



ЕВРОПЕЙСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

**ТРУДЫ ФАКУЛЬТЕТА
ПОЛИТИЧЕСКИХ НАУК
И СОЦИОЛОГИИ**

выпуск

18

ЗДОРОВЬЕ И ДОВЕРИЕ

гендерный подход к репродуктивной медицине

под редакцией Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной

Санкт-Петербург 2009

УДК 613.88
ББК 57.0
3-46

Рецензенты:

Илья Утехин, профессор ЕУСПб, к.и.н.;
Елена Рожественская, профессор кафедры анализа
социальных институтов ГУ ВШЭ (Москва),
ведущий научный сотрудник ИС РАН (Москва), к.ф.н.

Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине:
3-46 сборник статей / под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. —
СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге,
2009. — 430 с. — (Труды факультета политических наук и социологии;
Вып. 18).

ISBN 978-5-94380-088-7

Дефицит институционального доверия является устойчивой характеристикой российского общества. Особый смысл недоверие к учреждениям и профессионалам приобретает, когда мы говорим о репродуктивном здоровье. Почему люди не доверяют врачам? Почему будущие матери избегают посещения женских консультаций? К каким стратегиям прибегают женщины, чтобы получить надежное медицинское обслуживание? Обращаясь к анализу взаимодействия врача-гинеколога и пациентки, авторы сборника анализируют сложности формирования доверия, роль социальных сетей, материальных ресурсов и индивидуальных знаний, а также проблемы получения сексуального образования и отказа от «абортной культуры» предохранения. Данные темы осмысляются в социологическом ключе, используется гендерный подход к интерпретации здоровья. В книге содержатся также эссе, написанные пациентками-социологами, которые показывают, что современные образованные женщины стремятся контролировать свое сексуальное здоровье, процесс беременности и родов, однако постоянно сталкиваются с многочисленными препятствиями. Данные тексты могут быть интересны как реальным и потенциальным клиентам медицинским учреждениям, так и медицинским работникам.

УДК 613.88
ББК 57.0

ISBN 978-5-94380-088-7

© Коллектив авторов, 2009
© Европейский университет
в Санкт-Петербурге, 2009

Содержание

<i>Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина</i> Введение. Гендерный подход в исследовании репродуктивных практик	7
Часть 1	
ДИЛЕММЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ И ПРАКТИКИ АБОРТОВ	
<i>Мишель Ривкин-Фиш, Виктор Самохвалов</i> Сексуальное образование и развитие личности: переосмысление профессиональной власти	21
<i>Ольга Снарская</i> Сексуальное образование как сфера производства гендерных различий и конструирования представлений о «нации»	51
<i>Анна Тёмкина</i> Половое просвещение как моральное воспитание (позднесоветские дискурсы о сексуальности)	90
<i>Елена Здравомыслова</i> Гендерное гражданство и абортная культура	108
<i>Виктория Сакевич</i> Проблема аборта в современной России	136
Часть 2	
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МЕДИЦИНОЙ: ДЕНЬГИ, ЗНАНИЯ, СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ	
<i>Полина Аронсон</i> Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России	155
<i>Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина</i> «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине	179

<i>Ольга Бредникова</i>	
Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов	211
<i>Дарья Одинцова</i>	
«Культурная пациентка» глазами гинеколога	234
<i>Екатерина Бороздина</i>	
«Правильная» беременность: рекомендации медиков и советы обывателей	254

Часть 3

САМОЭТНОГРАФИЯ: ДНЕВНИКИ И ЭССЕ ПАЦИЕНТОК-СОЦИОЛОГОВ

<i>Лиля Дрига</i>	
Беременность и медицина: заметки на полях	279
<i>Ольга Сенина</i>	
«Сохранение беременности»: опыт стационарного лечения	324
<i>Елена Петрова</i>	
Две недели в роддоме: ожидание и роды	344
<i>Анна Адрианова</i>	
Где пациенту хорошо: посещение гинеколога	369
<i>Ольга Ткач</i>	
Опыт пребывания в хирургическом отделении: лечение как испытание	393
<i>Ольга Сенина</i>	
В поисках «правильного врача», или История одной болезни	408

Приложения

РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОЕКТОВ

<i>Приложение 1.</i> Описание проекта «Безопасность и обеспечение репродуктивного здоровья в России»	417
<i>Приложение 2.</i> Инструкция и путеводитель интервью с гинекологами-акушерами	419
<i>Приложение 3.</i> Инструкция и путеводитель для женщин-клиенток/ пациенток медицинских учреждений сферы репродуктивного здоровья	423
<i>Приложение 4.</i> Инструкция для сеанса наблюдения в медицинском учреждении	427
Список сокращений	428
Справка об авторах	430

Введение

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАКТИК

В данном сборнике представлены результаты исследования репродуктивных и сексуальных политик и практик, связанных с обеспечением здоровья. Мы определяем наш общий подход как гендерный, и нам необходимо показать, в чем он заключается.

Во-первых, большинство статей и эссе в данном сборнике обращаются к опыту женщин. Это связано с тем, что именно женщины находятся в центре внимания репродуктивного сектора медицины (официально включенного в риторику «охраны материнства и детства»), именно на них в первую очередь направлена демографическая политика, именно они — как матери — считаются ответственными за ее реализацию. Анализ женского опыта в данном случае осуществлялся, исходя из *методологии позиционного подхода*, разработанного в феминистской эпистемологии (*standpoint approach*). В рамках этого подхода пережитый опыт угнетенных и депривированных индивидов и групп рассматривается как источник ценного и аутентичного знания, ориентированного на социальные изменения. В центре нашего интереса — феноменологическая интерпретация опыта женщин. Из этого, разумеется, не следует, что проблемы репродуктивного/сексуального здоровья не касаются мужчин. Напротив, мужчины могут болезненно относиться к медицинскому вмешательству в свою интимную жизнь, однако это лишь в незначительной степени осознается в современной России и лишь постепенно становится предметом специальных исследований.

Стремясь представить женский опыт, мы не ограничились здесь исследовательскими статьями, а включили в сборник дневниковые записи и эссе социологов, оказавшихся в роли пациенток, переживших и описавших этот опыт.

Во-вторых, теоретической рамкой данных исследований является *структурно-конструктивистский подход*, в рамках которого гендерные различия и неравенство описываются как социально производимые. Мы утверждаем, что воспроизводство жестких гендерных границ в сфере репродуктивного здоровья приводит к тому, что опыт родительства продолжает осознаваться в обществе и институционально поддерживаться как преимущественно женский. Это не только порождает женские депривации, но также поддерживает исключение мужчин из сферы семейной заботы. Стереотипы маскулинности препятствуют тому, чтобы мужчины заботились о своем здоровье, следовали практикам ответственного сексуального и репродуктивного поведения. Таким образом, идеал гендерного партнерства становится труднодостижимым.

В-третьих, мы признаем, что обсуждение многих вопросов в этой коллективной монографии *ценностно ориентировано*. В современном российском обществе нет консенсуса по поводу аборт, новейших средств контрацепции, новых репродуктивных технологий, участия отца в родах, по поводу соотношения личной и государственной ответственности за репродуктивное здоровье, сексуальное образование, по поводу проблем медицины в целом. Нет согласия и по поводу предназначения мужчин и женщин, их роли и ответственности в осуществлении репродуктивных практик. Эти темы неизбежно порождают моральные оценки и политизируются. Феминистская позиция, которой мы придерживаемся, заключается в том, что и женщины, и мужчины должны обладать равными возможностями контролировать свою жизнь, а социальные институты должны обеспечивать им такую возможность.

В-четвертых, в центре нашего внимания — структурные ограничения, которые создают барьеры на пути обеспечения репродуктивного здоровья, получения необходимых знаний. Среди таких структур — бюрократическая организация медицины, ограничения в системе сексуального просвещения, недостаточная эффективность контрацептивной политики и пр. Гендерный (феминистский) подход предполагает *критическое отношение к структурным барьерам*, препятствующим свободе выбора и реализации личного контроля над своей жизнью, здоровьем, репродуктивным и сексуальным поведением.

В-пятых, авторы критически относятся к *монополии власти медицинского знания*, к авторитарной медиализации женского тела и репрессивным действиям медицины по отношению к больной, беременной или рожаящей женщине. Власть авторитарной медицины является

предметом критики феминистских исследователей во многих странах. Однако в России эта проблема имеет свою специфику, которая проявляется не только во власти профессионального знания и асимметрии отношений между врачом и пациентом, но и в неэффективности бюрократической организации медицины, отсутствии четких правил, сочетании бесплатного обслуживания с формальными и неформальными платежами. Пациентки чувствуют себя объектом манипуляций, по поводу которых им трудно получить доступные разъяснения, они не верят врачам. Новое поколение женщин крайне не удовлетворено условиями медицинских учреждений, их новая идентичность и стратегии — в центре наших исследований.

В данный сборник включены статьи, каждая из которых опиралась на собственное поле. (Каждая статья включает описание этих данных.) Кроме того, авторы используют три массива данных. *Первый массив* получен в рамках проекта «Сексуальные и репродуктивные практики в России: свобода и ответственность (Санкт-Петербург, начало XXI века)», его финансовая поддержка осуществлена Гендерной программой ФПНиС ЕУСПб — Фондом Форда, 2005 год. Сексуальные биографии двадцати женщин и десяти мужчин, принадлежащих к двум возрастным когортам (от 17 до 25 и от 30 до 45 лет), были собраны методом глубинных интервью. Из тридцати опрошенных 20 информантов относятся к среднему классу (12 женщин и 8 мужчин), 10 — к низшему среднему классу. *Второй массив* включает биографические глубинные фокусированные интервью, собранные в рамках проекта «Модели фертильности и семейные формы» (Fertility patterns and family forms, № 208186; финансовая поддержка Финской АН). В рамках подпроекта «Новый быт» (2004–2005 гг.) было взято 67 глубинных фокусированных интервью. Среди них — 44 с представительницами среднего и высшего среднего класса, женщины в возрасте 27–40 лет, 1964–1977 г. р., формативные годы которых приходятся на предперестроечный и перестроечный период. *Третий массив* был собран в рамках проекта «Нетрадиционные угрозы безопасности в России» (Non-Traditional Threats to Russia's Security), грант Carnegie Corporation of New York B7819. Он включает 18 интервью с медицинскими работниками. Среди них 11 интервью с гинекологами и акушерами, одно с педиатром, одно с невропатологом, пять с экспертами в сфере здравоохранения. Большинство интервью (11) были взяты в Петербурге. В ходе проекта было собрано семь *дневников включенного наблюдения* (дневник практики

в гинекологической клинике студентки медицинского вуза, три дневника беременности и родов, дневник посещения гинеколога, дневник истории болезни ребенка, дневник лечения в хирургическом отделении больницы). Также было взято два глубинных интервью с пациентками, недавно пережившими опыт родов.

Первая часть книги посвящена проблемам сексуального просвещения в современной России и последствиям сексуального невежества. Авторы усматривают политический конфликт между сторонниками сексуального образования и консерваторами, видящими в нем угрозу для нравственного здоровья нации. Авторы полагают, что распространенность аборт и ЗППП объясняются сексуальным невежеством и гендерной слепотой образовательных программ.

Сексуальное просвещение/образование является предметом острых дебатов в России последних лет. *Мишель Ривкин-Фиш* и *Виктор Самохвалов* рассматривают изменение педагогических подходов в области сексуального и репродуктивного образования. Авторы показывают, как транслируется и изменяется власть экспертного знания в условиях повышенного внимания общественности к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Исследователи демонстрируют различия в реализации профессиональной власти гинекологов и психологов. Дискурс гинекологов концентрируется на понятиях физической и моральной чистоты, они настаивают на необходимости дисциплины и подчинения пациентов авторитету врача. Психологи в большей степени стараются развивать диалоговую форму взаимодействия, поощряя референтов коммуникации к самопознанию и развитию, к заботе о себе, тем самым осуществляя ненавязчивое влияние, а не прибегая к механизмам принуждения. Гендерные стереотипы при этом воспроизводятся как гинекологами, так и психологами.

В статье *Ольги Снарской* анализируется современная российская дискуссия о сексуальном образовании. Исследовательница связывает позиции участников дискуссии с их отношением к проблематике национализма. Противники сексуального просвещения озабочены стремлением возродить духовность российской нации, противопоставляя последнюю «западным моральным стандартам». Сторонники сексуального просвещения связывают его с ориентациями на безопасное сексуальное поведение и избегание рисков. Они подчеркивают ценность семьи, здоровья детей и пр., т. е. используют сходные с противниками аргументы. Педагогические практики и рекомендации воспроизводят

представления о поляризации гендерных ролей. В ряде случаев декларируется гендерное равенство в подходе к сексуальному просвещению, однако оно не поддерживается в практических действиях. В дискуссии происходит поиск «локального» компромисса между признанием глобальных тенденций либерализации и ориентациями на моральное здоровье нации.

В статье *Анны Тёмкиной* анализируются позднесоветские дискурсы о сексуальности. Исследовательница на примере анализа рекомендаций и руководств по половому просвещению показывает, что в 1960-е гг. началось осторожное обсуждение либеральных сексуальных практик в психологической, социологической, медицинской, педагогической литературе. Это обсуждение было направлено на преодоление негативных последствий половых отношений, угрожающих советской морали, а также отчасти — на преодоление сексуального невежества. В этих текстах утверждались гендерно-поляризованные нормы, несмотря на декларацию равенства полов при социализме. Данное исследование помогает сопоставить современные и позднесоветские представления о сексуальности и морали, увидеть преемственность и различия.

В статьях Виктории Сакевич и Елены Здравомысловой практики аборт анализируются как последствия сексуального невежества. *Елена Здравомыслова* показывает, как в советское время абортная контрацептивная культура стала ядром гражданского статуса женщины. Символически аборт являлся платой за репродуктивную свободу в условиях институциональной нехватки альтернативных возможностей контроля рождаемости. В настоящее время происходит морализация аборта, из рутинной практики женщины он становится предметом нравственного выбора и осуждения.

Виктория Сакевич, исследуя динамику статистики аборт в России, показывает, что регулирование рождаемости в России стало повсеместно распространенным с 1960-х гг. При этом преобладающий способ регулирования рождаемости в позднесоветский период был задан «абортной культурой». Начиная с 1990-х гг. число аборт неуклонно снижается. В 2006 году на одну женщину приходилось 1,4 аборт, в то время как в 1991 г. этот показатель составлял 3,4. Одновременно российские женщины выражают высокую степень готовности прервать нежелательную беременность, они ориентированы на низкие показатели желаемого числа детей, а эффективность контрацепции считают

недостаточной. На основе массовых опросов автор показывает, какие социальные характеристики свойственны женщинам, с меньшей вероятностью прибегающим к абортam. Это образованные жительницы крупных городов, состоящие в браке и использующие наиболее современные методы контрацепции. Среди тех, кто в большей степени поддерживает идею запрета права на аборт, — мужчины, религиозные люди, люди с низким уровнем образования, жители сельской местности, многодетные женщины, женщины, редко прибегавшие к абортam. Автор связывает данный феномен с активной антиабортной пропагандой последних лет. В русле этой пропаганды доминирует тезис о неизбежном вреде абортov для здоровья женщины, однако, как показывают исследования, при использовании современных методов прерывания беременности вред может быть существенно уменьшен. Распространение современных методов контрацепции и сексуальное образование гораздо эффективнее снижают число абортov, нежели запреты и обскурантизм.

Во **второй части** анализируется кризис институционального доверия. В центре внимания — взаимодействие гинеколога и женщины, обращающейся к нему за медицинской помощью. Авторы реконструируют лично-ориентированные стратегии совладания с институциональным недоверием. Исследования показывают важность работы социальных сетей (П. Аронсон), практик персонификации взаимодействия (Е. Здравомыслова и А. Тёмкина), коммерциализации (О. Бредникова) в медицинском обслуживании. Мы далеки от того, чтобы негативно оценивать такие механизмы. Напротив, часто они приводят к эффектам, которые удовлетворяют пациентов. «Своими» врачами они вполне довольны, рекомендуют их друзьям и знакомым, платят им деньги и приносят подарки. Проблема гуманизации медицины, с которой сталкиваются все современные общества, в России разрешается благодаря механизмам персонификации отношений, которая отчасти компенсирует асимметрию власти и отчужденность, однако сопряжена при этом со многими проблемами. Во-первых, сохраняется среда, недружественная по отношению к пациенту. Профессиональные услуги знакомого врача избирательны. Их доступность никак не согласуется с изменением общих правил обслуживания. Во-вторых, правила таких отношений чрезвычайно размыты, в каждом случае их конкретная версия вырабатывается заново, вызывая взаимное напряжение (по поводу того, сколько нужно платить, какие подарки и

когда нести, как вручать конверты с вознаграждением за услуги, и пр.). В-третьих, сохраняется неопределенность в сопряжении персонализированных и официальных медицинских контактов. Пациенты сталкиваются с проблемой соотношения взаимодействий со знакомым врачом и взаимодействий в рамках «официальных» учреждений, где выдаются больничные листы, где можно получить официальные чеки, подтверждающие оплату медицинских услуг, и пр. В-четвертых, недостаток финансовых ресурсов и ограниченность социальных сетей не позволяют многим категориям населения обеспечить себя надежными медицинскими услугами.

Тему дефицита доверия к институтам здравоохранения открывает статья *Полины Аронсон*. Исследовательница показывает, как социальное неравенство проявляет себя в сфере медицинского услуг. Хотя репродуктивное здравоохранение не является ее специальным интересом, нам представляется, что выводы, сделанные автором, можно распространить на все отрасли медицины. Как и во многих других странах, социальные группы с низкими доходами в России оказываются депривированными в отношении поддержания здоровья. Представители этих групп стараются избегать обращения к врачам как из-за ценностных установок, так и из-за нехватки экономических ресурсов. Группы населения с более высокими доходами и образованием находятся в относительно привилегированном положении, однако и они систематически испытывают дефицит доверия к институтам здравоохранения. Образование создает ресурс для критической оценки экспертного знания и организации услуг, что становится причиной недоверия. Однако представители средних и высших слоев, в отличие от низкодоходных и малообразованных групп, могут более эффективно мобилизовывать материальные и социальные ресурсы. Осуществляя лечение «по блату» или «за деньги», они компенсируют многие недостатки системы. Как показывает автор, люди, социальные сети которых не обеспечивают доступа к медикам или не могут оплачивать свое лечение, стараются минимизировать взаимодействия с профессиональной медицинской системой. Готовность вкладывать средства в лечение сопровождается ориентацией на комфорт в предоставлении услуг и стремлением персонификации в отношениях с медицинским персоналом.

