

---

*Анастасия Новкунская*

### **«БЕЗОТВЕТСТВЕННЫЕ» РОДЫ ИЛИ НАРУШЕНИЕ НОРМ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СЛУЧАЯХ ДОМАШНЕГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

Статья посвящена анализу социальных норм, транслируемых в российской системе родовспоможения и регламентирующих поведение беременных женщин и рожениц. На основе подхода социального конструктивизма нормы рассматриваются через призму ответственности родителей, понимаемой как мера соответствия формальным правилам, а также социальному порядку изучаемого института. В статье анализируются нормативные документы министерства здравоохранения РФ, данные глубинных интервью с акушерами-гинекологами и материалы включенного наблюдения в женской консультации одного из районных центров. Нами реконструируются три уровня ответственности женщин, проблематизируемых медиками: моральный, институциональный и прагматический. Результаты исследования показывают, что случаи домашних родов нарушают не все нормы института родовспоможения, однако, определяются представителями медицинских учреждений как «безответственные», поскольку противоречат ожиданиям врачей на институциональном и прагматическом уровнях.

*Ключевые слова:* медицина, репродуктивное здоровье, родовспоможение, домашние роды, ответственность

Современная ситуация в области российского здравоохранения в целом и родовспоможения в частности характеризуется противоречивыми процессами. С одной стороны начиная с 90-х гг. XX века институт медицины качественно меняется – во многом под влиянием процессов либерализации

---

Анастасия Андреевна Новкунская – магистр социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия. Электронная почта: [a.novkunskaia@gmail.com](mailto:a.novkunskaia@gmail.com)

и коммерциализации. С другой стороны, родовспоможение современной России унаследовало устройство советских роддомов и женских консультаций и оказалось безразличным к запросам и нуждам своих клиентов. В данной статье мы рассмотрим противоречие двух тенденций – реформационной и консервативной – существующих в рамках одного института, через призму конструируемой в нем ответственности родителей.

Ответственность рассматривается как соответствие действий женщин (пациенток) нормам социального института родовспоможения, в который они вовлечены. Под нормами мы понимаем ожидания «правильного» или «надлежащего» поведения, распространенные в определенном социальном контексте и служащие общими указаниями для социального действия (Аберкромби и др. 2008). Мы исходим из предпосылок социального конструктивизма, предполагая, что ответственность есть механизм, обеспечивающий поддержание норм и правил, формируемых и транслируемых в процессе социального взаимодействия. Основываясь на концепции Питера Бергера и Томаса Лукмана, мы рассматриваем ответственность как один из инструментов, посредством которого «сохраняется и поддерживается приоритет институциональных определений ситуации над попытками индивида определить их заново» (Бергер, Лукман 1995: 105).

В статье нормы изучаются на основании анализа документов, регламентирующих работу российского института родовспоможения, и на материале интервью с медицинскими специалистами. Для понимания того, как врачи определяют ответственность беременных и рожениц, проанализировано 14 глубинных интервью с акушерами-гинекологами (в том числе заведующими гинекологическими отделениями и районным специалистом)<sup>1</sup>. Интервью были проведены автором в 2011–2012 гг. в одном из российских районных центров. Дополнительным источником данных стали материалы включенного наблюдения (июль-август 2012 г.) и самоэтнографического наблюдения взаимодействий с представителями медицинских учреждений по поводу домашних родов (Санкт-Петербург, март 2013 г.). Полевые данные были собраны с использованием стратегии кейс-стади. В качестве исследуемого случая выступали медицинские учреждения районного центра в европейской части России, обеспечивающие охрану репродуктивного здоровья женщин – три женских консультации (ЖК), гинекологическое отделение центральной районной больницы (ЦРБ) и роддом. Доступ в поле был обеспечен через ключевого информанта. Включенное наблюдение проводилось во время работы автора статьи в качестве сотрудника по оптимизации системы учета пациентов в ЖК. Название города, где проходило исследование, не указывается для сохранения условий конфиденциальности.

<sup>1</sup> Среди опрошенных один неонатолог и тринадцать акушеров-гинекологов (подробнее см. список интервью). Средняя продолжительность интервью – 1,5 часа.

