

На правах рукописи



БОРОЗДИНА
Екатерина Александровна

**СОЦИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РОССИЙСКОМ
РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ
(СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ)**

Специальность: 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Санкт-Петербург
2012

Работа выполнена на факультете политических наук и социологии
Негосударственного образовательного учреждения высшего
профессионального образования «Европейский Университет в Санкт-
Петербурге» (Институт).

Научный руководитель кандидат социологических наук,
профессор НОУ ВПО «ЕУСПб»
ЗДРАВОМЫСЛОВА Елена Андреевна

Официальные оппоненты профессор кафедры теории и практики
социальной работы ФГБОУ ВПО «Санкт-
Петербургский государственный
университет»,
доктор социологических наук, доцент
ГРИГОРЬВА Ирина Андреевна

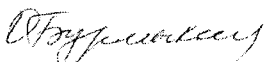
доцент кафедры социологии и социальной
работы ФГБОУ ВПО «Российская
академия народного хозяйства и
государственной службы при Президенте
Российской Федерации» Северо-Западный
институт,
кандидат социологических наук, доцент
ЦИНЧЕНКО Галина Михайловна

Ведущая организация Санкт-Петербургский филиал ФГАОУ
ВПО «Национальный исследовательский
университет "Высшая школа
экономики"»

Защита состоится 24 мая 2012 года в 15:00 на заседании объединенного
диссертационного совета ДМ 002.129.01 при Социологическом Институте РАН
по адресу: 190005, г. Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, 25/14, ауд. 514

Автореферат разослан «21» апреля 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат
социологических наук



О.Н. Бурмыкина

Актуальность работы

Репродуктивное здравоохранение является одной из наиболее политически и социально значимых отраслей здравоохранения. Одна из главных его задач состоит в том, чтобы помочь женщинам безопасно пережить опыт беременности и родить здорового ребенка.¹ В центре данного исследования – изменения социальных взаимодействий и институциональных правил, связанных с оказанием медицинской помощи беременным женщинам в государственной женской консультации (в постсоветский период).

Женская консультация является медицинским учреждением, играющим ведущую роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи будущим матерям на территории Российской Федерации.² Ее основные задачи заключаются в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин. Первые женские консультации были созданы в Советском Союзе в 1920-е гг. Исследователи³ связывают появление данных учреждений с трансформацией общественных представлений о материнстве. В этот период рождение ребенка перестало восприниматься прежде всего как биологический факт и личное дело семьи (роженицы). Государственной властью была признана социальная и политическая значимость опытов вынашивания и рождения ребенка. В данной ситуации женская консультация формировалась в качестве инстанции, ответственной за трансляцию патерналистской заботы государства о женщине-матери, и одновременно в качестве инструмента государственного контроля над репродуктивными выборами женщин (яркий пример – реализация политики в отношении абортот).⁴ Институциональная организация женской консультации и распространенные в ее рамках взаимодействия изменялись на протяжении советской истории. Однако основные принципы репродуктивного здравоохранения значительно не трансформировались, и данное учреждение

¹ Programme of Action of the UN ICPD // United Nations International Conference on Population and Development (ICPD) 5-13 September 1994 Cairo, Egypt [electronic resource] URL: <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p07002.html> (date of reference 01.04.2012).

² Приказ Министерства Здравоохранения РФ №50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»

³ Hoffman D. Mothers in the Motherland: Stalinist Pronatalism in its Pan-European Context// Journal of Social History. 2000. Vol.34. P. 40; Gradszkova Y. Soviet People with Female Bodies: Performing Beauty and Maternity in Soviet Russia in the med 1930-1960. Stockholm: Stockholm University, 2007. P. 85-89.

⁴ Лебина Н.Б. «Навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин». Абортная политика как зеркало советской социальной заботы// Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики. / Под ред. Е.Р.Ярской-Смирновой, М.А.Ворон. М: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. С. 228-241.

сохраняло функцию транслятора государственной социальной заботы/контроля о беременных.

Новые социальные и экономические реалии, сложившиеся в постсоветской России, привели к существенным изменениям в отечественной системе здравоохранения. Основные направления этих трансформаций были связаны с общей тенденцией к либерализации социальной политики, заявившей о себе в 1990-е годы. Вместо идеологии государственного патернализма, господствовавшей в прежнюю эпоху, на уровне законодательных документов и программных высказываний политиков стало утверждаться представление о медицинской помощи как о сфере реализации прав человека. Происходили процессы коммерциализации медицинского обслуживания. Был осуществлен переход с бюджетной на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения, возник и развился рынок платных медицинских услуг. Врачебная помощь беременным женщинам и роженицам явилась одной из ключевых сфер проводимых преобразований.

В середине 2000-х г.г. президентом РФ В.В.Путиным было признано, что старение населения и падение уровня рождаемости (отличительные черты Второго демографического перехода) составляют самую острую проблему нашей страны.⁵ Вследствие этого разработка и реализация проектов, направленных на преодоление демографического кризиса, была выдвинута в качестве приоритетного направления социальной политики. Особое внимание было обращено на совершенствование медицинской помощи будущим матерям. В программных документах национального проекта «Здоровье» была подчеркнута важность модернизации государственной системы родовспоможения. Ключевая задача преобразований связывалась законодателями с необходимостью того, чтобы женщина в течение всего срока беременности была окружена вниманием врачей и родила здорового ребенка.⁶

Таким образом, в современной России сфера медицинской помощи беременным и роженицам претерпевает социальные трансформации. Она испытала на себе влияние общих постсоветских экономических и идеологических изменений, а также оказалась в фокусе реформ, направленных

⁵ Послание Президента Федеральному Собранию Российской Федерации, 10 мая 2006 года // Официальный сайт Президент России. [Электронный ресурс]. URL: <http://archive.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml> (дата обращения: 29.08.2011).

⁶ Современное здравоохранение. Приоритетный национальный проект «Здоровье» // Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации национальных проектов и социальной политике [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rost.ru/projects/health/p04/p34/a35.shtml> (дата обращения: 01.09.2011).

