

Статьи. Исследования

АННА ТЕМКИНА

Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах?

В статье анализируется отношение городских образованных женщин (родителей) среднего класса к платному родовспоможению. Их отношение к бесплатному сегменту медицины и социальным ролям врачей характеризуется тревогой и недоверием. Женщины, подобно требовательным потребителям, оценивают и осуществляют выбор разных возможностей в платном сегменте родовспоможения, выстраивают отношения с профессионалами и определяют условия пребывания в родильном доме. Родильные дома рекламируют свои услуги: индивидуальное ведение родов, палаты повышенной комфортности, семейные роды. Медицинские учреждения стараются повысить свою привлекательность для женщин. Иными словами, формируется рынок спроса и предложения, на котором оплачиваются услуги (товары) особого рода. На основе анализа интервью и наблюдений автор показывает, какие платные услуги предлагают родильные дома в Петербурге, как женщины осуществляют выбор сервиса, каковы их потребности и как они объясняют готовность платить за услуги, которые доступны

76

Темкина Анна Адриановна — профессор Европейского университета в Санкт-Петербурге, доктор философии. Научные интересы: гендерные исследования, репродуктивное здоровье, сексуальность, феминистская теория, качественные методы исследования. Email: temkina@gmail.com
Anna Temkina — professor at European University at St. Petersburg, Ph. D. in social sciences. Research interests: gender studies, reproductive health, sexuality, feminist theory, qualitative methods. Email: temkina@gmail.com
Мои благодарности за комментарии Елене Здравомысловой, Екатерине Бороздиной, Мишель Ривкин-Фиш, Татьяне Степурко, Ольге Ткач, Лоре Эссиг, Екатерине Моисеевой, Ольге Мельниковой, Анастасии Константиновой, а также всем коллегам, которые приняли участие в интервьюировании и обсуждении его результатов в рамках проекта «Деньги, роды и забота» под руководством автора, а также всем женщинам и мужчинам, которые согласились поговорить с нами. Мои особые благодарности ИАиГ им. Отта, руководство которого разрешило мне проводить исследования на территории института, и акушерке Виктории Кузнецовой, без которой это исследование не состоялось бы.

бесплатно. Выявлено, что потребности женщин связаны с разными видами заботы и обеспечением безопасности.

Во-первых, они оплачивают профессионализм специалистов и профессиональную заботу, которая направлена на учет их индивидуальных потребностей и помощь в переживании телесной боли. Во-вторых, они платят за эмоциональную заботу, которая помогает им справляться с уязвимостью и обеспечивает психологическую безопасность. В-третьих, они оплачивают условия, обеспечивающие приватность и заботу во время родов. Делается вывод, что оплачиваемая забота в родовспоможении становится для ответственных родителей стратегией страхования от ущерба для здоровья и способом «секьюритизации».

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, роды, рынок, доверие, безопасность, забота, профессионалы, эмоциональная работа, боль

Anna Temkina

Paid Care and safety: What is on Purchase in Maternity Hospitals?

The discourse of anxiety and lack of trust medical institutions and social roles of obstetricians characterize attitudes of urban educated middle class women towards free of charge maternity care in Russia. Women as demanding consumers evaluate and choose among different paid options of childbirth, and they also negotiate relationships with professionals and conditions in maternity hospitals. Maternity hospitals advertise and supply their services including paid one, and they try to be attractive for women/parents. This article is based on in-depth thematic interviews with women and observations in maternity hospitals in St. Petersburg, I analyze what maternity hospitals offer for the purchase, how women make their choice, what are their demands and how they explain why they prefer to pay for the service which is available for free.

I argue that women demand different kinds of care as well as their own and newborn child's security. Firstly, they pay for the obstetrician's and midwife's professionalism and professional care, including pain and body management. Secondly, they pay for the emotional work of the medical professionals in order to receive emotional security and psychological support. Thirdly, they pay for the condition of private security and care during childbirth. Their payment is the strategy of insurance and securitization of childbirth though «paid care».