## Определение норм в рамках клинического родовспоможения. Специфика российского контекста

В рамках клинического родовспоможения роды конструируются, прежде всего, как практика, требующая обязательного медицинского вмешательства. Роженица рассматривается как «пациентка», а беременность – как «диагноз». Исследователи отмечают, что это единственная нормативная роль для женщины в период от констатации беременности до рождения ребенка (Oakley 2005: 163). Исполнение этой роли связано со следованием определенной «институциональной траектории», которая представляет собой последовательно выстроенную цепочку взаимодействий беременной женщины с институтами репродуктивной медицины (Здравомыслова, Темкина 2009: 185). Таким образом, практики и стратегии (будущих) родителей в сфере репродукции медиализируются (Темкина 2013: 9; Oakley 2005: 152; Conrad 1992).

Медицинские учреждения, которые российские женщины посещают в связи с беременностью и родами, работают по установленным правилам: «определенные вещи должны быть сделаны определенным образом в определенное время и в определенном месте»<sup>1</sup> (Oakley 2005: 123). В случае системы родовспоможения эти устойчивые алгоритмы действий медицинского персонала регламентированы правилами и приказами Министерства здравоохранения (например, см. Порядок оказания... 2012). Спецификой российского контекста является то, что логика работы учреждений родовспоможения, сильно зависит от «вертикальной коррекции» административных и бюрократических процессов, хотя на уровне персонального взаимодействия она может регулироваться посредством горизонтального контроля профессионального сообщества (Чирикова 2013: 309).

Финансирование учреждений бюджетного здравоохранения во многом зависит от выполнения требований Министерства здравоохранения. Как следствие, вместо ориентации на нужды и запросы клиентов, свойственных профессиональным сообществам с развитым горизонтальным контролем (Freidson 1975), российские медицинские учреждения характеризуются особой чувствительностью к требованиям «руководства» различного порядка, а врачи как профессиональная группа не обладают достаточной автономией и возможностями саморегулирования (Мансуров, Юрченко 2011: 184). Такие паттерны являются наследием советского здравоохранения, институты которого функционировали благодаря жесткому иерархическому контролю (Троицкая 2009: 173; Field 1957: 222). Попытки государственной власти изменить сложившееся устройство не приводят к желаемым результатам и зачастую лишь усугубляют бюрократизацию в силу усложнения практик ведения отчетности (Бороздина 2010).

<sup>1</sup> Здесь и далее перевод автора статьи.

Бюрократизация предоставления и оплаты медицинских услуг во многом определяет взаимодействие между врачом и пациенткой (Здравомыслова, Темкина 2009: 184). Предполагается, что последняя должна быть компетентна в вопросах, относящихся к логике работы женских консультаций и роддомов. В рамках конструктивизма это может интерпретироваться как ответственность индивида за следование стандартам, которым он обучен в институциональной традиции, причем «стандарты ролевого исполнения используются также в качестве рычагов контроля» (Бергер, Лукман 1995: 122).

Наряду с государственными роддомами и женскими консультациями, в России существуют и другие организации, предоставляющие услуги по ведению беременности и родов – например, коммерческие медицинские учреждения или центры подготовки к «домашним» родам. Практики, связанные с родами, все чаще становятся предметом выбора родителей (Мельникова 2012: 373). Несмотря на то, что у женщин появляется намного больше возможностей этого выбора, чем когда бы то ни было, доступ к коммерческим сервисам ограничен экономически, а практика «домашних» родов не имеет достаточной поддержки со стороны государства (ведение таких родов не лицензируется). Как следствие, родовспоможение в России можно охарактеризовать как доминирование государственных учреждений здравоохранения. С другой стороны, важно отметить, что либеральные реформы в данной сфере спровоцировали конкуренцию (и конфликт) между различными системами легитимации – официальной медициной и альтернативными (прежде всего, «домашними») формами помощи в родах. В следующем разделе мы сосредоточимся на перспективе государственной медицины и рассмотрим, как в ее рамках конструируется ответственность родителей в связи с рождением ребенка.

### **Конструирование ответственности родителей в связи с беременностью и родами**

Предполагая, что ответственность родителей в процессе родоразрешения может определяться с использованием разных критериев, рассмотрим ее основные характеристики. Под ответственностью здесь и далее мы будем понимать «меру соответствия действий социальных субъектов (личностей, социальных групп, государства) взаимным требованиям, действующим правовым и другим общественным нормам» (Безрукова 2010: 134).

