоже индивидуально. Для кого-то врач плохой, для кого-то хороший» (№ 2). Информантка подчеркивает субъективность опыта родов и разные потребительские предпочтения, сопоставляя медицинский сервис с туристическим, в котором трудно определить «объективные критерии».

Другой канал повышения осведомленности будущих матерей — коммуникация с медицинскими работниками, т.е. ориентация на *профессиональное знание*. Это знание считается наиболее надежным и достоверным, к нему относится информация, получаемая от профессионалов в женских консультациях, различных медицинских организациях, личных социальных сетях, на курсах подготовки к родам². Врачи

¹ В качестве причин неудовлетворенности отмечают недостаток внимания или грубость со стороны врачей, сестер или акушерок; отказ специалистов отвечать на вопросы и объяснять производимые действия; избыточное или недостаточное медицинское вмешательство; неправильно, с точки зрения матерей, принятые врачами решения или неверные действия во время родов; смена дежурных бригад в процессе родов, избыточное или недостаточное количество медицинских работников; плохие бытовые условия (отсутствие в палатах туалета и душа, нехватка мест в палатах или переполненные палаты, питание низкого качества); наличие в родильном зале других рожениц; невозможность для мужа присутствовать при родах; невозможность находиться вместе с младенцем после родов и пр. Наиболее ярко эти и другие недовольства озвучены во флешмобе #насилие_в_родах <https://vk.com/humanize_birth>.

² Особым каналом повышения осведомленности являются курсы подготовки к родам. На них женщины овладевают знаниями в области физиологии родов, техник дыхания, физиологии новорожденного, грудного вскармливания и ухода за новорожденным, психологии развития и пр. В интервью информантки оперируют медицинским жаргоном, описывая свое состояние во время беременности и родов, используемые медицинские технологии и препараты, объясняя физиологические особенности процесса и пр. «Женщина должна знать, что такое роды, знать этапы родов, предвестни-

и другие медицинские работники — «знающие люди» — предстают как носители экспертного профессионального знания, которое вызывает наибольшее доверие. Чем более персонафицированы отношения с врачом, тем больше доверия к его мнению испытывают потенциальные или актуальные пациентки. Некоторые женщины во время беременности параллельно с бесплатной женской консультацией наблюдаются в частных клиниках, у врача, которого они считают «своим» или с которым есть предварительная договоренность о ведении не только беременности, но и родов. Женщины учитывают все мнения, сопоставляя их при принятии решений. «Многие вопросы, которые возникали, я задавала врачу в консультации. И непосредственно врачу, с которым планировала рожать. Чтобы получить хорошее, четкое мнение получить у знающего человека» (№ 2).

Если в личных сетях есть знакомые врачи, то с большой вероятностью их мнение будет учитываться, а их связи использоваться. «Я из медицинской семьи, мы знали, что есть очень хороший доктор, заведующий родилкой... просто известно, что он хороший доктор» (№ 1). Профессиональный статус, оценка репутации, с одной стороны, и личные рекомендации — с другой, позволяют рассчитывать на медицинскую помощь высокого качества.

Третий путь сбора информации — это обращение к социальным медиа, а именно к официальным сайтам родильных домов (информация о ценах, услугах, специалистах, отзывы пациентов), онлайн-рейтингам и различным форумам родителей¹, своего рода *сетевое знание*. Некоторые информантки являлись активными участницами онлайн дискуссий: «Я сидела на форуме. Есть такой форум “Littleone”, я была такой ненормальной беременной, обсуждала все с такими же беременными. Вот и многие говорят... — там уже бывалые мамочки — что лучше» (№ 2). На форумах обсуждается опыт родов с конкретными врачами и акушерками, стоимость и способы оплаты, уровень комфортности, различные проблемы и способы их решения. Будущие матери, осуществляя онлайн шопинг, сравнивают цены и условия: «Я сравнила несколько

ки, чтобы не было для нее [неожиданностей]. Чтобы она умела вести себя. Мы всегда боимся неизвестности. [Хорошо,] когда ты знаешь, что с тобой происходит, когда ты знаешь, что делать, когда ты знаешь, как себя обезболить дыханием, когда ты знаешь, когда пойти в душ, где погорячее воду сделать, где массажик поясницы» (№ 4). Контроль неизвестности включает освоение новых знаний, которые касаются течения родов и понимания происходящего. Однако эта сторона «непрофессионального экспертного знания» — предмет отдельного исследования.

¹ Чаще всего упоминались “Littleone” — сайт питерских родителей <<http://www.littleone.ru>>, «Бэбблог» — клуб современных мам и тех, кто планирует ими стать <<https://www.babyblog.ru>>, «МАМА.ru» — родительский форум на медпортале <www.mama.ru>.

мест... с похожими условиями, чтобы и с мужем, и отдельно, и с хорошими отзывами. Мы же теперь всегда отзывы про все читаем... И по деньгам там, на самом деле, получалось... более-менее одинаково, потому что мне делали скидку за то, что я там наблюдалась» (№ 6). Информантка читала разные отзывы, сравнивала условия и цены сервиса в роддомах, возможность присутствия мужа¹, она также учла скидки, которые ей предоставили.

Женщины подробно изучают опыт других женщин, их оценки и советы на форумах. Такой канал сбора информации — модернизированная форма «сарафанного радио» — информантки считают наиболее доступным, но наименее надежным. Источники зачастую не персонифицируются, трудно определить перспективу, из которой пишущие видят и оценивают проблему. Информация, предоставляемая в сетях, всегда преломляется через чью-то позицию и опыт, и наши информантки отдают себе в этом отчет: «Интернет, конечно, хорошо. Но кто там что пишет, неясно. Этому доверять до конца нельзя... Потому что сейчас есть и белые, и черные отзывы. Доверять неизвестно чьим отзывам слепо нельзя» (№ 2). Женщины сомневаются в надежности и качестве неперсонифицированных источников в интернете, при принятии решения их используют только в сопоставлении с другими, более надежными, такими как официальные сайты роддомов. Однако на сайтах информация также может быть искажена, например если модератор размещает там только положительные отзывы.