Keywords: reproductive health, childbirth, market, trust, security, care, professionals, emotional work, pain

Введение

Родильные дома в России с 2006 по 2015 г. получали существенную поддержку от государства в рамках национального проекта «Здоровье», когда родовспоможение было объявлено одним из приоритетов государственной политики. Происходило это в русле артикуляции и реализации демографической политики госу-

дарства — повышения рождаемости. Улучшение медицинской помощи беременным и роженицам наряду с разными программами социальной поддержки материнства рассматривались как важные инструменты стимулирования рождаемости.

Различные изменения происходили в роддомах и ранее, с 1990-х годов [Rivkin-Fish, 2005]; в 2000-х начался новый этап трансформаций. В роддомах прошла модернизация, улучшились бытовые условия, был обеспечен доступ к новым технологиям. Неoliberalная логика была направлена на то, чтобы с 2006 г. через систему родовых сертификатов дополнительно гарантировать возможности женщин (родителей) бесплатно (по страховому полису обязательного медицинского страхования — ОМС) выбирать конкретную женскую консультацию [Бороздина, 2010], роддом и детскую поликлинику. Женщины (родители), согласно данной логике, — это рациональные акторы, принимающие решения и делающие выбор, ответственные действия которых — это действия потребителей, улучшающие систему. Роддома (как и другие учреждения) более высокого качества, в пользу которых потребитель делает свой выбор, получают большие объемы государственного финансирования. В этот период также происходит дальнейшее развитие коммерческого сегмента в родовспоможении, возникшего в 1990-е годы как в форме частных учреждений, так и платных (хозрасчетных) отделений и услуг на базе государственных роддомов.

78

Медицинские учреждения в настоящее время предлагают будущим родителям разные сервисы, способы медицинского обслуживания, уровень комфорта и оснащенности. Государственные роддома стараются привлечь как пациентов, оплачивающих роды, так и бесплатных пациентов по родовым сертификатам (и ОМС), которые вносят вклад в бюджет учреждения. Роддома формируют рыночные предложения, которые должны быть привлекательными для потребителя сервиса. Деньги, полученные государственными роддомами по хозрасчету, расходуются на улучшение материальной оснащенности и оплату труда специалистов. Формируется устойчивый спрос на платные услуги и образуется специфический конкурентный сегмент рыночных услуг, связанный с телом и здоровьем женщины и ее ребенка.

Опираясь на результаты полевого исследования в роддомах Петербурга (2013-2015-е годы), я ставлю задачей показать, каким образом и почему некоторые современные образованные женщины (родители) в крупном городе предпочитают оплачивать роды в условиях, когда эти услуги в основном доступны для населения бесплатно по ОМС. О. Бредникова в автоэтнографическом исследовании в 2006 г. показала, что в роддомах рекламируются и продаются профессионализм врачей, комфорт (расширяющийся спектр

услуг и «домашняя обстановка»), позитивные эмоции и новые подходы (например, доброжелательное отношение к ребенку). У пациенток существует спрос на комфорт, включающий приватное пространство, особую идеологию, внимание и персонализированную ответственность врача [Бредникова, 2009, с. 224-227]. Мои данные согласуются с ее результатами, однако меня интересует, как соотносится предложение роддомов и спрос потребителей, как будущие родители осуществляют свой выбор, какое благо продается на рынке родовспоможения.

По мере того как меняются репродуктивные стратегии женщин (семей), организация родов становится интегральной частью жизненного проекта многих женщин среднего класса, практикой «хорошего материнства» и ответственного родительства [Hays, 1996; Han, 2013; Исупова 2014; Годованная 2015]. Планируется беременность, роды, забота о здоровье новорожденного. Расходы калькулируются и сопоставляются с возможностями семьи, формируются высокие консьюмеристские ожидания и потребительский стиль поведения. Женщины становятся более требовательными и ориентируются на выбор из широкого спектра медицинских услуг [Здравомыслова, Темкина, 2009]. Многие будущие матери формируют свое представление о том, как, где и кем должно быть организовано медицинское обслуживание во время беременности и родов. Исследователи отмечают, что женщины в процессе родов все чаще хотят иметь выбор и участвовать в принятии решений, получать поддержку присутствующих, иметь информацию и проч. [Lazagus 1994; Темкина, 2014].