Мы исходим из предположения, что одна и та же социальная ситуация регламентируется различными правилами. Исследуемая нами область может быть представлена как поле конкуренции различных участников за право обладания компетенциями в области заботы о здоровье матери и ребенка (Бороздина 2014: 31), и определения в нем доминантных социальных норм. Ответственность в этом случае следует рассматривать как

сложную составную категорию, актуализируемую в связи с беременностью и деторождением на трех уровнях:

- а) моральная (соответствие предписаниям социальной роли женщины и матери);
- б) институциональная (соответствие нормам и правилам медицинских организаций);
- с) прагматическая (соответствие ожиданиям медицинского персонала на уровне межличностной коммуникации).

### **Моральная ответственность**

Профессия врача относится к ряду «моральных профессий» – доктор выступает не только в качестве медицинского специалиста, но и выполняет роль «морального судьи» (Ladd 1985; Чирикова 2013: 308). В результате при взаимодействии с акушером-гинекологом для беременной или рожавшей женщины актуализируется моральная ответственность – ее соответствие предписаниям социальной роли матери, которая во многом определяется в контексте существующего гендерного порядка (Здравомыслова, Темкина 2011а), а ее предметом становится целый комплекс практик и стратегий (Бороздина 2009; Лариваара 2009). Ответственность женщин понимается в первую очередь как обязательность материнства, а с наступившей беременностью – как необходимость осознанно подходить к ее течению, заботиться о своем здоровье и обращаться за квалифицированной медицинской помощью.

Эта позиция проблематизируется через особую культуру, которая подразумевает, что женщина обладает знаниями о репродукции и относится к собственному физическому и психологическому состоянию как приоритетному на шкале индивидуальных ценностей (Лариваара 2009).

Как показали материалы интервью, в качестве предмета ответственности врачи определяют выбор «правильных» (одобряемых современной медициной) практик заботы о своем репродуктивном здоровье и «правильных» репродуктивных стратегий:

Пациент должен отвечать за отношение к своему здоровью! (...) если у тебя здоровый репродуктивный анамнез, ты будешь использовать контрацепцию и рожать здоровых детей тогда, когда будешь готов к этому (Е.Л.).

Беременным вменяется ведение «здорового» образа жизни – минимизация негативных потребительских практик (курение, употребление алкоголя и наркотиков) и репродуктивных стратегий (отсутствие аборт в анамнезе). В рамках данного порядка от женщины ожидается приобретение определенных компетенций в сфере заботы о своем здоровье, а также знаний относительно беременности. Как отметил один из информантов-врачей: «От образованности, от настроения пациента все зависит!» (Н.А.). В целом, ответственная (беременная) женщина конструируется врачами

как либеральный субъект, обладающий достаточными знаниями для принятия значимых решений.

Кроме того, представление о моральной ответственности родителей в рамках медицинских институтов формируется в комплексе с определением опасного и рискованного поведения. Мэри Дуглас отмечает, что институты образуются как инстанции принятия значимых решений (то есть, как субъекты ответственности) и предлагают набор вариантов, подчеркивая преимущества одних и скрывая достоинства других. Индивиду лишь делают выбор между институтами (Douglas 1992: 58).

В России, где сфера родовспоможения характеризуется монополией государственной системы медицинских учреждений, именно ее представители (врачи ЖК и роддомов), транслируют доминирующие нормы того, что является опасным и рискованным в области здоровья. В этих условиях беременность и роды конструируются как состояния, связанные с серьезными рисками, снизить которые способна только медицина. Риторика «что если» ("what-if syndrome"), воспроизводимая медицинским персоналом, определяет роды как патологический процесс (Williams 1997: 245), с которым женщина не может справиться самостоятельно.

Таким образом, моральная ответственность женщин предписывает им в случае наступившей беременности обращение за квалифицированной помощью, которая в современном российском контексте представлена, прежде всего, государственными учреждениями здравоохранения, где актуализируется следующий уровень ответственности – институциональный.

### **Институциональная ответственность**

Институциональная ответственность в области репродуктивного здоровья может быть операционализована через соответствие действий родителей социальному порядку медицинских организаций. Такой порядок представляет собой сложный комплекс норм и правил. На формирование ответственности родителей в области родоразрешения и репродуктивного здоровья влияет и правовое поле, согласно требованиям которого пациенты обязаны «заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения... и правила поведения пациента в медицинских организациях» (Федеральный закон 2011). Юридические нормы также определяют степень легитимности практик родовспоможения (например, в российских роддомах обязательным является присутствие врача на родах, а индивидуальные роды с акушеркой фактически незаконны).

