

Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина  
**«ВРАЧАМ Я НЕ ДОВЕРЯЮ», НО...  
ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДОВЕРИЯ  
К РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ<sup>1</sup>**

### Введение

С 1990-х годов в России произошли существенные реформы в здравоохранении, связанные с экономическими трансформациями и попытками выхода из демографического кризиса. Для пациентов это означало формирование новых возможностей и выбора, но одновременно и растущее неравенство в доступе к квалифицированной медицинской помощи. В 2000-е годы изменяются оценки и практики в отношении обеспечения репродуктивного здоровья. Женщины становятся более требовательными, более информированными, они ориентируются на планирование семьи, в том числе на использование эффективной контрацепции, и на качественное медицинское обслуживание. Для этого они осуществляют различные стратегии и используют разнообразные ресурсы, включающие экспертное знание.

Обеспечение репродуктивного здоровья сталкивается с проблемой недоверия к врачам и к медицинским институтам. Этот вопрос широко исследуется в социологии, начиная с классических работ Т. Парсонса

---

<sup>1</sup> Авторы благодарят Х. Балцера, М. Ривкин-Фиш, А. Вакру, а также анонимных рецензентов за полезные комментарии. Мы признательны всем нашим коллегам, которые принимали участие в данном проекте, — Д. Александрову, Е. Ангеловой, П. Аронсон, О. Бредниковой, А. Величко, Н. Нартовой, Д. Одинцовой, О. Снарской, Ж. Черновой, Ж. Цинман, О. Шек, Н. Яргомской. Первую версию этой статьи см.: Temkina A. and Zdravomyslova E. (2008). Patients in Contemporary Russian Reproductive Health Care Institutions. Strategies of Establishing Trust, *Demokratizatsiya*, vol. 3, N 3, p. 277–293. Данная версия готовилась в рамках Special & Extension Program (CEU).

(см.: Freidson 1970; Lupton 1995, 2004; Scambler and Britten 1995; Turner 1995; Annandale 1998; Rivkin-Fish 2005; Вишневский и др. 2006). В данной статье мы рассматриваем взаимодействия в государственных и частных клиниках, исходя из перспективы пациенток и обращая особое внимание на их опыт во время беременности и родов.

Используя тематические глубинные интервью и следуя стратегии обоснованной теории (Glaser and Strauss 1967), мы реконструируем центральный лейтмотив (катеорию) рассказов пациенток. Этот лейтмотив звучит следующим образом: «врачам/медицине я не доверяю» и сопровождается многочисленными жалобами, связанными с опытом взаимодействия с медицинскими учреждениями. Мы анализируем причины недовольства, выражаемого в жалобах, потребности и ожидания женщины, которые остаются неудовлетворенными, порождая систематическое недоверие к врачам и медицинским институтам. Мы реконструируем стратегии женщин, направленные на получение необходимой медицинской помощи в ситуации институционального недоверия к учреждениям, где оказываются услуги по охране репродуктивного здоровья населения. Эти проблемы систематически возникают как в государственных (при бесплатном и при платном обслуживании), так и в частных учреждениях, обслуживающих репродуктивное здоровье.

Эмпирические данные, собранные в 2005–2006 гг., включают пять дневников включенного наблюдения и 22 глубинных интервью с женщинами-клиентками (пациентками) медицинских учреждений (список см. в *Приложении*). Информантки — это городские жительницы репродуктивного возраста (от 19 до 45 лет), в основном принадлежащие к среднему классу. Статья начинается с краткого обзора институционального контекста взаимодействий в репродуктивном секторе медицины. Мы относим к данному сектору те звенья медицины, в которых осуществляется консультирование по поводу сексуального/репродуктивного здоровья, профилактика, диагностика и лечение осложнений беременности, родов и послеродового периода. Затем мы операционализируем понятие «доверия» для наших исследовательских задач. Мы рассматриваем ситуации и взаимодействия в различных медицинских учреждениях, которые порождают жалобы и недоверие и в конечном счете неудовлетворенность и низкую эффективность медицинского обслуживания. Нас интересует, какие стратегии и для чего выстраивают пациентки во взаимодействии с врачами, а также их идентичность, поскольку феномен контроля над ситуацией и планирования собственной жизни обретает в современной России новые черты. Мы рассмат-

риваем стратегии, которые вырабатывают женщины для того, чтобы осуществлять контроль над своим здоровьем и над ситуацией. Женщины пытаются обеспечить себе надежность, подотчетность и более удовлетворительные условия. Эти стратегии позволяют пациенткам в некоторой степени противостоять дисбалансу власти в отношениях врач—пациент. Эффективность таких стратегий существенно зависит от социальной позиции и объема ресурсов, связанных, в свою очередь, с контекстом городских условий. Здесь мы рассматриваем позиции и стратегии женщин — жительниц крупных городов (Санкт-Петербург, Самара, Челябинск)<sup>2</sup>.

### **Институциональный ландшафт**

В 2006 году преодоление демографического кризиса в России, в том числе повышение рождаемости, заявлено в числе приоритетных задач государства. В. Путин (2006) объявил об этом в своем ежегодном Послании Федеральному Собранию РФ. Одна из основных предлагаемых государством мер повышения рождаемости — государственная поддержка рождения второго ребенка, так называемый материнский, или родительский, капитал. Введенные в 2006 г. «родовые сертификаты» рассматриваются как стимулы повышения экономической заинтересованности врачей и медицинских учреждений в улучшении качества обслуживания беременных. Однако мы утверждаем, что усилия по решению демографических проблем не будут эффективными, если российские женщины сохранят свое негативное отношение к медицинским институтам. Наше исследование направлено на то, чтобы проанализировать барьеры на пути создания климата доверия в медицине, а также на способы, которые используют женщины для преодоления этих барьеров. Мы рассматриваем конструирование доверия в разных институтах репродуктивного здоровья (первичной и вторичной медицинской помощи), в системе платного и бесплатного медицинского обслуживания.

---

<sup>2</sup> В данном случае для нас не существенны особенности городской инфраструктуры, а важно то, что все эти города — с населением более миллиона человек и в них существует разветвленная сеть учреждений, связанных с репродуктивным здоровьем. При этом большинство наших данных касаются Санкт-Петербурга.

Опишем кратко двухуровневое институциональное устройство системы репродуктивного здравоохранения. Первичное амбулаторное звено включает женские консультации<sup>3</sup>, гинекологические отделения в медицинских центрах и центры планирования семьи. На этом уровне пациентам оказывается первичная помощь. Медицинские учреждения вторичной стационарной помощи<sup>4</sup> включают родильные дома, гинекологические отделения в больницах и специализированные гинекологические клиники. Медицинское обслуживание в системе государственного здравоохранения организовано по территориально-ведомственному принципу, т. е. граждане обслуживаются либо по месту проживания, либо в ведомственных поликлиниках. В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. N 5487-1), граждане имеют право выбирать место обслуживания: например, беременная женщина может обслуживаться в консультации в районе реального проживания, а не по месту регистрации.

С 1990-х годов начались существенные изменения в системе оплаты медицинских услуг, с этого времени бурно развивается коммерческий сектор. Платные услуги предоставляются не только в частных медицинских учреждениях, но и в государственных. Цены на услуги определяются администрацией и отличаются в различных медицинских организациях в зависимости от спроса, репутации учреждения, статуса врача. Список платных услуг и цены постоянно пересматриваются. Начиная с 1994 г. важную роль в организации медицинского обслуживания играют страховые компании, которые оплачивают определенный набор медицинских услуг (в повседневности они называются,

---

<sup>3</sup> Женская консультация (ЖК) является государственным (муниципальным) лечебно-профилактическим учреждением, предоставляющим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, а также услуги по планированию и охране репродуктивного здоровья населения. Их цель — охрана здоровья матери и ребенка. В числе задач ЖК — оказание акушерской помощи женщинам во время беременности, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи (Юрьев и Куценко 2000: 309).

<sup>4</sup> Перед сетью учреждений, осуществляющих больничную помощь, стоят задачи оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях. Основным учреждением, предоставляющим акушерско-гинекологическую помощь, является объединенный роддом.