Еще один способ получения знаний для принятия максимально осведомленного решения — опора на собственный опыт. В случае если женщина удовлетворена предыдущими родами, для рождения следующего ребенка она возвращается к уже знакомому специалисту, который выступает в качестве надежного проводника в системе. Собственный опыт — важнейшая система референции, относительно которой женщины формируют свои запросы, в том числе решают, что им необходим другой подход, если в прошлый раз ведение родов их не устроило или потребовало слишком больших затрат. Неудовлетворенность медицинской помощью в предшествующих родах становится важной мотивацией поиска новых, более оптимальных возможностей.

Итак, будущие матери прилагают усилия для того, чтобы расширить запас знаний о возможностях организации родов, опи-

¹ По закону отец ребенка или другой родственник может присутствовать на родах бесплатно (см. сноску 2 на с. 207). Однако фактически роддома, как правило, требуют для этого оплатить отдельный родильный зал.

раясь на профессиональные рекомендации и опыт близких и дистанцированных от них женщин. В процессе сбора данных, таким образом, формируется определенная совокупность практического, экспертного, сетевого и опытного знания.

«Достоверность, триангуляция и пределы генерализации данных»

Информантки прикладывают усилия для проверки достоверности и надежности собираемых данных, целенаправленно сопоставляют информацию из разных источников. Они пополняют запасы знаний в разных институциональных контекстах, релевантных этой задаче, — в женских консультациях, медицинских центрах, в роддомах на днях открытых дверей, на курсах подготовки к родам, в социальных сетях и пр. Триангуляция данных и методов их сбора позволяет не только валидировать данные, но и продолжать их обогащение и детализацию в процессе производства знаний и выстраивания объяснительной модели [Denzin 1989; Flick 2009: 444–445].

Информантка рассказывает: «Две мои самые близкие подруги как раз до этого родили детей, и я от них очень многое почерпнула. Плюс интернет нам в помощь, плюс врач, у которого я потом рожала. Она собственно и рассказывала, что лучше делать, а что лучше не делать... Есть отзывы. И в интернете есть. Вот по сарафанному радио, скажем так, и потому что подруги действительно очень близкие, и я знала об их беременности от и до» (№ 4). Ориентация на совокупность источников позволяет женщинам считать свое знание достаточно полным или по крайней мере достаточным для принятия решений.

Другая информантка, Ольга, рассказала о своем детальном плане действий: «Я, во-первых, спрашивала всех, кто рожал, и рожал платно в том числе. Я спрашивала про их роды, про их врачей. Потом всех этих врачей я выписывала и читала про них отзывы. Потом я <...> записывалась на прием к нескольким хорошим врачам, у них спрашивала советы, в какой роддом лучше идти или, может быть, к какому врачу обратиться? <...> мне несколько врачей <...> хорошо сказали, к кому очень советуют идти. И я опять же стала читать разные отзывы, почитала отзывы и... сделала соответствующий вывод и пошла к ней» (№ 9). Ольга собирала сведения у своих знакомых, которые рожали недавно, и составила список рекомендуемых ими врачей. После этого она прочитала отзывы про этих врачей на сайтах. На следующем этапе — записалась на прием к нескольким врачам и выяснила их мнение, еще раз прочитала отзывы и приняла окончательное решение о выборе акушера.

В процессе триангуляции не только повседневное знание сопоставляется с экспертным, но и мнения одних экспертов проверяются мнением других, а затем опять обращением к повседневному опыту. Ольга продолжает рассказывать об организации родов: «Когда, например, к своему врачу пришла, у меня было порядка, там, двадцати вопросов, которые... Ну, я на самом деле ко всем так врачам ходила, задавала вопросы» (№ 9). Многие женщины, хотя и необязательно с такой тщательностью и доскональностью, как Ольга, формулируют вопросы, на которые хотят получить ответы при посещении роддомов и в беседах с представителями разных профессиональных групп и своего социального окружения.

Приведу еще один пример. На вопрос, как она осуществляла выбор, информантка рассуждает о «доверии к источникам» и критическом отношении к ним: «Доверяю, ну, может быть, мнению близких тоже... Но тоже так... не сто процентов. То есть, конечно, их я тоже мнение спрашиваю <...> я понимаю, что с нашей медициной нужно все время дублировать. И то, что платность, она ничем тебя не спасает. То есть, ну... самое главное — попасть к знакомому врачу. Чтобы он был порекомендован, причем желательно какими-то прямо совсем близкими людьми. Родственниками, например» (№ 28). Любую информацию, в том числе исходящую из медицинских учреждений, с ее точки зрения, нужно проверять. Медицинская информация считается не вполне надежной, оплата не является панацеей, гарантию добросовестного отношения можно получить, обращаясь либо к знакомым врачам (они же «близкие люди»), либо к врачам, имеющим подтвержденную высокую репутацию.

Будущие матери отдают себе отчет в том, что информация в некоторых источниках (особенно на форумах) субъективна и зависит от позиции конкретной женщины, описывающей и оценивающей ситуацию и свой опыт. Осознание субъективности, в основе которой находится личный опыт и личная перспектива, отсылает нас к критике объективного знания и эпистемологическому «позиционированию». В рамках его процесс и результаты производства знания считаются зависимыми от социальной позиции, а повседневное знание, которое производят женщины, не считается менее привилегированным, чем научное знание, представленное в качестве гендерно нейтрального [Harding 1987].