на преодоление демографического кризиса. Принципиально важным представляется изучение социальных аспектов данных трансформаций, в частности, вопросов, связанных с институциональными переменами в организации медицинской помощи беременным женщинам и с влиянием данных перемен на практики предоставления врачебных услуг будущим матерям.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью осмыслить с социологических позиций те последствия, которые трансформации российской социальной политики в сфере репродуктивного здравоохранения имеют для институциональной организации медицинской помощи беременным и для взаимодействия между врачами и пациентками в данной сфере.

Проблема исследования

Организация медицинской помощи беременным в современной России претерпела значительные изменения по сравнению с советским периодом. При этом в контексте экономических и идеологических трансформаций, переживаемых отечественной медициной и обществом в целом, наблюдается противоречие между новыми правилами работы учреждений репродуктивной медицины и тем, как эти принципы в действительности реализуются на уровне социального взаимодействия между врачом и беременной пациенткой в государственной женской консультации.

Проблема настоящего диссертационного исследования определена потребностью изучить данные противоречия и проанализировать паттерны социального взаимодействия между врачами акушерами-гинекологами и беременными пациентками в контексте политических и институциональных изменений в сфере медиализированной заботы о будущих матерях.

Степень научной разработанности проблемы.

Проблема постсоветских трансформаций здравоохранения является объектом внимания многих российских и зарубежных авторов. К первой группе исследований, посвященных данному вопросу, относятся работы, сфокусированные на институциональном аспекте происходящих преобразований. В центре внимания исследователей находится макроконтэкст реализуемых перемен – анализ принципов социальной политики и их реализации в системе российского здравоохранения, выявление возможностей и барьеров совершенствования медицинского обслуживания российских

граждан. (П.В.Романов, Е.Р.Ярская-Смирнова, В.Н.Ярская),⁷ экономические исследования (С.В.Шишкин, Л.Н.Овчарова и др.),⁸ экспертные разработки в области реформ здравоохранения (К.Данишевский, Д.Балабанова и др.)⁹.

Вторую группу работ составляют социологические исследования, анализирующие институциональные изменения в отечественном здравоохранении и их последствия. В центре их внимания находится проблематика социального неравенства в доступе к медицинским услугам (Л.В.Панова, Н.Л.Русинова, Д.Браун, А.Е.Чирикова)¹⁰, а также влияние коммерциализации и либерализации системы здравоохранения на самосохранительное поведение граждан, их практики по поддержанию своего здоровья и стратегии обращения к профессиональной врачебной помощи (Л.С.Шилова, И.В.Журавлева).¹¹ Помимо анализа различных типов социального неравенства в сфере здравоохранения (классового, гендерного и др.), перечисленные работы проблематизируют кризис институционального доверия населения к государственной медицине после 1990-х гг. Так, например, данная тематика, а также изучение тех способов, при помощи которых пациенты преодолевают недоверие к врачам, являются центральными для исследований П.Я.Аронсон.¹²

⁷ Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ / Под ред. В.Н. Ярской. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011; Романов П., Ярская-Смирнова Е. Идеология социальной политики и практика социального обслуживания в период либеральных реформ // Социальная политика в современной России: реформы и повседневность / Под ред. П.В.Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2008. С.80-105.

⁸ Шишкин С.В., Богатова Т.В., Потанчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М.: Независимый институт социальной политики, 2002; Шишкин С.В., Бесстремяная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: Независимый институт социальной политики, 2004.

⁹ Danishevski K., Balabanova D., McKee M., Atkinson S. The Fragmentary Federation: Experiences with the Decentralized Health System in Russia // Health Policy and Planning. 2006. Vol.21. №3. P.183-194; Balabanova D., Falkingham J., McKee M. Winners and Losers: Expansion of Insurance Coverage in Russia in the 1990s // American Journal of Public Health. 2003. Vol. 93. № 12. P. 2124-2130.

¹⁰ Панова Л.В., Русинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи: социологический анализ. // Социс. 2005. №6. С.127-136; Браун Д., Русинова Н.Л. Личные связи в системе здравоохранения и «карьеря болезни» // Социс, 1993. №3.С.30-36; Brown J., Rusinova N. "Curing and Crippling": Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // ANNALS, AAPSS. 2002. №583. P.161-170; Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики // SPERO. 2009. №11. С.41-60.

¹¹ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2005; Шилова Л.С. Стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социс. 2007., №9. С.102-109; Шилова Л.С. Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения // Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики / Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, М.А.Ворон. М.: ООО "Вариант", 2009 // Официальный сайт Института социологии РАН [Электронный ресурс]. URL: <http://www.isras.ru/publ.html?id=1648> (дата обращения 01.09.2011).

¹² Аронсон П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. №2. С.120-13; Аронсон П. Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной

Наряду с исследованиями последствий реформы здравоохранения для пациентов, выделяется корпус социологических работ, рассматривающих трансформации профессионального статуса и роли врачей в изменившихся институциональных условиях. В данном направлении ведутся работы В.А.Мансуровым, О.В.Юрченко и др.¹³

Работы, анализирующие трансформации российской репродуктивной медицины как особой отрасли здравоохранения, представляют отдельное направление исследований. В его рамках можно выделить две основные тематические подгруппы: 1) социальные исследования, сосредоточенные на выявлении новых институциональных правил, складывающихся в сфере репродуктивной медицины; 2) работы социально-антропологического характера, делающие акцент на особенностях переживания опытов беременности и деторождения в контексте современных учреждений системы родовспоможения.

В рамках первого направления выделяются работы А.А.Темкиной и Е.А.Здравомысловой,¹⁴ М.Ривкин-Фиш,¹⁵ М.Ларивара,¹⁶ О.Е.Бредниковой.¹⁷ Эти авторы анализируют микро-уровень российской репродуктивной медицины, а именно, практики и стратегии женщин при обращении в женские консультации и роддома. Особое внимание исследователи уделяют гендерным аспектам социального взаимодействия между пациентками и сотрудниками медицинских учреждений. Исходя из феминистской перспективы, авторы делают акцент на

медицине / Под ред. Е.А. Здравомысловой и А.А. Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С.155-178.

¹³ Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социс. 2005. № 1. С. 66-77; Mansurov V.A., Yurchenko O.V. The Dynamics of Status and Professional Values of Russian Doctors at the Time of Health Care Reforms// Russian Sociology in Turbulent Times / Ed. by V.A. Mansurov. Moscow: RSS, 2011. P. 682-705.