В области репродуктивной медицины существует специфика отношений врач—пациент. Эта область представляет собой особую сферу

доверительных услуг, которые должны обеспечить не только здоровье, но и эксплицитное поддержание гендерной морали. Врачебная экспертиза устанавливает правила и контролирует проявления «правильной» женственности. Женская идентичность связывается с репродуктивными и сексуальными практиками. Данным аспектам посвящена статья *Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной*. Они анализируют рост притязаний молодых образованных городских женщин в сфере репродуктивной медицины. Недовольство пациентов вызывают, во-первых, неэффективная бюрократическая организация медицинского обслуживания и, во-вторых, невнимательное отношение врачей. Требовательные пациентки стараются преодолеть нехватку доверия, выстраивая стратегии с опорой на социальные сети, экономические и информационные ресурсы. Они стремятся найти «правильного» врача и «правильное» учреждение, в котором обслуживание во время беременности и родов будет не только эффективным и безопасным, но также дружелюбным и комфортным.

Ольга Бредникова анализирует процесс коммерциализации медицинского сопровождения беременности. Несмотря на универсальность денег как средства обмена, она усматривает различия в практиках оплаты медицинских услуг, выделяя формализованные, скрытые и прямые платежи. Опираясь на опыт самоэтнографии, а также на анализ материалов сайтов, автор анализирует условия, делающие прямые платежи наиболее функциональными и комфортными с точки зрения агентов взаимодействия. Прямые выплаты «из рук в карман» или «из рук в руки» повышают ответственность и заинтересованность врача, способствуют персонификации отношений и избеганию бюрократического обезличивания, которое не считается гарантией качества обслуживания. Пациентки оплачивают профессионализм, комфорт, положительные эмоции. Цена «счастья» (здоровой беременности и успешных родов) в современной российской репродуктивной медицине бывает различной: согласно калькуляциям автора, она составила 74 тыс. руб. (примерно 3 тыс. дол.), которые складываются из примерно равной доли формализованных и неформализованных платежей.

Авторы не ограничиваются анализом жизненного мира клиенток медицинских учреждений. *Дарья Одинцова* показывает, что гинекологи также формируют определенные установки в отношении своих посетителей, которые объединяются понятием «*культура поведения пациентки*». *Культурная пациентка* владеет «правильной» информацией,

доверяет врачу и не сомневается в предписаниях и эффективности лечения. Она не склонна «менять» врачей и обращаться к альтернативным способам ведения беременности и родов. От «культурной пациентки» ожидается ответственное отношение к собственному здоровью, которое предполагает соответствующий образ жизни, а в случае болезни — установку на лечение, а не на поиск виновных или уклонение от медицинской интервенции. «Хорошая» пациентка сотрудничает с врачом, компетентно исполняя свою роль в медицинском взаимодействии. Сегодня образ «идеальной пациентки» гинеколога совпадает с портретом «новой рефлексивной женщины», которая стремится к контролю над своими сексуальными и репродуктивными практиками: узнает о контрацепции до начала половой жизни и готовится к беременности до ее наступления.

Однако врачи, институционально принуждаемые к строгому контролю над состоянием здоровья пациентов, настороженно, а зачастую и негативно относятся к самостоятельным решениям пациенток, т. е. к действиям, которые выводят последних из-под тотального надзора врача/медицинского института. Врачи позиционируют себя как монополисты в области знаний о репродуктивном здоровье. Модель правильной пациентки, которой они руководствуются, предполагает информированное согласие с медицинским экспертом. Проблемные пациентки в глазах врачей — это малокультурные, недостаточно информированные и сверхтребовательные клиентки медицинских учреждений.

В статье *Екатерины Бороздиной* анализируется социально сконструированное знание о беременности, к которому апеллируют будущие матери. Исследование подтверждает значимость различных типов знания в формировании идентичности. Представления о беременности создаются личным опытом женщины. Однако персонализированное знание обязательно соотносится со стандартизированными и квантифицированными объективными показателями беременности, производимыми медициной. Существенную роль в концептуализации опыта беременности играют повседневные знания практических экспертов, принадлежащих к социальной сети женщины. Обмен опытом помогает беременной женщине контекстуализировать и индивидуализировать свой опыт, сопоставляя его с нарративами других женщин. Кроме того, эти сведения помогают выработке стратегий взаимодействия с медицинскими учреждениями. Путем обмена повседневными

знаниями конструируется интересубъективный мир женщин, объединенных общностью пережитого опыта беременности и родов.

В **третьей части** представлены дневниковые записи и автобиографические эссе социологов, ставших клиентками медицинских учреждений. В этих материалах описывается опыт, связанный с наблюдением беременности, родами, лечением у гинекологов. В данную часть вошли также дневниковые записи, представляющие опыт лечения других заболеваний. Эти записи и эссе, как и цитируемые в текстах интервью, являются анонимными. За одним исключением, они публикуются под псевдонимами. Решение о включении данных материалов в сборник было продиктовано некоторыми принципиальными соображениями, связанными со спецификой гендерного подхода.

Во-первых, мы стремились к десакрализации сферы репродуктивного здоровья как понятной только профессионалам и женщинам, имеющим соответствующий опыт. До сих пор репродуктивный опыт затруднен для обсуждения, поскольку он ассоциируется с репрезентациями телесного низа как неприличного и непригодного для социальных исследований. До сих пор в российском обществе и женщины, и мужчины, столкнувшись с проблемами здоровья в интимной сфере, часто испытывают большие затруднения в признании и обсуждении этих проблем, что, в свою очередь, ведет к негативным последствиям для здоровья.

Во-вторых, описываемый телесный опыт, пронизанный эмоциями и предрассудками, редко становится предметом рефлексии и концептуализации. На государственном уровне признается важность демографических программ, однако политикам все еще, кажется, невдомек, что беременеют и рожают конкретные женщины, которые сталкиваются со своими проблемами и страхами, справляются со своим телом и собственными страданиями. Если эти женщины боятся роддомов и врачей, если они не уверены в эффективности и надежности медицины для своего здоровья и здоровья будущего ребенка, вряд ли они будут действовать в соответствии с ожиданиями политиков, предлагающих монетарные меры повышения рождаемости.

В-третьих, включая тексты дневников в данный сборник, мы исходили из того, что сфера репродуктивного здоровья в российском обществе была и остается сферой гендерного неравенства и морализаторства. Материнство по-прежнему рассматривается как непроблематизированное женское предназначение. Морализация препятствует

систематическому сексуальному просвещению. Гендерная поляризация сказывается в ограничениях партнерства и участия отца в беременности и родах. Наша задача — деконструировать, хотя бы отчасти, этот процесс. Политики и медиа часто убеждают женщину в том, что она должна (или, напротив, не должна) рожать, предохраняться, делать (или не делать) аборт. И аргументы, которые выдвигают авторитеты, далеко не всегда являются медицинскими. Политики и эксперты прямо или косвенно определяют, что такое «правильная» женственность и как должна себя вести нормальная женщина. Такой женщине предписывается «ответственное материнство» или участие в «ответственном родительстве наравне с мужчиной» (впрочем, последнее утверждение в российском дискурсе встречается достаточно редко). Во всех случаях нормализация женственности сопровождается референциями к «природе», за которыми могут скрываться совершенно различные смыслы, что ставит под сомнение дискурсивную стратегию натурализации женской роли.

В-четвертых, при подготовке этого сборника мы с сожалением осознали, насколько высока степень недоверия российских женщин к врачу и медицине и как трудно его преодолеть. При этом все мы в своих практиках лечения встречали замечательных врачей, которые нас вылечивали или даже спасали нам жизнь, которые были равнодушны к нашей судьбе и профессиональны в своих действиях. Нам предстоит объяснить, почему же, тем не менее, постоянно воспроизводятся проблемы коммуникации врача—пациента, почему человек, приняв на себя по необходимости роль больного, начинает сомневаться в квалификации экспертов, никому не доверять, жаловаться на плохие условия и злонамеренные цели профессионалов. Может быть, просто потому, что больно и страшно? Конечно, и поэтому тоже. Но также и потому, что структурные условия (правила бюрократической организации медицинского учреждения) образуют институциональные ловушки для врача, от которого требуется оказание помощи, но далеко не всегда ему предоставлены условия для этого.

Дневники наблюдений, представленные в данном разделе, не являются «классическими» дневниками антропологического исследования. Для их ведения была выработана инструкция (см. раздел «Приложение»), однако большинство пациенток, которые обладают навыками социологической рефлексии и социологического скепсиса, вышли за рамки дневниковой организации записей. Во-первых, не везде и не

Введение

всегда соблюдается принцип четкой фиксации времени, места, обстановки, действующих лиц, поскольку авторы структурировали свои наблюдения по определенным темам, например «деньги» или «превращение в пациентку» и пр. Во-вторых, рефлексия и комментарии представляют в ряде случаев едва ли не центральную часть записей. Поэтому мы не можем рекомендовать данные тексты в качестве образцов включенного наблюдения для начинающих, однако ценность дневниковых записей заключается не только в богатой фактуре, но и в социологичности восприятия мира больницы или поликлиники, роли пациентки, отношения к материнству, и пр.

Елена Здравомыслова и Анна Тёмкина

Часть 1

**ДИЛЕММЫ
СЕКСУАЛЬНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
И ПРАКТИКИ АБОРТОВ**

Анна Тёмкина

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК МОРАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ (ПОЗДНЕСОВЕТСКИЕ ДИСКУРСЫ О СЕКСУАЛЬНОСТИ)¹

Высказывание о том, что «секса в Советском Союзе не было», в перестроечные годы стало крылатым. Чаще всего, соглашаясь с ним, подразумевают отсутствие публичного обсуждения вопросов сексуальности. Мы, однако, хотим показать, что в позднесоветское время официально, хотя и крайне осторожно, признавалось невежество советской молодежи в вопросах половых отношений и обсуждалось его возможное преодоление.

Признание необходимости просвещения было связано в первую очередь с тем, что молодежь усваивает «чуждые социалистическому обществу» практики сексуального поведения, которые с точки зрения официальной идеологии необходимо ограничивать. Именно этому и должно было служить моральное воспитание, направленное на критику пережитков капитализма и «тлетворного влияния Запада». Однако в процессе осторожного и ограниченного нравственного воспитания молодежи в публичном дискурсе происходило и информирование о некоторых аспектах сексуальной жизни. Как указано в предисловии к переводному изданию «Молодежь и любовь» немецкого социолога Рольфа Бормана, опубликованному в Москве в 1975 г. (оригинал издан в Берлине, ГДР, в 1974 г.), «формирование высоких чувств любви

¹ Более ранние версии данной статьи см.: Тёмкина А. (2004). Половая жизнь в позднесоветском браке, в кн.: *Семейные узы: модели для сборки*, С. Ушакин, ред. М.: Новое литературное обозрение, с. 515–547; Тёмкина А. (2008). *Сексуальная жизнь женщины: между подчинением и свободой*. СПб.: ЕУСПб.

у молодежи и ее половое воспитание представляет актуальную задачу семьи, школы и общества в целом... В то же время половое воспитание молодежи часто встречает определенное сопротивление среди взрослых... Автор... убедительно показывает, что в нравственном воспитании чувств больше внимания необходимо уделять половому просвещению» (Борман 1975: 5).

Задача данной статьи состоит в реконструкции того, чему же и как учили советскую молодежь со страниц открытой печати в 1960–80-е гг., когда отсутствовали другие формы сексуального (полового) просвещения, а знания обретались преимущественно через практику, подростковые группы, репрезентации в искусстве и фольклор (Rotkirch 2000). Материалом для данного исследования послужили книги и статьи, которые относятся к публицистическому, медицинскому, педагогическому, социологическому, психологическому, культурологическому и юридическому дискурсам.

В поле нашего внимания находились 41 популярное издание, опубликованные в период с 1960 по 1985 г.², которые затрагивали вопросы сексуальных (половых в терминах того времени) отношений в ходе обсуждения проблем воспитания подростков и молодежи, супружества и брака. Эти книги были направлены в первую очередь на ту аудиторию, которая должна была обучать молодежь (психологи, педагоги, врачи, родители, воспитатели и пр.). Выбор изданий для данного исследования осуществлялся по предметному и алфавитному каталогам Российской национальной библиотеки (С.-Петербург), использовались экспертные комментарии И. Кона, а также аннотированная библиография по интересующим нас вопросам (Голод 1995). При анализе текстов мы обращали внимание в первую очередь на аннотации, предисловия, комментарии переводчика или издательства (для чего была написана та или иная книга (статья), в которой освещаются определенные аспекты сексуальности, — например, для профилактики сексопатологий или для морального воспитания; на какую целевую аудиторию она рассчитана и пр.), на ее содержание (в каком именно разделе освещаются половые отношения — например, гигиены, морали или семейной жизни), на цитирование других авторов и библиографические ссылки, которые служили также источником для дальнейшего поиска необ-

² См. раздел «Источники». До 1960 года ряд аспектов гигиены затрагивался в руководствах по домоводству (см., напр.: Домоводство 1956). Мы также использовали некоторые более поздние переиздания отдельных текстов.

ходимых данных. Те разделы, в которых половые отношения являлись предметом специального внимания авторов, были проанализированы отдельно. Мы также использовали материалы профессиональных социологических и культурологических исследований, опубликованных в позднесоветский период.

Итак, опираясь на анализ текстов, мы рассматриваем основные рамки дискуссии о сексуальности, описываем формирование массива литературы, которая доносила до читателя представление о половых отношениях в советском обществе. Мы реконструируем дискурс рисков (угроз и опасностей в терминах того времени) молодежи в интимной сфере жизни, а затем гендерные нормы и идентичности, представленные в данных текстах.

«Половое просвещение неотделимо от общего коммунистического воспитания»

Сфера сексуальной жизни в позднесоветский период характеризуется систематическим расхождением между официальными и повседневными интерпретациями, между пуританизмом публичного умалчивания и низкой степенью институциональной рефлексивности в отношении сексуальных практик. В повседневной жизни в конце советского периода жесткие нормы сексуальности, сводимые исключительно к браку и репродукции, стали утрачивать свое значение. Однако официальная политика предпочитала в основном не замечать подобных изменений, следствием чего был низкий уровень знаний о сексуальности, отсутствие средств, позволяющих эффективно контролировать репродуктивное поведение, и пр. Публичное умалчивание сексуальности, цензурирование и самоцензурирование профессиональных дискурсов, отсутствие образования и обсуждения изменяющихся сексуальных практик, вытеснение обсуждения сексуальности в сферу теневого фольклора позволило назвать позднесоветский дискурс о сексуальности лицемерным (Zdravomyslova 2001). Однако сфера сексуальности («половых отношений») не была полностью закрытой темой. С 1960-х годов росло число публикаций, количество профессиональной и публицистической литературы, в которой обсуждались некоторые проблемы половых отношений.

Рамки обсуждения сексуального поведения были заданы основными постулатами социалистической идеологии и морали. Любовь и по-

ловые отношения отождествлялись с браком—семьей — основной ячейкой социалистического общества. Укрепление семьи рассматривалось в контексте совершенствования социалистического образа жизни и реализации возможностей развитого социализма (Харчев 1979: 5). Основные функции семьи определялись как воспроизводство населения и воспитание детей (Харчев 1968; Семья сегодня 1979) и наделялись государственно-идеологической важностью (см. также: Чуйкина 2002; Кон 2005). Эффективная демографическая политика являлась одной из задач Коммунистической партии (см., напр.: Антонов 1980: 7); цель воспитания, в соответствии с Программой КПСС, определялась как формирование личности социалистического типа, гармонически сочетающей в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство (Харчев 1979: 162). В тот период, когда многие советские люди разводились, мужчины уклонялись от уплаты алиментов и участия в воспитании детей, женщины делали многочисленные аборт в травматических условиях советских больниц, адюльтер был типичным социальным явлением (см., напр.: Rotkirch 2002; Кон 2005) — официальный дискурс экспертов и публицистов не замечал этих явлений. Как заклинание, он твердил и утверждал чистоту морали и крепости семьи.

Однако в 1960–1980-е гг. на периферии общественного дискурса начинается обсуждение половых отношений³. Постепенно возникает критическая рефлексия в публицистическом, медицинском, педагогическом, социологическом, психологическом, культурологическом и юридическом дискурсах. Этому способствовали частичное ослабление репрессий и контроля, а также либерализация сексуальной и гендерной политики и общие модернизационные изменения в российском и западном обществе на поведенческом уровне. Важен был также и общий рост рефлексивности общества в отношении социальных практик — институционализация психологии и социологии, возобновление некоторых исследований сексуальности, появление первых центров семейного здоровья и пр. Сциентистские установки этих исследований, с одной стороны, ставили под сомнение натурализацию сексуальной жизни, с другой — противопоставляли себя идеологической сексофобии.

В этот период изменяются практики молодежи, получает более широкое распространение добрачная и внебрачная сексуальность. Увели-

³ Хронологические изменения, происходившие в дискурсе с начала 1960-х до середины 1980-х гг., здесь не рассматриваются (об этом см.: Голод 1995).

