

---

*Екатерина Бороздина*

## **ЗАБОТА В РОДОВСПОМОЖЕНИИ: ВЫГОДЫ И ИЗДЕРЖКИ ПРОФЕССИОНАЛОВ**

В социологической литературе акушерок принято описывать как «заботящуюся» профессию, т.е. профессию, чья юрисдикция определена не монополией на научное знание, а компетенциями в области эмоционально вовлеченного ухода. Настоящая статья на примере труда акушерок, работающих в центре акушерского ухода, рассматривает, что такая забота представляет собой на практике. В тексте предпринята попытка контекстуализировать профессиональную заботу, показать, как апелляция к ней помогает акушеркам обрести свою рыночную нишу. В условиях институционального недоверия к системе здравоохранения забота становится основой для формирования персонализированных отношений между акушеркой и ее клиенткой. Однако профессионализация на основе заботы связана для отдельных акушерок с определенными издержками. «Экстенсивный» ненормированный характер персонализированной заботы, ее свойство выходить за пределы контрактных обязательств порождает неопределенность обязанностей и рабочего графика, что в сочетании с необходимостью нести суточные дежурства в роддоме ведет к чрезмерной нагрузке. В особенно невыгодном положении оказываются акушерки, являющиеся матерями. Классический баланс работы и заботы о семье оборачивается для них балансом разновидностей заботы – семейной и профессиональной. Это ведет к «утечке» заботы из домашнего пространства или вынуждает женщин переходить на менее требовательную работу. Статья основана на результатах социологического исследования, выполненного в качественной методологии. Акушерская забота рассматривается на материалах интервью с сотрудниками и клиентками центра акушерского ухода, действующего при одном из роддомов Санкт-Петербурга.

*Ключевые слова:* акушерский уход, забота, социология деторождения, родовспоможение

---

Екатерина Александровна Бороздина – к.с.н., научный сотрудник факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: eborozdina@eu.spb.ru

Забота – дополнительный ингредиент медицинской помощи, приобретающий особое значение, когда речь заходит о сфере родовспоможения. Заботу о женщине-матери декларировало советское, а теперь российское государство, проводя реформы здравоохранения (Gradszkova 2007). Забота, часто описываемая через метафоры «держаться за руку» и «не бросать одну среди ночи» – то, чего ожидают и чего боятся не получить пациентки, попадая в роддом (Темкина 2016). Забота – это и то, о чем говорят акушеры-гинекологи, предполагая, что один из их основных профессиональных навыков состоит в умении понимать разных женщин, уделять им внимание (Бороздина 2011).

В 1990-е гг. в контексте социально-политических изменений и трансформаций здравоохранения (прежде всего, коммерциализации медицины) в российском родовспоможении образовалась ниша для предоставления заботы как специфического сервиса. Одной из ключевых профессиональных групп, претендующих на эту нишу, стали акушерки. Официально в нашей стране акушерка может выступать лишь в качестве ассистента врача. Она принимает роды, но не имеет права определять тактику их ведения. Забота оказывается той услугой, предлагая которую акушерки обозначают область собственной профессиональной юрисдикции и претендуют на особую – отдельную от врачей – рыночную нишу.

В центре настоящей статьи – вопрос о практических последствиях для акушерок профессионализации с опорой на заботу. Изучая профессиональные проекты, социологи чаще всего рассматривают примеры групп, чья деятельность основана на научном знании – юристов, архитекторов, докторов. То, как происходит перевод с языка профессиональной идеологии на язык практики в случае специальностей, осуществляющих практики заботы и только стремящихся к профессиональному признанию, остается вне поля исследовательского внимания (Saks 2010: 905).

Анализируя работу сотрудниц петербургского центра акушерского ухода, мы постараемся контекстуализировать профессиональную заботу, сосредоточившись на повседневном измерении их работы, и проследим, с какими выгодами и издержками реализация заботы связана для отдельных акушерок. Рассматриваемая организация – один из немногих российских центров<sup>1</sup>, где акушеркам в рамках их профессиональной работы удалось достичь (относительной) автономии от врачей. Большая независимость позволяет персоналу центра полнее, чем в обычном роддоме, реализовывать принципы «заботливой» акушерской помощи: поддерживать преемственность в уходе за матерями, следовать «естественной» модели родов.

Статья состоит из четырех частей. В первой части представлен социологический взгляд на акушерок как заботящуюся профессию, во второй

<sup>1</sup> Работа данных центров организована по-разному, поэтому их объединение условно. Однако то, что их роднит – это ведущая роль акушерки как специалиста, который консультирует женщину в ходе неосложненной беременности и принимает физиологические роды.