¹⁴ Здравомыслова Е.А., Темкина А.А., «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине// Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. / Под ред. Е.А.Здравомысловой и А.А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 179-210; Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога// Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы/ Под ред.Е.А.Здравомысловой и А.А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012. С.23-53.

¹⁵ Rivkin-Fish M. Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 2005.

¹⁶ Ларивара М. Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействие гинекологов и пациенток// Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности / Под ред.Е.А.Здравомысловой и А.А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 313-345.

¹⁷ Бредникова О.Е. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. / Под ред.Е.А.Здравомысловой и А.А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С.211-233; Бредникова О.Е. «Старородящая» молодая мать (институциональные игры с категориями возраста) // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. / Под ред.Е.А.Здравомысловой и А.А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 456-472

властном измерении такого взаимодействия: исследуют, как медицинские профессионалы осуществляют контроль над женской телесностью и женскими опытами, и как беременные/роженицы реагируют на данный контроль (полностью принимают его, подчиняются, сопротивляются и т.п.).

Специальным направлением исследований, выполненных в данном русле, выступает изучение сферы новых репродуктивных технологий в российском контексте. Н.Нартова, О.Е.Бредникова, Н.Е.Русанова и О.Г.Исупова¹⁸ представляют в своих работах особенности институциональной организации данного вида медицинской помощи, а также описывают практики пациенток, связанные с ее использованием.

В рамках социально-антропологического подхода к исследованию российской репродуктивной медицины особое внимание уделяется беременности и деторождению как особым женским опытам. Исследователи, работающие в рамках данного направления (Т.Б.Щепанская, Е.А.Белоусова)¹⁹, сосредотачиваются на феноменологическом изучении опыта женщин-клиенток учреждений репродуктивной медицины. Они рассматривают медицинскую помощь беременным и роженицам, исходя из социокультурной перспективы, фокусируют свое внимание на тех типизациях и идеализациях, которые актуализируются при взаимодействии женщин с врачами во время беременности и родов.

Перечисленные исследования довольно полно описывают различные уровни и аспекты медицинской помощи в современной России. Однако, на наш взгляд, в них недостаточно осмыслена институциональная социальная забота как составляющая профессиональной врачебной помощи в сфере акушерства и гинекологии. Анализ публикаций показывает, что категория заботы нередко используется социологами для анализа отношений между врачом и пациентом и изучения представлений медиков и их клиентов о медицинских услугах. Тем не менее, данная категория не раскрывается на концептуальном и теоретическом уровне применительно к специфике взаимодействий в сфере репродуктивного здравоохранения.

¹⁸Бредникова О., Нартова Н. Нарушая молчание: дискриминация женщин в пространстве Новых репродуктивных технологий (НРТ)// Современная женщина, семья, демография. Актуальные исследования / Под общей ред. О. Здравомысловой. Москва: Звенья, 2007. С.156-180; Исупова О.Г., Русанова Н.Е. ВРТ как рынок: социально-психологические потребности пациентов ЭКО и критерии выбора клиники // Проблемы репродукции, 2010. № 1. С. 75-85; Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Социальный портрет пациентов репродуктивной медицины // Социс. 2010. № 4. С. 111-119.

¹⁹Щепанская Т.Б. Мифология социальных институтов: родовспоможение //Мифология и повседневность. 2009. Вып.3. С.389-423; Белоусова Е.А. Родовая боль в антропологической перспективе // Arbor Mundi: Международный журнал по теории и истории мировой культуры. 1998. Вып. 6. С. 48-59.

Настоящая диссертация, которая в целом, продолжает разработки в русле гендерного анализа российской медицины, направлена на то, чтобы восполнить данный пробел в изучении социальных взаимодействий в сфере медицины и медицинского профессионализма.

Теоретические и методологические основы диссертации

В данной диссертации для концептуализации медицинской помощи беременным женщинам нами используются несколько методологических и теоретических подходов разного уровня обобщения. На общеметодологическом уровне мы опираемся на теорию структуризации, разработанную английским социологом Энтони Гидденсом.²⁰ Согласно этому подходу, анализировать социальную реальность значит изучать модели производства и воспроизводства социальных структур в процессе социального взаимодействия. Социальное взаимодействие в рамках данной теории определяется как совокупность *социальных практик* – осознанной и подотчетной (accountable) деятельности акторов, руководствующихся определенными правилами и располагающих определенными ресурсами в силу своего положения в обществе.²¹ Отличительной чертой социальных практик является их «раскрывающий» характер: в практиках представлены основные способы социального существования, возможные в данной культуре и в данный момент времени. Социальные практики – это деятельность, реализация которой позволяет индивидам состояться в том или ином социальном качестве, в той или иной социальной роли (например, в роли врача или пациента).²²

Социальный институт (в том числе и институт репродуктивной медицины) образуется как исторически сложившийся набор наиболее устойчивых и распространенных социальных практик, организованных вокруг социальной потребности.²³ Исходя из данного определения, в настоящей работе мы анализируем медицинское взаимодействие (а именно, взаимодействие между врачом и беременной пациенткой) как совокупность социальных практик, сформировавшихся в рамках института медицины и специфичных для конкретного общества на определенном этапе его развития.

²⁰ Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. Glasgow: Bane and Bell Ltd., 1984.

²¹ Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. P.25.

²² Волков В.В., Хархордин О.В. Теория практик. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2008. С. 22.

²³ Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. P. 20-23. Радаев В.В, Шкарлатан О.И. Социальная стратификация. М: АСПЕКТ ПРЕСС, 1996. С.21.

Особое значение для функционирования социальных институтов имеет поддержание социальных правил, которые способствуют производству/воспроизводству социальных практик. Под *правилами* мы понимаем генерализованные процедуры упорядочивания социальной жизни.²⁴ Особую роль в данной диссертации будет играть сопоставление различных видов социальных правил – кодифицированных норм и неформальных правил/практик социального взаимодействия - в ходе оказания медицинских услуг беременным.