В государственных медицинских учреждениях ответственность женщин проблематизируется через набор определенных стратегий ведения беременности и родоразрешения, следование которым ожидается от «пациенток» в ЖК и роддомах. Нормативный порядок взаимодействия с ними во время беременности и родов может быть представлен как «карьера беременности», выстраиваемая по принципу «карьеры болезни» (Браун, Русинава 1993).

Роды являются одним из промежуточных этапов медиализации репродуктивного цикла, начинающегося с установления беременности (а в наилучшем, с точки зрения медиков, варианте – с ее планирования). Таким образом, «нормальными» родами считаются только те, которым предшествовала «нормальная» беременность.

От «пациенток» ожидается выполнение определенных требований – например, «нормативов» по сдаче анализов, посещению многочисленных специалистов (Порядок оказания... 2012) и оформлению различных документов. Результаты всех этих манипуляций заносятся в «обменную карту» беременной, содержание которой также проблематизируется как предмет ответственности. При этом правила медицинских институтов не столь очевидны для самих пациентов. Их освоение составляет отдельную проблему, справиться с которой помогает не столько персонал медицинских учреждений, сколько «практические эксперты» – женщины, ознакомившиеся с правилами работы института на практике (Бороздина 2009).

Ответственность родителей (пациенток) во многом конструируется как «послушное» (пассивное) участие во взаимодействиях с медиками и следование установленному порядку работы учреждений. Иначе говоря, позиция пациента подразумевает включение в субординацию и потерю автономии при принятии значимых решений (Williams 1997: 237). Признание авторитета врача и выполнение его указаний становятся наиболее чувствительным для представителей системы родовспоможения предметом ответственности пациента (Лариваара 2009: 332). В определенном смысле ответственность «пациентки» (беременной, родильницы и роженицы) заключается в делегировании своей ответственности за принятие значимых решений врачу (то есть в отказе от нее в пользу медицинского учреждения).

В рамках исследуемого института ответственность женщин конструируется и как (не) проблематичность их взаимодействия с медицинским персоналом. Соответствие правилам оформления и наблюдения в различных инстанциях служб родовспоможения оказывается значимой характеристикой пациенток. Таковую «прагматическую» ответственность, актуализируемую в регламентированных медицинскими учреждениями ситуациях, мы и рассмотрим далее.

### **Прагматическая ответственность**

Прагматическая ответственность конструируется, прежде всего, как система стандартов поведения, применяемая в процессе непосредственной коммуникации пациентов и медиков. У врачей акушеров-гинекологов сформирован определенный комплекс ожиданий относительно взаимодействия с пациентками. В частности, медики ждут от женщин соблюдения режима медицинских учреждений и выполнения предписаний врача:



Какие обязанности пациента? Вот он приходит в отделение, у нас висит «Распорядок дня» – хотя бы его выполняй! У него есть, конечно, обязанности: не дебоширить, соблюдать режим, выполнять все назначения (Т.В.).

Кроме того, беременным и роженицам вменяется готовность к значительным финансовым (см. Бредникова 2009) и организационным (в первую очередь – временным) затратам. Включенное наблюдение показало, что длительное ожидание приема в очереди (вплоть до нескольких часов) и оплата дополнительных медицинских процедур за наличный расчет (а также приобретение медикаментов) определяются медицинским персоналом как стандартные и «нормальные» практики пациентов.

На прагматическом уровне ответственность пациентов операционализируется медиками в первую очередь как непроблематичность взаимодействия. Например, как показывают результаты исследования Дарьи Одинцовой, нормативная коммуникация определяется как позитивный эмоциональный и бесконфликтный настрой женщин, их открытость. При этом от пациенток ожидаются как понимание несовершенств институционального устройства медицины, так и признание ее авторитета и согласие наблюдаться у одного врача (Одинцова 2009).

Как видим, ответственность пациента в области репродуктивного здоровья с точки зрения представителей системы родовспоможения может быть рассмотрена в трех измерениях. Она оценивается как моральная характеристика – социальные практики, фактически соответствующие модели либерального субъекта, отвечающего за свое здоровье. Ответственность проблематизируется и как адекватность действий пациенток актуальным правилам коммуникации в медицинских организациях. Кроме того, ее институциональная форма предполагает, что беременная женщина не только обязательно обращается в медицинское учреждение, но и готова частично отказаться в пользу врача от своей автономии в принятии значимых решений относительно беременности и родов.