Однако и у повседневного знания нет привилегированной позиции, информантки постоянно в нем сомневаются. Как они отмечают, доверять опыту других можно, только относясь к нему критически. Вернемся еще раз к рассказу Ольги, которая подчеркивает различие потребностей и приоритетов у разных жен-

щин и субъективность восприятия качества медицинской помощи. «Я выписывала имена всех врачей, которые меня интересуют, читала отзывы, ставила плюс-минус, плюс, плюс... Смотря какие отзывы попадались. Но все равно, допустим, попадаются отзывы даже плохие, например <...> Не знаю, я читала, мне кажется, я представляла примерно, какой человек это писал и... ну, насколько для меня... насколько это обоснованно выглядит. То есть если он написал: этот врач, мне не понравилось, как он на меня посмотрел, я, там, ставлю ей двойку, — конечно, это не было для меня важным» (№ 9). Информантка критически воспринимает оценки других женщин, она считает, что приоритеты у разных людей разные, для одних, например, важным является подчеркнуто вежливый стиль общения, для других это может не иметь решающего значения.

Женщины признают также ограниченность собственного опыта и считают, что делать на его основе обобщения о состоянии медицины или о поведении врачей можно с большой осторожностью. Удачный опыт одной женщины не гарантирует успеха другой — критерии и потребности могут сильно различаться, в конкретную ситуацию могут быть привнесены дополнительные обстоятельства и пр. Информантки зачастую воздерживаются от трансляции своего опыта как образцового. На вопрос о том, что бы она могла посоветовать подругам при организации родов и выборе специалистов, женщина акцентирует внимание на тщательном изучении информации и применении ее к конкретным потребностям будущей матери: «Я бы посоветовала просто изучать эту информацию. Взвешивать для себя. Тут надо почувствовать, где будет комфортней. Кому-то комфортней вызвать скорую и поехать [в бесплатный роддом]» (№ 21). Информантки ориентируются на опыт женщин, занимающих сходные с ними классовые позиции, но и к этому опыту они относятся критически.

Наши информантки ориентированы на хорошие условия пребывания в роддоме, но понимают их по-разному. Для некоторых женщин чрезвычайно важны «комфортные условия». В эту категорию они включают возможность рожать в отдельной палате в присутствии мужа, предварительное знакомство с врачом, удобные условия в послеродовой палате — все это доступно в основном только на платной основе. Такие женщины готовы вложить максимальные деньги в оплату родов, они формулируют принцип «не экономить на родах». Другие женщины говорят, что для них важны, например, только профессионализм врача или только отдельная палата, остальное значение не имеет. Некоторые информантки, оплачивая роды, пытаются минимизировать расходы. Они хотят сэкономить деньги на другие траты, связанные с рождением ребенка, и выбирают, например, улуч-

шенное, но более дешевое послеродовое пребывание в двух- или трехместной палате (см. подробнее: [Темкина 2016]). Информантки рассказывали о своих колебаниях при обращении к платным услугам, а также о тех знакомых, которые не сочли нужным или не смогли оплатить роды (см. подробнее: [Temkina, Zdravomyslova 2018]), но отношение к ним в роддоме не отличалось от отношения к платным пациенткам. Таким образом, признается контекстуальность практического опыта, для генерализации которого есть существенные ограничения.

«Многоступенчатая выборка»

Итак, приняв решение о том, что роды будут платными, женщины выстраивают многоступенчатый целеориентированный (а не случайный) выбор услуг и их поставщиков, рассматривая возможности обращения к тому или иному учреждению и конкретному специалисту — врачу и/или акушерке.

Первый уровень отбора — выбор роддома. При выборе принимаются во внимание расположение и доступность роддома, включая территориальную¹, уровень цен, состояние здания и палат, оснащенность, возможность отца ребенка присутствовать при родах, использование обезболивания, возможность ведения «естественных родов» или родов с определенными патологиями, репутация роддома в целом и пр. Ольга рассказывает о выборе между двумя роддомами: «Девятку я рассматривала, потому что у меня там подруга рожала. Алмазова — я думала, потому что мне нравилось, что если что-то случится, то <... > ребенок будет находиться в том же учреждении, что мы сразу решили, что будет платно — это даже не [обсуждается]» (№ 9). При выборе роддома Ольга учитывала опыт подруги, с одной стороны, и репутацию перинатального центра — с другой. В начале статьи была рассказана история Ирины, которая таким же образом оценивала качество разных родильных домов.

При посещении роддома во время дня открытых дверей или консультаций информантки определяют, какое впечатление он на них производит. Женщины понимают, что условия в роддомах и действия врачей могут отличаться, и пытаются составить иерархию своих предпочтений. Они подробно выясняют детали предстоящего родоразрешения. На днях открытых дверей будущие матери и отцы засыпают персонал вопросами: они хотят получить информацию о том, как попасть в этот роддом, как оборудованы палаты, сколько в них мест, где находят-

¹ В некоторых роддомах, которые специализируются на ведении родов с определенными патологиями, ограничен прием пациенток по родовым сертификатам.