К социологическим теориям среднего уровня, значимым для настоящей диссертации, относятся неовебериянский подход к анализу профессий и феминистские исследования феномена заботы. В рамках первого направления для нас особенно важны работы американского социолога Э.Фрайдсона.²⁵ Характерной чертой его творчества является стремление переосмыслить медицинский профессионализм, проанализировать труд докторов не столько как проявление абстрактной научной экспертизы, сколько как особую совокупность практик, связанных с трансформацией «формальной» компетенции в «рабочую» компетенцию.²⁶ В настоящей работе мы также рассматриваем медицинскую помощь беременным, прежде всего, в качестве контекстуализированного набора практик, воспроизводимых в рамках определенного социального института.

Феминистские исследования заботы важны для настоящей диссертации, поскольку этот теоретический подход позволяет лучше осмыслить акушерско-гинекологическую помощь как специфическую, гендерно чувствительную отрасль здравоохранения. В своем понимании мы, в первую очередь, опираемся на работы таких исследователей, как В.Хелд, Д.Тронто, Д.Льюис, М.Дэйли²⁷. Вслед за ними, мы определяем *заботу* как особый тип отношений и специфический набор практик, связанных с данным типом отношений.²⁸ В фокусе нашего интереса находятся те социальные практики, посредством которых реализуется институциональная забота о беременных в рамках

²⁴ Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. P. 21

²⁵ Friedson E. Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Cambridge: Polity Press, 1994; Friedson E. Profession of Medicine: A study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1988; Friedson E. Professional Powers: A Study of Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1986.

²⁶ Friedson E. Professional Powers: A Study of Institutionalization of Formal Knowledge. P. 227.

²⁷ Held V. The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. New York: Oxford University Press, 2006; Tronto J. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge, 1993; Lewis J., Daly M. The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare State// British Journal of Sociology. 2000. Vol. 51. №2. P. 281-298.

²⁸ Tronto J. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. P. 106.

российской системы здравоохранения. Важным для нас является вопрос о возможностях и барьерах для реализации таких практик в рамках существующей институциональной организации репродуктивной медицины.

Объект исследования - первичное звено системы российского репродуктивного здравоохранения - государственная районная женская консультация, которая обеспечивает медицинское сопровождение процесса беременности, осуществляемое через институциональные взаимодействия акушера-гинеколога и беременной женщины.

Предмет исследования - практики профессиональной заботы о беременных, осуществляемые в процессе медицинского взаимодействия в рамках государственных женских консультаций.

Цель работы - изучение социальных аспектов и эффектов постсоветских реформ в сфере медицинской помощи беременным женщинам.

В соответствии с данной целью в диссертационном исследовании были сформулированы следующие **задачи**:

1. Разработать концептуальную модель эмпирического социологического исследования институциональной заботы о беременных как социального феномена, свойственного современным обществам;
2. Проанализировать социально-политический контекст реализации институциональной медиализированной заботы о беременных (постсоветские трансформации государственной социальной политики в сферах здравоохранения и поддержки материнства).
3. Изучить институциональные нормы и правила, регламентирующие заботу о беременных в российской репродуктивной медицине; проанализировать социальный механизм реализации данных норм и правил в деятельности учреждений, предоставляющих медицинские услуги беременным;
4. Проанализировать отечественные учебные тексты и руководства по медицинской этике, представляющие собой значимый источник нормативного регулирования взаимодействий в сфере врачебной помощи беременным женщинам, выявить основные идеологические

принципы отечественной врачебной этики в сравнительной перспективе.

5. На основании анализа данных эмпирического исследования выявить основные модели социального взаимодействия между врачами акушерами-гинекологами и беременными пациентками;
6. На основании анализа данных эмпирического исследования проанализировать ключевые стратегии врачей акушеров-гинекологов и их беременных пациенток, связанные с установлением отношений социальной заботы в условиях российского репродуктивного здравоохранения.

Методы исследования и эмпирическая база работы

При проведении диссертационного исследования нами была использована стратегия кейс-стади (исследование случая). Эта стратегия реализуется в русле качественной методологии социологических исследований и связана с изучением уникального объекта в совокупности его взаимосвязей. Как отмечают П.В.Романов и Е.Р.Ярская-Смирнова, данный подход особенно эффективен при анализе сферы социального обеспечения.²⁹ Его применение позволяет исследовать паттерны социального взаимодействия в рамках учреждений социальной сферы, анализировать различные проявления организационной культуры и лучше понимать то, как на повседневном уровне происходит реализация положений социальной политики.

В настоящей работе в качестве основного объекта исследования (case) выбран случай районной женской консультации города Волгограда, крупного (более миллиона жителей) промышленного центра Южного Федерального округа. Американский исследователь Роберт Йин выделяет следующие отличительные черты кейс-стади: 1) использование разнообразных источников информации об изучаемом объекте; 2) исследование объекта в специфическом контексте его существования.³⁰ В соответствии с данным положением в настоящей работе использовались несколько методов сбора и анализа информации. Одни из них применялись с целью глубокого и целостного изучения объекта исследования (районной женской консультации), другие – с целью описания и анализа социального (социально-политического,

²⁹ Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Методы прикладных социологических исследований, Москва: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2008. С. 108.

³⁰ Yin R. Case Study Research: Design and Methods, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE Publications, 2009. P. 18.

идеологического, правового) контекста его существования. К первой группе методов относятся 1) глубинные полуструктурированные интервью с беременными и недавно родившими женщинами³¹ (30 интервью) и акушерами-гинекологами (6 интервью), проведенные автором работы в Волгограде. Для определения степени типичности выбранного случая в качестве дополнительного источника данных были использованы интервью с врачами акушерами-гинекологами (20), работающими в женских консультациях других региональных центров (Самары, Казани, Архангельска). Данные интервью были собраны в рамках проекта «Устройство частной жизни в российских регионах»,³² в котором автор настоящей диссертации принимала участие в качестве интервьюера и аналитика. Материалы всех интервью были проанализированы с применением методики категоризации взаимодействия (membership categorization device);³³ 2) наблюдение в выбранной женской консультации г.Волгограда.

Ко второй группе относятся такие методы, как 1) тематический анализ документов, определяющих права беременных женщин в сфере получения медицинской помощи, а также нормативных актов, регулирующих работу государственных женских консультаций и профессиональную деятельность врачей акушеров-гинекологов; 2) дискурсивный анализ советских и российских изданий по медицинской этике и медицинской деонтологии (в особенности, в сфере акушерства и гинекологии).