### **Нарушение норм российской системы родовспоможения: случай домашних родов**

Формально домашние роды не нарушают отечественные законодательные нормы – российские граждане имеют право отказаться от любого медицинского вмешательства (Федеральный закон 2011). Рождение ребенка дома может интерпретироваться как реализация этого права. К такому нормативному контексту апеллируют, например, участники сообщества домашних родов (Перхова 2013). Однако независимая акушерская практика в России не лицензируется и юридически является нелегальной, а выбор модели родоразрешения предоставляется в условиях институционального доминирования государственных клиник.



Если проверить соответствие практик и стратегий родителей, выбравших домашние роды, требованиям моральной ответственности, мы обнаружим не так много расхождений. В домашних родах (по сравнению с клиническими) поле ответственности родителей в определенном измерении увеличивается – они расширяют предмет своей организационной (подготовка пространства, материальное обеспечение), финансовой (для домашних родов отсутствует возможность бесплатного получения услуг) и, потенциально, юридической ответственности. Кроме того, родители, выбравшие данный формат родов, зачастую являются представителями образованного среднего класса (Бороздина 2014: 40), которые по уровню информированности, потребительским практикам и репродуктивным стратегиям соответствуют критериям моральной ответственности пациента, конструируемой медициной. В чем же тогда, с точки зрения представителей системы родовспоможения, заключается безответственность родителей, решившихся на домашние роды?

Одним из основных нарушений требований врачей можно считать отсутствие удовлетворяющего ответа на запросы "what-if syndrome". Участники домашних родов дискурсивно маргинализируются (Williams 1997: 235), поскольку определяются как те, кто не оценивает возможные риски и, следовательно, не берет за них ответственность. Кроме того, существует несоответствие между моральной и институциональной ответственностью женщин, которое проблематизируют и сами врачи – первая, с их позиции, не должна мешать осуществлению второй. Например, врачи ожидают, что пациентки должны быть образованными и информированными в вопросах репродукции, однако, стремление женщин контролировать свое состояние не должно распространяться на рекомендации врача.

В собранных нами интервью информанты-медики негативно оценивали ситуации, когда их пациентки пытались верифицировать полученную на приеме информацию, обращаясь к другим специалистам в данной области, к знакомым и Интернету: *«Ну вот они [пациентки] ходят в частные клиники, а потом к нам возвращаются, а мы же не знаем, что им там прописывали»* (Л.А.). В случае с домашними родами это несоответствие только усиливается, поскольку родители, выбирающие данную стратегию, изначально ориентированы на комбинирование разных систем знаний – биомедицины и традиционных акушерских подходов.

Безответственность конструируется и как нарушение внутренних правил работы медицинских учреждений, то есть на прагматическом уровне. Отклонение участников домашних родов от нормы особенно чувствительно для медицинских организаций в связи с рядом формальных процедур – например, анализы и прививки ребенку, которые стандартно делают в роддоме, становятся заботой другой инстанции. Кроме того, представителям медицинских организаций в случае домашнего родоразрешения приходится оформлять дополнительные документы: *«Идите в ЖК, получите справку, что Вы находитесь в послеродовом состоянии – как иначе я зафиксирую, что появился ребен-*

нок у вас?») (из диалога с медсестрой регистратуры детской поликлиники, самоэтнографическое наблюдение, Санкт-Петербург 2013).

Ситуация домашнего родоразрешения оценивается медицинским персоналом как безответственная прежде всего из-за нарушения норм институционального и прагматического уровня. Участники альтернативных родов создают дополнительные трудности при оформлении документов (заполнение амбулаторной карты матери и ребенка, родовой сертификат) и усложняют проведение стандартных процедур (осмотр и наблюдение новорожденного, проведение анализов и обязательной вакцинации). «Безответственные» родители нарушают порядок коммуникации с медицинскими учреждениями прежде всего потому, что обращаются за их помощью вне рамок «институциональной траектории».