ся туалеты, как различается режим посещений в платных и бесплатных палатах, может ли присутствовать муж при родах, зависит ли применение обезболивания от оплаты, можно ли производить кесарево сечение по желанию, сколько дней женщина находится в роддоме, где находится новорожденный, обучают ли грудному вскармливанию и пр. Посетители также выясняют, когда и как заключать контракт на платное обслуживание с врачом, можно ли заранее встретиться с акушеркой, как осуществляется выбор палаты, какова ее стоимость (запись на дне открытых дверей 20.12.2014). Акушерки перечисляют вопросы, которые задают им при встрече будущие матери: «Можно ли у вас родить естественно? Как часто во время родов производится запись КТГ и можно ли при этом двигаться? Есть ли в родильной палате мяч, коврик, можно ли воспользоваться душем? Можно ли не вскрывать плодный пузырь? Можно ли отказаться от стимуляции родов? Обязательно ли рожать лежа в кресле? Обязательно ли рассекут промежность? Положат ли малыша на грудь? Как быстро пересекут пуповину? Насколько быстро малыша приложат к груди? Будут ли снимать смазку с малыша и капать ему в глазки антисептик?» [Коротких, Попова 2017: 27–28]. Эти и другие вопросы направлены на то, чтобы понять условия, в которых проходят роды и послеродовой период, чем отличаются платные и бесплатные услуги, насколько «принудительными» являются действия врачей в отношении роженицы, имеет ли женщина возможность влиять на них и пр. Такие вопросы считаются «информированными» — женщины демонстрируют не только свою заинтересованность, но и осведомленность в деталях организации родовспоможения и процесса родов. При принятии решения об оплате женщины обсуждают этот вопрос с мужем (партнером), они вместе решают, какова будет нагрузка на их семейный бюджет (подробнее см.: [Темкина 2017]).

Второй уровень отбора — выбор специалистов. Информантки изучают отзывы в интернете и рекомендации знакомых, опыт в ближайшем социальном окружении и социальных сетях, уровень цен и квалификацию врачей. Важным представляется личное взаимодействие с врачом, иногда с акушеркой. Информантки осуществляют набор различных действий по идентификации профессионализма врача, который, с их точки зрения, включает уровень владения медицинской информацией, опыт, квалификацию, стиль общения. Женщины считают, что они могут «оценить, что такое профессиональная работа» (№ 12), анализируют, что говорят врачи: «Никакого бреда не говорил, никаких рекомендаций, которые бы меня насторожили» (№ 27). Ольга рассказывает о принципах своего выбора, относя врачей к определенным «категориям»: «Если

я понимала, что этот человек <...> не будет лечить антибиотиками вещи, которые уже давно все в мире не лечат, например, ну по каким-то таким вещам я проверяла, насколько он попадает в мою категорию <...>. [Если возникнут] какие-то проблемы, она будет делать кесарево, или она будет делать вакуум, или она будет использовать щипцы — вот все вот эти вещи спрашивала» (№ 9). Ольга хочет быть осведомленной о стратегии действий врача в случае осложнений, хочет также убедиться в том, что врач не использует устаревшие методы. В результате врач категоризируется как подходящий (или не подходящий) ей специалист.

Будущие матери внимательны к деталям, они пытаются обнаружить фоновые практики — обращают внимание на то, как врач выстраивает общение, внимательно ли изучает проблему и документы, какие советы дает, как отвечает на поставленные вопросы, как организует взаимодействие с пациентами, какие дает инструкции по дальнейшим действиям. Для них важны внимание к индивидуальному случаю, способность и желание отвечать на вопросы, обеспечивать информацией и в целом способность вести диалог с пациентом. «Мы с ним очень долго, там, разговаривали.<...> Как бы, там, на равных <...> Это были такие партнерские [отношения]» (№ 1). «Когда врач тебе все объясняет... есть какой-то нормальный, внятный диалог» (№ 35). Коммуникативные навыки врача для клиенток платной медицины оказываются значимым аспектом его профессионализма.

Продолжая используемую аналогию исследования, можно сказать, что женщины создают мини-теорию, которая объясняет их устремления и стратегии действий, направленные на то, чтобы безопасно и комфортно родить ребенка, чтобы ситуация была контролируемой и ее неопределенность уменьшилась. Будущие матери не готовы «поехать в неизвестность... это не те вещи, которыми хочется рисковать» (№ 23). Для того чтобы обеспечить максимальный контроль, женщине нужны не столько «непрофессиональные экспертные» знания, касающиеся физиологии родов, сколько понимание того, как работает медицинская система и как расширяются ее возможности при условии оплаты. «Когда ты не знаешь, за что хвататься, куда бежать — это очень страшно... ужасы нашей бесплатной медицины <...> Я держала руку на пульсе очень. Я все узнавала. Все про все, потому что мне так спокойнее, я должна все понимать: что происходит и со мной, и с ребенком. И я должна всегда быть подготовлена на любой случай» (№ 6). Информантки не считают, что они смогут управлять процессом родоразрешения (см. далее), но они, как показывает последняя цитата, стараются максимально контролировать его организацию. Будущие матери создают свою теорию действия, которая проверяется

в дальнейшем практикой пребывания в институциональном контексте роддома¹. Это, однако, только одно, отрефлексированное и рационализированное измерение контроля.

6. Обеспечение «эмоциональной безопасности» и делегирование рациональности профессионалам

В описание стратегии, нацеленной на получение качественной помощи, включены различные эмоции, отсылки к интуиции и не вполне рациональные мотивы, которые не укладываются, на первый взгляд, в рамках аналитически выстроенного «исследования». Эта стратегия эмоционально мотивирована и задействует аффекты в ходе достижения цели. Информантки описывают множественные страхи и риски², их истории подготовки к родам эмоционально насыщены. Ожидая родов, будущие матери боятся боли и неизвестности, пренебрежения их потребностями, нанесения ущерба их здоровью и здоровью будущего ребенка. Женщины хотят минимизировать стресс, и оплата родов выступает одним из инструментов достижения «эмоциональной безопасности», как сформулировала одна из информанток: «Я решила, чтоб мы заплатили за мою эмоциональную безопасность в том числе» (№ 3). Многие женщины подчеркивают, что «бесплатные роды — это очень страшно... я не могла доверять такой важный момент, как рождение ребенка» (№ 6).