описаны методы и анализируемый случай, в третьей и четвертой частях мы рассматриваем, как организована работа центра; определяем, во-первых, содержание профессиональной заботы в случае российских акушерок и, во-вторых, то, с какими «штрафами» связано для медицинских специалистов развитие профессиональной заботы.

### **Акушерки как «заботящаяся» профессия**

Согласно неовеберрианскому подходу, основное отличие профессий от иных видов занятости состоит в том, что они обладают особыми, санкционированными государством, правами на самоуправление и исключительное положение на рынке (*exclusionary closure*). В основе такого взгляда – представление о мире профессий как о сфере конкуренции, где различные профессиональные группы не равны между собой в терминах доходов, власти и престижа, и каждая борется за то, чтобы обрести и формально закрепить сферу собственной юрисдикции. Если профессиональная группа получает прерогативу в решении какой-либо социальной проблемы и захватывает соответствующую рыночную нишу, это обычно ведет и к улучшению жизненных шансов отдельных ее представителей: увеличению индивидуальных доходов, повышению статуса. Ключевую роль в борьбе за юрисдикцию играет способность профессиональной группы монополизировать определенную область научного знания, подкрепленного сертификацией в виде университетского образования. Знание важно не только для профессиональной практики, но и символически – ссылаясь на эксклюзивные компетенции, профессионалы легитимируют свое исключительное положение в глазах государства и обывателей (Saks 2012: 4–5).

Врачи (в особенности, в Великобритании и США) считаются примером профессии, которой удалось добиться успеха как в монополизации экспертизы, так и в обеспечении контроля над менее удачливыми парамедицинскими специальностями – медсестрами, акушерками, фельдшерами, медицинскими техниками (Freidson 1988). Однако в 1990-е гг. феминистские исследователи пришли к идее, что забота, осуществляемая медицинским персоналом сестринского звена, может быть названа профессиональной наравне с работой докторов (Witz 1992; Davies 1995). Для обозначения типа профессионализма, связанного с повседневным уходом и эмоциональной поддержкой, была предложена отдельная категория – «заботящиеся профессии» (*caring professions*).

Деятельность профессионалов является своеобразным продолжением в публичном пространстве той неоплачиваемой работы, которая выполняется в семье и ассоциируется с гендерными ролями матери и жены. Поскольку в патриархатном обществе забота воспринимается в качестве «естественного» женского занятия, не требующего специальной квалификации, труд в рамках таких профессий часто недооценен (England 2005).

Специалисты в области заботы испытывают также недостаток профессиональной автономии: они не могут определять условия и содержание своей деятельности – их работой руководят доктора.

Несмотря на эти ограничения, заботящиеся профессии вступают в борьбу за собственную юрисдикцию и претендуют на то, чтобы считаться равными врачам профессионалам. Развивая свой профессиональный проект, они вырабатывают особые, отличные от врачебных, стратегии профессионализации, которые отражают гендерную специфику их вида занятости (Witz 1992).

Акушерки – классическая профессия по оказанию заботы. Помощь беременным и родовспоможение (*maternity healthcare*) условно имеет две стороны: обеспечение здоровья пациентов посредством медицинских вмешательств (*health*), находящееся в ведении врачей, и «мягкую» заботу (*care*) – вотчину акушерок (Bondas 2002: 62). Последняя включает в себя три основных компонента: непосредственный уход, эмоциональную поддержку и организационный аспект (James 1992). Уход складывается из разнообразных практик (от использования фитболов до установки капельницы), но общая их задача одна – облегчить состояние пациентки. Эмоциональная поддержка предполагает, что акушерка будет отвечать на потребности пациентки в персонализированном режиме – выстраивать межличностный контакт. Организационный аспект связан с тем, что забота, предоставляемая специалистами в медицинском учреждении – это всё же не «домашняя» забота, которую люди могли бы получить от членов своей семьи. Профессиональная забота реализуется по определенным правилам, ограничивается институциональными рамками и стандартами.

В 70-х гг. прошлого века в Западной Европе и США зародилось акушерское движение, цель которого состояла в борьбе за социальное признание независимой акушерской практики и утверждение «мягкого», менее медикализованного подхода к беременности и родам. Апелляция к заботе как средству сделать родовспоможение более гуманным, соответствующим интересам женщин и их семей, позволила акушеркам в Нидерландах, Финляндии, Великобритании и других странах привлечь поддержку со стороны родителей, правозащитников, государственных чиновников, а в некоторых случаях даже врачей (De Vries et al. 2001).