### **Заключение**

В рамках российской системы родовспоможения конструируются три уровня ответственности родителей – моральный, институциональный и прагматический. Выбор стратегии домашнего родоразрешения во многом соответствует ожиданиям медицинского персонала относительно моральной ответственности женщин. Будущие родители, обращающиеся к альтернативным методам родовспоможения, отвечают требованиям модели рефлексивного либерального субъекта, обладающего значительным объемом знаний в области репродукции, на основании которых он выстраивает свою индивидуальную стратегию беременности и родов. Кроме того, такие «пациенты» готовы инвестировать в подготовку к рождению ребенка значительный объем экономических и организационных ресурсов.

При этом они нарушают нормы институционального и прагматического уровней, что остро ощущается представителями государственной системы родовспоможения – бюрократизированного института, отношения в котором строго регламентированы. Непризнание авторитета официальной медицины в качестве единственного эксперта в области репродукции и нарушение нормативной «траектории беременной женщины» определяются представителями медицины как «безответственность» (будущих) родителей.

### **Описание полевых данных**

*Список информантов, процитированных в статье*

Л.А – Ж., 53 года; гинеколог ЖК № 1 при ЦРБ, стаж работы 30 лет;

Н.А.– М., 56 лет; гинеколог ЖК № 1 при ЦРБ, стаж работы 30 лет;

Т.В.– Ж., 63 года; специалист гинекологического отделения ЦРБ, стаж работы 30 лет;

Е.Л.– Ж., 56 лет; заведующая гинекологическим отделением ЦРБ, районный акушер-гинеколог.

## Список источников

- Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б. С. *Социологический словарь* // <http://voluntary.ru/dictionary/874/word/norma> (дата обращения: 20.07.2014).
- Безрукова О. Ответственность в социологическом дискурсе // *Социология: теория, методы, маркетинг*. 2010. (2): 132–141.
- Бергер П., Лукман Т. *Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания*. М.: Медиум, 1995.
- Бороздина Е. «Правильная» беременность: рекомендации медиков и советы обычных людей // Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009: 254–278.
- Бороздина Е. Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации // «Гендерная страница». Интернет-проект фонда им. Генриха Белля, 2010 // <http://genderpage.ru/?p=200> (дата обращения: 20.07.2014).
- Бороздина Е. Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России // *Laboratorium*. 2014. 6 (1): 30–59.
- Браун Дж. В., Русинова Н. Л. Личные связи в системе здравоохранения и «карьера болезни» // *Социологические исследования*. 1993. (3): 30–36.
- Браун Дж. В., Русинова Н. Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Б. М. Фирсов (ред.) *Качество населения Санкт-Петербурга*. СПб.: Европейский Дом, 1996: 132–158.
- Здравомыслова Е., Тёмкина А. «Врачам я не доверяю, но...» Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009: 179–210.
- Здравомыслова Е., Темкина А. Введение. Гендер, здоровье, медицина и интимная жизнь // Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2011а: 6–21.
- Здравомыслова Е., Темкина А. Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога // Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2011b: 23–53.
- Лариваара М. Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействие гинекологов и пациенток // Е. Здравомыслова, А. Роткирх, А. Темкина (ред.) *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009: 313–345.
- Мансуров В. А., Юрченко О. Ю. Российские врачи: профессионализация сверху или саморегулирование профессии? // П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен*. М.: ООО «Вариант»: ЦСПГИ, 2011: 171–187.
- Мельникова О. Переопределение родовспоможения в родительских Интернет-дискуссиях (на примере томского форума) // *Журнал исследований социальной политики*. 2012. 10 (3): 377–392.
- Одинцова Д. «Культурная пациентка» глазами гинеколога // Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие*. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009: 179–210.
- Перхова Е. Где моя акушерка? // *Домашний ребенок*. 2013 // <http://www.domrebenok.ru/blog/gde-moya-akusherka/> (дата обращения: 20.07.2014).

*Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н.*

Темкина А. Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. 11 (1): 7–24.

Троицкая Н. Л. Социально-экономическая модель здравоохранения в современной России // *Вестник Томского государственного университета*. 2009. (327): 171–174.

Чирикова А. Е. Врачи как профессиональная группа: воспроизводство и поддержание врачебного профессионализма // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. 11 (3): 307–320.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Conrad P. Medicalization and Social Control // *Annual Review of Sociology*. 1992. (8): 209–232.

Douglas M. *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London and New York: Routledge, 1992.

Field M. G. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Massachusetts: Harvard University Press, 1957.

Freidson E. *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*. NY.: Elsevier, 1975.