Собирая информацию и выбирая роддом, договариваясь с врачом, будущие матери осуществляют действия, направленные на достижение необходимого им качества помощи. Такая помощь включает аффективное изменение и в идеале предполагает минимизацию стресса и обеспечение эмоциональной поддержки роженице. Делая выбор и пытаясь контролировать обстоятельства, женщины рассчитывают на эмоциональную работу врачей и акушерок [Hochschild 1985], пытаются контролировать эмоциональное воздействие, которое осуществляют медицинские работники. Информантки подчеркивают, что необходимо «по возможности избежать каких-то хамских, каких-то тяжелых таких вещей, которые бывают в наших роддомах» (№ 4). Качественная помощь, которую они хотят получить, включает эмоциональную поддержку. «Когда ты рожает,

¹ В некоторых случаях женщины говорили о том, что допустили ошибку в своих расчетах и их ожидания не были оправданы. Иногда в конечном счете они не видели существенных различий между платным и бесплатным ведением родов. Но это темы отдельных исследований.

² Потенциальные риски разного рода переинтерпретируются ими как прямые угрозы здоровью и благополучию матери и ребенка [Alaszewski, Сохон 2009]. Об интерпретации рисков, связанных с родами, подробнее см.: [Темкина 2017].

ешь, тебе же страшно. <...> Ты все равно не знаешь, что с тобой происходит. И тебе хочется, чтобы кто-то там держал за руку» (№ 9). Потребность в том, «чтобы держали за руку», означает ожидание эмоциональной поддержки со стороны медицинского работника.

Женщины отдают себе отчет в эмоциональной нагруженности своих потребностей и в ограниченной рациональности своих действий. Принимаемое решение в контексте асимметрии знаний и власти не может быть полностью «просчитанным» и информированным. Но его всесторонняя подготовка помогает в нужный момент «включить» интуицию, опереться на опытное знание и сделать надлежащий выбор. Женщина, которая тщательно выбирала врача, объясняет, как она приняла решение:

Исслед.: *А на основании чего ты принимаешь это решение?*

Инф.: [смеется] *Не знаю. Ну какой-то интуиции. Но я все равно понимаю, что я не медик. У меня нет медицинского образования, все эти нюансы я в любом случае не просчитаю и не пойму. <...> Доверяю опыту (№ 28).*

Информантка не оспаривает привилегированный характер медицинского знания и полагает, что, поскольку у нее нет соответствующего образования, при выборе врача ей приходится опираться на интуицию¹. Такой способ выбора специалиста подтверждает и медицинский работник. Она дает будущим матерям следующий совет: «Я им всегда говорю: “Девочки, ну как мужа выбирали, ну не по совету же, ну искра пробежала — вот пробежала искра, тогда вы идете к этому врачу”» (запись на встрече по поводу данного исследования с работниками роддома 24.04.2016). «Искра» — это метафора, обозначающая некий способ действия хабитуса при установлении доверия. Такое «доверие без расчета» возникает на основе тщательного предварительно анализа, и рациональным инструментом его создания становятся интуиция и эмоции.

Выбранному врачу (в некоторых случаях акушерке) женщины готовы доверять, признавать его авторитет и делегировать управление родовспоможением, при котором врач берет на себя руководство и ответственность. Ольга, которая осуществляла тщательный предварительный поиск, рассказывает про первую встречу с акушеркой: «Когда я пришла к своему [будущему] врачу, она мне сказала: “Слушай, ты будешь слушать меня внимательно, и все у тебя будет хорошо”» (№ 9). Для

¹ Основой возникающего доверия становится «интуиция, таинственная способность, позволяющая нам почувствовать, кто достоин, а кто не достоин доверия <...> Интуиция похожа на знания, но только до размышления, а утверждение в доверии похоже на поиск информации <...> без словесного объяснения» [Штомпка 2016: 241, 242].

успешного прохождения родов, как говорили многие информантки, нужно подчиняться врачу и следовать его инструкциям: «Надо слушать то, что говорит врач... Врач плохого не посоветует... слушать и делать» (№ 2); «Главное, как я понимаю, слушаться врача, доверять» (№ 14). Ольга, рассказывая про подробности переговоров, с удивлением отмечает, что врач не поддержала ее первоначальные планы и подчеркнула, что решения будет принимать сама (№ 9). Именно этот врач оказался для нее предпочтительным.

Женщины, признавая свою «иррациональность» в момент родов и ограниченные возможности влиять на процесс, передают контроль надежному, рационально действующему профессионалу. Как говорили многие информантки, во время родов «мозг отключается, и ты уже ничего не понимаешь» (№ 26); «мозг... он отключается. И как-то в какую-то другую сторону уже начинает работать <...> ты уже как бы не принимаешь никаких решений... Про все вокруг ты забываешь думать» (№ 6). Будущие матери полагают, что они не могут в момент родов мыслить и действовать рационально, поэтому им нужна постоянная забота со стороны медицинского персонала, который контролирует происходящее. «При отключении разума» женщины становятся «нормативными» пациентками, доверяющими врачу и следующими его указаниям. Создав доверие и признав авторитет специалиста, информантки делегируют ему полномочия, контроль и «разум», т.е. способность осуществлять рациональные действия.

Что же означает установление доверия в контексте современного российского родовспоможения? Врач, который выбран на основе предварительного исследования его репутации и с которым установлен эмоциональный контакт («пробежала искра»), перестает быть деперсонифицированным элементом безликой, равнодушной и не вполне надежной государственной системы родовспоможения. Установление доверия означает, что пациентка признает авторитет и профессионализм врача и через это осуществляет контроль над ситуацией, а врач признает пациента как личность, а не объект медицинского воздействия. Если ранее аналогичным образом работал механизм «взятка — блат» [Rivkin-Fish 2005], то в условиях институционализации коммерческого сектора родовспоможения доверие может формироваться с помощью механизма официальных платных услуг. Такой «проект» отличается от простого «шопинга» (хотя и включает его элементы), в котором существует базовое доверие к оказываемому сервису. Женщины осуществляют сходную с исследованием стратегию рационального действия, используя аффекты, создавая доверие и конституируя профессионализм врачей.