Использование в работе нескольких типов источников (документов, материалов интервью, данных наблюдения) обеспечивает достоверность результатов диссертационного исследования. Комбинирование различных методов сбора и анализа данных ведет к более глубокому изучению предмета исследования и его социального контекста, способствует валидности выводов.

³¹ К недавно родившим женщинам нами были отнесены женщины, родившие ребенка после января 2005 года, т.е. после начала реформ в отечественном репродуктивном здравоохранении (в частности, после введения программы родовых сертификатов).

³² Проект Программы «Гендерные исследования» (ЕУСПб) поддержан фондом Форда, N гранта 080-1405. Руководители проекта: Е.Здравомыслова, А.Темкина. Исследование проводилось в Архангельске, Казани, Самаре, 2009-2010. Координатор полевой работы в регионах – О.Ткач, руководители поля О.Запорожец (Самара, Л.Сагитова (Казань), О.Поспелова (Архангельск). Подпроект «Исследование репродуктивного здоровья» поддерживался также корпорацией Новартис.

³³ Silverman D. Interpreting Qualitative Data. Methods of Analyzing Talk, Text and Interaction. London; Thousand Oaks; New Delhi: SAGE Publications, 1993; Здравомыслова Е., Темкина А. Категоризация взаимодействий: конструирование идентичности в сексуальной сфере// Российский гендерный порядок: социологические подходы / Под ред. Е.Здравомысловой, А.Темкиной. СПб: Изд-во Европейского университета в С.-Петербурге, 2007.С. 250-264.

Гипотезы исследования

1. Постсоветские институциональные изменения медицинской помощи беременным женщинам находятся в общем русле социально-политических реформ, направленных на либерализацию отношений в российском здравоохранении. Однако преобразования в области репродуктивной медицины обладают своей спецификой, обусловленной особой политической значимостью сферы деторождения. Это оказывает влияние на институционализацию отношений медиализированной заботы о беременных, реализуемой на разных уровнях социальной организации данного феномена.
2. В современных социально-политических программах и в работах по медицинской этике врачебная помощь беременным определяется как сфера медицины, где забота о пациентах особенно важна. В этом проявляется преемственность по отношению к советскому этапу развития отечественного здравоохранения. Различия с данным этапом заключаются в трансформации представлений о заботе – в современной ситуации она трактуется как социальное право граждан в области репродуктивной медицины.
3. В условиях общей трансформации российского здравоохранения в сфере медицинской помощи беременным женщинам, с одной стороны, сохраняются черты прежней, советской организации медицины (система Семашко), а с другой стороны, утверждаются новые тенденции - либерализация и коммерциализация врачебной деятельности. Это создает пространство для сосуществования различных моделей взаимодействия между акушером-гинекологом и беременной клиенткой в государственной женской консультации. Выбор той или иной модели определяется социальными характеристиками пациентки (уровнем образования и дохода).

Научная новизна работы состоит в следующем:

1. В работе впервые на материале исследования медицинских взаимодействий в женских консультациях проведена концептуализация социальной заботы как комплексного социального феномена, реализующегося на нескольких уровнях - уровне политики заботы, уровне института репродуктивной медицины и уровне социальных взаимодействий врача акушера-гинеколога и беременной пациентки.

2. Разработана концептуальная модель эмпирического исследования микро-уровня реализации социальной заботы: изучение моделей социального взаимодействия между субъектом и адресатом медикализированной заботы в рамках трех основных измерений – властных, эмоциональных и профессиональных отношений (универсалистское/персонализированное отношение врача к случаю конкретной пациентки).
3. Дана комплексная социологическая интерпретация трансформаций медикализированной заботы о беременных в постсоветский период; показана роль, которую в этих трансформациях сыграли реформы российского здравоохранения 2000-х гг. На основе анализа того, как работает программа родовых сертификатов на уровне региональной женской консультации, представлен социальный механизм реализации новых принципов организации медицинской помощи будущим матерям, выделены и описаны институциональные барьеры на пути реформы.
4. Впервые на основе критического дискурс-анализа публикаций по медицинской этике представлен сравнительный анализ советской и российской врачебной этики как кодекса правил, регулирующих социальное взаимодействие в сфере акушерско-гинекологической помощи.
5. Прделанная в рамках диссертации работа позволяет интегрировать знание о паттернах социального взаимодействия между врачами и беременными пациентками в более широкую дискуссию об институционализированной социальной заботе как социальном феномене, характерном для современных развитых стран.

Положения, выносимые на защиту

1. Характерной чертой социального государства как особого типа современного государственного управления выступает институционализация отношений социальной заботы. Этот процесс проявляется в признании социальных прав граждан и развитии сферы социальных сервисов. В качестве комплексного социально-политического феномена, социальная забота реализуется (и может быть проанализирована) на нескольких уровнях: 1) уровне политики заботы, 2) уровне социальных институтов, осуществляющих заботу, 3) уровне

межличностного взаимодействия между субъектом и адресатом институциональной заботы.

2. Репродуктивное здравоохранение, и в частности врачебная помощь беременным, представляет собой область социального обеспечения, где институциональная социальная забота имеет особый смысл и значение. Эта специфика определяется, во-первых, особой гендерной чувствительностью различных аспектов женского опыта, с которыми имеют дело специалисты в сфере акушерства и гинекологии; во-вторых, политической значимостью данной отрасли медицины, ее ролью в реализации демографической политики государства.
3. Медикализованная институциональная забота о беременных находится в контексте общих постсоветских социально-политических трансформаций. На уровне институциональных правил новая политика государства в сфере организации здравоохранения воплощается в различных либеральных мерах, главной из которых для сферы медицинского наблюдения беременности выступает программа родовых сертификатов. В медицинской этике как источнике нормативного регулирования профессиональной деятельности медиков также утверждаются либеральные и рыночные принципы взаимодействия между врачом и пациентом.
4. В рамках социального взаимодействия на уровне женской консультации выделено несколько моделей институциональной заботы о беременных. Эти модели различаются конфигурацией властных отношений, степенью эмоциональной вовлеченности врача в коммуникацию с беременной, уровнем внимания специалиста к индивидуальным особенностям здоровья и потребностям пациентки. Эмпирическое исследование в региональной женской консультации показало, что, с точки зрения акушеров-гинекологов и их клиенток, предпочтительная модель медицинского взаимодействия характеризуется высокой степенью эмоциональной вовлеченности сторон в коммуникацию, стремлением специалиста найти баланс между реализацией универсальной компетенции и выработкой практического знания о случае конкретной пациентки. Реализация данной модели взаимодействия способствует формированию не только институционального, но и персонализированного доверия между врачом и будущей матерью, что в такой чувствительной сфере, как репродуктивное

здравоохранение выступает залогом эффективности медицинского вмешательства.