Ladd J. Philosophy and the Moral Professions // J. P. Swazey, S. R. Scher (eds.) *Social Controls and the Medical Profession*. Boston, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn & Hain Publishers Inc., 1985: 37–52.

Oakley A. *The Ann Oakley Reader: Gender, Women and Social Science*. Bristol: The Policy Press, 2005.

Williams J. The Controlling Power of Childbirth in Britain // H. Marland, A. M. Rafferty (eds.) *Midwife, Society and Childbirth. Debates and Controversies in the Modern Period*. London: Routledge 1997: 232–247.

## "IRRESPONSIBLE" CHILDBIRTH OR CONTRAVENTION OF RUSSIAN MIDWIFERY'S NORMS IN HOMEBIRTH CASES

Anastasia Novkunskaia

This paper is devoted to the analysis of social norms, which are transmitted through the Russian obstetrics system, regulating the behaviour of pregnant women and women in childbirth. We apply approach of social constructivism and examine norms through the lenses of parental responsibility, which are understood as a form of compliance with the formal rules and social order of the medical institution examined in this study. Based on materials emerging from focused interviews with obstetricians and participant observation in an antenatal clinic, three levels of women's responsibility are reconstructed, these being moral, institutional and pragmatic. Our results show that homebirth cases do not violate all the norms of the obstetrics institutions. Nevertheless, childbirth outside of a clinic is defined as "irresponsible" by medical professionals, as it fails to conform with doctors' expectations on the institutional and pragmatic standards.

*Keywords:* medicine, reproductive health, midwifery, homebirth, responsibility

### References

- Aberkrombi N., Khill S, Terner B. C. (2008) *Sotsiologicheskii slovar'* [Sociological Dictionary]. Available at: <http://voluntary.ru/dictionary/874/word/norma> (Accessed 20 July 2014).
- Berger P., Lukman T. (1995) *Sotsial'noe konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sotsiologii znaniya* [The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge], Moscow: Medium.
- Bezrukova O. (2010) Otvetstvennost' v sotsiologicheskom diskurse [Responsibility in Sociological Discourse]. *Sotsiologiya: teoriya, metody, marketing* [Sociology: Theory, Methodology, Marketing], (2): 132–141.
- Borozdina E. (2009) "Pravil'naya" beremennost': rekomendatsii medikov i soveti obyvatel'nykh [The right" Pregnancy: Recommendations of Physicians and Advice of Laymen]. Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.) *Zdorov'e i doverie* [Health and Trust], St. Petersburg: EUSP Press: 254–278.
- Borozdina E. (2010) Kak rabotaet rodovoy sertifikat? Realizatsiya programmy na primere regional'noy zhenskoy konsul'tatsii [How Does the Birth Certificate Work? Implementation of the Program in the Case of a Regional Antenatal Clinic]. *"Gendernaya stranitsa", Internet-proekt fonda im. Genrikha Bellyu* [Gender Page. The Internet Project of the Heinrich Boll's Fund], Available at: <http://genderpage.ru/?p=200> (accessed 20 July 2014).
- Borozdina E. (2014) Yazyk nauki i yazyk lyubvi: legitimatsiya nezavisimoy akusherskoy praktiki v Rossii [The Language of Science and the Language of Love: Legitimation of Independent obstetrics in Russia]. *Laboratorium*. (6): 101–130.
- Braun D., Rusinova N. (1993) Lichnye svyazi v sisteme zdavookhraneniya i "kar'era bolezni" [Personal Networks in the Health System and the Career of Illness]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Research]. (3): 30–36.
- Braun D., Rusinova N. (1996) Sotsiokul'turnye orientatsii soznaniya i otnoshenie k individual'noy otvetstvennosti za zdorov'e, avtonomnosti patsienta i meditsinskomu paternalizmu [Sociocultural Orientations of Awareness and the Attitude to the Individual Responsibility for Health, Patient's Autonomy and the Medical Paternalism]. B.M. Firsov (ed.) *Kachestvo naseleniya Sankt-Peterburga* [The Quality of Population of Saint-Petersburg], St. Petersburg: European House: 132–158.
- Chirikova A. (2013) Vrachy kak professional'naya gruppa: vosproizvodstvo i podderzhanie vrachebnogo professionalizma [Physicians as a Professional Group: Production and Maintaining of