как и в советское время, «бесплатными», а учреждения, где их оказывают, — государственными). При этом постоянно изменяется набор услуг, которые граждане должны оплачивать сами в государственных медицинских учреждениях. Правила не являются стабильными и постоянно пересматриваются. Обязательное медицинское страхование (ОМС), обеспечиваемое за счет государственного бюджета, покрывает лишь часть необходимых услуг. Альтернативой ему является добровольное медицинское страхование (ДМС) — к нему граждане прибегают по мере роста благосостояния и усугубления проблем со здоровьем; частные предприятия все чаще включают ДМС в социальный пакет работника. В современных медицинских учреждениях, включая репродуктивный сектор, сочетаются различные виды оплаты услуг, которые вслед за О. Бредниковой (см. ее статью в данном сборнике) мы называем формализованными (официальные платы по прейскуранту через кассу), скрытыми (платы-благодарности, осуществляемые пациентами без обсуждения с врачом) и прямыми (неофициальные платы по взаимному соглашению, по сумме близкие к установленным по прейскуранту, но выплачиваемые непосредственно врачу).

### **«Доверие» как теоретический инструмент исследования медицинских взаимодействий в репродуктивной сфере**

В данной статье мы определяем доверие в духе неофункционализма как культурный ресурс, обеспечивающий стабильность и предсказуемость социальных институтов (Sztompka 1999). Доверие составляет «рутинное основание повседневных взаимодействий, поддерживающее предсказуемость, адекватность и надежность коллективного порядка и одновременно снижающее уровень его сложности и неопределенности» (Misztal 1996: 97).

Объектами доверия являются институты и профессиональные роли, а также индивиды. Климат доверия в обществе определяется структурными факторами. Социальное напряжение и структурная неопределенность предрасполагают к кризису доверия. Последствия дефицита доверия не обязательно ведут к тотальной дезорганизации жизни, он может способствовать социальным изменениям и формированию новых солидарностей. В условиях дефицита доверия индивиды вырабатывают стратегии достижения предсказуемости, снижения рисков, обеспечивающие доступ к ресурсам и услугам, в которых они нуждаются.

Медицинские взаимодействия и медицинская сфера в целом представляют сферу риска, неопределенности и дисбаланса власти между медицинскими экспертами и зависимыми от них пациентами (о различных формах власти см. статью М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике). В то же время эффективное лечение возможно лишь в условиях доверия, когда врач и пациент полагаются на то, что каждый из них будет исправно выполнять некоторый набор действий. Медицина предоставляет так называемые доверительные услуги (*credible goods*), полезность которых не является самоочевидной, а оплата происходит раньше, чем получены результаты. Поэтому доверие к профессиональной компетенции медиков и к тому, что будет достигнут желаемый результат, является важнейшим условием взаимодействия. Как указывает Б. Тернер (Turner 1995: 194), «пациенты осознанно отдают себя в руки врача и следуют его/ее указаниям, которые, в свою очередь, предположительно приведут к улучшению здоровья».

Особая символическая ценность репродуктивного здоровья для гендерной идентичности обостряет проблему доверия во взаимодействиях врач—пациентка. Существует различие в символической нагрузке посещения гинеколога и, например, стоматолога. Женщины являются чрезвычайно чувствительными к вопросам сексуальности и репродукции, которые в культурном смысле связаны с выстраиванием и поддержанием гендерной идентичности. Женщины ожидают от гинекологов и акушеров не только профессиональной помощи, но и эмпатии и поддержки их гендерной роли (см. статью П. Аронсон в данном сборнике). В российской культуре традиционное понимание женственности связано с материнством, и потому женщины особо требовательны и чувствительны к взаимодействиям с гинекологами по сравнению с другими специалистами.

Доверие во взаимодействии проявляется при контактах лицом к лицу между врачом и пациентом. Эти взаимодействия пронизаны отношениями неравенства, связанного прежде всего с дисбалансом профессиональной экспертизы. Ситуации взаимодействия являются контекстуально обусловленными. Хотя врач обслуживает пациента индивидуально, однако их взаимодействие опосредуется и управляется организационным, экономическим и культурным контекстами. Новые технологии в диагностике и лечении, коммерциализация, фрагментация и бюрократизация медицинских услуг, изменения правил организации медицинских учреждений и оплаты услуг — все это влияет на взаимодействие между врачом и пациентом (Carl 2007).

Институциональное обеспечение репродуктивного здоровья в России предполагает, что каждая женщина может обратиться к врачу ЖК по месту жительства, постоянно наблюдаться у него и при необходимости получать лечение. В соответствии с Основами Законодательства об охране здоровья граждан, женщина может выбрать учреждение и врача, хотя такое решение вызывает множество бюрократических проблем. Выбор государственного или частного, платного или бесплатно-го обслуживания, выбор врача-гинеколога, который приходится делать женщине, повышает ее чувствительность и требовательность к качеству обслуживания.

### **Институциональная траектория беременной женщины — цепочка взаимодействий с институтами репродуктивной медицины**

Каждая беременная российская женщина взаимодействует с институтами репродуктивной медицины. Эти взаимодействия начинаются с того момента, когда женщина приняла решение по поводу рождения ребенка или столкнулась с незапланированной беременностью. Часто именно этот период является временем сомнений и эмоционально окрашенных решений. Предполагается, что при первых признаках беременности женщина должна обратиться в районную ЖК, к которой она приписана по месту жительства. В консультации женщину регистрируют, и она становится учетной единицей учреждения. Специалисты проводят обследование и наблюдение на протяжении всей беременности. Женщина получает предписания и лечение, ей выдают официальные документы, подтверждающие статус беременной и необходимые для получения выплат в декретном отпуске и отпуске по уходу за ребенком, а также другие медицинские сертификаты. Если женщина в период беременности не обращается в ЖК, она сталкивается с проблемами оформления соответствующих документов сертификата и обслуживания в родильном доме. Беременная женщина должна, выполняя предписания врачей, регулярно посещать ЖК. Она постоянно встречается с одним и тем же врачом и медсестрой, что позволяет установить отношения на долгосрочной основе. Если возникают риски прерывания беременности или осложнения, беременную направляют в специализированный стационар. Участковый гинеколог направляет ее в роддом, который часто бывает объединен с ЖК

в один комплекс. По приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗСР РФ) от 28 ноября 2005 г. № 701 г. Москва «О родовом сертификате», каждая женщина может выбирать родильный дом. ЖК и роддом получают фиксированные начисления из государственного бюджета при предъявлении родовых сертификатов<sup>5</sup>. Если женщина поменяет учреждение из-за плохого обслуживания, администрация не получит выплат по сертификату. Роды обычно проходят в роддомах, женщины (или супружеские пары) могут предварительно договориться о родах в платных отделениях государственных роддомов или в частных роддомах. Отдельная палата для родов, как правило, оплачивается, поскольку существует дефицит таких услуг.

Проблемы доверия возникают на всех этапах обслуживания в репродуктивном секторе медицины. Мы проанализируем взаимодействие врачей и пациенток в консультациях, коммерческих центрах, гинекологических отделениях стационаров, гинекологических клиниках и в роддомах. Особое внимание мы уделяем жалобам пациенток на медицинское обслуживание, которые мы интерпретируем как свидетельства дефицита институционального и личного доверия<sup>6</sup>.

***Государственная медицина:  
жалобы на дискомфорт среды,  
бюрократию и безразличие***

До того как женщина попадает к своему врачу, она сталкивается с инфраструктурой учреждения, которая часто вызывает ее недовольство. В медицинском центре пациентки взаимодействуют с работниками регистратуры, санитарями, медицинскими сестрами и акушерками. Женщины проходят процедуры, сдают анализы, погружаясь в среду поликлиники или больницы. Им не безразлично, в каких условиях они проводят иногда длительное время, как к ним относятся окружающие их люди. Если женщина находится на лечении или профилактике в

---

<sup>5</sup> По данным выборочных обследований, такая мера не всегда приносит положительные результаты. На практике выбор роддома бывает затруднен, в случае если предполагаются «бесплатные» роды (см., напр.: Межецкая 2006).

<sup>6</sup> Жалобы пациенток существенно отличаются от типичных жалоб, характерных для культурного контекста в России, описанных Н. Рис (2005).