5. В ходе исследования выявлено, что социальный статус пациенток (уровень дохода и образования) определяет особенности их взаимодействия с врачом в рамках властного измерения медиализированной социальной заботы. Высокообразованные женщины, принадлежащие к высокодоходным группам, стремятся выстраивать более эгалитарные отношения со специалистом. Пациентки, обладающие меньшими образовательными и финансовыми ресурсами, взаимодействуют с врачом по модели авторитарной заботы/контроля. Среди акушеров-гинекологов отмечена поколенческая разница относительно предпочитаемой ими конфигурации властных отношений с пациентками. Врачи, имеющие опыт профессиональной социализации в советский период, в большей степени ориентированы на реализацию патерналистской заботы/контроля по отношению к своим клиенткам.
6. Ряд институциональных правил предоставления медицинской помощи беременным на уровне женских консультаций рассматривается участниками взаимодействия как препятствия для осуществления медиализированной заботы в соответствии с предпочитаемой врачами и пациентками моделью. К таким барьерам относятся 1) устаревшие стандарты приема, ведущие к излишней загруженности врачей работой; 2) фактическое отсутствие у женщин возможности выбрать врача, несмотря на наличие правовых гарантий такого выбора; 3) высокая степень бюрократизации врачебной деятельности.
7. Участники медицинского взаимодействия сталкиваются с необходимостью выработать стратегии, направленные на преодоление институциональных издержек и на реализацию предпочтительной модели заботы. Стратегии врачей связаны с управлением рабочим времени (практиками, связанными с его экономией): интенсификацией приема, неформальным продлением своего рабочего дня, побуждением пациенток к самостоятельному поиску информации о беременности. Стратегии пациенток связаны с преодолением институционального недоверия к репродуктивной медицине посредством осознанного выбора специалиста и выстраивания с ним персонализированных отношений (использование социальных сетей для поиска «своего» врача, обращение к платным медицинским услугам).

Теоретическая значимость исследования

Теоретические положения и выводы, сформулированные в диссертации, развивают и дополняют социологические исследования социальной заботы и гендерные исследования медицины. Вклад диссертационного исследования в решение теоретических проблем социологического изучения взаимодействия врач-пациент определяется осуществленной в работе концептуализацией категории «социальная забота» применительно к социальным отношениям в рамках института репродуктивной медицины. Автором разработана модель эмпирического социологического исследования микро-уровня реализации социальной заботы в данной сфере здравоохранения, предложена оригинальная интерпретация паттернов социального взаимодействия между акушером-гинекологом и беременными пациентками.

Практическая значимость исследования определяется социальной и политической актуальностью его проблематики. Представленный в работе анализ медицинских взаимодействий врачей и пациенток в женской консультации позволяет реконструировать социальный механизм реализации государственной социальной политики в области репродуктивного здравоохранения, проследить эффективность ее мер. Полученные в настоящем исследовании результаты могут быть полезны для разработки концепций контроля качества медицинской помощи в сфере акушерства и гинекологии, и, в целом, для оптимизации работы женских консультаций и труда врачей акушеров-гинекологов. Помимо этого, материалы данной диссертации полезны для разработки учебных курсов по гендерным исследованиям и социологии медицины.

Апробация работы

Основные положения диссертации и результаты исследования были представлены на различных российских и международных конференциях и семинарах, в частности, на международном семинаре «Социальная гигиена в Центральной и Восточной Европе» (Гиссен, 2012), международной конференции «Социальная политика и социальная работа: двадцать лет исследований, образования и практики» (Саратов, 2011), Международной конференции Российской ассоциации исследователей женской истории «Частное и общественное: границы, наполнения, политики интерпретации в прошлом и настоящем» (Ярославль, 2011), пятых социологических чтениях

памяти В.Б.Голофаства «Социология вчера, сегодня, завтра» (Санкт-Петербург, 2011), международном симпозиуме «Профессии и профессиональные организации в современном обществе: новые подходы к исследованиям» (Москва, 2010), международном семинаре «Социологические подходы к исследованию насилия, тела и болезни» (Умео, 2010) и некоторых других.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

Основное содержание работы

Во **«Введении»** обоснована актуальность темы исследования, описана степень ее разработанности, определены объект, предмет, цели и задачи работы, изложены теоретико-методологические основы диссертации, сформулированы гипотезы исследования, описаны методы сбора и анализа данных, а также эмпирическая база исследования.

Глава 1. Медицинская помощь беременным женщинам в контексте социальной политики: принципы социологического анализа. В главе анализируются основные теоретико-методологические подходы к изучению репродуктивной медицины, и в частности, медицинской помощи беременным женщинам.

В первом параграфе «Гендерный подход в изучении социальной политики и социальной сферы» социальная политика и институциональная социальная забота анализируются как феномены, характерные для современных развитых обществ. Описывается специфика российского социально-политического режима - наблюдаемый в его рамках переход от советского государственного патернализма к либерализации социальной сферы. Посредством обращения к гендерному подходу в исследованиях социальной политики обосновывается использование категории «институциональная забота» для описания взаимодействий в сфере социальной поддержки населения (в том числе, и в сфере репродуктивной медицины). На основе анализа социологических и социально-политических исследований дается определение социальной заботы, как совокупности институциональных практик и отношений, связанных с удовлетворением физических и эмоциональных потребностей нуждающихся в уходе индивидов.

Во втором параграфе «Социальное измерение медицины: методология, теория и история исследования» представлены основные социологические подходы к изучению медицинской профессии и взаимодействия врач-пациент. Проанализирована нормативная модель институционального медицинского взаимодействия, предложенная Т.Парсонсом, а также представлена критика данной модели. На основании неовеберрианского подхода, применяемого в социологии медицины, продемонстрировано, что в современном обществе медицинские взаимодействия связаны не только с реализацией универсальной компетенции эксперта, но и с практиками институциональной заботы, подразумевающей внимание к локальному контексту коммуникации с пациентом, с умением выработать опытное знание о каждом конкретном случае обращения за профессиональной помощью.