чивается число разводов, падает рождаемость. Данные процессы воспринимаются государством, говоря современным языком, как угроза национальной безопасности, хотя и выражаются преимущественно в терминах нехватки трудовых ресурсов (Чернова 2008). На фоне осторожной либерализации допускается обсуждение некоторых проблем репродуктивного поведения и сексуальной (половой) жизни. Тексты различных руководств, посвященных половому воспитанию, имеют специфическую структуру. В них критикуются отдельные негативные стороны советского общества (в качестве «пережитков прошлого» и последствий «буржуазного влияния»), вырабатываются рецепты для их преодоления в области сексуальной жизни. При этом в данных текстах предпринимаются некоторые попытки просвещения, получения и распространения научного знания. Невежество советских граждан в сфере сексуальности фиксируется многими авторами: «Несмотря на насущную потребность, различные аспекты семейно-половых отношений абсолютно неизвестны многим людям» (Кушнирук и Щербаков 1982: 10).

Просвещение, дающее «элементарные знания» об анатомии, физиологии, половых отношениях и детской сексуальности, начинается в медико-гигиенической области и в основном ею и ограничивается. В 1960–1980-х годах появляются сексологические центры, происходит становление сексопатологии и сексологии (Кон 1997: 179–184, 2005: 239–241). Из популярных, но труднодоступных книг по сексо(пато)логии⁴ можно было получить представление о взглядах З. Фрейда, А. Кинзи, У. Мастерса и В. Джонсона, о возрастных и половых особенностях полового влечения и половых функций, но преимущественно они содержали информацию об их нарушениях: психо-соматических сексуальных расстройствах, лечении и профилактике⁵. Сексуальная сфера, рассматриваемая с точки зрения сексопатологии, — это сфера медицинского вмешательства и коррекции отклонений. При этом ме-

⁴ Эти и другие книги упоминаются в биографических интервью как издания, которые передавались из рук в руки, часто на одну ночь, «зачитывались до дыр»; в позднесоветский период в ряде случаев они тщательно штудировались.

⁵ См., напр., работы врачей-психиатров Д. Исаева и В. Кагана (1979), А. Свядоца (1974); невропатолога Г. Васильченко (1977, 1983). Руководства для врачей, изданные под редакцией профессора Г. Васильченко даже в начале 2000-х гг., в РНБ С.-Петербурга имели статус «особо ценных» и выдавались только под залог документа.

дицинское просвещение находилось под сильным институциональным и идеологическим контролем, многие работы были «сдобрены лошадиной дозой морализирования» (Кон 1997: 182).

Некоторые аспекты половых отношений в СССР становятся предметом исследований общественных наук. В работах С. Голода и ряда других социологов показана распространенность добрачного и внебрачного сексуального поведения, добрачного зачатия⁶. Такое поведение рассматривается в рамках эволюционных сдвигов: «предпочтительно, но необязательно вступать в брак; желательно иметь детей, но и бездетность не представляется аномальным состоянием» (Голод 1984: 8). В начале 1960-х гг. социологами были зафиксированы умалчивание роли половых отношений в жизни семьи, а также потребность молодежи в половом воспитании (см.: Грушин 1964), позднее были поставлены вопросы о роли супружеского секса и эротической привязанности в стабилизации брака, о роли сексуальной неудовлетворенности — в его распаде. Однако осуществление исследований, как показал Кон, наталкивалось на существенные препятствия. Описание и анализ половых отношений, особенно тех, которые не полностью совпадали с браком, считались угрозой социалистическому строю и потому строго ограничивались.

С 1960-х годов стали появляться историко-культурологические исследования сексуальности. В первую очередь к ним относятся работы И. Кона⁷, в которых делалась попытка противопоставить анализ «объективных социальных сдвигов», включая «сексуальную революцию», — «бесплодному морализированию» (Кон 1966: 66). В этих работах используются понятия «секс» и «сексуальность», изменения в сфере сексуальности и эротики рассматриваются как исторически и социально заданные, моральные нормы в сексуальной сфере — как контекстуально обусловленные. Исследования такого рода ограничиваются несколькими работами, в которых, как правило, используется дискурсивная стратегия критики буржуазных теорий и капиталистического общества.

В этот период издается несколько переводных книг по вопросам пола и сексуальности, написанных врачами и обществоведами в на-

⁶ См., напр.: Голод 1970а, 1970б, 1984.

⁷ Кон (1966, 1967, 1970). По свидетельству И. Кона, наиболее влиятельной была статья «Секс, общество, культура» в *Иностранной литературе* (Кон 1970).

учно-публицистическом жанре⁸, которые остались труднодоступными для широкой публики. Данная литература, описывая некоторые новые тенденции сексуальности, гигиену половой жизни и пр., ориентировала молодежь исключительно на брачную сексуальность. Только брак рассматривался как легитимная форма половых отношений, одновременно он является объектом государственного политического и идеологического регулирования. Подготовка молодого поколения к браку и семье считалась неотъемлемым компонентом формирования советского образа жизни (Борман 1975: 6). «Наше главное стремление — это достижение счастья в браке и через брак» (Нойберт 1967: 27). Сексуальные отношения в любом социалистическом обществе (в данном случае речь идет о ГДР) должны были стать предметом общественной заботы: «Любовь и сексуальные отношения, будь то брачные, добрачные или наряду с брачными, не должны быть *личным делом* (курсив мой. — А.Т.) участников» (Борман 1975: 50).

В 1980-х годах издается несколько пособий для учителей⁹, в которых предпринимается попытка популярного изложения особенностей полового развития человека (см., напр.: Хрипкова и Колесов 1981, 1982). Читателю предоставлялась информация о строении и функциях половой системы, о венерических заболеваниях и вредных привычках, о любви и культуре семейных отношений. В подавляющем большинстве случаев в данных текстах предполагалось и предписывалось «нормальное» сексуальное развитие человека, реализующего свои половые потребности исключительно в браке. Семья, по мнению авторов пособия, является не только личным делом, но и гражданским долгом: «Создать хорошую семью и сохранить ее здоровой и счастливой — человеческий и *гражданский долг* (курсив мой. — А.Т.) каждого юноши» (Ступко и Соколова 1981: 48). «Для нас брак — священный союз», — пишут медики В. Влади́н и Д. Капустин (Влади́н и Капустин 1988: 15), авторы нескольких популярных книг об интимной жизни, изданных в начале 1980-х гг.

Итак, идеология просвещения в области половой жизни опирается на нормативную модель семейно-брачной сексуальности, при этом в

⁸ Например, книги немецкого врача-гигиениста Р. Нойберта (1960, 1967); см. также: Борман 1975.

⁹ Об этих пособиях И. Кон написал, что они представляют собой причудливую смесь полезных физиологических и медико-гигиенических сведений с примитивным морализированием (Кон 2005: 248).

различных текстах постоянно обсуждаются многочисленные отклонения от данной нормы. Авторы отмечают, что неизбежности семьи и коммунистическому воспитанию молодежи угрожают новые явления в частной жизни. Критика нарушений идеологической нормы и рецепты по их преодолению являются важнейшими составляющими дискурса о половых отношениях. Основной целевой группой сексуального просвещения выступает молодежная аудитория, которая должна получать информацию о половых отношениях в ходе и в русле коммунистического воспитания. «Половое просвещение и воспитание *неотделимы от общего коммунистического воспитания* (курсив мой. — А.Т.) — воспитания всесторонне, гармонически развитых строителей нового общества, новых общественных отношений» (Ступко и Соколова 1981: 7). Рассмотрим, как выстраивалась дискурсивная конструкция рисков, сопровождавших либеральные сексуальные практики, и какие стратегии предлагались в целях избегания данных рисков.

«Молодежь Запада захлестнута волной секса»

Авторы текстов выделяют угрозы коммунистической морали и определяют их источники. Утверждается, что советской морали и советскому браку «угрожают» добрачные и внебрачные связи, ранние или внебрачные беременности, аборт, бесплодие, случайные половые связи, онанизм, венерические заболевания, вредные привычки (курение и употребление алкоголя), психосексуальные отклонения и пр. Приведем два примера подобных высказываний: «Легко и рано начатая половая жизнь может стать источником ряда трагедий, причем не только самих участников, но и ребенка, который может родиться от такой связи» (Королев 1978: 63); под влиянием алкоголя «молодые люди нередко вступают в случайные половые связи. А это главный путь, ведущий к заражению венерическими болезнями» (Ступко и Соколова 1981: 26).

В задачи полового воспитания соответственно входит формирование «критического отношения к пережиткам и влиянию мещанской буржуазной морали, стойкости к влиянию буржуазной идеологии в сфере взаимоотношений мужчин и женщин» (Хрипкова и Колесов 1981: 94). Советы подрастающему поколению оцениваются как крайне своевременные в условиях, когда «молодежь Запада захлестнута волной секса, а апологеты капитализма пытаются распространить свои «концепции», касающиеся вопросов пола, среди нашей молодежи»

(Скрипкин и Марьясис 1985: 3). Молодежи угрожает бесконтрольность, стремление к сексуальной свободе и к максимизации наслаждений, с одной стороны, «викторианская» стыдливость и «постное ханжество» — с другой, а также гомосексуализм, порнография и пр. Последним двум явлениям в литературе уделяется лишь незначительное внимание — они криминализованы, и потому считается, что серьезной «угрозы» для советских людей они не представляют. Другим опасностям посвящены большие разделы научно-популярных книг: «Мы хотим предостеречь вас от ошибок, за которые приходится дорого расплачиваться» (Ступко и Соколова 1981: 7). Особое внимание уделяется добрачной и внебрачной сексуальности — именно эти тенденции, как показывали немногочисленные исследования данного периода, получают распространение в повседневности. От них авторы и пытаются предостеречь молодежь.

Дискурсивная конструкция предостережений против практик сексуальной либерализации включает указание причин, к которым относились «пережитки прошлого» и «влияние буржуазной морали», и описание опасностей, их последствий и способов преодоления. В текстах осуществляется стратегия запугивания читателей. «Легкомысленное поведение» (читай: внебрачные и/или случайные связи) считается причиной венерических заболеваний, появления внебрачных детей, утраты (в первую очередь мужчинами) способности к глубоким чувствам, фиксации на физиологии и пр. «Мимолетные, безответственные связи», «частая, беспорядочная смена партнеров» — все это «является наихудшим последствием добрачных половых отношений» (Борман 1975: 83). Последствия гипертрофируются и предстают катастрофическими как для личности, так и для гендерной идентичности: «Для таких мужчин их потенция становится величайшей жизненной ценностью, определяющей весь смысл их жизни, а ее утрата или хотя бы снижение — крупной жизненной потерей... Результат — психосексуальная деградация личности» (Хрипкова и Колесов 1982: 44, 46). Мужчины в этом случае рискуют «деградацией» и утратой маскулинности (отождествленной с сексуальной потенцией), женщины — утратой женственности (отождествляемой с «сознательным материнством»). Следствием безответственности партнеров (особенно мужчин) «нередко бывает... заражение венерическими болезнями, угасание половой функции, нежелательное рождение детей или вынужденное прерывание беременности» (Борман 1975: 83). Немецкий социолог приводит шестнадцать аргументов против добрачных половых связей, среди которых упоми-

наются общие риски, такие как вероятность беременности, опасность аборта, возможность занесения инфекции, и риски морального характера, такие как «чувство вины в результате нарушения норм морали», «чувство вины в связи с общественным порицанием». Описываются также риски для последующей брачной жизни («добрачная связь, как отклонение от моральных принципов, может привести позже к супружеской неверности с вытекающим отсюда ущербом для брака»), а также угрозы гендерной самооценке и выполнению гендерной роли, такие как «опасение потерять уважение мужчины после половой связи» (Там же: 84–85). И хотя автор не определяет пол адресата-подростка, очевидно, что адресатом выступают прежде всего женщины.

Предполагается, что средством противодействия множественным опасностям является нравственное воспитание, цели которого — формирование морали «строителя коммунистического общества» и его/ее сексуальной жизни. «Девияциям» должны быть противопоставлены высокие идеалы, которым нужно обучать молодежь в целях совершенствования личности (см., напр.: Скрипкин и Марьясис 1985: 4), поскольку в конечном счете именно общество несет ответственность за формирование идеалов молодежи и соответствующего поведения. «Главным в половом поведении подростков является характер общественного строя и влияние, оказываемое обществом», и потому воспитание является наиболее действенным средством, направляющим сексуальность молодежи в приемлемое русло. «Правильное половое воспитание и просвещение должно дать молодежи возможность с сознанием ответственности рассматривать проблемы любви и сексуальности» (Борман 1975: 84–85).

В дискурсивной борьбе с нежелательными явлениями выстраивается норма сексуального поведения, помещенного в рамки семьи — любви — духовности — деторождения — воспитания детей. «Любовь — жемчужина человеческих отношений, оправой которой является супружество» (Скрипкин и Марьясис 1985: 23) — это лейтмотив большинства текстов, затрагивающих половые отношения. Используемые цитаты из К. Маркса и Ф. Энгельса, В. Ленина, А. Макаренко призваны подтверждать важность любви в социалистическом браке. Любовь в позднесоветском дискурсе становится предметом специального обсуждения. В одних случаях она является эвфемизмом для описания половых отношений (см., напр.: Нойберт 1967). В других — рассматриваются ее виды, история, литературная репрезентация, соотношение любви и семьи и пр. (см.: Рюриков 1967, 1977). Однако пропагандируе-

мая любовь — основа моногамного официального брачного союза — не имеет ничего общего с теми идеалами свободной пролетарской любви товарищей, которые отстаивала, например, А. Коллонтай. Брак основан на любви, и «в идеале моногамный брак равнозначен пожизненному супружеству» (Харчев 1979: 219) — эти утверждения повторяются в разных вариантах в большинстве текстов.

Однако там же признается, что любовные чувства не обязательно тождественны браку, и такие ситуации становятся проблемными для критики. Если авторы единодушны в осуждении случайных — т. е. легкомысленных и беспорядочных — связей, особенно в ранней молодости, то в отношении внебрачных половых отношений, основанных на любви, проявляется лояльность. Любовь «как основа брака выступает в качестве высшего *морального оправдания* (курсив мой. — А.Т.) половой связи». Тогда приходится признать, пишет один из ведущих социологов семьи А. Харчев, «*моральную правомерность* (курсив мой. — А.Т.) такой связи, когда любовь по тем или иным причинам не завершилась браком» (Там же: 180). Об этом рассуждает в публицистических работах Ю. Рюриков, выступая против «морализма» и «морализаторов». Современная семья, с его точки зрения, «узка» для личности и для любви, хотя и является «одним из главных русел, в которых течет любовь» (Рюриков 1967: 149, 160). Любовь может служить оправданием измен: «иногда это истинная, большая любовь, пришедшая с опозданием» (Владин и Капустин 1988: 179). Любовь и страсть легитимируют внебрачные сексуальные отношения в официальном дискурсе (включая многочисленные художественные произведения и кинофильмы советского времени). И поскольку возникновение чувств — слабо контролируемый процесс, остается только надеяться, что по мере «большого распространения норм коммунистической морали... такие явления, как внебрачные связи, отомрут наконец вовсе» (Там же).

Медики и публицисты выделяют и другие причины внебрачных связей, которые реконструируются на основе историй пациентов и писем читателей. К ним относятся, во-первых, «угасание половой любви», когда измены становятся «протестом против привычки, однообразия, вседоступности» (Там же: 171, 174). Во-вторых, гендерные различия: измены мужчин объясняются «привычкой» и «усталостью от брака»; измены женщин — неудовлетворенностью сексуальными способностями мужа (Владин и Капустин 1988). Публицисты отмечают, что жены отстают в духовном развитии от мужей и стареют раньше них, утрачивая сексуальную и эмоциональную привлекательность, в результате

чего муж стремится подтвердить свою сексуальную потенцию с более молодыми женщинами (Нойберт 1967: 226–242). Эти процессы предстают как естественные характеристики брачного цикла и половых различий. Авторы осуждают данные явления, указывая на их негативные последствия (венерические заболевания¹⁰, разводы, одиночество, страдания детей и супруга(и) и пр.), и дают советы, как избежать измен. Рецепты касаются в первую очередь преодоления рутины брака различными способами (высказываются предложения, адресованные супругам, — «устроить незапланированный праздник», «провести раздельно отпуск», «обратиться к врачу», а также отдельно женщинам, например — «привести себя в порядок», т. е. вернуть утраченную сексуальную привлекательность для мужа). «Супруги должны преодолеть монотонность жизни, придать ей определенное разнообразие», оставаясь в достаточно неопределенных, но, тем не менее, жестких рамках: «разумеется, в известных границах, чтобы они не приобрели гротескных форм» (Марьясис 1983: 91). Можно предположить, что автор имеет в виду разнообразие сексуальных практик, но не решается сказать об этом открыто. Он, однако, не забывает предупредить о недопустимости гротеска (трудно заподозрить его в том, что в виду имеются, например, презервативы или лубрикаты с фруктовым вкусом, сексуальные игрушки или эротическая продукция, не доступные советским людям). И в конечном счете, как пишет один из авторов, «я не могу дать супругам лучшего совета, чем совет еще раз влюбиться друг в друга» (Нойберт 1967: 235). Необходимо сохранять незыблемость семьи и избегать практик, которые, как утверждают другие авторы, — противоречат «не только нашей социалистической морали, но и морали вообще» (Владин и Капустин 1983: 164).

Итак, половое просвещение должно опираться на мораль, которая ориентирует мужчин и женщин на любовь и брак. Речь не идет о безопасном сексе, эффективном использовании контрацепции, планировании деторождения и пр. Моральное и физическое самоограничение представляются эффективными способами избегания проблем и рисков.

Попытки просветить и предостеречь советских граждан от опасностей, сопряженных с интимной жизнью, включают формирование

¹⁰ «Есть только один абсолютно надежный способ избежать заражения — отказаться от всяких внебрачных половых связей» (Владин и Капустин 1988: 181).

«правильной» мужественности и женственности. В конструкции гендерных норм содержится осторожная критика последствий советской эмансипации, стремление усилить поляризацию ролей.