В России стремление акушерок к большей автономии и к утверждению заботливого подхода к родам ассоциируется, в первую очередь, с движением за «естественные», «домашние» роды, чья история началась в конце 1980-х гг. и была связана с активистами родов в воду. «Домашние» роды не поддерживались (и не поддерживаются) государством, существуя в форме маргинальной практики. Однако в 1990-е гг. в свете постсоветских трансформаций здравоохранения создаются возможности для «естественных» родов с акушеркой в медицинских учреждениях. Вместе с программами ВОЗ по развитию грудного вскармливания и раннего контакта матери и ребенка, а также благодаря деятельности энтузиастов из числа медиков,

практика «естественных» родов проникает в государственные роддома. Возникают центры, где можно подготовиться к таким родам и родить под присмотром опытной акушерки.

«Естественные» роды становятся выбором тех родителей, которые хотят реализовать индивидуальные сценарии родов, стремятся пережить рождение ребенка как интимный опыт (Мельникова 2012: 384). Для акушерок же – это первый шаг к профессионализации, возможность обозначить профессиональную юрисдикцию на уровне рабочего места.

### **Центр акушерского ухода: описание случая и методы изучения**

Российские акушерки, как и их коллеги в других государствах (см. напр., Bourgeault, Fynes 1997; Paltineau 2014), не являются однородной профессиональной группой. Двухуровневой структуре медицинской помощи – подразделяется на амбулаторную и стационарную – соответствует разделение акушерок на тех, кто работает в роддоме, и акушерок женских консультаций. Противостояние «медиализированной» и «естественной» моделей родовспоможения определяет раскол на «больничных» акушерок и акушерок, нелегально принимающих роды на дому (Кузнецова, Богданова 2014: 471).

В связи с такой сегментацией разговор о профессии «в целом» был бы чрезмерным упрощением. В настоящей работе мы сосредоточимся на случае, когда акушерки пытаются обрести профессиональную автономию внутри официальной системы здравоохранения. А именно, случае центра акушерского ухода, созданного в 1997 г. в качестве хозрасчетного подразделения одного из роддомов Санкт-Петербурга. В рамках эмпирического исследования в 2013–2015 гг. были проведены 8 интервью с сотрудницами центра и 20 интервью с его клиентками. Кроме того, было осуществлено наблюдение на курсах для будущих родителей. В качестве дополнительного источника информации, который позволяет сопоставить анализируемый случай с работой в других учреждениях, использованы 10 интервью с акушерками из государственных роддомов Волгограда, Казани и Санкт-Петербурга.

Центры акушерского ухода не являются специфически российским феноменом, однако отечественные организации данного типа представляют особый интерес для изучения, ведь это единственная легальная форма независимой акушерской практики в стране, где роды должны проходить в присутствии врача.

По словам руководителя центра (акушерка, 50 лет), основным мотивом его создания было стремление совместить привлекательные черты «домашних» и «больничных» родов – персонализированную, эмоционально вовлеченную заботу о роженице, с одной стороны, и снижение рисков для ее здоровья и здоровья ребенка за счет применения медицинских технологий, с другой. Еще один повод для развития проекта был продиктован потребностью акушерок

в большей автономности от акушеров-гинекологов, их желанием самостоятельно принимать решения относительно стратегии родоразрешения.

Клиентами центра являются женщины и пары, ожидающие ребенка, в основном представители среднего класса. Как отметила одна из акушерок: «*Наш контингент – это 32 года, первые роды, два высших образования*» (акушерка 50 лет). Это люди, обладающие как культурным капиталом, чтобы прийти к идее «естественных» родов, так и достаточным экономическим капиталом, чтобы оплатить данную услугу.

Подготовка к родам включает в себя лекции, гимнастику для беременных, посещение бассейна и бани, все классы проводят акушерки. Предполагается, что женщины (семьи), посещавшие занятия, будут рожать с той же акушеркой, которая вела курсы. После выписки из роддома она навещает клиентку дома, чтобы помочь наладить грудное вскармливание и ответить на вопросы, связанные с уходом за младенцем. Врачи в работе центра задействованы минимально: во время беременности пациентки могут обращаться к ним за консультацией; на родах, если не возникает осложнений, акушер-гинеколог появляется один или два раза. Стоимость полного пакета услуг центра находится в том же диапазоне, что и стоимость платных родов с врачом в роддомах Санкт-Петербурга (Темкина 2016: 82), и варьируется от 95 до 115 тыс. рублей (в зависимости от категории родильной и послеродовой палат).