В третьем параграфе «Репродуктивная медицина как предмет социологического исследования» на основе анализа феномена медиализации опыта деторождения показана роль медицинского института как ведущей инстанции, осуществляющей социальный контроль и социальную поддержку по отношению к беременным женщинам. Исходя из анализа беременности как социального феномена, определена специфика репродуктивной медицины, по сравнению с другими отраслями здравоохранения. Данная специфика заключается, во-первых, в гендерной чувствительности акушерства и гинекологии как области врачебной деятельности. Отношения доверия к специалисту и его/ее профессиональной компетенции в данной сфере особенно проблематизируются клиентами медицинских сервисов. Во-вторых, в силу значимости сферы воспроизводства для демографической политики государства, эта отрасль медицины выступает сферой социальной поддержки населения и ключевым объектом социально-политических мер. Эти факторы на разных уровнях, конституируют репродуктивное здравоохранение не только как сферу реализации экспертной компетенции, но и как область институциональной заботы о женщине как (будущей) матери.

Глава 2. Организация акушерско-гинекологической помощи беременным в современной России. Глава посвящена изучению институционального уровня организации российской репродуктивной медицины – описанию и анализу тех правил и норм, которые регламентируют деятельность женских консультаций и образуют идеологический и правовой контекст взаимодействия между врачом и пациентом.

В первом параграфе «Нормативные основы оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам» рассмотрены нормативно-правовые акты, которые гарантируют права российских женщин в сфере здравоохранения, а также регулируют деятельность отечественных учреждений родовспоможения. Мы приходим к заключению, что на уровне общих законодательных принципов, определяющих работу отечественного здравоохранения, логика государственной патерналистской заботы о здоровье граждан, свойственная советской эпохе, сменяется продвижением идеологии прав/обязанностей граждан в сфере охраны здоровья. При этом сфера медицинской помощи беременным, которая остается политически значимой для государства, обладает определенной спецификой. Идеология социальных прав граждан, которым государство гарантирует доступ к медицинскому обслуживанию, усиливается политикой заботы (контроля) о беременных, проявляющейся в декларировании принципа государственной поддержки материнства и детства, утверждении анти-абортных мер, введении специальных программ, направленных на улучшение качества акушерско-гинекологической помощи (программа родовых сертификатов).

Во втором параграфе «Этические нормы как источники регулирования врачебной деятельности» на основе дискурсивного анализа руководств по медицинской этике, монографий практикующих врачей и статей в профессиональных изданиях представлены принципы отечественной медицинской этики как значимого источника нормативного регулирования взаимодействий в сфере врачебной помощи беременным женщинам. Проведено сравнение концепции советской медицинской деонтологии и современных принципов российской медицинской этики. В качестве отличительной особенности медицинской деонтологии выделены: 1) описание врачебной деятельности в категориях профессионального и патриотического долга и призвания; 2) определение медика, в первую очередь, как государственного служащего, транслирующего гражданам патерналистскую заботу государства об их здоровье. К особенностям современного этапа развития медицинской этики (1990-е гг. – настоящее время) отнесены: 1) ориентация на либеральный дискурс прав пациента, 2) осмысление медицинского взаимодействия в терминах прав/обязанностей сторон и в категориях сферы обслуживания (сервиса). В сфере медицинской помощи беременным акцент с патерналистской заботы о женщине-матери сместился к идее о праве женщины на реализацию репродуктивных выборов.

В третьем параграфе «Социальная политика в сфере репродуктивного здравоохранения: реформы 2000-х гг» представлен социологический анализ ключевых современных преобразований в сфере российского здравоохранения и, в частности, программы родовых сертификатов как политической институциональной меры, ориентированной на совершенствование качества медицинского обслуживания в области репродуктивной медицины. Реформа рассмотрена как проявление общей тенденции к модернизации российского здравоохранения и либерализации существующих в его рамках отношений. Ее цели связаны: 1) с формированием конкурентных отношений между поставщиками медицинских услуг; 2) с введением дополнительных гарантий реализации права женщин на получение квалифицированной врачебной помощи во время беременности и родов.

На основе эмпирического исследования в волгоградской женской консультации (а также на примере женских консультаций Казани и Самары) показана позитивная роль родовых сертификатов в улучшении материально-технической базы женских консультаций (материальный контекст реализации институциональной заботы). Однако отмечено, что в ситуации, когда многие принципы институциональной организации репродуктивной медицины сохранились с советского периода, реализация реформы родовых сертификатов оказалась неполной. Выделены барьеры в реализации данной реформы: 1) неполный и непоследовательный переход медицинских учреждений на страховое финансирование; 2) нормативы трудовой нагрузки врача, не соответствующие современным стандартам оказания медицинской помощи.

Глава 3. Взаимодействие акушера-гинеколога и беременной пациентки в государственной женской консультации: институциональные правила и практики. В главе представлены результаты эмпирического исследования, проведенного автором работы в женской консультации г.Волгограда. Исследование в выбранной женской консультации проводилось в период с мая по август 2009 года. В его рамках было собрано 17 интервью с беременными пациентками, постоянно наблюдающимися в рассматриваемом медицинском учреждении. К участию в исследовании были привлечены женщины, срок беременности которых составлял более 5 месяцев. В исследовании не участвовали пациентки с патологическим течением беременности. Возраст информанток на момент проведения интервью составлял от 19 до 36 лет (средний возраст – 25 лет); 14 женщин были замужем, 3 не состояли в браке; 12 женщин ожидали своего первого ребенка, 5 опрошенных готовились к

рождению второго ребенка. Уровень образования информанток: 4 информантки со средним и неоконченным средним образованием, 4 – со средним специальным образованием, 9 – с высшим образованием. Также были проведены интервью с 6 врачами акушерами гинекологами, работающими в выбранной консультации. Возраст врачей от 27 до 63 лет, стаж работы по специальности от 4 до 39 лет.