**«Ослабление женственности —
большая психологическая беда для семейной жизни»**

В рассматриваемых текстах проблематизируются советская гендерная политика и ее последствия. С одной стороны, в текстах положительно оценивается эмансипация женщин: в социалистическом обществе, где женщины «имеют широкие возможности для выбора занятий по своему желанию, и общество не ставит им в этом ограничений» (Хрипкова и Колесов 1981: 81). С другой стороны, негативно оцениваются последствия «стирания различий», утверждается необходимость воспитания, учитывающего природные особенности пола. «Ослабление женственности — большая психологическая беда для семейной жизни, для культуры любви, для всего мира личных отношений» (Рюриков 1977: 55). Гендерные различия и двойной стандарт поведения в сексуальной сфере конституируются через апелляцию к естественным биологическим и психологическим различиям полов и к «естественному женскому предназначению», внеисторичному и внеконтекстуальному: *«Независимо от эпохи женственность всегда будет предполагать чуткость эмоционального восприятия, психологическую пластичность женской натуры, специфическую привлекательность для представителей мужского пола; в любую эпоху (курсив мой. — А.Т.) высоко ценимыми качествами женщины будут качества матери»* (Хрипкова и Колесов 1981: 72). В такой позиции содержится неявная критика эмансипации советского образца, приводящей к «маскулинизации женщин» и «феминизации мужчин» (Исаев и Каган 1979: 14). В текстах описываются и объясняются полотицизирующие различия. Девочке—женщине предписывается стыдливость, скромность, целомудренность, мягкость, чувствительность, аккуратность и пр., мальчику—мужчине — активность, сила, выносливость, решительность, широта интересов, ответственность и пр. В сфере сексуальных отношений инициатива должна принадлежать мужчине: «не принято, чтобы женщина сама начинала ухаживать за мужчиной», поскольку «это противоречит и женской природе, и конкретно-историческим особенностям женской психики» (Хрипкова и Колесов 1981: 86). Популяризаторы

науки дают конкретные советы по поводу особенностей женского организма и правильного поведения мужа, способствующего сексуальному удовлетворению жены; при этом жена «никогда не должна оценивать сексуальные способности мужа отрицательно, независимо от того, получает ли она удовлетворение» (Владин и Капустин 1988: 82–88). В текстах содержатся конкретные предписания супругам в первую брачную ночь: в частности, муж должен проявлять инициативу, от него требуется особый такт и внимание, «в первые месяцы интимной жизни *муж должен позаботиться* (курсив мой. — А.Т.) о том, чтобы ускорить пробуждение у жены чувственности» (Марьясис 1983: 91), и пр. В обсуждении половых различий и особенностей психологии выстраивается конструкция «женщины» — реципиента сексуальных отношений и «мужчины» — их инициатора, ответственного за качество половой жизни супругов.

Однако проявление «естественных» качеств мужественности (отчасти и женственности) содержит в себе угрозу моральным основам общества, провоцируя бесконтрольность и выход сексуальности за пределы брака. «Природа» препятствует контролю половой жизни, который необходим для воспитания советского человека. В первую очередь это касается мужчин, которые считаются сексуально активными «от природы». Они часто стремятся утверждать свою мужественность через сексуальные «подвиги». Негативным последствием таких установок становится «комплекс Дон-Жуана»: мужчина «гордится своими половыми подвигами и старается их даже раздувать» (Хрипкова и Колесов 1982: 47). Мужчина такого типа «стремится к бездуховной физической связи», «уделяет излишнее внимание узко половым отношениям», «пренебрегает потребностями женщины», «склонен к изменам» и пр. (Там же: 44–52). В таком поведении содержится угроза морально-нравственным устоям общества. Поэтому для воспитания советских граждан и гражданок необходимо разрабатывать механизмы формирования «правильных» образцов мужественности и женственности, опираясь на научное знание половых различий. Женщина, как и мужчина, должна следовать «правильным» образцам женственности, конституируемой через материнство. Женщина, как утверждают авторы, «должна знать и помнить, что высшее предназначение в жизни — рождение себе подобного, продолжение рода, а не сиюминутная радость и наслаждение» (Владин и Капустин 1988: 60). Материнство представляется как гражданский долг по отношению к социалистическому государству, поддерживающему его целевой социальной политикой

(см.: Здравомыслова и Тёмкина 2007). Нормативный дискурс научно-популярной литературы связывает «правильное» материнство с полной семьей. Однако допускаются отклонения от этой нормы: «материнство вне брака с точки зрения морали не считается больше позорным для женщины» (Нойберт 1960: 50).

Заключение

Мы можем утверждать, что секс в Советском Союзе все-таки был, если иметь в виду публичное обсуждение вопросов сексуальности в позднесоветский период, хотя это обсуждение было весьма осторожным, а набор тем — весьма ограниченным. Применительно к данному периоду трудно говорить о дебате сторонников и противников сексуального образования, который существует в современной России (см. статью О. Снарской в данном сборнике). Окрашенные в моральные тона немногочисленные советские книги-руководства для воспитателей и профессионалов были теми единственными источниками, в которых в принципе поднимались вопросы полового просвещения. В них признавалась невежественность молодежи в вопросах сексуальных отношений и необходимость некоторого просвещения, дающего элементарные знания об анатомии, психологии, о половых отношениях и детской сексуальности. В книгах и статьях, ориентированных на медиков, психологов, педагогов и пр., формировалась концепция воспитания молодых людей, которые должны следовать определенным нормам в своей интимной жизни. Если сопоставить эту концепцию с дебатами 1999–2000 гг. (см.: Там же), то в ней обнаруживаются многие аргументы современных противников сексуального образования, однако эти аргументы в позднесоветский период используют те авторы, которые в целом поддерживают идею просвещения.

Для советской концепции сексуального просвещения было характерно наличие ряда особенностей. Во-первых, просвещение признавалось одной из сторон нравственного воспитания молодежи, соответственно первостепенная роль в нем отводилась обществу и коммунистической идеологии. Во-вторых, в качестве главной или даже единственной формы сексуальных отношений признавался моногамный брак, основанный на взаимной любви. Желательным считалось воздержание от сексуальной жизни вне и особенно до брака. В-третьих, фиксировалось, что не все практики советских граждан соответствуют

нормам, а отклонения от них чреваты многочисленными негативными последствиями на индивидуальном уровне и на уровне общества, поэтому с этими отклонениями необходимо бороться. В-четвертых, причинами отклонений считалось влияние чуждых по идеологии общественных систем — западных в первую очередь. Подчеркивались не столько культурные, сколько идеологические отличия советского общества и советской молодежи, которые должны противостоять западным угрозам. В-пятых, в текстах практически не звучали идеи безопасного сексуального поведения и избегания рисков. В-шестых, в них отсутствовали детальное описание и классификации сексуальных практик и норм. Практика удовольствия, как правило, не упоминалась. И наконец, в-седьмых, сфера сексуального просвещения представляла собой область конструирования традиционных гендерных различий, отчасти оппонирующую официальному дискурсу советской эмансипации.

Литература

- Голод С. (1995). *Аннотированная библиография по социальным проблемам сексуальности (1960-е — первая половина 1990-х гг.)*. СПб.: СПб филиал Института социологии РАН.
- Здравомыслова Е. и Тёмкина А., ред. (2007). *Российский гендерный порядок: социологический подход*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Кон И. (1997). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*. М.: О.Г.И.
- Кон И. (2005). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Айрис-пресс.
- Чернова Ж. (2008). *Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ*. СПб.: Норма.
- Чуйкина С. (2002). Быт неотделим от политики»: официальные и неофициальные нормы «половой» морали в советском обществе 1930–1980-х гг., в кн.: Е. Здравомыслова, А. Темкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Rotkirch A. (2000). *The Man Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. University of Helsinki, Department of Social Policy. (Research report 1/2000).
- Zdravomyslova E. (2001). Hypocritical Sexuality, in: S. Webber, I. Liikanen, eds., *Education and Civic Culture in Post-Communist Countries*. Palgrave, p. 142–150.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Источники

1. Антонов А. (1980). *Социология рождаемости*. М.: Статистика.
2. Босанац М. (1981). *Внебрачная семья*, пер. с хорватско-сербского. М.: Прогресс.
3. Борман Р. (1975). *Молодежь и любовь*, сокр. пер. с немецкого. М.: Прогресс.
4. Васильченко Г., ред. (1977). *Общая сексопатология. Руководство для врачей*. М.: Медицина.
5. Васильченко Г., ред. (1983). *Частная сексопатология. Руководство для врачей*, т. 1, 2. М.: Медицина.
6. Владин В. и Капустин Д. (1981). *Гармония брака*. Минск: Вышейш. шк.
7. Владин В. и Капустин Д. (1983). *Интимный мир семья*. Минск: Вышейш. шк.
8. Владин В. и Капустин Д. (1988). *Гармония брака*. Кемерово: Кемеровское кн. изд-во.
9. Голод С. (1970а). Социально-психологический эксперимент как метод социологического исследования проблем брака и семьи, в кн.: *Проблемы быта, брака и семьи*. Вильнюс: Минтис, с. 37–42.
10. Голод С. (1970б). *Будущая семья: какова она? (Социально-нравственный аспект)*. М.: Знание.
11. Голод С. (1977). Социально-психологические и нравственные ценности семьи, в кн.: *Молодая семья*, вып. 18. М.: Статистика, с. 47–56.
12. Голод С. (1984). *Стабильность семьи: социологический и демографические аспекты*. Л.: Наука.
13. Грушин Б. (1964). «Слушается дело о разводе...» О так называемых также «легкомысленных браках», *Молодая гвардия*, № 6, с. 164–191; № 7, с. 255–282.
14. Грушин Б. (2001). Проблемы советской семьи, в кн.: Грушин Б. *Четыре жизни России в зеркале опросов общественного мнения*. Очерки массового сознания россиян времен Хрущёва, Брежнева, Горбачёва и Ельцина в 4-х книгах. Жизнь 1-я. Эпоха Хрущёва. М.: Прогресс-Традиция, с. 280–347.
15. *Домоводство* (1956), А. Демезер и М. Дзюба, сост. М.: Гос. изд-во сельскохозяйственной литературы, с. 10–15.
16. Исаев Д. и Каган В. (1979). *Половое воспитание и психогигиена пола у детей*. Л.: Медицина.
17. Кон И. (1966) Половая мораль в свете социологии, *Советская педагогика*. № 12, с. 64–77.
18. Кон И. (1967). Половое созревание как социальная проблема, в кн.: Кон И. *Социология личности*. М.: Политиздат, с. 145–160.

19. Кон И. (1970). Секс, общество, культура, *Иностранная литература*, № 1, с. 243–256.
20. Кон И. (1980). *Дружба. Этико-психологический очерк*. М.: Политиздат.
21. Королев Ю. (1978) *Брак и развод. Современные тенденции*. М.: Юридическая лит-ра.
22. Кушнирук Ю. и Щербаков А. (1982). *Популярно о сексологии*. Киев: Наукова Думка.
23. Марьясис Е. (1983). *Гармония семейной жизни. О гигиене пола*. Ставрополь: Ставропольск. кн. изд-во.
24. Нойберг Р. (Нейберг Р) (1960). *Вопросы пола (книга для молодежи)*. Фрунзе: Мин.здрав. Киргизской ССР.
25. Нойберг Р. (1967). *Новая книга о супружестве. Проблемы брака в настоящем и будущем*, пер. с немецкого. М.: Прогресс.
26. Нойберг Р. (1971). *Что я скажу моему ребенку*. М.: Медицина.
27. Роговин В. (1970). Проблемы семьи и бытовой морали в советской социологии 20-х гг., в кн.: *Социальные исследования. Проблемы брака, семьи и демографии*, вып. 4, с. 88–114.
28. Рюриков Ю. (1967). *Три влечения*. М.: Искусство.
29. Рюриков Ю. (1975). Любовь и семья сегодня, *Молодой коммунист*, № 10–11.
30. Рюриков Ю. (1977). *Трудность счастья. Любовь и молодая семья*. М.: Знание.
31. Свядош А. (1974). *Женская сексопатология*. М.: Медицина.
32. *Семья сегодня* (1979), Д. Валентей, гл. ред. М.: Статистика.
33. Скрипкин Ю. и Марьясис Е. (1985). *Гигиена юноши*. Минск: Беларусь.
34. Ступко А. и Соколова С. (1981). *Тебе — мальчик, юноша*. Киев: Здоров'я.
35. Харчев А. (1968). *Быт и семья в социалистическом обществе*. Л.: Знание.
36. Харчев А. (1979). *Брак и семья в СССР*. М.: Мысль.
37. Хрипкова А. (1969). *Вопросы полового воспитания*. Ростов-на-Дону: Гос. пед. институт.
38. Хрипкова А. и Колесов Д. (1981). *Девочка—подросток—девушка: Пособие для учителей*. М.: Просвещение.
39. Хрипкова А и Колесов Д. (1982). *Мальчик—подросток—юноша: Пособие для учителей*. М.: Просвещение.
40. Чечот Д. (1976). *Молодежь и брак (заметки юриста)*. Л.: Изд-во Ленинградского университета.
41. Юркевич Н. (1970). *Советская семья*. Минск.

Елена Здравомыслова

ГЕНДЕРНОЕ ГРАЖДАНСТВО И АБОРТНАЯ КУЛЬТУРА

Какое отношение имеет аборт — или искусственное прерывание беременности — к проблематике гендерного гражданства? Если мы ответим на этот вопрос, читателю станет ясным основной пафос данной статьи. Аборт — это не только опыт беременной женщины, решившей отказаться от деторождения, и не только профессиональный навык врача-гинеколога. Это практика, параметры которой отражают состояние репродуктивной культуры в обществе.

Репродуктивное поведение в современном обществе в значительной степени регулируется личным выбором людей, подкрепленным экспертным знанием. Право женщины на медицинское прерывание беременности в современных обществах не повсеместно, но широко распространено. Но это не единственное из репродуктивных прав. Среди последних можно выделить также право на знание в области сексуальных практик, право на охрану репродуктивного здоровья и пр. В законодательстве РФ все эти права «прописаны», но их реализация не всегда институционально обеспечена.

Советскую репродуктивную культуру называют абортной (Попов 1995). Это означает, что произвольное прерывание беременности являлось массовым опытом российских женщин. До сих пор Россия по показателю числа абортов идет впереди всех развитых стран, что во многом является культурным наследием советского периода¹.

В данной статье политики и практики в отношении прерывания беременности рассматриваются как ключевые характеристики ген-

¹ Анализ данных демографической статистики см. в статье В. Сакевич в данном сборнике.

дерного (прежде всего, женского) гражданства. Задача исследования становится значимой сегодня, когда раздаются голоса, осуждающие право на аборт, когда происходят постепенные и не замечаемые общественностью изменения в законодательстве о репродуктивном здоровье².

Что такое гендерное гражданство и при чем здесь аборты?

В социологии гражданство понимается не только как государственно закрепленный статус (совокупность прав и обязанностей), но и как социальные практики, формирующиеся во взаимодействии с государством по поводу прав (Turner 1990). Категория «гражданства» является гендерно маркированной (Walby 1994; Lister 1997; Yuval-Davis 1997; Siim 2000), поскольку сохраняются различия гражданского статуса женщин и мужчин. Женское гражданство определяется целевой политикой, гендерными идеологиями, проявляется в устойчивых практиках женщин. В разных исторических контекстах женщины могут иметь (или не иметь) равные с мужчинами экономические, политические и социальные права, они могут быть выделены в особую категорию граждан, наделенную «положительными» и «отрицательными» привилегиями. Репродуктивные права уместно отнести к блоку социальных прав. Они задают нормативные рамки репродуктивных практик.

Советское государство, несмотря на закрепленное в нормативных документах равенство полов, осуществляло различие граждан по признаку пола и создавало рамки гендерно поляризованного гражданства. Политика в отношении абортов — один из аспектов государственного конструирования советской женственности. На примере анализа этой политики мы можем понять, как государство и его институты создавали рамки специфических женских практик, получивших распространение именно в советском контексте.

В данном случае на примере изучения регулирования и практики абортов мы рассматриваем женское гражданство на нескольких уров-

² Так, например, в августе 2003 г. принято Постановление Правительства РФ, согласно которому число социальных показаний к прерыванию беременности сократилось до четырех.

нях: уровне нормативных актов и официальных идеологий (нормализующих суждений), с одной стороны, и уровне стратегий женщин по контролю репродуктивного поведения — с другой.

Легализация аборта и большевистский проект «Новая женщина»

Строительство коммунистического государства сопровождается политической программой решения так называемого женского вопроса и формирования новой советской женственности. Политика формирования новой женщины представлена рядом нормативных актов и политических кампаний, призванных превратить ее в советскую гражданку — работницу, общественницу и мать. Одной из важнейших и поразительных для своего времени мер большевистской гендерной политики была первая в мире легализация медицинского аборта (1920 г.)³.

Легализация аборта предполагала, что решение о прерывании беременности принимает женщина, но оно должно было быть санкционировано общественно-политической инстанцией, которая выдает направление на проведение операции. Для произведения аборта в государственном медицинском учреждении женщины должны были пройти комиссию, которая давала соответствующее разрешение по социальным или медицинским показаниям. В состав комиссии входили: представитель(ница) партийной организации (как правило, член женотдела), представитель месткома и врач. Легализацию аборта, казалось бы, можно интерпретировать как важный шаг в политике эмансипации женщин. Однако в текстах большевистских идеологов

³ Дискуссии о контроле репродуктивного поведения шли в первые десятилетия XX в. во всей Европе. С одной стороны, они свидетельствовали о тенденциях женской эмансипации и сексуальной либерализации. С другой стороны, репродуктивные права обсуждались в контексте социальных последствий войны, массовых миграций и связанной с ними сексуальной либерализацией, цену которой всегда платят женщины (Голод 1998; Чуйкина 2002). Дебаты о легализации аборта начались в России еще до Первой мировой войны (Engelstein 1991). Однако искусственное прерывание беременности оставалось до революции уголовно наказуемым в условиях религиозного идеологического доминирования, аборт рассматривался как вариант инфантицида.