### **Работа и персонализированное доверие: рыночная ниша акушерок**

Отличительная черта отношений врача-пациента в российском здравоохранении – недостаток институционального доверия (Аронсон 2006; Здравомыслова, Темкина 2009). Суть этого явления состоит в том, что участники взаимодействия не знают, будет ли другая сторона правильно исполнять предписанную ей социальную роль. Пациенты сомневаются в том, что врачи окажут им качественную помощь, а врачи не уверены, что пациенты последуют их рекомендациям. В случае родовспоможения – сферы особенно чувствительной, связанной с интимными опытами и опасностью для жизни – кризис доверия наиболее очевиден.

Выходом для обеих сторон становится установление отношений персонализированного доверия. Женщины при этом полагаются на специалиста не только потому, что он(а) обладает профессиональными сертификатами, но и потому что, как предполагается, он(а) печется о судьбе пациентки в силу личной обеспокоенности (Rivkin-Fish 2005: 148–151). Для медиков же выстраивание доверительных отношений с пациентками – способ поддержать собственный профессиональный авторитет в ситуации общего недоверия к официальной медицине (Здравомыслова, Темкина 2011).

Практическим выражением персонализированного доверия выступают отношения заботы, когда специалист воспринимает клиента не как очередной

медицинский «случай», но как уникальную значимую личность, берет на себя ответственность за ее благополучие. Способы, посредством которых устанавливаются отношения персонализированного доверия между врачами и их клиентками хорошо описаны в социологической литературе. Первый – это поиск специалиста через сеть знакомых (Rivkin-Fish 2005: 154), второй – дополнительная оплата (формальная или неформальная) более внимательного отношения со стороны врача (Бредникова 2009; Темкина 2016).

Рассматриваемый центр акушерского ухода хорошо вписывается в тенденцию персонализации медицинской помощи в родах. С одной стороны, услуги центра – платный сервис, предполагающий пристальное внимание к конкретной клиентке и организацию родов в соответствии с ее пожеланиями (индивидуальный родильный зал, отдельная послеродовая палата, возможность партнерских родов и пр.). С другой стороны, и это более значимо, работа центра согласуется с принципом оказания медицинской помощи «по знакомству». Так, часть клиенток приходит рожать повторно, другая часть – при посредничестве друзей и родственников<sup>1</sup>. И даже в случае, если акушерка и роженица не были знакомы до начала курсов, подготовка организована так, чтобы медик и ее клиентка хорошо узнали друг друга. Встречаясь каждую неделю в течение трех месяцев на лекциях и занятиях они получают возможность наладить личный контакт, подготовиться к «командной работе» в родах (Бороздина 2014).

В рамках персонализации отношений между сотрудниками и клиентками центра, пациентки получают возможность не только посещать курсы, но и звонить «своей» акушерке с вопросами, возникающими относительно беременности и родов. Подобные тесные индивидуализированные отношения заботы самими акушерками связываются с медицинским профессионализмом, с доверием к компетентности специалиста:

Мы всегда тоже нашим барышням говорим: «Вы позвоните». Так все нормальные врачи работают. Нормальный, настоящий врач должен работать 24 часа он-лайн <...> И, если себя поставите на место Вашего врача, Вы поймете, что по ерунде звонить не надо, но когда человек не звонит, это обидно. То есть это означает, что ты ему не доверяешь, не доверяешь ему как профессионалу (акушерка центра, 50 лет, Санкт-Петербург).

Важно и то, что «своя» акушерка успешно справляется с ролью Вергилия, проводящего пациентку сквозь хитросплетения правил и практик безличной медицины. Обычно в подобной роли выступают родственники и знакомые: имея опыт использования медицинских услуг, они обладают институциональным знанием о том, как лучше организовать доступ (Lazarus

<sup>1</sup> На момент исследования в центре работали – вели курсы и принимали роды – не более шести акушерок. Спрос на их услуги превышал предложение. Многие информантки из числа клиенток рассказывают, как непросто было записаться на курсы по подготовке к родам – приходилось организовывать доступ через сеть знакомых, дозваниваться до центра силами родственников и т.п.



1994: 26). Однако проводником может выступать и медик, с которым выстроены квази-приватные отношения заботы. Воспринимая здравоохранение как недружественную «систему», пациентки предполагают, что «знакомый» специалист снизит издержки от взаимодействия с медицинской организацией, обеспечит комфортный доступ к сервисам высокого качества: *«Вот этот самый пресловутый индивидуальный подход, да <...> Кто-то приходит именно за конкретным человеком, который встанет между ним и системой»* (акушерка центра, 35 лет, Санкт-Петербург).