79

В коммерческом сегменте родовспоможения в современной России у женщин увеличиваются возможности выбора. Потребности информанток, которые оплачивают роды, варьируются в широком диапазоне. Для одних женщин важно обеспечить присутствие мужа на родах¹, для других — пребывание в комфортабельном родзале и послеродовой палате. Некоторые женщины ориентируются на минимальное медицинское вмешательство и естественные роды², другие — на использование новейшего оборудования, ане-

1 Партнерские (семейно-ориентированные) роды не могут быть платной услугой, согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и дополнительным разъяснениям в Методическом письме Минздравсоцразвития России №15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г. см. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2011/08/05/maternity/> и <http://soznatelno.ru/prava/pismo-minzdrava-o-rodah-12170.html>. Доступ: 25.01.2016. Однако присутствие мужа в родительных домах на практике увязано с наличием отдельного, чаще всего оплачиваемого, родзала.

2 Е. Бороздина [2014, с. 416] показывает сложности в самом определении широко распространенного понятия «естественные» роды, которое включает

стезии и/или проведение кесарева сечения. Женщины могут хотеть родоразрешиться у определенного врача-акушера и/или предпочитают родить с определенной акушеркой или с дежурной бригадой. Не все услуги репродуктивного сервиса предполагают оплату, многие из них могут быть получены бесплатно (по полису ОМС). Однако считается, что оплата создает больше гарантий, безопасности и доверия. Женщины не готовы «*поехать в неизвестность... это не те вещи, которыми хочется рисковать*» (№ 23, 25¹).

80 Сфера родовспоможения особая, предложение и спрос обретают особый характер, товарно-денежные отношения имеют непрямые эффекты. Специфика данного рынка не является предметом анализа в данной статье, меня в большей степени интересует, как действуют женщины практически и как они объясняют свои действия. Однако отметим, что на рынках, касающихся жизни, здоровья и смерти, возникают особые отношения между поставщиком услуг и их потребителем (покупателем). В рассматриваемом случае — рынке услуг родовспоможения — информантки признают наличие коммерческих интересов у учреждений и врачей, но акценты при объяснении оплаты сервиса делаются на профессионализм и персонифицированную заботу, которые отделяют мир медицины от мира безличного бизнеса, торговли или мошенничества с целью извлечения прибыли. Рыночные отношения, касающиеся жизни, смерти, тела, здоровья, детей, рассматриваются исследователями как коммодифицирующие жизненно важные блага [Бердышева, 2012а, б], которые признаются сакральными [Зелизер, 2010; Zelizer, 1979], аффективно насыщенными [Моисеева, 2010, 2011]. Коммерциализация медицины своим эффектом имеет также и то, что здоровье воспринимается как товар, при этом для разных групп характерен неравный доступ к услугам здравоохранения. Участники таких рынков «вырабатывают стратегии, позволяющие им нивелировать пугающие эффекты маркетизации» [Бердышева, 2012, с. 76]. Особое место среди аффективных рынков занимают дети [Zelizer, 1985], которые выступают сакральным объектом, не совместимым с деньгами, трудовыми затратами и капитализмом, они — продукт любви, а не денег и не могут выступать товаром [Нап, 2013, р. 139]. Однако, как показывает Кравец, обобщая исследования «baby markets» — рынков АРТ, суррогатного материнства, банков спермы и яйцеклеток, рынков усыновления, — многие экономические трансакции касаются детей [Krawiec, 2009]. Родовспоможение, в случае если оно

активность женщины, обязательную подготовку и минимизацию медикализации. Такую позицию озвучивают Центры акушерского ухода.

1 Здесь и далее в скобках указан номер информантки и возраст.

обретает рыночную форму, становится особым рынком, например, «рынком (производства) счастья» [Бредникова, 2009].

Кроме особенностей рынка для меня также важной отправной точкой является различие логики выбора и логики (профессиональной) заботы. Под профессиональной заботой я понимаю внимание и отклик на индивидуальные особенности и ситуацию пациента [Davies, 1995], совместные усилия на основе взаимодействий и практических решений [Mol, 2008]. Меня интересует, как потребность в заботе соотносится с рыночным выбором, который делают женщины.