больнице, то она делит (бесплатную) палату с другими пациентками. Состояние среды становится в этом случае особенно значимым, а женщины особенно требовательными, у них возникает множество жалоб по самым различным поводам. Эмпирические данные позволяют нам реконструировать лейтмотив жалоб. В дневниках и интервью женщины описывают организацию пространства и больничные интерьеры в деталях. ЖК часто нуждается в ремонте, хотя в настоящее время состояние этих учреждений улучшилось по сравнению с 1990-ми гг. Опираясь на личный опыт, рассказы знакомых или СМИ, женщины сравнивают государственные и частные клиники. Несмотря на национальные проекты, выделяющие значительные средства на первичное звено здравоохранения, государственные учреждения не выдерживают сравнения с частными.

Подробные описания государственных учреждений, данные пациентками, приводятся в последней части настоящего сборника. Здесь же мы остановимся только на некоторых из них. Пациентка А.А., 47 лет, описывает ЖК:

*Помещение (регистратуры) чистое, подобие евроремонта (9.03.2006). (На отделении) чисто, но отдает советской убогостью, стены зеленые, двери слегка облупленные. В отсеке, где четыре кабинета, — две скамейки для посетителей, четыре гинекологических кресла в коридоре. Темновато (1.02.2007). Я посетила туалет. Он ужасный. Не запирается (при том, что он общий и для мужчин, и для женщин), вода еле течет, все облезло. Правда, прикручен новый недешевый кран, что делает общую облезлость интерьера еще более вытуклой (12.02.2007).*

Пациентки наблюдают бедность окружающей обстановки, которая воспринимается ими как наследие советского времени. Особенно часто упоминаются «ужасные» туалеты.

В другом дневнике читаем о неудобствах, которые надо преодолеть на подходе к государственному медицинскому центру, делающих пациентку уязвимой и беспомощной:

*Больница — это комплекс зданий, внутри комплекса зданий располагается храм. Дорожки, соединяющие здания, — абсолютно оледенелые, не посыпаны ни песком, ни солью. Через несколько дней выпал снег — пройти к родильному дому, который находится в глубине комплекса, стало просто невозможно... (Особые трудности у) беременных*

*женщин и больных людей и женщин с колясками, которые если и не лежат в этой больнице, то посещают женскую консультацию и поликлинику. Родильный дом — кирпичный, серого цвета... вокруг помойка, ржавчина на трубах, вокруг очень много грязи... Непременный атрибут родильного дома — курящие на улице (в мороз!) беременные женщины, одетые только в халаты (А.В., 8.12.05).*

Уже приближаясь к госпиталю, пациентки попадают в недружественную среду. Лейтмотив рассказов — грязь и неудобства, испытываемые пациентами, их риски при подходе к учреждению. Хотя в современных медицинских учреждениях часто имеются часовни или иконы, в них, однако, могут отсутствовать минимальные условия комфорта для пациентов. И хотя киоски и буфеты в больницах сделали жизнь пациентов немного приятнее, одновременно они обострили восприятие дискомфорта. Пространственная организация учреждений не отвечает потребностям клиентов: требующее ремонта, устаревшее оборудование в палатах, отсутствие пандусов, недостаточное освещение, проблемы с отоплением и горячей водой, отсутствие душа и пр. Часто физически устарело и медицинское оборудование, наиболее современное есть только в некоторых клиниках. В государственных учреждениях из-за низкой заработной платы не хватает медицинских сестер, санитаров и другого персонала.

*Больница очень старая, с огромными [высокими] потолками и огромными палатами. Много цветов в коридоре. Впечатление, будто попал в советское кино периода Любви Орловой. Бабушка позапрошлого века убирает этаж, — пишет в своем дневнике Л.Д.*

Анализ этих жалоб показывает, что доверие между врачом и пациентом во многом зависит от общей обстановки медицинского учреждения. В тех случаях, когда помещение вызывает физический дискомфорт, — доверие к профессионалу обеспечить сложнее.

\* \* \*

В медицинских центрах (консультациях, поликлиниках) женщины обращаются в регистратуру, для того чтобы выяснить расписание приема врача и правила приема («по записи», талон, «живая очередь»). Ей также объясняют суть бюрократических процедур, связанных с

оформлением документов, отпусков и выплат. Врач-гинеколог заводит «медицинскую карту»<sup>7</sup> на каждую женщину (если это не было сделано в регистратуре), затем осуществляет первичный осмотр и диагностику. Женщина должна получить информацию, ей необходимо объяснить, какие действия она должна предпринять, какие анализы делать, к каким врачам обращаться. Основные анализы делают бесплатно, дополнительные необходимо оплачивать: либо они не покрываются ОМС, либо очередь на них занимает несколько месяцев в связи с дефицитом аппаратуры. Как говорили многие информантки, далеко не всегда им легко разобраться, за что они должны платить, а за что — нет, когда им необходимо осуществлять формальные платежи, а когда предполагается оплата «в конверте». Из-за нехватки доступной информации и сложностей в организации услуг пациентки испытывают неудобства, поскольку им необходимо планировать свои расходы с учетом ограниченных ресурсов<sup>8</sup>.

Кроме того, беременные женщины (как и женщины, обращающиеся к врачу по другим поводам) хотят планировать свое время, сочетая рабочие и семейные обязанности с наблюдением за беременностью (анализами, процедурами и пр.). Им необходимо как гибкое рабочее расписание, так и более гибкое расписание посещения врачей. Хотя в консультациях врачи принимают до 7 или 8 часов вечера, а в субботу можно также делать анализы, таких возможностей для пациенток не достаточно. Приведем пример из дневника Л.Д.

*Чтобы попасть на УЗИ в консультацию, нужно с 8 до 9 утра в понедельник дозвониться по телефону в регистратуру и записаться на предстоящую неделю. Мы с мужем непрерывно звонили минут 15, пока не прорвались. Голос в трубке сообщил, что можно записаться на прием («есть время», как они говорят) во вторник в 14 часов. Мне это время было чрезвычайно неудобно, и я спросила, можно ли записаться на вечер. В ответ с той стороны повесили трубку. Затем дозванивался М... «время» осталось в пятницу тоже около 14 и тоже для нас неудобное.*

---

<sup>7</sup> «Индивидуальная карта беременной и родильницы» или «Медицинская карта амбулаторного больного».

<sup>8</sup> Заметим, что, хотя ресурсы среднего класса и являются ограниченными и требуют планирования, в гораздо менее благоприятном положении находятся низшие слои населения, которые не имеют возможности вкладывать деньги в обеспечение здоровья (см. статью П. Аронсон в данном сборнике).

*Она... сообщила, что другого времени нет и что УЗИ делают только в первой половине дня.*

Обстоятельства повседневной жизни женщины, особенно ее профессиональные обязанности, обычно не принимаются в расчет, поскольку по умолчанию, еще с советских времен, полагается, что если не единственная, то главная обязанность беременной женщины — заботиться о своем здоровье и здоровье ребенка. Хотя многие современные женщины не считают, что беременность является препятствием для занятости, режим медицинских учреждений осложняет и без того сложный баланс работы и дома. Л.Д. пишет в своем дневнике:

*На работе подготовка отчета заняла все мое время, и к врачам я так и не успела, уехала в Хельсинки на встречу координаторов... <...> К счастью, я должна была принимать экзамены у студентов, за время лежания (в больнице) я проверила все эссе.*

Во время беременности будущие матери должны посещать различных специалистов. Однако, как и в советское время, эти возможности ограничены и попасть к ним бывает достаточно трудно. Часто врачи-специалисты работают в ЖК только по несколько часов в месяц и альтернативой для женщин становится либо посещение бесплатной районной поликлиники, либо оплата приема в поликлинике или консультации. Для «бесплатных» приемов, как и в советское время, характерны длинные очереди. Иногда стоящим в очереди не хватает сидячих мест. Такие очереди выстраиваются и на прием к участковому гинекологу.