Забота со стороны «своей» акушерки становится услугой, востребованной обеспеченными родителями, которые готовы и способны платить за индивидуальный подход. За счет этого запроса становится возможным само существование центра акушерского ухода.

Описывая профессиональную деятельность, сотрудницы центра делают акцент на сокращении числа медицинских манипуляций в родах, на отличии «мягких» родов с акушеркой от «технологичных» с врачом. Однако многие клиентки не видят разницы между акушером-гинекологом и акушеркой как представителями разных профессий. Будущие матери осуществляют свой выбор в пользу услуг последней, руководствуясь теми же критериями, по которым они выбирали бы врача. Комфорт и персонализированное внимание со стороны специалиста, оказывающего медицинскую помощь – вот тот «пакет услуг», который привлекает будущих матерей в центр акушерского ухода:

Я не понимала, чем это отличается – естественные роды от неестественных, но я понимала, что в [название центра] все в комплексе. Тот же самый человек, что будет принимать роды, я с ним познакомлюсь заранее, он будет вести мою беременность, он же будет вести мои курсы по подготовке к родам и потом по обращению с ребенком. То есть как бы все в комплексе, и я хорошо буду знать человека, у которого я буду рожать. Вот меня это привлекло (клиентка центра, 29 лет, Санкт-Петербург).

Обращаясь в центр акушерского ухода, женщины ищут индивидуализированного внимания, и этот запрос со стороны состоятельных клиентов позволяет акушеркам добиться большей автономии от врачей. Но что происходит с условиями труда медицинских работников (в нашем случае – акушерок), когда персонализация сервисов становится организующим принципом их работы?

### **«Штрафы» профессиональной заботы**

Забота по сути своей «экстенсивна» – ее невозможно строго нормировать и вписать в схему контракта (Davies 1995: 19). Если качество оказанной в родах медицинской помощи может быть оценено посредством обращения к объективным критериям, то формального показателя «достаточно хорошей» заботы или «достаточного количества» заботы нет.



Конкретное содержание практик заботы в значительной мере контекстуально и определено спецификой нужд подопечного. Кроме того, потребность в заботе может возникнуть неожиданно. Когда персонализированная забота становится краеугольным камнем профессиональной деятельности, это ведет к крайней неопределенности набора обязанностей и графика работы специалистов.

Акушерки центра официально относятся к персоналу роддома, им вменяется несение суточных дежурств в «обычном» послеродовом отделении (замечу, что только две акушерки работают на полную ставку, остальные – на 0,5 ставки). Помимо этого, сотрудница центра может быть вызвана на работу в любое время, если у женщины, которая посещала ее занятия, начались роды (или ей так показалось). Наконец, после родов акушерки навещают подопечных на дому и зачастую продолжают консультировать их по широкому кругу вопросов, связанных с грудным вскармливанием, уходом за младенцем, поисками «хорошего» акушера-гинеколога:

Ты никогда не знаешь, ничего не запланируешь <...> бывают блоки, когда ты действительно три дня не спишь и уже ничего не соображаешь, и ты вообще не понимаешь, какой день недели <...> И ведь не обязательно женщина рождает. Она может приехать с жалобами. Ты приедешь, а она уехала домой, потому что у нее не то. Потом опять она приехала, потом она опять уехала. То есть роды у тебя были в неделю одни, да, а приезжал ты сюда черт знает сколько раз. Просто не мы его [свой график] определяем, а ситуация. И, к сожалению, не понятно как это нормализовать (акушерка центра, 50 лет, Санкт-Петербург).

Попытки профессионализации имеют разное значение для акушерок как группы и для ее отдельных представительниц. Принцип персонализации сервисов и преемственности заботы, который играет ключевую роль для легитимации независимой акушерской практики и способствует привлечению клиенток, ведет к ненормированной нагрузке акушерок. К трудовой нагрузке, устанавливаемой медицинским учреждением (система дежурств), добавляется запрос со стороны пациенток, для которых преемственность в заботе означает круглосуточную доступность «их» акушерки, готовность прийти на помощь, дать совет и проявить эмоциональную поддержку «по первому звонку».