того времени постоянно подчеркивалось, что этот закон является вынужденной мерой, обусловленной ростом числа криминальных абортов в период послевоенной разрухи, изменением социального строя и аномией.

Экспертное сообщество при поддержке политических инстанций активно пропагандировало контрацептивные средства того времени. Одним из фокусов санитарно-гигиенического дискурса было образование в области репродуктивного здоровья. При этом советские медики отмечали разрушительные последствия аборта для репродуктивного здоровья женщины. В популярной брошюре того времени, ставящей перед собой задачу «воспитания масс населения в духе половой гигиены», читаем: «Частое производство аборта сильно подрывает половое здоровье женщины. Даже при благополучном исходе операции нередко остается после нее воспаление слизистой оболочки матки... 75% всех последовавших маточных заболеваний зависит от произведенного раньше аборта. Поэтому к аборту разрешается прибегать только в исключительных случаях, делающих развитие беременности почему-либо крайне нежелательным, и, кроме того, только в начале беременности — не позже 2-х месяцев после последних месячных» (Здравомыслов 1926: 27).

Большевистское государство изначально не рассматривало материнство как частное дело советской гражданки. Материнство объявлялось гражданской обязанностью, поддержанной государством⁴. Репродуктивная обязанность женщины трактовалась не как воспроизводство рода или семьи, а как воспроизводство советского гражданина — члена большой трудовой семьи советского народа, строящего коммунистическое общество в условиях враждебного окружения.

Большевистский гендерный проект предполагал, что родительские функции во многом возьмут на себя советские коммунальные и воспитательные учреждения. Именно они в состоянии воспитать коллективистские качества нового человека. В середине 1920-х гг. власти начинают кампанию «За новый быт», ориентированную на освобождение женщин от «кухонного рабства» и коллективизацию домашнего труда. На этом фоне распространяется сеть детских садов и яслей — так решается «вопрос» об общественном воспитании новых советских граждан. Одним из аспектов кампании становится развитие сексуаль-

⁴ Мужское гендерное гражданство позиционировалось в категориях воинской и трудовой мобилизации.

ного образования и пропаганда «половой гигиены». Популярными медицинскими брошюрами, массовыми журналами «Работница», «Коммунистка» и «Делегатка» популяризируют контрацептивы, средства женской половой гигиены, обсуждают вопросы половой морали и сексуального развития, подчеркивают роль социальных учреждений в осуществлении коллективистски ориентированного и гендерно поляризованного родительства.

В 1920-е годы эксперты журнала «Работница» — врачи-гинекологи — в разделе «Охрана здоровья» рекомендуют средства предотвращения беременности, разработанные лабораторией противозачаточных средств Отдела охраны материнства и младенчества Наркомата здравоохранения, такие как паста «Прекопсоль» с прибором (цена 1 руб.), шарики «Контрацептин» (20 шт. — цена 1 руб. 20 коп.), желатиновые цилиндры «Контрацептин» (см.: *Работница*, 1930, № 10). В популярной медицинской литературе предлагаются «предохранительные мероприятия от нежелательной беременности», включающие промывание, спринцевание, применение «замыкающих пессарий» («лекарственных шариков из масла какао с хиной и борной кислотой», использование внутривагинальных губочек, резиновых колпачков); способ проф. Шутнова, «состоящий во впрыскивании женщине под кожу мужского семени». Рекомендуемые врачами предохранительные мероприятия для мужчин — прерывание полового акта и использование кондомов. При этом отмечается, что «прерывание полового акта вредно отражается на нервной системе мужчины», «часто ведет к половым извращениям, половой неврастении и часто является причиной развития у мужчин полового бессилия», а у женщин вызывает тяжелые нервные расстройства и катар матки. Поэтому рекомендуется его избегать. Кондомы же «значительно скрадывают ощущения, часто рвутся и, таким образом, в значительном % случаев не оправдывают своего назначения». В качестве современных средств применяется временная стерилизация путем облучения семенных желез (Здравомыслов 1926: 24–26). Отметим, что советская медицинская экспертиза подчеркивает эффективность и меньший риск именно женских способов контроля беременности.

Итак, гендерная политика является значимой частью революционных преобразований. Новая женщина — советская гражданка — мобилизуется государством на участие в коммунистическом строительстве. При этом материнство поддерживается социальной политикой и государство конструирует контракт между советской работницей и

новой властью. Нормативные суждения власти определяют родительство преимущественно как материнско-государственную функцию. Отцовство репрезентируется как экономический долг (см. законодательство об алиментах). Последствием советской политики гендерного гражданства является тенденция отчуждения отцовства (см.: Kukhterin 2000; Чернова 2007). Концепция гендерного гражданства построена на поляризации полов, несмотря на декларацию их политического равенства. Идеология материнского долга женщины входит в оборот политического манипулирования, но материнство не является принудительным.

Последствия большевистской политики в области репродуктивных прав и решения *женского вопроса* были противоречивы: государственная мобилизация женщин сопровождалась разрушением патриархальной женственности, ослаблением семьи как института социального воспроизводства, либерализацией сексуальности в условиях патриархатной репродуктивной культуры, когда за последствия сексуальной свободы женщины расплачивались незапланированной беременностью, частыми абортами и одиноким материнством. В это время аборт становится массовым опытом советских гражданок. Эта практика не морализировалась и считалась привычной.

Криминализация аборта и навязанное гражданство «работающей матери»

1930-е годы считаются периодом репрессивной политики в сфере сексуальности и репродуктивных прав, временем «великого отступления» от революционной семейной политики (Кон 2005). В официальной риторике отчетливо прослеживается прославление материнского долга женщины перед обществом и государством. Даже производственные функции и общественная активность женщины преподносятся как дериват их материнской роли. Организованные домохозяйки осуществляют *поход за чистоту* в общежитиях и рабочих бараках. Жены начсостава контролируют быт детей в семьях рабочих (кампании 1935–1936 гг.). Материнство советского типа, ориентированное на ценности советского воспитания, оказывается основной категорией в дискурсе о семье и гражданском долге женщины-работницы. В политических кампаниях того времени — обозначенных в официальном дискурсе как общественные движения — женщины рассмат-

риваются как субъекты политики окультуривания масс в условиях быстрой индустриализации (Волков 1996).

Семейно-центристскому дискурсу сопутствует осуждение идеологии свободной любви, прекращение просветительской кампании по воспитанию «половой гигиены», табуирование темы сексуальности и появление репрессивных государственных мер по контролю рождаемости. В этих условиях воспитывается поколение советских граждан, для которого характерно умалчивание своего интимного опыта, преподносимое как общественная добродетель (Rotkirch 2000; Чуйкина 2002). В 1936 году Постановлением ЦИК и СНК СССР запрещаются аборт. За совершение аборта врач карается сроком лишения свободы от трех до пяти лет или присуждается к исправительно-трудовым работам. Женщины, которые отказываются сотрудничать с властями и не называют имени врача, сделавшего аборт, также караются лишением свободы на срок до пяти лет. Одновременно тем же Постановлением предоставляются льготы многодетным и одиноким матерям, расширяется сеть родильных домов, детских яслей и садов, усиливается уголовное наказание за неплатеж алиментов. Позднее, в ходе Великой Отечественной войны, в 1944 г. Указом Президиума ВС СССР делегитимизируются фактические, но не зарегистрированные браки, усложняется процедура развода, запрещается установление отцовства внебрачных детей (Гендерная экспертиза 2001: 105; Чернова 2007). Все эти меры направлены на укрепление официальных брачных союзов, организованных вокруг принудительного материнства советских гражданок.

Указ о запрещении абортов предварялся мощной агитационной кампанией в советских СМИ, и прежде всего в женских журналах (*Работница, Крестьянка*, 1935–1936 гг.), осуждавшей абортную культуру контроля рождаемости, прочно утвердившуюся к тому времени, массовые разводы, сексуальную распущенность, уклонение отцов от уплаты алиментов.

27 мая 1935 года в «Правде» была опубликована статья гинеколога-акушера М. Малиновского «О громадном вреде абортов». В ней отмечались следующие характеристики репродуктивной культуры советских женщин: массовость абортов и их разрушительные последствия для женского здоровья (массовость фибром матки как последствий абортов). При этом автор подчеркивал значимость стоящей перед государством задачи роста народонаселения. Публикация статьи в главной газете партийного агитпропа стимулировала осужде-

ние тематики репродуктивных практик и прав в советской печати. Обсуждение носило пропагандистский характер и мало походило на открытую дискуссию, в которой фигурируют разные мнения и сопоставляются аргументы.

Большинство публикаций составлял антиабортный дискурс. Позиция меньшинства, поддерживающего идеологию репродуктивных прав женщины, осуждалась с точки зрения науки, политики и здравого смысла. Антиабортный дискурс был консолидирован единодушным мнением нескольких групп экспертов. Врачи-гинекологи, многодетные матери, партийно-профсоюзные активисты, ударницы труда, матери-одиночки и повторно вступившие в брак женщины — все в один голос осуждали медикаментозное прерывание беременности как операцию, ведущую к различным катастрофическим социальным и личным последствиям. Независимо от профиля экспертизы участники дискуссии называют три социальные угрозы, которые влечет за собой аборт: разрушение семьи; бездетность, свидетельствующая о нарушении женщиной ее гражданского долга; личное несчастье женщины, не удовлетворившей базовый материнский инстинкт. Пропаганда материнства выражается в массовых лозунгах на плакатах того времени: «Здоровая женщина должна быть матерью!», «Материнство не бремя, а радость!».

Так, в журнале *Работница* предзавкома фабрики Фрунзе в статье «Я против абортов» отмечает, что в первом квартале 1935 г. 100 работниц фабрики им. Фрунзе в Москве получили бюллетени по абортам, кровотечениям и фибромам, большинство абортируемых — одиночки, имеют одного ребенка или первобеременные. Автор поддерживает запрещение абортов, «потому что стране нужны люди, а ребенка вырастить не так быстро — он должен расти до совершеннолетия».

Авторы статей подчеркивают оздоровляющую роль материнства: «Когда я рожая, то становлюсь здоровой, а когда делаю аборты — болею», — сообщает читателям многодетная мать. Корреспондентки журнала отмечают, что «работе дети не помеха». Если в результате абортов большая женщина может лишиться себя и самостоятельного заработка, и счастья родительства, то материнство и общественно-полезная деятельность стимулируют друг друга. Одна из корреспонденток *Работницы* пишет: «...несмотря на то, что у меня была ежегодная беременность, я не бросала общественную работу, комсомол, антирелигиозную работу. Как общественница, я имела преимущества в обслуживании моих детей. Ясли, детский сад... Муж помогал в том, что брал детей из

дет-яслей и детсада и кормил их вечером. Но ему это надоело и он поставил вопрос: или семья, муж, или партия и общественная работа. Я сказала — партию. Муж начал пить, гулять с другими женщинами, даже приводил их домой... Я ушла от мужа, он платит алименты» (*Работница*, 1935, № 17, с. 12).

Даже в случае ухода мужа или его нежелания иметь ребенка женщине предлагалось воздержаться от прерывания беременности, поскольку в этом случае обязанности материального обеспечения материнства и детства берет на себя трудовой коллектив и советское государство. Муж или его родственники (свекровь чаще всего) в случае их противодействия деторождению рассматривались как носители угрозы.

Мать восьмерых детей пишет: «Я не советую женщинам делать аборты. Лучше родить. Роды приносят женщине здоровье, бодрость, повышенную энергию в работе. Дети дают счастье и родителям, и Родине. Я думаю, что мои дети принесут немало пользы своему отечеству во главе с нашим вождем тов. Сталиным И.В.» (Там же).

Итак, официальный дискурс утверждает, что гражданская доблесть женщин заключается в материнстве: «В нашей стране женщина-мать — это самый почетный человек. В росте численности нашего населения мы видим источник умножения богатства страны, потому что из всех ценных капиталов, имеющихся в мире, самым ценным и самым решающим капиталом являются люди, кадры» (Е. Филиппова, *Работница*, 1936, № 17, с. 12).

При этом отмечается, что закон 1920 г., сыграв большую роль в охране здоровья женщин, способствовал росту искусственных абортов... Директор московского роддома им. Клары Цеткин пишет: «Легкость получения направления на аборт создала у женщин представление о безвредности этой операции». Эксперты *Работницы* отмечают, что «искусственный аборт является операцией крайне опасной, даже в руках опытного и добросовестного хирурга. Аборт оказывает губительное влияние на здоровье женщин. 20% женщин, страдающих женскими заболеваниями, обязаны этим искусственным абортам: 60% внематочных беременностей являются следствием абортов». Бесплодие считается частым последствием абортов и представляется не только как личное горе женщины, но и как социальное бедствие. В целом рост абортов рассматривается как угроза государственной безопасности, так как ведет к падению рождаемости. Участники обсуждения отмечают, что рост уровня жизни населения приводит к тому, что социальные показания

для прерывания беременности исчезают и формируются благоприятные условия для «радостного материнства».

Участники пропагандистской кампании противопоставляют социальный смысл запрета на аборт на капиталистическом Западе и в СССР. На Западе «запрещение абортов — это издевательство. Там безработица, нищета, рост детской смертности, фашизм». Напротив, «нашей стране нужны люди, чтобы строить новое социалистическое общество, новую радостную жизнь. Женщина призвана наряду с общественной работой воспитывать наших детей».

В 1936 году проходит Всесоюзное и ряд локальных совещаний по работе среди женской молодежи. В речи Н.К. Крупской, озаглавленной призывом «Усилим идейно-политическое воспитание женской молодежи!», отмечаются пережитки некультурности в быту и задачи воспитания материнства. «Материнский инстинкт дает много радости женщине. В этом инстинкте нет ничего плохого. Мы считаем материнский инстинкт великой движущей силой, но, с другой стороны, мы никогда не будем женщин ограничивать только воспитанием детей. Мы не будем ее отрывать от широкой общественной жизни» (*Работница*, 1936, № 20, с. 2–3).

Помпрокурора Верховного Суда РСФСР Ф.Е. Нюрина пишет: «Одной из самых подлых, отвратительных легенд, созданных буржуазией, является легенда о том, что невозможно сочетать материнство с равноправием женщин, с участием ее в общественно-политической жизни... Высоким почетом, вниманием и любовью окружена мать на нашей социалистической Родине. Ей обеспечен отпуск до и после родов, для того чтобы она могла спокойно подготовиться к самому прекрасному дню своей жизни и хорошо поправиться после родов. Ее берегут во время кормления. Для ее детей строят ясли и консультации, детские санатории. Все это дает ей возможности выполнять свои обязанности гражданки великой социалистической страны и воспитывать здоровых детей» (*Работница*, 1936, № 30, с. 26).

Одновременно с пропагандой материнства и осуждением абортов развивается медицинский дискурс об облегчении родов. Врач А.Л. Богданова отмечает «заботу партии о женщине, занимающей в нашем Союзе большое политическое место, которая выдвинула проблему массового обезболивания родов» («Обезболивание родов», *Работница*, 1936, № 2, с. 18).

Запрещение аборта обсуждается в контексте морального упадка и легкомысленного отношения к браку. В дискуссии осуждаются разные

категории женщин, прибегающие к прерыванию беременности. Как утверждают эксперты, существует категория морально деградировавших, чуждых советскому строю женщин, которые настаивают на аборте «без всяких оснований». Не менее возмутительной считается ситуация, когда женщина требует операции на основании того, что у нее уже есть один ребенок. Одна из корреспонденток *Работницы* пишет о молодых внебрачных беременных: «Зачем они так податливы и безответственны в вопросах любви? Забеременела! Наплевать. Сделаю аборт — так рассуждают у нас некоторые работницы...» «Этот закон (запрет аборт. — Е.З.) заставит нас относиться к себе бережнее. Про себя скажу... я ликую и предлагала бы этот день опубликования законопроекта сделать Днем матери и ребенка» (Там же).

Женщины, оппонирующие новому законопроекту, представлены как сексуально распущенные и некультурные гражданки. Так, в ходе обсуждения законопроекта на фабрике, «кокетливо завитая девушка, явно рассчитывая на поддержку, заявила: “Например, я поеду в дом отдыха и там сойду с парнем, неужели я должна после этого рожать? Мне 23 года, и я не хочу себя связывать ребенком...” На девушку тотчас обрушились возмущенные возгласы: “Что же тебя за тем посылают в дом отдыха, чтобы ты потом свое здоровье абортом калечила?... <...> Да разве это любовь называется — два раза видела парня и сошлась?”» (*Работница*, 1936, № 10, с. 5).

В соответствии с дискурсивной моделью выстраивания образа врага, в агитпропе разворачивается кампания против «подстрекателей аборт», среди которых называются «некультурные граждане», бесчестно относящиеся к женщине, и прежде всего врачи-частники, незнательные мужья, свекрови, «плохие подруги и кумушки». Журналисты отмечают, что мужья под угрозой разводов требуют, чтобы жены делали аборты, так как не хотят выполнять экономический отцовский долг. Одиноким беременным женщинам делают аборты на разных сроках частным образом. «И тот, кто подстрекает женщину на аборт, и те женщины, которые идут на это, заслуживают сурового порицания» (Там же, с. 14).

Одновременно с пропагандой *радостного материнства* ужесточается законодательство об алиментах, взыскивание которых теперь становится ответственностью администрации предприятий, где работают нерадивые отцы, и отделов НКВД. Одновременно появляется инициированный матерями-общественницами эгалитарный дискурс, пропагандирующий модели равного участия супругов в домашней работе

и их равной ответственности за воспитание детей, однако он явно оказывается маргинальным.

Антиабортная агитация сопровождается кампанией социальной поддержки беременных, предоставлением декретного отпуска работницам (2 месяца), появлением правовой категории «легкотрудниц», борьбой против незаконного увольнения беременных, пропагандой эгалитарного участия в сфере быта и воспитания детей, ужесточением процедуры разводов.