Л.Д. описывает свой визит в ЖК:

*Напротив кабинетов стоят скамейки, на которых женщины ждут своей очереди к врачу... Женщины небеременные записываются на прием в журналах, которые лежат у входа... Беременным вход формально вне очереди и без предварительного захода в регистратуру. Но когда видишь людей, которые сидят по 40 минут у кабинета, невольно садишься в очередь: из солидарности и отсутствия ощущения права на внеочередной прием врача из-за еще отсутствующего живота.*

О.Б. делает аналогичную запись в дневнике:

*К моему врачу сидела очередь из пяти человек. На каждую пациентку уходило минут 7–11. Но я попала на прием только спустя час двадцать (14.12.2006).*

Из дневника А.А.:

*Пришла в утренний прием, т. е. в 10.15. Все вместе заняло два часа, из них сидение в очереди примерно один час сорок минут (12.02.2007).*

Очередь — это игра по правилам. Иногда беременные или пациентки с особыми назначениями проходят на прием врача без очереди с согласия других посетителей. Очереди воспринимаются как символ советской эпохи и показатель неэффективности организации медицинского обслуживания. Они указывают на жесткие и нереалистичные нормативы врачебных приемов<sup>9</sup>, недостаточность их оплаты, которая заставляет работать специалистов в несколько смен или в нескольких местах. Результатом являются действия, которые кажутся абсурдными, хотя их логика задана бюрократической системой. Ниже приводятся дневниковые записи женщины, которая нуждалась в обследовании офтальмолога в районной поликлинике в 2007 г.

*Сначала надо записаться в регистратуре в понедельник. Это запись не к врачу, а всего лишь на получение номерка! Затем нужно подойти в пятницу к двум часам, разумеется, в середине рабочего дня. Я не смогла прийти раньше, и к двум уже выстроилась длинная очередь в регистратуру из тех, кто записался раньше, и тех, кто еще не записался. Для первых талоны были приоритетными. Я смогла получить талон на посещение через полторы недели, могло быть и хуже... Когда я наконец пришла к врачу на прием, то ждала своей очереди по талону 2 часа. Тоже в рабочее время... Врач принимает до 30 пациентов, работает 7 часов. Конечно, я бы заплатила 300 рублей, чтобы пройти сразу, но эта врач почему-то не принимала в этот день платно.*

---

<sup>9</sup> В соответствии со стандартами рабочего времени для гинекологов/акушеров в ЖК, в течение одного часа должен принять 5 пациенток, в случае профилактических визитов — 8, в случае посещений на дому — 1,25. Такие нормативы создают «эффект конвейера», для которого характерен недостаток эмоционального контакта с пациентками из-за интенсификации и стандартизации работы врача. Врачи также часто подрабатывают во вторую смену или на второй работе, что еще более усугубляет ситуацию.

Проблемы в организации посещения врача — это только прелюдия к началу наблюдения за беременностью. Если возникают осложнения в ходе беременности, женщин направляют «на сохранение» в стационары. Большинство из них проходят лечение в обычных палатах, где лежат другие женщины и где часто нет элементарных удобств. Пребывание в больнице оплачивается ОМС и воспринимается женщинами как бесплатное. Если клиентка хочет обеспечить себе более комфортные условия, она может оплатить пребывание в одно- или двухместной палате с удобствами. Однако такие возможности имеются не всегда. Пациентки-социологи подробно описали пребывание в таких стационарах, сопряженное с дискомфортом, отсутствием санитарных и других удобств, недостаточным обогревом палат, неудовлетворительным питанием, ограничениями на посещение родственниками, и пр. (см. дневник О. Сениной и записки Л. Дрига, публикуемые в данном сборнике). Приведем лишь две цитаты.

*Гинекологическое отделение, шесть человек в палате. Туалет не закрывается. Биде нет. Душевая на этаже завалена тюками с бельем. Есть одна ванная среди хозхлама, в которой уборщицы моют тряпки, — пишет Л.Д. Ее вывод: идея сохранения беременности в больнице, в палате с чужими людьми, без нормальной гигиены, еды и мужа довольно спорна и ничем не оправдана.*

О.С. записывает в дневнике:

*В палате было довольно холодно и постоянно работал обогреватель, который принесли родственники одной из лежащих в палате больной. Туалет общий, в коридоре. Но там не было умывальника. К тому же туалет не закрывался на щеколду — она была давно и безнадежно сломана... Общего душа на отделении нет. Комнатой для гигиены пользовались практически все пациенты (кроме двух пациентов одной платной палаты, у которых в блоке на двоих есть свой туалет и свой душ). Комната для гигиены тоже не закрывается изнутри. В эту «помывочную» довольно часто по утрам и вечерам выстраивалась очередь (24.01.2006).*

Посетители, члены семьи, друзья помогают справиться с проблемами отопления, чинят выключатели, приносят обогреватели и телевизоры, компенсируя нехватку комфорта на отделении (см. также:

Здравомыслова и Белозерова 2005). Эта обычная практика «квази-волонтерства» вызвана нехваткой ресурсов в государственной системе здравоохранения. Информантки описывают отсутствие приватности при медицинских осмотрах как рутину — не закрыты окна на первом этаже, в кабинете идет осмотр сразу нескольких пациенток, врачи обсуждают диагнозы в присутствии третьих лиц, для экономии времени предлагают пациенткам самостоятельно найти результаты своих анализов среди документов других пациенток, и пр. Женщины при этом выражают желание иметь приватное пространство для осуществления гигиенических процедур и общения с врачом. Однако дефициты пространства и времени продолжают воспроизводить в репродуктивной медицине многие черты тотальных институтов. Для них характерно лишение индивида приватности и ресурсов идентификации (Goffman 1963). У рефлексивных образованных женщин нового поколения такая ситуация вызывает фрустрацию, и, тем не менее, они не могут ее избежать, пока не выработают альтернативные стратегии.

\* \* \*

Ключевым звеном хроники посещений медицинских учреждений является ситуация врачебного осмотра. Эти типовые взаимодействия описываются в нашем исследовании двойственно. С одной стороны, женщины признают важность обследования, особенно в ходе беременности или при наличии гинекологических заболеваний. С другой стороны, осмотр вагины<sup>10</sup> воспринимается ими как нарушение телесной целостности и потому не считается просто рутинной. В этой ситуации женщины ощущают себя уязвимыми, чувствительными к каждому жесту или слову врача или сестры. Многие женщины испытывают дискомфорт при таких осмотрах, даже если врачом является женщина. В дневниках пациенток содержится много указаний на то, что в этих интимных процедурах осмотра часто не соблюдается элементарная приватность. Приведем примеры описания осмотров беременных женщин в больнице.

---

<sup>10</sup> В случае нормального течения беременности осмотр «в зеркалах» производится в ЖК только при постановке на учет — в следующий раз уже в родильном доме; в случае осложнений беременности число осмотров может увеличиваться.

*«Интимности» были лишены и процедуры осмотра врачей. Все осмотры проводятся публично... В смотровой расположено три гинекологических кресла и, как правило, одновременно три врача проводят осмотр или выполняют какие-то процедуры. ...Кресла стоят близко и «лицом» друг к другу... довольно публичное мероприятие. При этом врачи активно общаются между собой, обсуждают диагнозы и лечение (О.С., 25.01.2006).*

*Я вошла в процедурную... Это большой зал, метров 70... Часть его отгорожена ширмой. За ширмами стоят два гинекологических кресла и пара кушеток. Кресла прямо напротив огромного окна. Несколько раз меня там смотрели, и жалюзи были закрыты не всегда. При почти полной атрофии стеснительности, после девяти месяцев постоянных осмотров, все же несколько неуютно (Е.П., 17.02.2008).*

Публичность осмотров в больницах и родильных домах репрезентируется в рассказах как способ авторитарного контроля, далекого от дружественного отношения к женщине. Такой контекст заставляет женщину чувствовать себя отчужденной от мира профессионалов, которые осуществляют манипуляции, относясь к ней как к физическому объекту. Такую систему пациентки часто описывают как «советскую», как «бесчеловечную». Медицинские учреждения выглядят в их глазах бюрократической машиной, правила которой трудно понять, исходя из потребностей человеческого существа. Рефлексивные пациентки пишут о том, что они ощущают себя редуцированными до своих тел, без учета личности и индивидуальных потребностей.