Заключение

Информантки, которые приняли решение оплачивать роды, выстраивают объяснительную модель своего выбора. Они хотят получить качественную медицинскую помощь, и для этого им нужно осуществить своеобразный эмоционально нагруженный «шопинг». В этом смысле они могли бы действовать как обычные пациенты (или потребители) в контексте спроса — предложения. Однако будущие матери столь тщательно исследуют разные опции, что возникает аналогия с исследовательским проектом, который требует сбора, анализа и интерпретации данных. Почему же их практики таковы?

Подобные практики устойчиво воспроизводятся представительницами образованного среднего класса, в котором «хорошее материнство» как важнейший компонент гендерной идентичности требует постоянного вложения материальных, когнитивных и аффективных ресурсов. Метафора «исследования» позволяет показать, как женщины среднего класса — амбициозные потребители различных сервисов — пытаются «расколдовать» медицинскую систему родовспоможения, поставив по возможности «все под контроль», ориентируясь на артикулированную цель — обеспечение необходимого им качества помощи.

Доступная информация о родах неполна и субъективна, а решения принимаются в условиях неопределенности. Уровень доверия к родовспоможению остается низким, врачи продолжают восприниматься как представители бюрократической системы здравоохранения, которым невозможно доверять только на основании их профессиональной роли. «Исследования» будущих матерей направлены на то, чтобы по возможности контролировать обстоятельства и снижать неопределенность. Они собирают и сопоставляют данные, создают «теорию» получения необходимого качества медицинского обслуживания. Справляясь с неопределенностью, женщины стараются передать контроль тщательно выбранным специалистам, признав их профессионалами и оплачивая их работу. При этом осуществление выбора в ходе детального исследования системы и увеличения запаса знаний «непрофессиональными экспертами» не столько подрывает, сколько подтверждает и усиливает авторитет и профессиональную власть конкретных врачей, а возможность обеспечить качественную профессиональную помощь поддерживает гендерную идентичность «хорошей матери» среднего класса.

Благодарности

Я благодарю за помощь в осуществлении проекта и комментарии Екатерину Бороздину, Елену Здравомыслову, Викторию Кузнецову, Анастасию Новкунскую, Мишель Ривкин-Фиш, Марину Хаккарайнен, Лори Эссиг, Мэри Кулмала, а также участников проекта, моих коллег, женщин, врачей и акушеров, которые согласились рассказать нам о своем опыте. Проект получил завершение во время стажировки в Александровском институте Университета Хельсинки в 2017 г. Большая благодарность анонимным рецензентам «Антропологического форума» за ценные комментарии.

Библиография

- Бороздина Е.А.* Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода) // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3. С. 413–428. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2950>>.
- Гладарев Б., Цинман Ж.* Дом, школа, врачи и музеи: потребительские практики среднего класса // Здравомыслова Е., Роткирх А., Темкина А. (ред.). Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. СПб.: Изд-во Европ. ун-та в Санкт-Петербурге, 2009. С. 189–221.
- Годованная М., Темкина А.* «Мать ты навечно, но и художница — всегда»: творчество в условиях интенсивно-расширенного материнства // *Laboratorium: Russian Review of Social Research*. 2017. Вып. 9. № 1. С. 30–61.
- Здравомыслова Е., Темкина А.* «Врачам я не доверяю, но...»: преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здравомыслова Е., Темкина А. (ред.). Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сб. ст. СПб.: Изд-во Европ. ун-та в Санкт-Петербурге, 2009. С. 179–210.
- Коротких Е., Попова В.* Платные роды: ожидания пациенток и особенности взаимодействия с акушеркой // Бороздина Е., Темкина А. (ред.). Меняющееся родовспоможение: взгляд акушеров и социологов: Сб. препринтов. СПб.: Изд-во Европ. ун-та в Санкт-Петербурге, 2017. С. 24–30.
- Новкунская А.* Институционализированная фрагментация заботы в российском родовспоможении // Бороздина Е., Здравомыслова Е., Темкина А. (ред.). Социальная забота: профессии и институты: Сб. ст. СПб.: Изд-во Европ. ун-та в Санкт-Петербурге, 2018 (в печати).
- Романов П., Ярская-Смирнова Е.* Власть знания и общественные интересы: профессионалы в государстве благосостояния // Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.). Профессии социального государства. М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ, 2013. С. 91–115.
- Темкина А.* Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // *Социология власти*. 2016. № 1. С. 76–106.
- Темкина А.* «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и па-