В итоге советская печать утверждает, что ужесточение законодательства соответствует потребностям демографической политики и поддерживается ростом благосостояния советского народа. Запрещение абортов легитимизируется тем, что в советской стране «жить стало лучше, жить стало веселее». Запретительная мера репрезентируется как гарант счастья и радости натурализованного материнского гражданского долга. И так, «каждая женщина в нашей стране не может не хотеть быть матерью. Она знает, что ее ребенок найдет в жизни все необходимое для всестороннего развития сил и способностей»⁵. Эта агитационная кампания в целом является примером официальной стигматизации бездетности и оправданием репрессивного регулирования деторождения. Принудительное материнство оказывается стержнем женского гражданства.

Не удивительно, что идеологема сохранения жизни (типичная для религиозной риторики борьбы с абортами в западном обществе) не нашла своего отражения в этой многомесячной агиткампании. Материнский долг советских женщин позиционировался как решение демографической проблемы в условиях индустриализации и военизации советской экономики, религиозная аргументация замещалась апелляцией к гражданской обязанности женщин.

В условиях прекращения кампании воспитания половой гигиены, отсутствия контрацептивной индустрии женщина мобилизуется как репродуктивная сила, поставляющая государству граждан. Одновременно она мобилизована как работница: в период форсированной индустриализации при низкой производительности труда государство использует массовую женскую рабочую силу как трудовой ресурс. В это время отменяются многие льготы для женщин на производстве: запреты на работу в ночные смены и в тяжелых условиях труда; создаются движения за овладение женщинами мужских профессий; начи-

⁵ Лозунги на плакатах в Домах матери и ребенка.

нается выдвижение женщин на руководящие должности. Двойная мобилизация женщин легитимируется в понятиях гражданского долга и женского предназначения. Принудительное гражданство «работающей матери» становится основой стереотипа женственности, который усвоили, по крайней мере, три поколения советских гражданок.

Абортная контрацептивная культура и поведенческая сексуальная революция 1970-х гг.

Либерализация гендерной политики позднесоветского времени в первую очередь связана с разрешением абортов в 1955 г. и усилением государственной поддержки материнства. Аборт в это время стал символом женской репродуктивной свободы и либерализации сексуальной жизни. Характерно, что декриминализация абортов не сопровождалась публичным обсуждением в отличие от ситуации 1930-х гг., когда в течение нескольких месяцев перед запрещением абортов в советской печати шла пропагандистская кампания, посвященная этому вопросу.

Семейный кодекс РСФСР 1968 г. упростил процедуру развода, была восстановлена возможность установления внебрачного отцовства (Гендерная экспертиза 2001: 106). Продвигалась идеология родительских потребностей советских граждан и сознательного материнства, последнее интерпретировалось не только как гражданский долг советской женщины, но и как главное условие ее личностной реализации.

Итак, новая гендерная политика ослабляет контроль репродуктивного поведения. Функции принятия решения по поводу деторождения делегируются профессионалам (врачам) и женщине (Бараулина 2002). Однако эта либеральная политика в области репродуктивных прав не подкрепляется ни сексуальным образованием, ни доступностью надежных современных контрацептивных средств, ни гуманистической медициной. Репродуктивные права гарантируются женщинам только частично. Они ограничиваются правом на аборт, но не подразумевают права на информацию и контрацепцию. Репродуктивные права недостаточно обеспечены институционально. Дело обстоит на самом деле еще хуже, если рассматривать эту проблему с точки зрения гуманитарной концепции прав. Право на аборт обеспечено, но то, как оно осуществляется в государственных медицинских учреждениях, можно уподобить наказанию, которое женщина несет за нарушение гражданской повинности материнства.

Конец советской эпохи — это период поведенческой сексуальной революции, т. е. либерализации сексуальных практик в сочетании с прежним табуированием сексуальных тем в общественном обсуждении. Мы называем это время периодом лицемерной сексуальности, когда господствует двойной стандарт, т. е. «разрыв между словом и делом» сексуальной жизни и гендерный двойной стандарт, согласно которому по-разному оцениваются женская и мужская сексуальные практики (Rotkirch 2000). Абортная репродуктивная культура — это один из эпифеноменов лицемерной сексуальности. В советском обществе женщина наделена репродуктивными правами — аборт разрешен. Однако эти права ограничены и институционально обеспечены весьма своеобразным образом. Знаний о рисках сексуальной либерализации достаточно мало, и возможности индивидуального контроля ограничены.

Чтобы описать суть абортной культуры, недостаточно привести правовые нормы и статистику репродуктивного здравоохранения. Необходимо обратиться к анализу сексуального опыта представителей поколения сексуальной революции. Аборт — это устойчивая практика, характеризующая жизненный опыт советской женщины — ее гендерное гражданство. Реконструируя аборт как фрагмент массового советского женского опыта, обратимся к материалам исследования сексуальной жизни петербуржцев, проведенного нами в 1997/98 г. в рамках проекта, поддержанного Финской Академией наук (см.: Здравомыслова и Тёмкина 2002). В рамках этого проекта проведен массовый опрос петербуржцев (репрезентативная выборка составляет 1600 чел.) и собрано 75 глубинных интервью, посвященных сексуальному опыту мужчин и женщин разных поколений (Там же).

Выявляя особенности абортной культуры, мы рассматриваем три измерения сексуального опыта женщин, чей фертильный возраст захватывает поздний советский период: (а) знания о средствах предохранения и контроля рождаемости; (б) практики контрацепции и (в) их интерпретации. Несмотря на то что для понимания абортной культуры необходим, несомненно, анализ и мужских практик, мы концентрируем свое внимание на женском опыте, поскольку ответственность за контроль рождаемости в несравненно большей степени в позднесоветском обществе приписывается женщинам (Бараулина 2002; Здравомыслова и Тёмкина 2002; Кон 2005; см. также статью О. Снарской в данном сборнике). Кроме того, в центре нашего внимания женское гражданство,

понимаемое как совокупность устойчивых практик советских женщин. Тем самым мы, конечно, воспроизводим гендерную поляризацию, но лишь для того, чтобы ее деконструировать. Далее мы анализируем интервью в соответствии с этой схемой.

Знания о контрацепции включают информированность о средствах предохранения и о побочных эффектах применения. При этом важно учитывать происхождение этих знаний, различая такие источники информации, как экспертное знание, медиа-источники, гендерные группы, семья, сверстники. Если данные массового опроса 1996 г. показывают, что респонденты считают свои знания о сексуальности достаточными, глубинные интервью свидетельствуют о значительных лакунах информированности. Информанты обоих полов и разных поколений признают свое невежество в отношении конкретных видов контрацептивов, специфики их использования и особенностей побочных эффектов. Большинство информантов среднего и старшего возраста сами отмечают пробелы в знании, особенно в молодые годы:

Никто не знал, что надо было делать «до». Понятия не имели. И очень мало чего знали, потому что на эту тему никто ничего не говорил (И 8, 1950 г. р.).

Женщины считали (и не без оснований) контрацептивы первого поколения не только ненадежными, но и вызывающими осложнения в отношении репродуктивного здоровья. Они оценивали риски, связанные с последствиями применения гормональных контрацептивов, так высоко, что воздерживались от их использования, предпочитая им постоянный страх перед возможностью забеременеть, который, как они говорят в интервью, часто придавал остроту сексуальным переживаниям. Надо признать, что в настоящее время первое поколение контрацептивов сильно критикуется медиками и, может быть, женщины, сомневавшиеся в их эффективности, были правы в своей осторожности.

Основной источник знаний о контрацепции в позднесоветское время — совсем не экспертное знание. К профессиональной помощи гинекологов и урологов сексуально активные граждане прибегали уже после того, как столкнулись с проблемами репродуктивного и сексуального здоровья. Женщины получали знание о контрацепции от подруг, родственниц, матерей или на основании собственного опыта (см.:

Rotkirch 2000). Таким образом, они часто полагались на традиционные, народные, крайне ненадежные средства предохранения (прерванное сношение, спринцевание с использованием кислой среды, календарный метод и др.). Неэффективность разных контрацептивов в опыте женщин приводила к так называемым *проколам*, которые заставляли женщин прибегать к абортам как к единственно возможному решению проблемы нежелательной беременности. Информантка отмечает:

...я вот не случайно нахватала эти семь абортов, не оттого, что я такая неграмотная, — я все-таки грамотный человек, но, тем не менее, вот эти вот... проколы такие были (И 12, 1950 г. р.).

За советами и в поисках приемлемого решения женщины обращаются к подругам, матерям и только затем к профессионалам — как официальным, так и к бабкам — акушеркам, практикующим нелегальные аборты. Эксклюзивное женское знание о контрацепции, приписывание женщинам ответственности за предохранение от беременности воспроизводят гендерную поляризацию, характерную для российского общества, деление на женский и мужской миры компетенции.

Практики контрацептивного поведения зависят от знаний и представлений, от определения ситуации партнерами по взаимодействию и от физических возможностей воспользоваться контрацептивами. В целом абортная контрацептивная культура характеризуется недоверием к самым разным средствам предохранения. Старшие поколения рассматривают контрацептивы как помеху в естественных сексуальных отношениях и как ограничение сексуального удовольствия и выражения страсти. Они представляются как не соответствующие аутентичной сексуальности. Одна информантка сообщает:

Я бы, наверное, никогда в жизни не использовала никаких таблеток. Это мое отношение — ни презервативов, ни таблеток с любимым мужчиной (Там же).

Контрацептивы рассматриваются как необходимая защита от двух типов рисков: нежелательной беременности и ЗППП. Иностранное слово «контрацептив» — предохранение — включает оба смысла. Наше исследование подтверждает гендерное разделение в приписывании

ответственности за контроль рисков. Если мужчинам приписывается основная роль в контроле ЗППП (презерватив — мужской контрацептив), то женщинам отводится центральная роль в контроле зачатия. Это разделение ролей влияет на выбор контрацептивов и контекстуальные предпочтения их использования.

Изучение материалов биографических интервью показывает, что практики использования контрацептивов контекстуальны: они определяются характером отношений между сексуальными партнерами и теми конкретными ситуациями, в которых происходит половой контакт. При коммуникации со случайными партнерами использование контрацептива считается неизбежным (см.: Мейлахс 2009). При этом никто из наших информантов не использовал презервативы с постоянными сексуальными партнерами. Сами средства контроля оказываются ненадежными. К «проколам» приводит использование как традиционных средств, так и медикаментозных. Ниже информантка рассказывает историю своего третьего аборта:

— *Вы жили по календарному методу?*

— *По календарному. И это не помогло. Обсчиталась. Такого быть не может, но у меня непонятный цикл, всегда был, то... Температурным методом я пользоваться не могу (И 1, 1958 г. р.).*

Кроме того, ситуация сексуального взаимодействия далеко не всегда делает возможным использование контрацептивов, особенно традиционных. Предполагается, что сексуально активная женщина должна быть ответственна за свое репродуктивное поведение. Сексуальная свобода предполагает также и сексуальную ответственность. Однако довольно часто женщины оказываются не в состоянии контролировать ситуацию, особенно в случае внебрачных отношений. Использованию контрацептивов не способствуют ни ситуация спонтанного проявления влечения, ни конкретные условия внедомашнего секса. Приведем пример интервью, в котором женщина описывает ситуацию, когда она забеременела в 1983 г. в общегитии на свидании с будущим мужем на начальной фазе отношений:

Причем я все понимала умом, что вот... ну, я знала, что у меня там опасный период, что надо, ну хотя бы, сходить помыться, что вот хотя бы там что-то надо сделать, но... я не знала, где находится душ в обще-

жизни, и я не знала, как ему об этом сказать — мне было неудобно, и я... ну, я не знала, как. И такая как бы страсть тут безумная, и я не знала вообще, что сделать (И 9, 1962 г. р.).

Многие женщины старшего возраста вспоминают, что медикаментозные контрацептивы прежнего поколения также оказались неэффективными. Во фрагменте интервью, приводимом ниже, женщина вспоминает о фиаско своих попыток контроля репродуктивной функции:

И однажды я обратилась к врачу с тем, чтобы мне ввели спираль. Но опять же, мой организм, видимо, не приспособлен к каким-то иностранным телам...

Мягко выражаясь, мне было некомфортно и, более того, через какое-то время я вынуждена была отказаться от спирали. Я продолжала эти таблетки гомеопатические принимать. Потом я узнала, что в таких случаях очень важно создать какую-то кислую среду во влагалище, ну и перед половым актом я просто лимонной кислотой пользовалась (И 6, 1948 г. р.).

Для того чтобы узнать особенности своего организма, подобрать эффективное средство контрацепции, женщинам всегда нужно было время, сопряженное с сексуальным опытом, а до этого женщина должна была пройти через этап «проколов», последствием которых и были аборты.

Я два раза себе пыталась вставить спираль, и они все из меня выпали вместе с беременностью. Не было никакого способа. Жить с резиной я не хотела, потому что я жила с мужем, и я очень много сделала абортов в первые десять лет своей супружеской жизни. Очень много! Пока не развелась с мужем. После этого у меня не было абортов, хотя были мужчины и так далее. Но я к тому возрасту научилась правильно считать дни. Моя подруга меня научила. Она мне дала ягоды на тот случай, если что-то случится, и я всю жизнь пользовалась этими ягодами — волчье лыко (И 8, 1950 г. р.).

Однако далеко не все женщины позднесоветской эпохи сексуальной свободы смогли найти эффективное средство защиты и поэтому делали аборты на протяжении всей фертильной жизни:

Я не нашла его (нужного для меня контрацептива) в своей жизни. Если бы были те средства, которые сейчас появились, я бы обязательно себе нашла. У нас ничего не было (И 8, 1950 г. р.).

Прежде чем делать аборт, женщины пытались избавиться от беременности. В случае, когда эти попытки не приводили к желаемому результату (произвольному выкидышу), аборт оказывался неотвратимым по соображениям, связанным с рисками для здоровья плода. Именно об этом рассказывает одна из информанток:

Я стала делать, там, сначала — уколами избавляться от ребенка, прогестероном, и... ну, на самом деле, мне действительно медсестра, которая делала, она сама ничего не понимала, но она мне сказала, что после этого лучше не рожать, после этих уколов, что мало ли что потом. Потом, когда я рожала, я уже понимала, что этим прогестероном вообще ни от какой беременности избавиться невозможно, ха, ха, ну вот, и как бы, наоборот, беременность сохраняют прогестероном, и в общем как бы ничего страшного, рожать можно. Но я и не хотела, и я ему так и сказала, что знаешь, я как бы вот уже... ну, и что же мы будем рисковать, зачем же нам как бы, даже если есть один процент, что родится больной ребенок, зачем же испытывать судьбу (И 9, 1962 г. р.).

Женщины принимали решение об аборте самостоятельно, исходя из оценки ситуации. Они зачастую не считали нужным даже уведомить своих партнеров. Это особенно типично для внебрачных беременностей, когда партнеры считаются ненадежными или случайными. Выбрав такую стратегию, беременные были вынуждены скрывать от окружающих состояние своего здоровья — ранний токсикоз и сопутствующие ему ощущения.

И потом, я думала, что а вдруг он там как-то поведет себя не так, как мне хотелось, и зачем мне портить... Ну, в общем, я решила, что пусть это будет моим решением. И я как бы... причем сложность была только в том, что у меня был постоянный токсикоз и мне плохо, и это вообще ужасно, там, меня тошнит, а надо все время как-то скрывать от всех (Там же).

Официальные незнакомые врачи-гинекологи зачастую считались неучастливыми, грубыми, равнодушными к женщине. Этот тезис иллюстрируют воспоминания женщины о первом аборте, который она сделала в двадцатилетнем возрасте:

Вот, и когда я пришла... значит, меня положили на это кресло, я там умоляла кого-нибудь постоять рядом со мной, поддержать меня за руку, там, или за кого-то поджаться — мне сказали: «Ничего с тобой не случится! Лежи и мечтай о том, как ты останешься бесплодной!» — сказала мне врачиха... (И 12, 1950 г. р.).

Столкновение с официальной медициной вызывает страх, ожидание оскорбительного отношения и болевых ощущений, связанных с недостаточной анестезией. Такая слава приводит к тому, что женщины пытаются минимизировать контакт с официальными медучреждениями или амортизировать эти неизбежные контакты с помощью социальных сетей. Они обращаются к помощи знакомых (очень часто женщин-подруг и родственниц), чтобы найти нужного врача. Аборты по знакомству делаются профессиональными акушерами в государственных клиниках, но «по блату» или в домашних условиях. И так, врач, к которому обращаются женщины, должен быть не только профессионалом, но и принадлежать к сети обменов и взаимной выручки. Только в этом случае он достоин доверия. Женщина, пришедшая на операцию по знакомству в городской абортарий, рассказывает о своих ощущениях:

Дочке был год, и я очень не высыпалась, потому что она часто болела. И когда я туда пришла, но шла я по блату, мы расстелили кровати, все стали нервничать о том, что что-то такое будет страшное... Ну там приходишь и стелишь кровать, и потом, значит, как бы... А я, значит, легла и заснула. И меня раздражало только очень: там, видно, парадная внизу, все время кто-то взад-вперед ходил и хлопал дверь, не давал спать. Потом, когда я пошла на кресло, несмотря на то, что я знала, что это по блату и что мне не будет больно, я на это кресло не могла залезть от страха... Самое страшное было — одевание белых чулок и залезание на это кресло.

— А что говорили врачи?

— *«Не бойся, тебе вколют, ты ничего не почувствуешь, тебе сейчас ничего делать не будут». Да, так и было. Я очнулась в койке, с очень хорошим состоянием после наркоза, с таким кайфом (И 2, 1956 г. р.).*

Многие рассказы повествуют о нелегальных абортах в домашних условиях. К ним прибегают независимо от брачного и материнского статуса. Приведу две выдержки из интервью.

Я от него залетела. Почему-то я не пошла в женскую консультацию. Я помню, что я принципиально туда не пошла, но вот объяснить, почему я не пошла, я не могу. Я была замужем, я могла пойти и сделать легальный аборт. Не знаю, почему я туда не пошла. То есть я так подозреваю, что я старалась избежать... Лет двадцать мне было. В общем, через очередного своего сайгоновского приятеля он мне нашел какую-то подружку, которая меня свела с какой-то теткой, которая жила в какой-то там Лахте. Она мне аборт сделала. На столе.