Важно подчеркнуть, что труд заботы в патриархатном обществе гендерно маркирован. Как неформальная забота, осуществляемая в пространстве дома и семьи, так и институционализированная забота, выполняемая представителями «заботящихся» профессий, считаются «женским» делом. Как следствие, для представительниц некоторых видов занятости (медсестер, сиделок, социальных работников и находящихся в центре настоящей работы акушерок) классический баланс трудовых обязательств и ответственности за заботу о близких – баланс работы и заботы – фактически оборачивается балансом заботы и заботы. Специалисты, выстраивающие

профессиональный проект на основе персонализированного, эмоционально вовлеченного ухода, сталкиваются с необходимостью совмещать широкий круг обязанностей по заботе о клиентках с не менее обширным кругом обязанностей по заботе о родственниках.

Баланс семьи и работы не прост для большинства родителей. Однако его выстраивание особенно затруднено, если выполнение обязанностей на высоком профессиональном уровне требует постоянной вовлеченности. Акушерки, с которыми были проведены интервью, подчеркивают, насколько проблематично для них совмещать заботу о родственниках и заботу о клиентках (работу). Особенно сложным представляется положение акушерок – матерей маленьких детей. Рождение собственного ребенка для них часто означает отказ от работы в центре акушерского ухода и поиск менее требовательной работы с предсказуемым графиком:

Это ужасно. Это ужасно. У меня старший ребенок вырос без меня. И теперь, когда я уходила читать лекцию, я слышу рыдания [младшего сына] за дверью: «Мамочка, не уходи!» Он [старший сын] провожает до лифта и говорит: «Ничего, ничего. Я привык, и он привыкнет». Да, вот это вот. Нет графика <...> При этом, у нас в последнее время 10–12 родов в месяц. Это трое родов в неделю. Плюс дежурство, плюс лекция, плюс бассейн. Плюс тех, кто родил, их нужно еще съездить посмотреть, да. И получается, ты уходишь на работу... Самое большое у меня было трое с лишним суток [проведены на работе]. Так я пришла босиком домой, лето было, легла на кровать, не снимая платье, просыпаюсь через семь часов – и ничего не помню (акушерка центра, 35 лет, Санкт-Петербург).

В социологической литературе известна концепция «утечки заботы» (по аналогии с «утечкой мозгов»), она относится, прежде всего, к опыту женщин-мигранток, которые, работая нянями в более благополучных странах, оставляют собственных детей без материнского ухода, перепоручая их родственникам (Hochschild 2000; Parrenas 2003). Пример акушерок демонстрирует тот же случай невидимой экологии заботы, когда реализация профессионального ухода оказывается сопряжена с ее «утечкой» из домашнего пространства. Если филиппинские няни оставляют семью, чтобы заботиться об американских детях, то стремящимся к большей профессиональной автономии акушеркам приходится «оставлять» своих детей ради того, чтобы заботиться о требовательных пациентках. Попытки совместить оба направления заботы осуществляются за счет чрезмерной самоэксплуатации работающих женщин и/или снижения стандартов применительно к одному из направлений заботы.

## **Заключение**

Одно из базовых суждений неовеберианского подхода гласит, что превращение какого-либо вида занятости в профессию ведет к улучшению положения как профессиональной группы, в целом, так и ее отдельных

представителей (Saks 2012: 4). Однако пример заботящихся профессий, и в частности, акушерок, показывает, что эта взаимосвязь между удовлетворением профессиональных претензий группы и индивидуальным благополучием ее членов не столь очевидна. Внимание к тем последствиям, которые стремление к автономии имеет для конкретных акушерок, позволяет нам увидеть эту проблему из другой перспективы.

Домашняя забота, традиционно осуществляемая женщинами в семье, предполагает высокую степень эмоциональной вовлеченности заботящегося в свой труд, его готовность ответить на запрос со стороны подопечного в режиме 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Попытка прямого переноса этой модели в пространство формальной организации, сформировавшееся с ориентацией на (мужскую) модель профессионала-эксперта, если и возможна, то ценой ненормированной нагрузки на специалистов. В результате, развитие профессионального проекта с опорой на индивидуальный подход и преемственность заботы, способствующее автономии и росту дохода для акушерок как группы, на уровне повседневной работы означает сверхнагрузки и стресс для отдельных специалистов.

Кроме того, рассмотренный пример в очередной раз демонстрирует отсутствие «общих» женских интересов. В основе акушерского движения, во многом вдохновленного второй волной феминизма, лежит представление о том, что «мягкие», «естественные», индивидуализированные роды – это то, к чему стремятся как женщины, так и акушерки. Однако, в действительности, персонализированный уход, столь востребованный состоятельными клиентами, оборачивается «утечкой» заботы из собственных семей акушерок.

## Выражения благодарности

Я благодарна В. Кузнецовой, А. Новкунской, А. Темкиной, анонимному рецензенту и редакторам журнала за критические замечания к первоначальной версии статьи. Эмпирическое исследование проведено при поддержке профессуры по общественному здоровью и гендеру Европейского университета в Санкт-Петербурге.