- циентка // Экономическая социология. 2017. Вып. 18. № 3. С. 14–53.
- Штомпка П.* Доверие — основа общества. М.: Логос, 2016. 448 с.
- Alaszewski A., Coxon K.* Editorial: Uncertainty in Everyday Life: Risk, Worry and Trust // *Health, Risk and Society*. 2009. Vol. 11. No. 3. P. 201–207.
- Armstrong D.* The Subject and the Social in Medicine: An Appreciation of Michel Foucault // *Sociology of Health and Illness*. 1985. Vol. 7. No. 1. P. 108–117.
- Collyer F.M.* Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012. VIII, 325 p.
- Denzin N.* The Research Act. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989. 306 p.
- Field M.G.* Soviet Socialized Medicine: An Introduction. N.Y.: Free Press, 1967. 231 p.
- Field M.G.* The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional // *The Milbank Quarterly*. 1988. Vol. 66. P. 182–201.
- Flick U.* An Introduction to Qualitative Research. 4th ed. L.: Sage, 2009. 528 p.
- Fox N.J., Ward K.J., O'Rourke A.J.* The “Expert Patient”: Empowerment or Medical Dominance? The Case of Weight Loss, Pharmaceutical Drugs and the Internet // *Social Science and Medicine*. 2005. Vol. 60. No. 6. P. 1299–1309.
- Giddens A.* Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press, 1991. 256 p.
- Graham H., Oakley A.* Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy // Roberts H. (ed.). *Women, Health and Reproduction*. L.; Boston: Routledge; Kegan Paul, 1981. P. 50–74.
- Hardey M.* Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenge to Expertise // *Sociology of Health and Illness*. 1999. Vol. 21. No. 6. P. 820–835.
- Harding S.* (ed.). *Feminism and Methodology*. Milton Keynes: Open University Press, 1987. 193 p.
- Hays Sh.* The Cultural Contradictions of Motherhood. New Haven: Yale University Press, 1996. 252 p.
- Hochschild A.* The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley, CA: University of California Press, 1985. 326 p.
- Lupton D.* Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter // *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 45. No. 3. P. 373–381.
- Nettleton S., Burrows R.* E-scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health // *Critical Social Policy*. 2003. Vol. 23. No. 2. P. 165–185.
- Parsons T.* The Social System. N.Y.: The Free Press, 1951. 506 p.
- Prior L.* Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology // *Sociology of Health & Illness*. 2003. Vol. 25. Silver Anniversary Issue. P. 41–57.

- Rivkin-Fish M.* Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005. 253 p.
- Shaw J., Baker M.* Expert Patient: Dream or Nightmare? // *British Medical Journal*. 2004. No. 328. P. 723–724.
- Skeggs B.* Class, Self, Culture. L.; N.Y.: Routledge, 2004. 226 p.
- Temkina A.* Russian Middle-Class Intimacy and Family: The Life Project and Its Constraints // Jõesalu K., Kannike A. (eds.). *Cultural Patterns and Life Stories*. Tallinn: Tallinn University Press, 2016. P. 305–330.
- Temkina A., Zdravomyslova E.* Responsible Motherhood, Practices of Reproductive Choice and Class Construction in Contemporary Russia // Attwood L., Schimpfössl E., Yusupova M. (eds.). *Gender and Choice after Socialism*. L.: Palgrave Macmillan, 2018. P. 161–186.
- Utrata J.* Women without Men: Single Mothers and Family Changes in the New Russia. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2015. 288 p.
- Zadoroznyj M.* Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth // *Sociology of Health and Illness*. 1999. Vol. 21. No. 3. P. 267–289.
- Zadoroznyj M.* Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters // *Journal of Sociology*. 2001. Vol. 37. No. 2. P. 117–139.

Mother-to-Be as a *Field Researcher*: The Strategies of Private Obstetrics Provision in Urban Russia

Anna Temkina

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
temkina@eu.spb.ru

In this article I discuss practices of urban middle class women who pay for childbirth in maternity hospitals. I use the metaphor of “research project” in order to understand how mothers-to-be implement and justify their choice. Making consumerist choice, women conduct “research” in the field of maternity care which has some similarities with the procedures of a sociological project. Women formulate goals, collect and analyze data, and construct a “grounded theory” of “good health care”. They conceptualize the quality of maternity care's system and define whom they could trust in this system. These are the practices of educated urban middle class in Russia who incorporate “good intensive motherhood” in their lifestyle and gender identity. In line with the description of intensive motherhood, young women try to control childbirth investing economic, cognitive and affective resources. Using multiple resources women try to disenchant the medical system, identifying those

institutions and actors (obstetricians and midwives) who could provide them with “good care”. However, when a choice is made on the basis of detailed “research”, mothers-to-be delegate control to professionals, and by this prove their identity as a good responsible mothers.

Keywords: mother-to-be, childbirth, trust, fee-for service medical care, Russia, doctors — patients, professionalism, control.

Acknowledgments

I am grateful for the help to Ekaterina Borozdina, Elena Zdravomyslova, Viktoria Kuznetsova, Anastasia Novkunskaia, Michele Rivkin-Fish, Marina Hakkarainen, Laurie Essig, Meri Kulmala as well as participants of the project, my colleagues, women, doctors and midwives, who agreed to tell us about their experience. Project was finalized during the fellow visit to Aleksanteri Institute, University of Helsinki in 2017. My great thanks to the anonymous reviewers of the journal *Forum for Anthropology and Culture* for valuable comments.

References

- Alaszewski A., Coxon K., ‘Editorial: Uncertainty in Everyday Life: Risk, Worry and Trust’, *Health, Risk and Society*, 2009, vol. 11, no. 3, pp. 201–207.
- Armstrong D., ‘The Subject and the Social in Medicine: An Appreciation of Michel Foucault’, *Sociology of Health and Illness*, 1985, vol. 7, no. 1, pp. 108–117.
- Borozdina E. A., ‘The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of Center for Midwifery Care’, *The Journal of Social Policy Studies*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 413–428. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2949>>.
- Collyer F. M., *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012, viii, 325 pp.
- Denzin N., *The Research Act*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989, 306 pp.
- Field M. G., *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*. New York: Free Press, 1967, 231 pp.
- Field M. G., ‘The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional’, *The Milbank Quarterly*, 1988, vol. 66, pp. 182–201.
- Flick U., *An Introduction to Qualitative Research*. 4th ed. London: Sage, 2009, 528 pp.
- Fox N. J., Ward K. J., O’Rourke A. J., ‘The “Expert Patient”: Empowerment or Medical Dominance? The Case of Weight Loss, Pharmaceutical Drugs and the Internet’, *Social Science and Medicine*, 2005, vol. 60, no. 6, pp. 1299–1309.
- Giddens A., *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press, 1991, 256 pp.