Беременные женщины описывают процессы, через которые осуществляется редукция их личности к телу, или к объекту, вынашивающему ребенка. Если они отказываются выполнять предписания, не вполне следуют требованиям врача или принимают решения, которые врачи считают «неправильными», им объясняют, что они наносят непоправимый вред будущему ребенку и своей беременности. Такие угрозы вызывают сильную эмоциональную реакцию, слезы, истерики, подавленное состояние. Подобные стратегии врачей пациентки называют запугиванием, давлением, принуждением. Они хотят найти «человечных» врачей, которые не используют вербально силовых приемов воздействия и проявляют заботу и внимание. Лексема «внимательный врач» оказывается кодом, объединяющим разнообразные типы медиков, которые осуществляют эмоциональную работу в отношении пациенток.



Еще одна проблема пациенток — недостаточная биомедицинская информированность. Многие из них жалуются на то, что не понимают сути лечения и производимых с ними манипуляций. Это непонимание приводит к недоверию, поскольку они сомневаются, правильно ли делаются и осуществляются назначения. Е.П. пишет:

*Вообще, врачи ничего не говорят. Моя история болезни существует отдельно от меня. Врачи смотрят на результаты анализов, принимают какие-то решения, вводят в мое тело какие-то препараты, смотрят опять на результаты анализов. На вопросы, такое впечатление, отвечать избегают, причем за этим видится благое намерение, которое можно обозначить следующим образом: «Мы уверены, что все делаем правильно, пациент должен нам доверять». От пациента ожидается послушание и покорное следование их предписаниям. Вопросы об ощущениях задаются крайне редко, и, как мне кажется, ответы мои часто игнорируются. Часто я просто не знаю, как отвечать на вопросы (19.01.2008).*

Физическая среда, организация услуг, недостаток приватности и информации вызывают фрустрацию у беременных и больных женщин. Они часто рассказывают о дискомфорте в отношениях с врачами и медицинским персоналом, который не принимает во внимание индивидуальные потребности пациенток, в том числе эмоциональные.

Пациентки признают трудности работы врача, барьеры, связанные с бюрократическими, иерархическими и прочими правилами медицинских учреждений. В лучшем случае клиенты обслуживаются, как потребители на рынке, где спрос превышает предложение качественных услуг. Ситуация усугубляется еще и тем, что и медицинские сестры не предлагают тех «услуг», которые ожидаются от них в силу характера их профессиональных функций. Медсестры не выполняют эмоциональную работу, и именно средний и технический персонал чаще всего обвиняется в невежливости, пренебрежении обязанностями заботы о пациентах.

Итак, требования пациенток далеко не всегда соответствуют правилам и практикам в государственных медицинских учреждениях. Предметом жалоб информанток являются:

- отсутствие комфортных условий и приватности;
- пренебрежение их эмоциональными потребностями, объективация;

- паттернализм медицинских работников, в том числе непредоставление доступных объяснений диагноза, а также процедур;
- организационный хаос, неясность правил.

Женщины пытаются по возможности избежать государственного медицинского обслуживания, поскольку они не доверяют ему (Аронсон 2006). С их точки зрения, такое отношение к пациенткам во многом сохраняется с советских времен: именно «советский пациент» являлся бесправным, редуцированным до тела, личностными и эмоциональными потребностями которого можно было пренебречь. Женщины, у которых есть ресурсы, ищут более подходящее обслуживание в частном секторе медицины или оплачивают работу врачей, через кассу или «в карман». Однако те, кто ограничен в средствах, имеют гораздо меньше выбора.

***Коммерческие медицинские центры:  
жалобы на гипердиагностику и вымогательство***

Материально благополучные, рефлексивные, требовательные, образованные женщины часто предпочитают пользоваться услугами частных клиник. А.А. пишет в дневнике:

*Принимала решение, куда же идти завтра. «У» (частная клиника) — очень дорого. Но решила, что нервы дороже, «эмоциональная работа» врачей дорого стоит, хотя деньги ее не гарантируют (9.03.2006).*

Платный медицинский сервис имеет широкий спрос в области специализированных методов диагностики (ИППП, включая «скрытые» инфекции)<sup>11</sup>, родовспоможения, аборт и профессиональных консультаций высококвалифицированных специалистов. Пациентки считают платный сервис более комфортным, надежным и лучше организованным. Им не нужно тратить время в очередях, обстановка в учреждениях удобна для пациента, холлы ожидания оснащены новой удобной мебелью, телевизорами, кулерами, в них хорошее освещение, в туалетах «евростандарта» есть горячая вода, администраторы вежливы и хо-

---

<sup>11</sup> Для беременных ПЦР-диагностика (наиболее информативная и удобная с точки зрения выявления ИППП) покрывается ОМС, все остальные должны ее оплачивать.

рошо информированы. Женщины ожидают, что отношение к ним будет менее формальным и более персонифицированным. О.С. объясняет мотивацию своего выбора в пользу платной клиники:

*Мои денежные инвестиции были связаны, прежде всего, с желанием «купить» внимание врача — общение и разъяснения (25.01.2006)* (см. также статью О. Бредниковой в данном сборнике).

При этом наши информанты не считают, что профессионализм врачей зависит от занятости в разных секторах медицины: они знают, что одни и те же врачи работают в государственных и частных клиниках.

В сфере репродуктивного здоровья, как и в других областях медицины, сочетаются практики формальной и неформальной оплаты услуг. Однако система коммерческой медицины не является прозрачной и простой. Пациентам часто не понятно, на каких принципах она организована, хотя прайс-листы доступны для открытого обозрения во всех учреждениях. Недостаток информации об услугах, которые покрываются ОМС, приводит к тому, что пациентам зачастую приходится осуществлять траты, которых можно было бы избежать (Шишкин и др. 2004).

Последствия коммерциализации являются противоречивыми. С одной стороны, к пациенту относятся не как к больному телу-объекту, а скорее как к клиенту, который оплачивает услуги, поэтому принимаются в расчет его (ее) физические, эмоциональные и социальные потребности. Однако цены на медицинские услуги становятся все выше, а улучшение качества платных услуг сопровождается ухудшениями в бюджетном секторе. Соответственно растет социальное неравенство в доступе к медицинскому сервису.

Несмотря на комфортность и внимание к нуждам пациентов, в платном секторе сохраняется проблема недоверия, хотя сконструирована она иначе. Мы покажем это на примере диагностики и лечения скрытых инфекций<sup>12</sup>. Диагностика генитальных инфекций осуществляется по направлению врача, в профилактических целях ее проводят женщины, планирующие беременность. Рассказывает двадцатипятилетняя Н., которая проходила обследование. У нее были обнаружены инфекции,

---

<sup>12</sup> «Классические» венерические болезни — сифилис, гонорея, мягкий шанкр, «новые» — хламидиоз, уреаплазмоз, трихомониаз, кандидоз, герпес половых органов и др.

назначено дорогостоящее лечение, после которого анализы опять показали наличие инфекций и было назначено дополнительное лечение. Пациентка очень раздражена, она предполагает, что врачи ее обманывают. Ее рассказ сильно эмоционально окрашен:

*Уроды — врачи, негодяи... существует вероятность того, что я, в принципе, ничем и не болела таким страшным. То есть никакими, там, заболеваниями, передающимися половым путем. А просто люди разводят на деньги, чтобы там дольше лечиться... Они берут деньги за ежедневное лечение, ну, вот как бы за прием. Я же тоже плачу деньги, там, за анализы какие-то. То есть я понимаю, что все эти, там, хламидиоз, там, трихомонады очень сложно обнаружить их, поэтому нужно проводить несколько анализов. Но там, я не знаю, когда три-четыре анализа делают — у тебя ничего нет, а вот на пятый раз — о! вот оно! Вы больны, любимая... Поэтому сейчас я не уверена, была ли я чем-либо больна или нет.*

Аналогичную историю рассказывает двадцатидвухлетняя М.:

*Когда уриоплазму и цитомегаловирус нашли, я ходила в частную клинику, в специализированную. Но у меня закрались некоторые сомнения... в их компетентности... Мне сказали, что Вам нужно пройти еще то-то, то-то, то-то, предложили мне облучение крови сделать, что тоже стоит денег.*

М. не верит результатам диагностики и обращается к другому врачу, которого находит по личным сетям. Этот врач не подтверждает инфицированности.