— *С наркозом?*

— *С местным. Ассистировала ей ее дочка.*

— *Ну, как тебе, страшно все это было?*

— *Мне было это страшно только по одной причине: потому что я совершенно не знала расценок существующих, я совершенно была не уверена, хватит ли мне денег, чтобы ей заплатить. И вот, когда она уже начала во мне ковыряться, я ей задала совершенно идиотский вопрос о том, что вот, денег у меня столько-то — мне хватит? Вот это было самое страшное (И 25, 1964 г. р.).*

Аборт по знакомству и на дому кажется молодой женщине комфортнее, чем обращение в клинику. Женщины уверены в надежности сетевых контактов. Проблематизируется лишь неформальная оплата на фоне того, что операция прерывания беременности в госучреждениях была бесплатной.

Другая информантка рассказывает о том, как она ассистировала врачу, делавшему аборт ее подруге в 1982 г.:

Она опять залетела. Он женат, дочка у него — перспектив никаких. Ей — Маше — уже было 28 лет. Ну не последний раз, наверное. Ну, приходит, говорит: «Я договорилась (с врачом), а места нет». У нее коммуналка, а врач говорит: «Ищи место». Врача нашел ейный мужик. А у меня двухкомнатная квартира. Недалеко от работы. Днем мама на ра-

боте. С мужем я к тому времени разбегалась — развелась, сын — в школе. Ну, пришли, часа в три дня. С меня, как с хозяйки, чай для врача и пациента (ха!) и подсобные работы. Таз, вода, полотенца — отнести — принести, в общем, тошнит вспоминать! Во время самой операции я из комнаты вышла, зато потом убирала. Выливала эти шматки кровавые в сортир, стол — на место. Денег она сама врачу дала — не знаю сколько. Нормальный такой мужик — выручательный. На нашем обеденном столе в комнате, да я еще простынки старые дала. Машка свои дома забыла. Потом она полежала часа полтора и пора ей было уже домой — вечер, мои должны были прийти скоро. Мы выпили по рюмочке... Это было, по-моему, в пятницу, так что пару дней она полежала дома. В понедельник на работу (замужем, 2 детей, 6 аборт; 45 лет).

Интерпретации опыта аборта разнообразны и контекстуальны, но во всех них есть общие черты. Прежде всего, аборт видится женщинами как привычная преемственная практика, общая для всех женщин советской эпохи, независимо от поколений, классовой принадлежности, брачного и материнского статуса. Обсуждая свой сексуальный опыт, женщины старшего и среднего поколения видят общность судеб многих поколений российских женщин в связи с практикой аборта. Информантка рассказывает:

Дело все в том, что моя мать в своей жизни сделала около двадцати аборт. В моей семье я бесконечно видела эти аборты. У мамы в 35 лет произошла закупорка труб, и она перестала беременеть. Все аборты до этого происходили у меня на глазах. Естественно, что она приходила домой и ложилась белая как смерть. Она не могла встать, она безумно плохо себя чувствовала. Я видела весь этот ужас. Когда я стала постарше, она мне говорила. Поэтому когда я стала взрослой женщиной и вышла замуж, я к этому отнеслась легко. Моя бабушка сделала очень много аборт, моя мама сделала очень много аборт (И 8, 1950 г. р.).

Информантка приходит к следующему выводу:

Я поняла, что это (опыт аборт. — Е.З.) — участь женщины. Я очень легко стала к ним относиться и сказала: никто не умер от аборт и я не умру. Я их просто делала и все. Я знала, что мне это надо перенести (Там же).

В целом аборт рассматривается как вынужденная мера, неизбежность. Репродуктивная свобода оборачивается выбором, сделанным в условиях отсутствия выбора. Многие информантки повторяют одна за другой:

У меня тогда выбора не было насчет аборта. У меня просто физически не было выбора (см., напр., И 2, 1956 г. р.).

Женщины рационализируют свой выбор в пользу аборта, приводя несколько аргументов. Основные среди них: материальные условия и экономическая зависимость, проблемы карьеры, отсутствие надежного партнера и проблемы со здоровьем (своим и потенциального ребенка). Эти аргументы воспроизводятся и в следующих поколениях.

Не было выбора, потому что тогда, во-первых, я была на содержании у родителей. То есть, у меня не было самостоятельности. Во-вторых, отец этого ребенка никогда бы не узнал, что у него существует ребенок, а значит, никогда бы не помог. Там очень сложно... было. Реально было никак. Даже если бы он узнал, то максимум, что он смог бы сделать, это покрутить пальцем у виска и отправить меня к тому же гинекологу. Это лучшее, что он мог бы сделать. Так что отец его и не знал, что у него мог бы быть ребенок, и не узнал, что от него избавились. Так что у меня не было независимости, не было своей жилплощади, не было своих финансов. Потом я тогда училась на первом курсе университета, и мне никак было из соображений учебы. Я тогда начала работать. И у меня возникла перспектива карьеры в области политики. И терять год-полтора, и тянуть еще на шею ребенка я просто физически бы не осилила. И последняя причина, которая добила, это то, что было не все в порядке со здоровьем. То есть, считай, шел гной из матки, матка гнила и там уже не был бы нормальный ребенок. Или он бы умер в утробе, или бы родился уродцем. А там мне подчистили все на вакууме, то есть всю грязь, которая там была, сняли, подлечили местно. И я очень довольна. И если я после этого не осталась бесплодной, что все еще под вопросом, то большое спасибо доктору. И я считаю, что я приняла правильное решение (И 7, 1974 г. р.).

Во фрагменте интервью, приводимом ниже, замужняя женщина объясняет, почему она вынуждена была сделать несколько аборт в браке после того, как у нее родился ребенок:

Там просто не было никаких других вариантов. Не было жилья, не было денег, не было работы. Не было мужа. Вообще ничего не было. Как было рожать? Даже когда ребенок погиб, я не смогла родить, потому что у меня негде было жить и не на что было жить. В принципе мне было 33 года, я же могла еще родить. Но это было совершенно нереально. Сама-то себя прокормить не могла, не то что... Главное, что жилья не было. Ладно бы там деньги, а жилья же не было. И невозможно было решить эти проблемы! (И 11, 1937 г. р.).

Аборт как привычный женский опыт не морализируется. Эта операция считается результатом личного выбора на основе трезвого расчета (выбор без выбора!). Женщина, сделавшая, по ее собственным словам, 10–11 аборт, на вопрос интервьюера о чувстве вины, связанном с абортом, отвечает:

А аборт для меня проходили... не было трагедии; была трагедия того, что так получилось, что опять волнения, что опять неприятности, что опять боль, что опять... Но трагедии в том, что беременна, что я гублю какую-то жизнь там начинающуюся... это нет (И 20, 1933 г. р.).

Рутинизация — «опривычивание» — аборта не делает этот опыт лишенным психологического травматизма. Женщины говорят о двух типах страхов, пронизывающих их сексуальную жизнь. Один из них — постоянный страх забеременеть, сопряженный с еще не испытанным страхом аборта.

Я боялась забеременеть, очень часто. Мучилась также, то есть от того, что на один день задерживаются месячные, вот, там... (не слышно), ужасно мучилась, ужасно боялась аборта. Всегда не знала, что я буду делать, если это случится, что я залечу... (не слышно) Вот. Как бы я всегда очень боюсь, именно когда выбор, что мне придется выбирать, понимаешь, мне придется выбирать, понимаешь. Я просто счастлива, что я до сих пор вообще не беременела... (И 15, 1973 г. р.).

Второй источник страха — болезненность самой операции и ее последствий: осложнений и бесплодия.

Страх у меня был, и он до сих пор существует. Потому что мне делала аборт мама моей подруги. Делали под местным наркозом. То есть, я чувствовала практически все, что делалось. Считай, режут по живому. А страх — остаться бесплодной. Да. Он до сих пор существует. Потому что я не залетаю, и я не знаю, почему я не беременею (И 7, 1974 г. р.).

Женщины то сожалеют о нерожденном ребенке, то рассматривают аборт как спасение в сложной жизненной ситуации. Аборты от случайных отношений или в случае насилия, как правило, рассматриваются как спасение; аборты от возлюбленных проблематизируются, рассматриваются как вынужденное зло. Мини-аборт, получивший распространение лишь в 1980-е гг., гораздо менее травматичен, нежели обычное прерывание беременности.

Интерпретацию опыта аборта женщины связывают с реакцией партнеров, которые информированы о решении женщины или участвовали в принятии решения. Парадоксально, что женщины воспринимают аборт как менее травматичный опыт, когда их партнеры относятся к ним с сочувствием, когда решение принимается совместно, а после аборта они получают цветы от мужа или постоянного партнера в благодарность за исполнение тяжелого решения. Разведенная женщина рассказывает:

Я аборты делала в основном от своего законного мужа. Он ко мне очень хорошо относился. Я думаю, это сыграло колоссальную роль. Он очень меня жалел, и поэтому мне никогда не было страшно. Я знала, что я всегда испытаю чувство сострадания. У меня это все снимало. Я никогда не вопила, не плакала (И 8, 1950 г. р.).

Отсутствие сочувствия со стороны партнера, его настаивание на аборте рассматривается как предательство, приводит к охлаждению сексуальных отношений.

Поэтому чувство ненависти у меня к тому любовнику возникло. Поэтому я с ним и разошлась. Эти аборты были в последний год наших встреч. Я охладела к нему. У женщины могут возникнуть проблемы из-за абортов, но это действительно очень зависит от мужчины (Там же).

Женщины рассматривают аборт как часть своей судьбы, аспект своего гражданства.

Одна из них говорит: *«Я так не хотела, чтобы у меня родилась девочка — эти аборт, страдания»*. Другая женщина вторит ей: *«У меня был как бы вот период фиксации только на трудностях женского существования, только на трудностях, только, там, на физиологических, там, на психологических...»* (И 12, 1950 г. р.).

Заключение

Итак, сформулируем несколько выводов. Советское женское гражданство характеризуется абортной контрацептивной культурой. Причем эта рутинная практика аборта носит травматический характер, она вызывает ужас, боль, стыд женщин и, тем не менее, воспринимается как единственный выход из безвыходного положения нежелательной беременности, «выбор без выбора».

Рутинизация аборта предполагает массовость этой практики, простоту бюрократического оформления, отсутствие морализаторского дискурса, нехватку институциональной рефлексивности по поводу либерализации сексуальных практик — просвещения, распространения эффективных средств контрацепции. В позднесоветское время аборт рассматривался как естественная составляющая женского опыта. Подводя итог длинному разговору, информантка делает вывод:

И наша жизнь была страшная, мы все ходили на аборт. Кто сколько раз. Я беременела фантастически... поэтому я сделала очень много абортов (И 8, 1950 г. р.).

В современном обществе абортная культура постепенно уступает иным практикам контроля рождаемости. Теперь искусственное прерывание беременности — уже не травмирующая рутина, построенная на принципе выбора без выбора, но моральная проблема, предполагающая возможности выбора. Эта тема обсуждается в популярных телевизионных ток-шоу, становится предметом электоральной политики и церковной риторики. Современная молодежь склонна использовать контрацептивы на постоянной основе, более того, проблематизируется отказ от использования контрацептивов нового поколения.

Литература

- Бараулина Т. (2002). Моральное материнство и воспроизводство женского опыта, в кн.: Е. Здравомыслова и А. Тёмкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Волков В. (1996). Концепция культурности, 1935–38: советская цивилизация и повседневность сталинского времени, *Социологический журнал*, № 1–2.
- Гендерная экспертиза российского законодательства* (2001), Л. Завадская, отв. ред. М.: БЕК.
- Голод С.И. (1998). *Семья и брак: историко-социологический анализ*. СПб.: Петрополис.
- Здравомыслов Я.И. (1926). *Вопросы половой жизни*. Л.: Изд-во П.П. Сойкина.
- Здравомыслова Е. и Тёмкина А., ред. (2002). *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Кон И. (2005). *Сексуальная культура в России. Клубничка на березке*, 2-е изд., перераб. и доп. М.: Айрис-Пресс.
- Мейлахс Н. (2009). Неслышные переговоры: выбор способа предохранения и отношения между партнерами, в кн.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Тёмкина А., ред., *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге.
- Попов А.А. (1995). Аборты в России, *Человек*, № 1.
- Чернова Ж. (2007). Модель «советского» отцовства: дискурсивные предписания, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Тёмкина, ред., *Российский гендерный порядок: социологический подход*. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге, с. 138–168.
- Чуйкина С. (2002). «Быт неотделим от политики»: официальные и неофициальные нормы «половой» морали в советском обществе 1930–1980-х гг., 2002, в кн.: Е. Здравомыслова, А. Тёмкина, ред., *В поисках сексуальности*. СПб.: Дмитрий Буланин.
- Engelstein L. (1991). Abortion and the Order. The Legal and Medical Debates, in: B. Clements et al., eds., *Russia's Women (Accommodation, Resistance, Transformation)*. Los Angeles, p. 185–207.
- Kukhterin S. (2000). Fathers and Patriarchs in Communist and Post-Communist Russia, in: S. Ashwin, ed., *Gender, State, and Society in Soviet and Post-Soviet Russia*. New York; London: Routledge, p. 71–90.
- Lister R. (1997). *Citizenship: Feminist Perspective*. Basingstoke: MacMillan.

- Rotkirch A. (2000). *The Man's Question. Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. University of Helsinki – Dep. of Social Policy. Research Report, N 1.
- Siim B. (2000). *Gender and Citizenship. Politics and Agency in France, Britain, and Denmark*. Cambridge University Press.
- Turner B. (1990). Outline of a Theory of Citizenship, *Sociology*, N 24: 2, p. 189–217.
- Walby S. (1994). Is Citizenship Gendered? *Sociology*, N 28: 2, p. 379–395.
- Yuval-Davis N. (1997). *Gender and Nation*. Sage.

Елена Здравомыслова, Анна Тёмкина
**«ВРАЧАМ Я НЕ ДОВЕРЯЮ», НО...
ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕДОВЕРИЯ
К РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ¹**

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

¹ 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)².

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.

² 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 консультации³, гинекологические отделения в медицинских центрах и центры планирования семьи. На этом уровне пациентам оказывается первичная помощь. Медицинские учреждения вторичной стационарной помощи⁴ 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,

³ 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).

⁴ 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 сертификатов⁵. 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 доверия⁶.

***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

⁵ 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).

⁶ 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 убожеством, 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»⁷ 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 ресурсов⁸.

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.

⁷ «Индивидуальная карта беременной и родильницы» или «Медицинская карта амбулаторного больного».

⁸ 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 приемов⁹, 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. Также 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.

⁹ 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 вагины¹⁰ 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.

¹⁰ 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)¹¹, 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-

¹¹ 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 инфекций¹². 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,

¹² «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 персонализированными, «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)¹³. 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

¹³ 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 поведения¹⁴. 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.

¹⁴ 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.

Приложение 1

ОПИСАНИЕ ПРОЕКТА «БЕЗОПАСНОСТЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ»

Проект выполнен сотрудниками и слушателями Программы гендерных исследований (ПГИ) факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге в 2005–2006 гг.; поддержан Фондом Карнеги.

Цель исследования: изучение репродуктивных политик и практик женщин в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Задачи — выявление проблем репродуктивного здравоохранения и индивидуальных стратегий их преодоления.

Среди проблем мы выделяем недостаточность разного типа ресурсов как в медицинских учреждениях, так и у населения, недоступность платных услуг малообеспеченным и беднейшим слоям населения, недостаточный авторитет профессии «врач», низкую культуру здоровья и недостаточную информированность населения.

На повседневном уровне эти социальные проблемы приобретают форму систематического недоверия пациентов к профессиональным медикам, избегания врачей, самолечения, использования альтернативных практик лечения. Практики поддержания репродуктивного здоровья в современном российском обществе встроены в контекст либерализации сексуальной культуры, более раннего начала половой жизни, распространения рисков репродуктивного здоровья, связанных как со «случайностями», так и с безответственным отношением к сексуальной жизни. Одновременно проявляется тенденция к ответственному поведению в сфере сексуальности и репродуктивного опыта.

Наша задача — анализ разных тенденций и изучение взаимодействия женщин с врачами в медицинских учреждениях разного типа (районных женских консультациях, родильных домах, гинекологических отделениях больниц).

Приложение 1

Методы исследования: глубинные фокусированные интервью с врачами и пациентами, включенное наблюдение в учреждениях репродуктивного здравоохранения, анализ документов.

Руководители проекта:

Елена Андреевна Здравомыслова, профессор

Анна Адриановна Тёмкина, профессор

Европейский университет в Санкт-Петербурге

Факультет политических наук и социологии

Гагаринская ул., 3, www.eu.spb.ru

zdrav@eu.spb.ru, temkina@eu.spb.ru

Приложение 2

ИНСТРУКЦИЯ И ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ С ГИНЕКОЛОГАМИ-АКУШЕРАМИ

Обращаем внимание интервьюеров на то, что тематические блоки интервью и вопросы, обращенные к респонденту, не совпадают. Вопросы должны быть контекстуальны, раскрывать содержание темы. Последовательность тематических блоков не является жестко заданной, как и последовательность вопросов внутри тематических блоков. Рекомендуем начать интервью с подробного рассказа о проекте; необходимо подчеркнуть анонимность и конфиденциальность беседы. Затем можно обратиться к профессиональной биографической канве информанта, после этого перейти к остальным темам. Задача — получить развернутые конкретные, насыщенные деталями повествования. Фокус интервью — личный опыт врача; общие рассуждения и оценки важны, но не являются центральным интересом исследователей.

«Паспортчика» включает: псевдоним, год рождения, пол, образование, должность, место и стаж работы, дату и место проведения интервью, фамилию интервьюера.