- Gladarev B., Tsinman Zh., 'Dom, shkola, vrachi i muzei: potrebitelskie praktiki srednego klassa' [A Home, a School and a Museum: Consumer Practices of the Middle Class], Zdravomyslova E., Rotkirkh A., Temkina A. (eds.), *Novyy byt v sovremennoy Rossii: gendernye issledovaniya povsednevnosti* [New Way of Life in Russia: Gender Research of Everyday Life]. St Petersburg: European University at St Petersburg Press, 2009, pp. 189–221. (In Russian).
- Godovannaya M., Temkina A., "‘Mat ty navechno, no i khudozhnitsa — vseгда’": tvorchestvo v usloviyakh intensivno-rasshirenogo materinstva' ["You Are a Mother Forever, but an Artist for Good, As Well"]: Creative Work in the Context of Intensive-Extensive Mothering], *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, 2017, vol. 9, no. 1, pp. 30–61. (In Russian).
- Graham H., Oakley A., 'Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy', Roberts H. (ed.), *Women, Health and Reproduction*. London; Boston: Routledge; Kegan Paul, 1981, pp. 50–74.
- Hardey M., 'Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenge to Expertise', *Sociology of Health and Illness*, 1999, vol. 21, no. 6, pp. 820–835.
- Harding S. (ed.), *Feminism and Methodology*. Milton Keynes: Open University Press, 1987, 193 pp.
- Hays Sh., *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press, 1996, 252 pp.
- Hochschild A., *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley, CA: University of California Press, 1985, 326 pp.
- Korotkikh E., Popova V., 'Platnye rody: ozhidaniya patsientok i osobennosti vzaimodeystviya s akusherkoj' [Paid Childbirth: Patients' Expectations and Relationships with a Midwives], Borozdina E., Temkina A. (eds.), *Menyayushcheesya rodovspomozhenie: vzglyad akusherok i sotsiologov* [Changes in Childbirth: Midwifery and Sociological Perspectives]: Preprint collection. St Petersburg: European University at St Petersburg Press, 2017, pp. 24–30. (In Russian).
- Lupton D., 'Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter', *Social Science and Medicine*, 1997, vol. 45, no. 3, pp. 373–381.
- Nettleton S., Burrows R., 'E-scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health', *Critical Social Policy*, 2003, vol. 23, no. 2, pp. 165–185.
- Novkunskaia A., 'Institutsionalizirovannaya fragmentatsiya zaboty v rossiiskom rodovspomozhenii' [Institutionalized Fragmentation of Care in Childbirth in Russia], Borozdina E., Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.), *Sotsialnaya zabota: professii i instituty* [Social Care: Professions and Institutions]: Collection of articles. St Petersburg: European University at St Petersburg Press, 2018 (in print). (In Russian).
- Parsons T., *The Social System*. New York: Free Press, 1951, 506 pp.
- Prior L., 'Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology', *Sociology of Health and Illness*, 2003, vol. 25, Silver Anniversary Issue, pp. 41–57.

- Rivkin-Fish M., *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005, 253 pp.
- Romanov P., Yarskaya-Smirnova E., 'Vlast znaniya i obshchestvennye interesy: professionally v gosudarstve blagosostoyaniya' [Power of Knowledge and Public Interests: Professionals in the Welfare State], Romanov P., Yarskaya-Smirnova E. (eds.), *Professii sotsialnogo gosudarstva* [Social Workers Professions of the Welfare State]. Moscow: Variant; Center for Social Policy and Gender Studies, 2013, pp. 91–115. (In Russian).
- Shaw J., Baker M., 'Expert Patient: Dream or Nightmare?', *British Medical Journal*, 2004, no. 328, pp. 723–724.
- Sztompka P., *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Znak, 2007, 424 ss.
- Skeggs B., *Class, Self, Culture*. London; New York: Routledge, 2004, 226 pp.
- Temkina A., 'Oplachivaemaya zabota i bezopasnost: chto prodatsya i pokupaetsya v roditelnykh domakh?' [Paid Care and Safety: What Is on Purchase in Maternity Hospitals?], *Sotsiologiya vlasti*, 2016, no. 1, pp. 76–106. (In Russian).
- Temkina A., 'Russian Middle-Class Intimacy and Family: The Life Project and Its Constraints', Jöesalu K., Kannike A. (eds.), *Cultural Patterns and Life Stories*. Tallinn: Tallinn University Press, 2016, pp. 305–330.
- Temkina A., "'Ekonomika doveriya" v platnom segmente rodovspomozheniya: gorodskaya obrazovannaya zhenshchina kak potrebitel i patsientka ["Economy of Trust" in Commercial Obstetric Care: Educated Urban Women as Consumers and Patients], *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, 2017, vol. 18, no. 3, pp. 14–53. (In Russian).
- Temkina A., Zdravomyslova E., 'Responsible Motherhood, Practices of Reproductive Choice and Class Construction in Contemporary Russia', Attwood L., Schimpfössl E., Yusupova M. (eds.), *Gender and Choice after Socialism*. London: Palgrave Macmillan, 2018, pp. 161–186.
- Utrata J., *Women without Men: Single Mothers and Family Changes in the New Russia*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2015, 288 pp.
- Zadoroznyj M., 'Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth', *Sociology of Health and Illness*, 1999, vol. 21, no. 3, pp. 267–289.
- Zadoroznyj M., 'Birth and the "Reflexive Consumer": Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters', *Journal of Sociology*, 2001, vol. 37, no. 2, pp. 117–139.
- Zdravomyslova E., Temkina A., "'Vracham ya ne doveryayu, no...": preodolenie nedoveriya k reproduktivnoy meditsine' ["I Don't Trust Doctors, but...": Establishing Trust in Reproductive Medicine], Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.), *Zdorovye i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine]. St Petersburg: European University at St Petersburg Press, 2009, pp. 179–210. (In Russian).