*И просто я вот вошла, говорю: ну ладно, пойду я в другую поликлинику, но, опять же по знакомым... Я не хотела идти в частную, в платную, я пошла в женскую консультацию, потому что там работала врачом моя знакомая. Доктор взяла у меня (анализы) и сказала, что, «я смотрю, что ты полностью чистая». Она говорит: «Ты где наблюдалась?» — Я говорю: «В Л.». — Она говорит: «Ой, знаешь, я уже много раз слышала о том, что там вот такие вот отзывы».*

Докторов подозревают в нечестности и недобросовестности. Диагнозы считаются преувеличенными или ложными. «Драматизация»

диагнозов (гипердиагностика) рассматривается пациентками как средство усиления власти врачей или получения ими дополнительных доходов от обследования и лечения. Медиков обвиняют в отсутствии профессиональной компетенции и в нарушении нравственных принципов профессии. Чтобы совладать с неопределенностью диагностики, которая действительно имеет место в случае урогенитальных инфекций, многие пациентки используют стратегии посещения разных врачей. Кроме того, пациентки отмечают, что между врачами отсутствует профессиональная солидарность. И это открытие усугубляет недоверие к медицине. Женщины описывают случаи, когда одни врачи дискредитируют других, утверждая, что лишь их собственные результаты правильные и только они (или их учреждение) обеспечивают правильное лечение. Конкуренция, обостренная новизной рыночных механизмов в сфере медицинских услуг, подрывает профессиональный этос коллегальности. О.С. пишет в дневнике:

*Л.Д. сделала новые назначения лекарств, и когда я спросила, а как же другие лекарства, которые мне прописали вчера, мне довольно сурово ответила: «Давайте ничего не обсуждать про вчерашнее! Назначение других врачей я не обсуждаю. Теперь вы мой пациент!» Кстати, почти все врачи в этой системе вынуждены выстраивать и отстаивать свою компетентность и профессионализм через свое отношение к другим лечебным учреждениям или врачам. И как мне показалось, что довольно часто это отношение — «умаление профессионализма» других. Так, когда я еще лежала в общей палате, одна пациентка показала врачу результаты платного УЗИ — «у платников делала» (но не сказала, где), на что ей врачотреагировала: «А почему я им должна верить? Может, это вообще результаты не ваши!» При этом, как я видела, результаты УЗИ были распечатаны на официальном бланке (25.01.2006).*

Докторов подозревают в том, что они ставят личные материальные интересы выше профессиональных. Некоторые пациенты считают, что врачи получают отчисления от фармацевтических компаний, если делают определенные дорогостоящие назначения. В целом с коммерциализацией медицины связывают признаки кризиса профессионализма. В ситуации дефицита институционального доверия женщины развивают стратегии приспособления, которые варьируются от избегания медицинского обслуживания до попыток постоянного контроля

(посредством посещения различных специалистов и сравнения результатов диагностики и предписаний). Однако и эти стратегии часто оказываются безрезультатными. Избегая или минимизируя посещения ЖК, женщины рискуют потерять те льготы, которые предоставляются беременным и по уходу за ребенком. Посещение разных специалистов также не решает всех проблем, поскольку требует значительных объемов материальных и временных ресурсов и не всегда ведет к желаемому результату. Поэтому, стремясь снизить степень неопределенности во взаимодействии с медиками, большинство пациенток стараются установить личные отношения со «своим врачом». Стратегии поиска «правильного» врача и «правильного» учреждения будут рассмотрены далее.

### **Родильные дома: жалобы на пренебрежение и риски во время родов**

Квинтэссенцией проблем доверия в области репродуктивного здоровья являются ситуации, непосредственно связанные с родами. Наличие рисков обусловлено особым символическим смыслом деторождения, возможными осложнениями, а также условиями пребывания в роддомах. Данные риски существуют и в государственных учреждениях (как при бесплатном, так и при платном обслуживании), и в частных.

Двадцатичетырехлетняя Р. рассказывает о том, что она планировала беременность, а также предпринимала попытки оптимально организовать роды. Она была не удовлетворена обслуживанием в государственных учреждениях и попыталась найти врача в другой клинике. В условиях коммерциализации медицинских услуг для этого существуют разнообразные возможности. Как ответственный потребитель, Р. вместе с мужем осуществили «маркетинг», чтобы найти подходящий роддом. Для этого использовались интернет-ресурсы, а также личные сети. Они выясняли репутацию учреждений и акушеро-гинекологов. Эксперты-друзья рекомендовали конкретный роддом и посоветовали обратиться к главврачу, который сможет указать на «хорошего доктора». Р. рассказывает, что главный врач был очень приветлив и все объяснил. Будущие родители официально оплатили обслуживание на платном отделении (которое включало оплату услуг врача и пребывание родильницы и ее мужа в комфортабельной палате).

Однако у Р. возникли непредвиденные проблемы со здоровьем, и ее срочно отправили на другое отделение. Ей сделали кесарево сечение, после этого она оказалась в обычной палате с тремя другими женщинами. Она рассказывает:

*Обстоятельства у нас были немного иными, то есть мы вышли за рамки этой оплаченной услуги... Всю прелесть неплатного обслуживания мы испытали на себе, потому что операционная — это вещь общая... меня забрали в операционную, где было очень много мух... и в послеоперационной палате лежит три человека... Находиться там было невыносимо из-за вот этих вот мух, ну и из-за того, что рядом нету... мужа... эти каталки... а кровать на метр ниже, и ты должен сам там спускаться. Ну вот это было так все неприятно...*

Из-за непредвиденных обстоятельств срывается планируемая и оплаченная заранее организация семейных родов. История показывает, что стратегии женщины, направленные на контроль ситуации с использованием множественных ресурсов (связи, интернет, экспертное знание, оплата услуг), не обязательно гарантируют ожидаемый результат.

Приведем выдержку из интервью с двадцатичетырехлетней О.:

*Так получилось, что мне пришлось рожать ночью. Кроме меня было еще три беременных в этом зале. То есть такое ощущение, что специально мучают... Там была врач, как-то она мне сразу не очень понравилась. Во-первых, она как-то не особо на всех нас реагировала... И именно за два часа до того, как все это началось, сами роды, они ушли... То есть как раз у нас начались самые боли во время схваток — ни одного акушера, ни врача, вообще ни одной души, кроме нас, не было в родовом зале. У нас усиливаются схватки... Как раз как-то хочется какой-то поддержки, помощи, подсказки, там, как дышать правильно, как что. Вот. Абсолютно ничего, никакой помощи. То есть на то, что тебе плохо, на это вообще никто никакого внимания не обращает... Потом сама говорю: «Слушайте, мне кажется, у меня уже начинается всё это». Они подходят: «Ой, да, начинается!» (смеется). Они там за километр просто от тебя находятся, вот... А сам процесс родов — этому, конечно, где-то учат, но нас этому не учили, где я проходила, как бы, обучение, вот. В итоге я рожала очень долго. ...Мне кажется, это вина наполовину их все равно. Вот. И значит, постоянно какие-то комментарии, там,*

*«неправильно себя ведешь», там то-то-то... Грозилась, если ты сейчас не будешь правильно рожать, мы сейчас возьмем щипцы, будем тащить ребенка щипцами... ..Я, там, начала чуть ли не молиться, там, умолять их, что не надо мне никаких щипцов, ради бога. Просто ужас такой был в глазах, я представляю, как это все выглядело. Вот. Было очень страшно! И потом, когда я родила, они сказали: «Ну, вот, мы за тебя родили — скажи нам спасибо». Спасибо! (смеется).*

Эта женщина рассказывает о том, что она чувствовала себя беспомощной и полностью зависимой от врачей и медицинского персонала. Она не могла контролировать ситуацию. Она признает свое невежество и невозможность воздействовать на происходящее. Так же, как и в советское время (Щепанская 1999), это истории о пренебрежении и грубости врачей, об их ошибках, об отсутствии информации и непонимании того, что происходит. Это рассказ о страхе, боли, отсутствии поддержки и одиночестве в экзистенциально значимые моменты жизни. И хотя среди рассказов о родах существуют и позитивно окрашенные истории, когда женщины с благодарностью оценивают действия акушеров и организацию родов (стратегии достижения такого результата будут рассмотрены ниже), тем не менее постоянно воспроизводятся и истории-«страшилки». Культурологически «страшилки» можно интерпретировать как мистификацию рискованного и непознаваемого, необходимый компонент сакрализации материнства, но для социологов эти рассказы важны, так же как показатели институционального недоверия, безвластной и ресурсно необеспеченной позиции пациентки.