В качестве дополнительного источника информации использовались данные 13 глубинных полуструктурированных интервью с беременными и недавно родившими жительницами Волгограда, которые не являлись пациентками выбранной женской консультации. Эти интервью были собраны в феврале 2008 года. Возраст информанток от 24 до 33 лет. Все они имеют высшее образование и состояли в браке на момент проведения интервью. Поиск информанток осуществлялся с помощью обращения к социальной сети исследователя. Материалы этих дополнительных интервью применяются в настоящей диссертации с целью выявления типичных и специфических черт исследуемой женской консультации.

В первом параграфе «Медицинская помощь в ситуации беременности: основные модели взаимодействия врача и пациентки» на основе анализа интервью с акушерами-гинекологами и будущими матерями выделены основные модели медицинского взаимодействия в рамках женской консультации. Данные модели различаются в зависимости от конфигурации властных отношений, степени эмоциональной вовлеченности врача в коммуникацию с беременной, уровня внимания специалиста к индивидуальным особенностям здоровья и потребностям пациентки. Дана сравнительная оценка предпочтительности данных моделей взаимодействия, с точки зрения участковых акушеров-гинекологов и их пациенток. Показано что нормативная модель взаимодействия врач-пациент, предполагающая эмоциональную нейтральность участников коммуникации и ориентацию врача в первую очередь на универсальное экспертное знание, не является оптимальной для формирования отношений доверия между специалистом и его/ее клиентками в случае медицинского наблюдения беременности.

Во втором параграфе «Практики институциональной заботы о беременных в контексте российской женской консультации» проанализировано, как в условиях существующего институционального дизайна женской консультации реализуются различные модели *медицинской заботы*. Выявлены ресурсы и барьеры для практического воплощения

предпочитаемой пациентками и врачами модели институциональной заботы. К барьерам отнесены: 1) фактическое отсутствие возможности у пациенток выбрать врача (несмотря на наличие правовых гарантий); 2) устаревшие нормативы врачебного приема, ведущие к излишней загруженности врачей; 3) избыток бюрократической работы врача. К ресурсам, позволяющим реализовать нормы институциональной заботы, отнесены: 1) принцип преемственности в оказании акушерско-гинекологической помощи, утвержденный в российском здравоохранении; 2) особый статус беременных как женщин, нуждающихся в большей врачебной заботе, по сравнению с другими категориями пациенток. Аналитически выделены и представлены стратегии, посредством которых специалисты и их беременные пациентки пытаются преодолеть выделенные барьеры. Для врачей такие стратегии связаны, в первую очередь, с управлением временем приема пациентов: 1) интенсификация приема - стратегия двух очередей, когда врач одновременно принимает одну беременную пациентку и одну гинекологическую больную; 2) стратегия «продленного» рабочего дня, когда врач заполняет медицинскую документацию и/или принимает часть пациентов, уже после завершения своей рабочей смены; 3) побуждение пациенток к самостоятельному поиску информации (что экономит время приема). Для пациенток стратегии, связанные с выбором эксперта, включают: 1) использование социальных сетей (поиск врача «по знакомству»); 2) использование платных медицинских услуг.

В **Заключении** изложены основные выводы работы. В диссертационном исследовании была проанализирована специфика реализации институциональной медицинской заботы о беременных в рамках социальных взаимодействий в российском репродуктивном здравоохранении. Такая забота рассматривалась как комплексный социальный феномен, проявляющийся на нескольких уровнях социальной организации медицинской помощи будущим матерям. На уровне государственной социальной политики нами были отмечены две основные тенденции в отношении данного типа заботы: 1) тенденция к либерализации представлений о медицинской заботе, интерпретация ее как социального права граждан в области репродуктивной медицины; 2) запрос на развитие сферы медицинской заботы о беременных, сформулированный в контексте пронаталистской демографической политики государства. В рамках институциональной организации репродуктивного здравоохранения данные тенденции воплотились в мерах, направленных на внедрение рыночных принципов управления качеством медицинской помощи

(в первую очередь, введении программы родовых сертификатов). Социальная политика в области репродуктивного здравоохранения и правила работы данного института сформировали контекст для существования различных моделей заботы на уровне социального взаимодействия между акушером-гинекологом и беременной пациенткой в государственной женской консультации. Основываясь на материалах эмпирического исследования, мы выделили предпочтительную для специалистов и их клиенток модель институциональной заботы – эмоционально вовлеченное, персонализированное взаимодействие врача и пациентки. Специфичность такой модели заботы для сферы медицинской помощи будущим матерям определена особой гендерной чувствительностью опыта ожидания ребенка и особой («двойной») ответственностью врача в случае наблюдения беременности. Также нами были выявлены институциональные барьеры для реализации данной модели (связанные с неполным и непоследовательным переходом российской медицины на новые принципы управления и финансирования) и стратегии врачей и пациентов, направленные на преодоление этих барьеров.

По теме диссертации соискателем были опубликованы следующие работы общим объемом 5,5 п.л.

Публикации в журналах ВАК

- 1.Бороздина Е.А. Трансформации профессиональной этики российского врача: социологический анализ// Вестник Томского государственного университета. Серия «Философия. Социология. Политология». 2011. № 1. С.12-20 (0,5 п.л.)
- 2.Бороздина Е.А На приеме у гинеколога: забота как составляющая профессиональной деятельности врача// Женщина в российском обществе. 2010. № 1. С.77-90 (1 п.л.)

В других журналах и изданиях

- 3.Бороздина Е.А. Медицинская помощь беременным: в поисках заботы// Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы/ Под ред.Е. Здравомысловой и А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012. С.54-83 (1 п.л.)
- 4.Бороздина Е.А., Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. Материнский капитал: социальная политика и стратегии семей.// Демоскоп Weekly (электронное издание), 2012. №459-496. URL:

<http://demoscope.ru/weekly/2012/0495/analit03.php>. (дата обращения: 10.02.2012) (1 п.л.).

5.Бороздина Е.А. Беременность и практическое знание женщин// Практики и идентичности: гендерное устройство / Под ред.Е. Здравомысловой, В. Пасынковой, А. Темкиной, О. Ткач. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2010. С. 235-257. (1 п.л.)

6.Бороздина Е.А. «Правильная» беременность: рекомендации медиков и советы обывателей// Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине/ Под ред. Е. Здравомысловой и А.Темкиной. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 254-278. (1 п.л.).