Темы интервью

1. Личная профессиональная биография гинеколога-акушера (профессиональный путь).
2. Институциональная среда медицинского учреждения, в которой работает информант. Условия и содержание работы.
3. Практики врача (этот блок необходим для того, чтобы понять повседневную профессиональную деятельность).
4. Врач—пациент: взаимодействия с пациентами, конкретные истории, проблемы взаимодействия и их разрешение. Требования, предъявляемые к пациентам. Типологизация пациентов врачом.
5. Престиж профессии.

Расшифровка тематических блоков интервью

1. Профессиональный путь врача: личная история.

Как стал(а) врачом? Где учился? Где работал? Чем занимается как врач (где работает, какие обязанности)? Что нравится и не нравится в работе/профессии? Что является наиболее сложным в настоящее время в работе? В чем произошли в работе изменения (к лучшему/худшему) в результате реформ здравоохранения? Попытаться различить профессию (медицина и акушерство-гинекология вообще) и работу (практики в данном учреждении).

2. Институциональная среда (организация, в которой работает). Условия и содержание труда.

Учреждение, в котором работает: тип (консультация, медицинский центр, родильный дом), основные функции. Обязанности врача и сложности их осуществления. С чем обращаются пациенты? Кто? Какие диагнозы и проблемы наиболее типичны? Как организован прием?

Условия работы. Желательно получить общее описание условий работы. Организация труда. Личный рабочий график, нагрузка, длительность рабочего дня, вторичная и третичная занятость. Описать несколько типичных вариантов. Оплата труда. Формальная/неформальная. Социальные льготы. Как врач оценивает свои условия труда?

Состояние, обеспечение и оснащение больницы и отделения. Как ее оценивает врач? Что изменилось в ходе реформ? В какую сторону? Необходимое оснащение и реальное обеспечение работы. Чего не хватает для нормальной работы (персонала, оборудования)?

Особо обратить внимание и описать номенклатуру платных услуг, их востребованность (а также отношение к ним врачей и пациентов). Зафиксировать цены на платные услуги (найти прейскурант, если он есть). Получить информацию о механизмах оплаты и других формах вознаграждения (формальные и неформальные). Получить описание конкретных примеров: ситуация медицинского осмотра, операции, ведение пациента. Требуется ли от пациентов что-то приносить из дома? Отношение к коммерциализации медицины. Обсуждение возможностей и проблем ОМС — что оно покрывает в области компетенции данного врача, что нет (можно попросить документы и прокомментировать).

Анонимность и врачебная тайна — соблюдаются ли эти принципы, что мешает их реализации, в чем заключается их проблематичность?

3. Практики врача.

Открывающая фраза интервьюера: «А теперь поговорим о Ваших профессиональных практиках» (здесь необходимо спрашивать только то, что релевантно для работы именно данного врача).

Вариант: Опишите, пожалуйста, Ваш обычный рабочий день.

Типичные проблемы, с которыми женщины обращаются к Вам.

Насколько распространены профилактические визиты женщин?

Расскажите об использовании контрацепции пациентками, какие проблемы с этим связаны. (Обратить внимание на то, что врач считает правильным, как доносит это до пациента, как интерпретирует проблемы.) Отношение к разным видам контрацепции. Какие виды наиболее часто используют? Что рекомендует врач?

Ведение беременных. Отношение к планированию беременности. Рекомендации сохранения или прерывания беременностей.

Аборты. Отношение к абортам? Что меняется? Почему они все-таки распространены?

ЗППП, группы риска. Принимают ли их на общих основаниях, или есть особые механизмы обслуживания?

Родовспоможение. Максимально подробно расспросить про релевантные практике случаи. Во всех случаях нужно узнать, как институционально организован процесс (см. Блок 2). Информирование пациентки, рекомендации врача и отношение к ним. Платные и бесплатные роды. Семейные роды и их особенности.

Конкретные истории: последний пациент, самый сложный случай.

4. Врач—пациентка: типичные взаимодействия и исключительные случаи.

Открывающая фраза интервьюера: «А теперь поговорим о Ваших пациентках и о том, как строятся Ваши взаимодействия».

Знания пациенток о репродуктивном здоровье, их источники. Что врачи рассказывают и объясняют пациенткам? Какой информацией они снабжают, а какой пациент должен владеть сам? Какой уровень знаний у современных пациенток? Что они знают? Что нет? Каковы их предрассудки в отношении репродуктивного здоровья?

Конкретные истории о знаниях пациенток в диапазоне от наиболее до наименее информированной.

Поведение пациенток и воздействие на него со стороны врача. Какое поведение ожидает врач от пациентки? Как она должна относиться к своему здоровью. Требования, предъявляемые к больным. Что пациенты делают правильно/неправильно в отношении своего здоровья и врача, особенно молодежь? Встречаются ли запущенные случаи? В чем их причина? (В ходе всего интервью следует обращать внимание на те параметры поведения пациенток, которые врач определяет как «неправильные», не соответствующие нормативным ожиданиям.) Как наиболее эффективно воздействовать на пациенток? О чем врач должен их информировать, что запрещать? Как действует сам(а) информант(ка)? В чем главные трудно-

Приложение 2

сти врача в работе с пациентками? Выполняют ли они предписания? Как заставить их следовать предписаниям врача?

Категоризация пациентов. Есть ли понятия «плохой пациент» и «хороший пациент»? Как их расшифровать? Оценивает ли врач социально-экономический статус пациенток? Для чего? Как это делается? Меняется ли отношение к пациентам в последнее время? В чем?

Оценка репродуктивного здоровья населения в целом. Стало хуже или лучше? В чем? Почему?

Отношение пациентов к врачу. Многие люди не доверяют врачам. Сталкивались ли с такими случаями? В чем это проявлялось? Случаются ли конфликты и непонимание? Расскажите о конкретных случаях. Какие пациенты самые трудные? В чем? Как это преодолеть? Конкретные истории Благодарны ли пациенты врачу? В чем это выражается? Откровенны ли пациенты, что скрывают? Кто избегает посещений врача и почему? Могут ли пациенты общаться с врачом за пределами кабинета? Бывают ли такие случаи? Ходят ли на прием личные знакомые? Почему? Заботится ли сам врач о своем здоровье? Где лечится сам?

5. Престиж профессии.

Как в обществе относятся к врачам? К врачам-гинекологам? Меняется ли отношение? В чем? Чем недовольны врачи в своей работе?

Приложение 3

ИНСТРУКЦИЯ И ПУТЕВОДИТЕЛЬ ДЛЯ ЖЕНЩИН-КЛИЕНТОК/ПАЦИЕНТОК МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СФЕРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Основная задача интервью — получить рассказы о репродуктивном опыте информанток (в том числе о принятии решения о деторождении или отказе от него) и его осуществлении. Фокус внимания — на взаимодействия с медицинскими учреждениями и медиками (врачами, средним и младшим медперсоналом — медсестрами и санитарками).

«Паспортчика» включает: псевдоним, год рождения, образование, занятость, должность, место рождения и проживания, брачный статус, наличие детей и их возраст, дату и место проведения интервью, фамилию интервьюера.

Цель интервью — получить подробные рассказы на заданные темы.

Темы. Первая беременность, последующие беременности, контрацепция, аборт, деторождение, организация родов, бездетность, здоровье и болезни, профилактика, знания о репродуктивной сфере, взаимодействия с врачами и медицинскими учреждениями и отношения к ним.

Часть 1

«РЕПРОДУКТИВНАЯ ИСТОРИЯ» ИНФОРМАНТКИ

1. Беременности.

Планировалась ли беременность, когда и как определили, кому сообщили. Как протекало медицинское сопровождение беременности? Где наблюдались, с какими медицинскими учреждениями и врачами взаимодействовали (см. Часть 2 *Путеводителя*)? С кем обсуждали, как осуществлялся баланс занятости и наблюдения беременности? Какие были проблемы, как они решались? Отношение к беременности (болезнь, естественное

состояние): собственное, окружающих — женщин и мужчин, родственников, врачей.

2. Использование контрацепции.

Какая контрацепция используется (раньше и теперь)? Кто из партнеров осуществляет выбор? Как партнеры договариваются между собой? Источники знаний о контрацепции, обращаются ли к врачу (подробно, к какому, когда, при каких обстоятельствах, кто, каков результат — см. Часть 2)? Какие проблемы в использовании? Что меняется в ходе жизненного цикла? Если не используется — почему? Что изменилось за последние 10 лет?

3. Аборты.

Если беременность искусственно прерывалась — какие были причины, кто участвовал в принятии решения? Отношение к аборту, осуществление аборта (см. Часть 2). Кому рассказывали? Какие последствия для здоровья, репродуктивных и сексуальных практик?

4. Здоровье и заболевания.

Были ли непроизвольные выкидыши, другие проблемы со здоровьем, ЗППП? Отношение к ним. Взаимодействия с врачами-гинекологами, отношение к репродуктивной медицине вообще. Стратегии лечения и взаимодействия с врачами — на это следует обратить особое внимание (см. Часть 2).

5. Опыт родов.

Где и как рожали (платно, бесплатно)? Стратегии организации процесса родов, успешность/неуспешность стратегий (см. Часть 2). Семейные роды: участие отца или других членов семьи. Мотивация. Каково участие мужа (партнера), свекрови, матери, других родственников?

6. Изменения.

Что меняется сейчас в принятии решений о деторождении, в родовспоможении?

7. Оценки.

Отношение информантки и «общества» к бездетности, многодетности, одинокому материнству, рождению вне брака (случаи и отношение), новым репродуктивным технологиям, участию отца в родах.

Часть 2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И ВРАЧАМИ

1. Отношение пациентки к своему здоровью.

Как пациентка его оценивает? По каким критериям? Заботится ли о своем здоровье? Каким образом?

2. Знания о беременности, родах, заболеваниях.

Как пациентка оценивает свою информированность, что хотела бы знать? Попытаться выявить источники получения знаний (родственники, знакомые, больные, врачи, профессиональная литература, интернет и т. д.).

3. Отношение пациентки к врачу(ам).

Постоянный врач или нет? История обращения к врачу (знакомый или нет). Основания доверия к конкретному врачу (давно знаю, лечил знакомого, хороший человек, плачу деньги, репутация — светило, бес-сребреник и пр.). Какие категории врачей выделяет пациентка (хорошие, плохие, заботливые и пр.)? Описание и оценка пациенткой стиля работы врача. Что подразумевается под словами «хороший врач», «идеальный врач» и «плохой врач»? Как расшифровать эти понятия? Понимает ли пациентка действия врача? Доверяет ли диагностике? Как пациентка благодарит врача (монетарные и символические формы)? Отношение к врачебным предписаниям. Есть ли претензии к работе врача (врачей); в чем они заключаются?

4. Отношение к среднему и младшему медперсоналу.

С каким персоналом приходится сталкиваться? Бывают ли конфликты и открытые разногласия с врачами или медперсоналом?

5. Отношение к медицинскому учреждению: женской консультации, больнице, центру.

Как осуществляется выбор? Как организовано обслуживание? Описание учреждения, его эффективности и удобства для пациентов. Обратит внимание на затрачиваемое время, «очереди», описание общей обстановки. Пользуется ли пациентка платными услугами? Какими? Как оценивает эти возможности?

6. «Свой врач».

Есть ли случаи наблюдения у «своего врача»? Каким образом сформировались доверительные постоянные отношения (история)? В чем преимущества постоянного «личного» врача?

Приложение 3

Интервьюеру необходимо понять:

1) Насколько пациентка удовлетворена медицинским обслуживанием в клинике, отношением медицинского персонала? Что вызывает положительную реакцию, что — отрицательную?

2) Как пациентки относятся к своему репродуктивному здоровью? Кто, по их мнению, несет ответственность за их здоровье?

Приложение 4

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СЕАНСА НАБЛЮДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Задача наблюдения: регистрировать, когда и где происходит взаимодействие, что именно происходит; фиксировать, кто участвует во взаимодействии, их поведение, продолжительность, главное содержание разговора, свой комментарий (его всегда выделять).

Основная единица наблюдения: ситуация взаимодействия гинеколога-акушера и пациентки.

Дополнительные единицы наблюдения: ситуации взаимодействия врачей, врачей и среднего и младшего медперсонала, взаимодействия пациентов, взаимодействия медсестер.

Параметры наблюдения ситуаций взаимодействия: место, время, продолжительность, кто участвует и присутствует, организация (очередь, врач пришел в палату, осмотр после операции, снятие швов, и пр.). Причина взаимодействия, что обсуждают, в каких условиях. Описать палату, кабинет врача, осмотр, жалобы пациента.

В ходе полевой работы необходимо собрать информацию о *состоянии, обеспечении и оснащении больницы:* платные услуги (формально и неформально); требуется ли от пациентов что-то приносить из дома?

Список сокращений

<i>ВВП</i>	— валовый внутренний продукт
<i>ВОЗ</i>	— Всемирная организация здравоохранения
<i>ВС СССР</i>	— Верховный Совет СССР
<i>ГУ-ВШЭ</i>	— Гуманитарный университет-Высшая Школа Экономики
<i>ДМС</i>	— добровольное медицинское страхование
<i>ЕУСПб</i>	— Европейский университет в Санкт-Петербурге
<i>ЖК</i>	— женская консультация
<i>ЗППП</i>	— заболевания, передаваемые половым путем
<i>ИППП</i>	— инфекции, передаваемые половым путем
<i>КТГ</i>	— компьютерная томография
<i>МК</i>	— мужская консультация
<i>МЗСР РФ</i>	— Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
<i>НИИ</i>	— Научно-исследовательский институт
<i>НКВД</i>	— Народный Комиссариат внутренних дел
<i>НКО</i>	— некоммерческая организация
<i>НПО</i>	— научно-производственное объединение
<i>ОБЖ</i>	— основы безопасности жизнедеятельности
<i>ОМС</i>	— обязательное медицинское страхование
<i>ПЦР</i>	— полимеразная цепная реакция
<i>РГГУ</i>	— Российский государственный гуманитарный университет
<i>РПЦ</i>	— Русская Православная Церковь
<i>СНК СССР</i>	— Совет Народных Комиссаров СССР
<i>УЗИ</i>	— ультразвуковое исследование
<i>ФПНУС</i>	— факультет политических наук и социологии ЕУСПб
<i>ЦИК</i>	— Центральный Исполнительный комитет
<i>ЭКГ</i>	— электрокардиограмма

Список сокращений

- NHS* – National Health System – Национальная система здравоохранения
- UNAIDS* – Joined United Nations Programme on HIV/AIDS – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
- UNESCO* – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – организация ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)
- UNICEF* – United Nations International Children’s Emergency Fund – Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), основная цель организации – защита и поддержка прав детей на безопасное, здоровое и счастливое детство
- WHO* – World Health Organization – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), является направляющей и координирующей инстанцией в области здравоохранения в рамках Организации Объединенных Наций

Справка об авторах

Полина Аронсон — аспирантка факультета социологии Warwick University (Великобритания), к.с.н.

Екатерина Бороздина — магистр социологии ЕУСПб, аспирантка ЕУСПб

Ольга Бредникова — магистр социологии ЕУСПб, научный сотрудник ЦНСИ

Елена Здравомыслова — профессор ЕУСПб, к.с.н.

Дарья Одинцова — магистр социологии ЕУСПб, ведущий специалист по анализу и исследованиям ОАО «Балтика»

Виктория Сакевич — старший научный сотрудник Института демографии ГУ-ВШЭ (Москва), к.э.н.

Ольга Снарская — магистр социологии ЕУСПб

Анна Тёмкина — профессор ЕУСПб, PhD

Ольга Ткач — магистр социологии ЕУСПб, научный сотрудник ЦНСИ, к.с.н.

Мишель Ривкин-Фиш (Rivkin-Fish, Michele) — associate professor, University of North Carolina, Chapel Hill, PhD

Виктор Самохвалов — врач-психотерапевт-сексолог высшей квалификационной категории. Городской клинико-диагностический центр репродуктивного здоровья для детей и подростков «ЮВЕНТА» (Санкт-Петербург)

Ирина Тартаковская (перевод) — старший научный сотрудник Института социологии РАН (Москва), к.с.н.

Научное издание

Труды факультета политических наук и социологии
Выпуск 18

ЗДОРОВЬЕ И ДОВЕРИЕ:
гендерный подход к репродуктивной медицине
Сборник статей

Под редакцией
Е.В. Здравомысловой, А.А. Тёмкиной

*Утверждено к печати Ученым советом
Европейского университета в Санкт-Петербурге*

Редактор, корректор *Е.И. Васьковская*
Дизайн *А.Ю. Ходот*
Верстка *А.Б. Левкина*

Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге
191187 Санкт-Петербург, ул. Гагаринская, 3
Тел. +7 812 579 2133
Факс +7 812 275 5139
www.eu.spb.ru/press
e-mail: books@eu.spb.ru

Подписано в печать 20.04.2009.
Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 25,2. Тираж 700 экз.

Отпечатано в типографии
издательско-полиграфической фирмы «Реноме»,
192007 Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 40.
Тел./факс (812) 766-05-66
e-mail: RENOME@comlink.spb.ru
www.renomespb.ru

Книги

Издательства Европейского университета в Санкт-Петербурге
по гендерным исследованиям

Здоровье и доверие:

гендерный подход к репродуктивной медицине

Сборник статей

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Тёмкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 18

2009 г., 432 с.

ISBN 978-5-94380-088-7

Новый быт в современной России:

гендерные исследования повседневности

Коллективная монография

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Роткирх, Анны Тёмкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 17

2009 г., 524 с.

ISBN 978-5-94380-077-1

Анна Темкина

Сексуальная жизнь женщины:

между подчинением и свободой

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 15

2008 г., 376 с.

ISBN 978-5-94380-072-6

Российский гендерный порядок: социологический подход

Коллективная монография

Под редакцией *Елены Здравомысловой, Анны Темкиной*

Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 12

2007 г., 306 с.

ISBN 978-5-94380-060-3

Гендерное устройство: социальные институты и практики

Сборник статей

Под редакцией *Жанны Черновой*

2005 г., 224 с.

ISBN 5-94380-045-X