### ***Недоверие: интерпретация информанток***

Эмпирические данные показывают, что жалобы возникают в различных ситуациях. Жалобные нарративы свидетельствуют о недостатке доверия к медицине у женщин, который обусловлен культурными и структурными причинами. Однако существуют и обстоятельства, связанные со спецификой репродуктивного здоровья. В ситуации родов возникает много неопределенностей. Несмотря на различные изменения, произошедшие в организации репродуктивного здравоохранения, роды зачастую, в советском стиле, остаются в восприятии женщин «черным ящиком». Это означает, что женщина уходит в роддом,



выходит через несколько дней с ребенком и никто из внешних наблюдателей не знает, что там происходит, и не может воздействовать на ситуацию, в которой женщина оказывается беспомощным объектом, полностью зависящим от доброй воли и профессионализма медицинского персонала. Роды связываются с осуществлением «женского таинства», интимного действия, в которое допускаются только профессионалы-гинекологи, это своего рода испытание, которое необходимо пройти для обретения статуса «настоящей женщины».

Мы можем разделить причины недоверия, представленные нашими информантками, на две группы. Первая группа причин связана с отношением к человеку в системе медицины. Эти проблемы относятся в первую очередь к государственному сектору. «Наша медицина не для людей, она бесчеловечна», — говорят многие информанты (например, ж., 25 лет). Женщины утверждают, что медицина не ориентирована на пациента, она является бюрократическим институтом с низкой эффективностью, которая мало изменилась со времен советского административного управления. Консультации и больницы оцениваются как «недружественные» по отношению к пациенткам и беременным женщинам. Неудобная организация обслуживания (очереди, некомфортные условия, нечеткость и неясность правил и пр.) заставляют женщин усомниться в том, что они получают адекватную диагностику и лечение. Женщины стараются по мере возможности избегать посещения медицинских учреждений: покидают раньше срока больницы, не посещают вовремя гинекологов в ЖК, отказываются от идеи бесплатных родов и пр. (см. дневники в третьей части данного сборника).

Вторая группа причин недоверия коренится в отношении к врачам как к профессионалам. Женщины утверждают, что из-за невнимания, недостатка компетенции или недобросовестности медицинских работников они не получают качественного обслуживания. Пациентки полагают, что траты их времени, эмоций и денег — это слишком высокая цена за лечение, которому они не доверяют, и стараются его избежать или искать ему альтернативы. Пациентки прекращают обследования в коммерческих центрах, поскольку не верят результатам анализов. Женщины считают, что составной частью профессии врача является внимательное и поддерживающее отношение к пациенту, а если оно отсутствует — они сомневаются в целом в профессионализме медика.

Несмотря на систематическую нехватку доверия, большинство женщин обращаются в медицинские учреждения. Они осуществляют стратегии, направленные на совладание с недоверием.

### *Стратегии совладания с недоверием*

Климат доверия в отношениях врач—пациент является хрупким, он достигается сознательными действиями, его поддержание требует постоянных усилий. Недостаток доверия компенсируется стратегиями, направленными на улучшение медицинского обслуживания и контроль за ними. Цель этих стратегий — обеспечить надежность, эффективность и комфортность медицинских услуг в «правильной» клинике и у «правильного» врача. Используя эмпирический материал, мы выделяем следующие стратегии пациенток/клиенток на основании задействованных ресурсов.

Первая, наиболее распространенная стратегия, — это мобилизация ресурсов социальных сетей. Женщины консультируются со своими родственниками, подругами, коллегами, друзьями друзей, для того чтобы найти врача с хорошей репутацией. Это помогает контролировать взаимодействия с врачом, делать их персонифицированными, «одомашненными», превращать врачей в «звенья» личных социальных сетей. Такие сети являются гендерно окрашенными. Для того чтобы сделать медицинское обслуживание подотчетным и понятным, женщины используют «посредников». Такими посредниками выступают друзья или друзья друзей с медицинским образованием, которые принадлежат к сети. Они помогают находить нужных специалистов и нужные учреждения, разъясняют результаты анализов и назначений, подсказывают, что необходимо делать в определенных ситуациях, и пр. Родственники и друзья осуществляют различную помощь, когда пациентка находится в больнице, в качестве квазиволонтера выполняя функции медицинского или технического персонала. К участию родов привлекаются отцы, которые выступают посредниками между роженицей и медицинским персоналом (Ангелова и Тёмкина 2009).

Другая стратегия — это самообразование, центральным ресурсом которой выступает профессиональное/популярное медицинское знание. Женщины стремятся получить специализированную информацию, стать экспертами в интересующей их области репродуктивного здоровья. Масс-медиа и интернет являются важнейшими ресурсами для этого. Через интернет женщины находят необходимую информацию, участвуют в обсуждениях на форумах по поводу клиник, врачей, диагностики, лечения, профилактики. Они осуществляют мониторинг родильных домов в поисках оптимального варианта. Активные рефлексивные пациентки, приобретая специализированное знание, пробле-

материализуют власть и авторитет врача, основанный на эксклюзивно доступной медикам экспертизе. Такая стратегия позволяет сделать отношения врач—пациент более равноправными (однако врачи не всегда признают те знания, которыми владеют пациентки, — см., напр., статью Д. Одинцовой в данном сборнике).

Еще одна стратегия опирается на экономические ресурсы. Она предполагает обращение к коммерческим медицинским услугам с лучшим обслуживанием и персонификацию отношений с врачом через прямые выплаты и подарки с целью обеспечения индивидуального подхода, комфорта, более ответственного и внимательного отношения к себе.

Большинство женщин используют множественные стратегии. Результатом становится выстраивание климата доверия в персонализированных отношениях с «правильным» врачом — с точки зрения профессионализма и с точки зрения отношения к пациенту. Такой врач становится «своим», его рекомендуют друзьям и знакомым, его благодарят, ему доверяют, его рекомендации неукоснительно соблюдают. Статус «своего врача» поддерживается материальными и социальными инвестициями, выражается через символическое и материальное признание. Знание личного номера мобильного телефона «своего врача» символизирует доступность медицинской помощи без организационных или коммуникативных сбоев. Доктор рекомендует других специалистов в случае необходимости, и пациентка оказывается в сети, «передаваемая из рук в руки» (см. статью О. Бредниковой в данном сборнике)<sup>13</sup>. Доверие к медицинским институтам — дефицит в современном российском обществе, поэтому врачи, которым доверяют, обладают высоким престижем. И женщины, и врачи подтверждают, что взаимопонимание и человеческие отношения — важный залог успеха коммуникации. Наши данные согласуются с выводами, которые делает в своем исследовании М. Ривкин-Фиш. Она пишет: «В России сети

---

<sup>13</sup> Эти стратегии хорошо осознаются в повседневной жизни. Журналист Д. Губин, делая неутешительные выводы о состоянии медицины в России, рекомендует читателям «держат в записной книжке телефоны хороших хирургов, стоматологов, кардиологов (и, кстати, гинекологов и урологов), а если телефона нужного специалиста нет, то те специалисты, чьи телефоны есть, вам такой телефон раздобудут. И, помимо денежки в официальную кассу, платить всем этим специалистам гонорар напрямую — как вашу личную оценку их персонального труда» (см.: *Огонек*, 2008, № 29, 14–20 июля, с. 44–45). Однако далеко не все социальные слои в состоянии воспользоваться этим советом (см. статью П. Аронсон в данном сборнике).

знакомств в медицине... обеспечивают компетентное обслуживание и внимание. Пациенты хотят преодолеть бюрократические рамки отношений врач—пациент, которые работают на основе анонимности и фрагментированной заботы, персонализируя эти отношения и превращая их... в вариант личных» (Rivkin-Fish 2005: 154).