## Список источников

Аронсон П. (2006) Утрата институционального доверия в российском здравоохранении. *Журнал социологии и социальной антропологии*, (2): 120–131.

Бороздина Е. (2011) Медицинская помощь беременным: в поисках заботы. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы*, СПб.: Издательство ЕУСПб: 54–83.

Бороздина Е. (2014) Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода). *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 413–426.

Бредникова О. (2009) Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, СПб.: Издательство ЕУСПб: 211–233.

- Здравомыслова Е., Темкина А. (2009) «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, СПб: Издательство ЕУСПб: 179–210.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2011) Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы*, СПб: Издательство ЕУСПб: 23–53.
- Кузнецова В., Богданова Л. – М. (2014) Акушерское дело: время перемен (взгляд изнутри). *Журнал исследований социальной политики*, 12 (4): 467–473.
- Мельникова О. (2012) Переопределение родовспоможения в родительских Интернет-дискуссиях (на примере томского форума). *Журнал исследований социальной политики*, 10 (3): 377–392.
- Темкина А. (2016) Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? *Социология власти*, 28 (1): 76–106.
- Bondas T. (2002) Finnish Women's Experiences of Antenatal Care. *Midwifery*, (18): 61–71.
- Bourgeault I. L., Fynes M. (1997) Integrating Lay and Nurse-Midwifery into the U.S. and Canadian Health Care Systems. *Social Science and Medicine*, 44 (7): 1051–1063.
- Davies C. (1995) Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 38 (1): 17–31.
- De Vries R., Wrede S., Van Teijlingen E., Benoit C. (eds.) (2001) *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, London: Routledge.
- England P. (2005) Emerging Theories of Care as Work. *Annual Review of Sociology*, (31): 381–399.
- Freidson E. (1988) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Gradskova Y. (2007) *Soviet People with Female Bodies: Performing Beauty and Maternity in Soviet Russia in themed 1930–1960*, Stockholm: Stockholm University.
- Hochschild A. (2000) Global Care Chains and Emotional Surplus Value. A. Giddens, W. Hut-ton (eds) *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London: Sage Publishers: 130–146.
- James N. (1992) Care = Organisation + Physical Labour + Emotional Labour. *Sociology of Health & Illness*, 14 (4): 488–509.
- Lazarus E. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (1): 25–46.
- Paltineau M. (2014) Midwives and Social Change in France. *Journal of Social Policy Studies*, 12 (3): 427–440.
- Parrenas R. (2003) The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy. B. Ehrenreich, A. Hochschild (eds.) *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*, New York: Metropolitan: 39–54.
- Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*, Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Saks M. (2010) Analyzing the Professions: the Case for the Neo-Weberian Approach. *Comparative Sociology*, (9): 887–915.
- Saks M. (2012) Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions and Professionalism*, 2 (1): 1–10.
- Witz A. (1992) *Professions and Patriarchy*, London: Routledge.

Ekaterina Borozdina

## PROFESSIONAL CARE IN MATERNITY HOSPITALS: BENEFITS AND CHALLENGES

In sociological literature, midwifery is usually described as a ‘caring’ profession. This phrase is used to describe a profession that is based less on proficiency in some sphere of abstract scientific knowledge, and far more on building competency in the field of emotionally involved care. This article considers the case of the Russian Center for Midwifery Care in order to investigate what professional care means in practice. We intend to contextualize professional care and to show how Russian midwives employ care in order to secure their market niche. Healthcare in Russia is characterized by a lack of institutional trust between medical professionals and their clients. In this context, care becomes a basis for building personalized trust between a midwife and an expectant mother. However, this model of professional care frequently results in certain disadvantages for individual midwives. The ‘extensive’ nature of personalized care, as well as its tendency to exceed contractual obligations, create uncertainty in the responsibilities and work schedule of midwives. When we combine this with the 24-hour working shifts common in many maternity hospitals, we find the labour of midwives is being seriously exploited. Midwives who are also mothers find themselves in a particularly insecure position. For these midwives, the classic work-life balance is transformed into a balance between two kinds of care – caring for family members and caring for customers. This leads either to ‘care drain’ from the private to the public realm, or to the mother’s resigning due to the centre’s demanding working conditions. This article is based on the results of a qualitative sociological research project. Midwifery care is studied through interviews with the personnel and clients of a St. Petersburg midwifery care center that functions in as a subdivision of state maternity hospital.