- Medical Professionalism]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 11 (3): 307–320.
- Conrad P. (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209–232.
- Douglas M. (1992) Risk and Blame. *Essays in Cultural Theory*. London and New York: Routledge.
- Federal Law of Russian Federation N 323-FZ, 21 November 2011 "On fundamentals of healthcare provision to citizens of Russian Federation".
- Field M. (1957) *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Freidson E. (1975) *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*, NY.: Elsevier.
- Ladd J. (1985) *Philosophy and the Moral Professions. Social Controls and the Medical Profession*. J.P. Swazey, S.R. Scher (eds.), Boston, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn & Hain Publishers Inc.: 37–52.
- Larivaara M. (2009) Moral'naya otvetstvennost' zhenshchin i avtoritet vrachey: vzaimodeystvie ginekologov i patsientok [Women Moral Responsibility and the Doctors' Authority: Interaction of Gynecologists and Patients]. E. Zdravomyslova, A. Rotkirkh, A. Temkina (eds.) *Novyye byt v sovremennoy Rossii: gendernye issledovaniya povsednevnosti* [New Ways of Life in Modern Russia: Gender Studies of Everyday Life], St. Petersburg: EUSP Press: 313–345.
- Mansurov V., Yurchenko O. (2011) Rossiyskie vrachi: professionalizatsiya sverkhu ili samoregulirovanie professii? [Russian Doctors: the Professionalization of the Top or Self-Regulation of the Profession]. *Antropologiya professii, ili Postoronnim vkhod razreshen* [The Anthropology of Professions, or Not Only for Personnel], Moscow: Variant, CSPGS: 171–187.
- Mel'nikova O. (2012) Pereopredelenie rodovspomozheniya v roditel'skikh Internet-diskussiyakh (na primere tomskogo foruma) [Redefining the Obstetrics in the Parental Internet-Discussions of Parents (on Example of Tomsk forum)]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 10 (3): 377–392.
- Oakley A. (2005) *The Ann Oakley Reader: Gender, Women and Social Science*. Bristol: The Policy Press.
- Odintsova D. (2009) "Kul'turnaya patsientka" glazami ginekologa ["Cultured Patient" from the Gynecologist's View]. Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.) *Zdorov'e i doverie* [Health and Trust], St. Petersburg: EUSP Press: 179–210.
- Perkhova E. (2013) Gde moya akusherka? [Where is My Obstetrician?]. "Domashniy rebenok" [Home Child], Available at: <http://www.domrebenok.ru/blog/gde-moya-akusherka/> (accessed 20 July 2014).
- Procedure of Medical Care Provision in the Obstetrics and Genecology* (with the Exception of assisted Reproductive Technologies). Decree of the Ministry of healthcare of Russian Federation № 572N, 1 November 2012.
- Temkina A. (2013) Sovety ginekologov o kontratsepsii i planirovanii beremennosti v kontekste sovremennoy biopolitiki [Gynecologists' Advice on Contraception and Pregnancy Planning in the Context of Contemporary Biopolitics in Russia], *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 11 (1): 7–24.
- Troitskaya N. (2009) Sotsial'no-ekonomicheskaya model' zdravookhraneniya v sovremennoy Rossii [The Socio-Economic Model of Public Health Service in Modern Russia]. *Vestnik Tomskogo Gosudarstvennogo Universiteta* [Tomsk State University Journal], (327): 171–174.
- Williams J. (1997) The controlling power of childbirth in Britain. H. Marland, A.M. Rafferty (eds.) *Midwife, Society and Childbirth. Debates and controversies in the modern period*, London: Routledge: 232–247.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) "Vracham ya ne doveryayu, no..." Preodolenie nedoveriya k reproductivnoy meditsine ["I don't Trust Doctors, but..."] Establishing Trust in Reproductive medicine]. Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.) *Zdorov'e i doverie* [Health and Trust], Saint-Petersburg: EUSP Press: 179–210.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2011) Vvedenie. Gender, zdorov'e, meditsina i intimnaya zhizn' [Introduction. Gender, Health, Medicine and Intimate Life]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn'. Sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life. Sociological Approaches], St. Petersburg: EUSP Press: 6–21.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2011) Doveritel'noe sotrudnichestvo vo vzaimodeystvii vracha i patsientki: vzglyad akushera-ginekologa [Trustful Cooperation in the Interaction of Doctor and Patient: The Viewpoint of the Obstetrician-Gynecologist]. E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn'. Sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life. Sociological approaches], St. Petersburg: EUSP Press: 23–53.