### **Заключение: новые клиенты репродуктивной медицины — требовательные женщины нового поколения**

Стратегии выстраивания доверия конституируют идентичность клиентов сферы репродуктивного здоровья. Эти стратегии доступны не всем. Для того чтобы их реализовать, необходимы ресурсы и способность действовать. Большинство наших информанток принадлежат к когорте новых активных женщин, требовательных и готовых настаивать на выполнении своих требований. Это женщины с высоким уровнем образования, принадлежащие к профессиональным стратам, жительницы больших городов. Планирование семьи для них — это не просто слова, но часть их повседневной жизни. Однако медицинская система часто не соответствует их притязаниям, несмотря на многочисленные реформаторские усилия. Недостатки медицинского обслуживания рассматриваются женщинами, с одной стороны, в категориях «советского наследия», с которым надо бороться, а с другой — как результат неконтролируемой экспансии рынка в сферу профессиональной деятельности. Женщины противопоставляют себя, свою идентичность и способы действия советским пациентам и советской системе здравоохранения.

Пациентки маркируют неудовлетворительные условия в клиниках как «советские». Они проводят различие между здравоохранением, унижавшим, по их мнению, человека (особенно женщину во время родов), и своими требованиями к медицинским услугам. Советская эпоха оценивается новыми пациентками как бесчеловечная, пренебрегающая индивидом, обвиняющая и наказывающая его, особенно при лечении ЗППП, при беременности и родах (не говоря об абортах).

Сексуальные и репродуктивные практики женщин, принадлежащих к этой когорте, существенно отличаются от практик поколений их матерей и бабушек (Rotkirch 2000). Их жизненный опыт включает сознательный выбор сексуальных и брачных партнеров, планирование семьи, ответственные безопасные сексуальные практики, информиро-

ванный выбор контрацептивов и контроль сексуального/репродуктивного здоровья. Они хотят контролировать свою жизнь, в том числе интимную. Они критически относятся к медицинскому обслуживанию и полагаются главным образом на собственные ресурсы и стратегии (Тёмкина 2008).

Эти женщины не удовлетворены медициной, они пытаются артикулировать и изменять ситуацию. Однако синдром «советского наследия», неэффективность и непоследовательность реформ современного здравоохранения, недостаток ресурсов и институциональной поддержки (контрацептивов, медицинской помощи, знаний) воспроизводят структурные барьеры, препятствующие ответственным безопасным практикам репродуктивного/сексуального поведения<sup>14</sup>. Эти разрывы порождают конфликты и усугубляют недоверие к медицинским учреждениям и профессионалам. Мы видим, что новые молодые женщины — требовательные клиенты медицины — отказываются от роли «советского пациента», подчиняющегося, молчаливого, дисциплинированного и невежественного.

В начале XXI в. в России предпринимаются постоянные попытки улучшить ситуацию в области здравоохранения. В этом участвуют государство, масс-медиа, медики, пациенты, страховые компании. Однако интересы акторов часто противоречивы. Необходимы дальнейшие исследования того, как осуществляются переговоры и взаимодействия, развивается ли новая модель, отвечающая потребностям новых пациентов. Очевидно, что возможности улучшить свое положение оказываются доступными для благополучных слоев. Однако не ясно, каким образом может быть улучшена ситуация для ресурсно бедных пациентов.

В современной России будет расти слой образованных женщин, требующих нового качества и ответственности в медицинском обслуживании. Их потребности становятся вызовом государственным программам повышения рождаемости. Эмоциональные и психологические потребности будущих матерей должны попасть в центр внимания реформаторов в области репродуктивного здоровья. Без доверия к медицинским институтам никакие экономические меры не заставят ответственных женщин рожать больше детей.

---

<sup>14</sup> См. статьи О. Снарской, а также М. Ривкин-Фиш и В. Самохвалова в данном сборнике.

### Литература

- Ангелова Е. и Тёмкина А. (2009). Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Роткирх, А. Тёмкина, ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Аронсон П. (2006). Утрата институционального доверия в российском здравоохранении как одна из причин отказа от профессиональной медицинской помощи, *Журнал социологии и социальной антропологии*, № 2, с. 120–131.
- Вишневский А., Ясин Е., Кузьминов Е., Якобсон Л., Шишкин С. и др. (2006). Российское здравоохранение: как выйти из кризиса, *Отечественные записки*, № 2.
- Здравомыслова Е. и Белозерова Ю. (2005). Детский лейкоз как социальный диагноз, в кн.: Ж. Чернова, ред., *Гендерное устройство: социальные институты и практики*: Сборник статей. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Межецкая Е. (2006). Рожаем вместе. Качество медицинских услуг в роддомах России выяснила Международная конфедерация потребителей, *Российская газета*, Центральный выпуск, № 4237, 1 декабря 2006. (<http://www.rg.ru/2006/12/01/ekspertiza-roddom.html>).
- Путин В. (2006). *Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 10.05.2006* (<http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>).
- Рис Н. (2005). *Русские разговоры. Культура и речевая повседневность эпохи перестройки*. М.: Новое литературное обозрение.
- Тёмкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между подчинением и свободой*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Шишкин С. и др. (2004). *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет*. М.: ГУ-ВШЭ.
- Щепанская Т. (1999). Мифология социальных институтов: родовспоможение, *Мифология и повседневность*, СПб., вып 3, № 3, с. 383–423.
- Юрьев В. и Купенко Г. (2000). *Общественное здоровье и здравоохранение*: Учебник. СПб.: Петрополис.
- Annandale E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Carl M. (2007). The Clinical Encounter and the Problem of Context, *Sociology*, vol. 41, N 1, p. 29–45.
- Freidson E. (1970). *Professions of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

- Glaser B. and Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldin.
- Goffman I. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall.
- Lupton D. (1995). *The Imperative of Health*. London: Sage.
- Lupton D. (2004). Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter, in: M. Bury and J. Gabe, eds., *The Sociology of Health and Illness: A Reader*. London: Routledge, p. 197–209.
- Misztal B. (1996). *Trust in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press, p. 97.
- Rivkin-Fish M. (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Rotkirch A. (2000). *Man Question: Loves and Lives in Late Twentieth Century Russia*. Helsinki: University of Helsinki.
- Scambler G. and Britten N. (1995). System, Life-world and Doctor–Patient Relationship: Issues of Trust in a Changing World, in: G. Scambler, ed., *Habermas, Critical Theory and Health*. London: Blackwell, p. 45–67.
- Sztompka P. (1999). *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner B. (1995). *Medical Power and Social knowledge*. London: Sage.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Дневники включенного наблюдения

1. Дневник практики в гинекологической клинике, студентка медицинского университет (А.В.), 8.12–21.12.2005.
2. Дневник беременной (О.С.), 34 года, научный сотрудник, 24.01–29.04.2006.
3. Дневник беременности и родов (Л.Д.), 32 года, научный сотрудник, ноябрь 2005–3. 07.2006.
4. Дневник беременности (дородовое отделение и роды) (Е.П.), 29 лет, научный сотрудник, 16.01–24.01.2008.
5. Дневник посещения гинеколога (А.А.), 45 лет, преподаватель, 9.03.2006–21.02.2007.

### Глубинные интервью

Интервью с женщинами в возрасте 18–45 лет (22) проводились в Петербурге (16), Челябинске (4) и Самаре (2) в 2005–2006 гг. Интервьюерами выступали слушатели гендерной программы ЕУСПб, координаторами — Е. Здравомыслова и А. Тёмкина. Критериальная выборка осуществлялась

методом «снежного кома». Все информантки принадлежат к городскому среднему классу. Большинство из них относится к возрастной когорте 18–29 лет (16). Интервью касались вопросов сексуальной биографии, репродуктивных практик, аборт, беременности, родов, планирования семьи, внутрисемейных отношений и пр. Информантки учатся на старших курсах вузов, в магистратурах и аспирантурах, среди работающих – менеджеры, дизайнеры, врачи, НКО-активисты, администраторы, журналисты, гиды, художники.

Интервью и включенное наблюдение осуществлялись в рамках проектов (см. также *Введение*):

1) «Нетрадиционные угрозы безопасности в России», грант Корпорации Карнеги, подпроект «Здоровье и (не)безопасность в российских дискурсах и практиках (репродуктивная и сексуальная сфера)», 2005–2006.

2) «Образцы фертильности и формы семьи», Академия наук Финляндии, подпроект «Новый быт», 2004–2005.

3) «Сексуальные и репродуктивные практики в России: свобода и ответственность (С.-Петербург, начало XXI века)», Гендерная программа ФПНиС ЕУСПб – Фонд Форда, 2005.