*Key words:* midwifery care, care, sociology of childbirth, maternity care

### References

- Aronson P. (2006) Utrata institutsional'nogo doveriya v rossiyskom zdravookhraneni [Lack of Institutional Trust in Russian Healthcare]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii* [Journal of Sociology and Social Anthropology], (2): 120–131.
- Bondas T. (2002) Finnish Women's Experiences of Antenatal Care. *Midwifery*, (18): 61–71.
- Borozdina E. (2011) Meditsinskaya pomoshch' beremennym: v poiskakh zaboty [Medical Care of Pregnant Women: In the Search of Care]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches], St. Petersburg.: Izdatel'stvo EUSPb: 54–83.
- Borozdina E. (2014) The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of the Center for Midwifery Care. *The Journal of Social Policy Studies*, 12 (3): 413–426.

Ekaterina Borozdina – Kandidat of Sociology, research fellow at the Department of Political Sciences and Sociology, European university at St. Petersburg, Russian Federation. E-mail: eborozdina@eu.spb.ru

- Bourgeault I. L., Fynes M. (1997) Integrating Lay and Nurse-midwifery into the U.S. and Canadian Health Care Systems. *Social Science and Medicine*, 44 (7): 1051–1063.
- Brednikova O. (2009) Pokupaya kompetentsiyu i vnimanie: praktiki platezhey vo vremya beremennosti i rodov [Buying Competence and Care: Practices of Payments during Pregnancy and Delivery]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches], St. Petersburg.: Izdatel'stvo EUSPb: 211–233.
- Davies C. (1995) Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 38 (1): 17–31.
- De Vries R., Wrede S., Van Teijlingen E., Benoit C. (eds.) (2001) *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, London: Routledge.
- England P. (2005) Emerging Theories of Care as Work. *Annual Review of Sociology*, (31): 381–399.
- Freidson E. (1988) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Gradskova Y. (2007) *Soviet People with Female Bodies: Performing Beauty and Maternity in Soviet Russia in the 1930–1960*, Stockholm: Stockholm University.
- Hochschild A. (2000) Global Care Chains and Emotional Surplus Value. A. Giddens, W. Hutton (eds.) *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London: Sage Publishers: 130–146.
- James N. (1992) Care = Organisation + Physical Labour + Emotional Labour. *Sociology of Health & Illness*, 14 (4): 488–509.
- Kuznetsova V., Bogdanova L. – M. (2014) Akusherskoe delo: vremya peremen (vzglyad iznutri) [Midwifery: Time of Change (The View from Within)]. *The Journal of Social Policy Studies*, 12 (4): 467–473.
- Lazarus E. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (1): 25–46.
- Mel'nikova O. (2012) Pereopredelenie rodovspomozheniya v roditel'skikh Internet-diskussiyakh (na primere tomskogo foruma) [The Rethinking of Midwifery on the Internet (Tomsk forum)]. *The Journal of Social Policy Studies*, 10 (3): 377–392.
- Paltineau M. (2014) Midwives and Social Change in France. *The Journal of Social Policy Studies*, 12 (3): 427–440.
- Parrenas R. (2003) The Care Crisis in the Philippines: Children and Transnational Families in the New Global Economy. B. Ehrenreich, A. Hochschild (eds.) *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*, New York: Metropolitan: 39–54.
- Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*, Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Saks M. (2010) Analyzing the Professions: the Case for the Neo-Weberian Approach. *Comparative Sociology*, (9): 887–915.
- Saks M. (2012) Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions and Professionalism*, 2 (1): 1–10.
- Temkina A. (2016) Oplachivaemaya zabota i bezopasnost': chto prodatsya i pokupaetsya v rodil'nykh domakh? [Paid Care and Safety: What Is on Offer in Maternity Hospitals?]. *Sotsiologiya vlasti* [Sociology of Power], (1): 76–106.
- Witz A. (1992) *Professions and Patriarchy*, London: Routledge.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) 'Vracham ya ne doveryayu', no... Preodolenie nedoveriya k reproduktivnoy meditsine ['I Don't Trust Doctors,' but... Rethinking Distrust towards Reproductive Medicine]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches], St. Petersburg.: Izdatel'stvo EUSPb: 179–210.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2011) Doveritelnoe Sotrudnichestvo vo Vzaimodejstvii Vracha i Pacientki Vzglyad Akushera-Ginekologa [Trustful Cooperation in Doctor-Patient Relations: from the Viewpoint of an Obstetrician-Gynecologist]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches], St. Petersburg.: Izdatel'stvo EUSPb: 23–53.