Итак, опишем используемые данные, рассмотрим каковы предложения роддомов, а затем то, какой сервис выбирают женщины (родители), и как они обосновывают свою потребность в платном сервисе.

Используемые данные

Исследование опирается на два блока данных. Во-первых, используются материалы интервью с 35 женщинами с высшим образованием (три интервью с семейными парами), родившими последнего ребенка в период с 2013 по 2015 г. в Петербурге (за одним исключением), с высшим образованием и преимущественно профессиональной занятостью, возраст от 25 до 44 лет; 26 случаев — первые роды, 9 — повторные и последующие. Продолжительность интервью от 30 минут до 3 часов, проведены осенью 2015 г. коллективом исследователей под руководством автора. Во-вторых, изучались репрезентации платных услуг в роддомах Петербурга, данные собирались на днях «открытых дверей», проводился анализ сайтов, осуществлялось наблюдение в роддомах (РД), на конференциях и собраниях, на курсах подготовки беременных, в родильном зале и послеродовом платном отделении.

Доход семьи информантов в данном исследовании (до ухода женщины в декретный отпуск) варьируется от 40 до 250 тыс. в месяц (в двух случаях более 400 тыс.), с тяготением доходов у одной группы к 50-60 тыс., а у другой — к 100-120 тыс. (данные собраны в конце 2015 г.). Информанты использовали для оплаты «декретные деньги», собственные накопления, некоторым помогали или полностью оплачивали их роды родственники. Оплата родов зависит и от ресурсов и возможностей семьи, которые я здесь в подробностях не рассматриваю.

В интервью мы зафиксировали широкий спектр способов оплаты родов. Денежные сделки принимают разные формы [Зелизер, 2004]. В нашем исследовании преобладала официальная оплата «в кассу» (предполагающая заключение договора с роддомом и /или конкретными специалистами). Были представле-

ны также случаи неформальных договоренностей; комбинации формальной и неформальной оплаты; оплаты по полису ДМС; оплаты в качестве благодарности; дарение подарков; вымогательство денег; возврат денег по официальному договору и некоторые другие. Различные исследования фиксируют распространенность платежей (включая неформальные) в медицине в целом [Шишкин и др., 2002, Шишкин и др., 2004; Шишкин, Потапчик, Селезнева, 2014], в родовспоможении, в частности [Sterupko et al., 2013]¹.

Стоимость пребывания в роддоме² колеблется у женщин, с которыми были взяты интервью, за последние роды от 25-30 до 160 тыс., в целом преобладает оплата в диапазоне от 70 до 100 тыс. В некоторых случаях значительные суммы были потрачены на медицинское обслуживание во время беременности (в частных центрах или в платных отделениях государственных учреждений). Здесь я сосредоточусь в основном на оплате, осуществленной в роддомах. Наиболее типичные случаи родов, представленные в нашем материале, — роды в хозрасчетном (коммерческом) отделении государственных роддомов, заключение официального договора на индивидуальное ведение родов врачом-акушером и акушеркой, и оплата послеродовой палаты.

82

В данной статье я не принимаю во внимание, за некоторым исключением, как происходил процесс родоразрешения (физиологические роды или кесарево сечение), являются женщины первородящими, в каком роддоме проходило ведение родов (в частном РД, в хозрасчетном — коммерческом — отделении роддома, в центре акушерского ухода при РД). Также я не рассматриваю особенности оплаты в случае домашних родов.

1. Предложение платного сервиса в роддомах

Несколько роддомов в Петербурге приглашают женщин (родителей) посетить учреждение во время дня «открытых дверей» или экскурсии (из 19 учреждений регулярно их проводят три). Во время этих

1 В качестве примера приведу данные по одному из родильных домов в Петербурге. В сентябре 2015 г. из 304 принятых родов 190 составляли «бюджетные» (бесплатные для пациентки), 114 — «хозрасчет» (платная услуга), октябрь 2015 г.: из 342 родов — 212 «бюджет», 130 «хозрасчет». При проведении платных родов врач получает около 7 тыс., акушерка — 5 тыс. рублей (экспертное интервью от 2.11.2015).

2 Стоимость может включать стоимость пребывания на дорожном, родильном и послеродовом отделениях или на одном из них, а также некоторые дополнительные услуги.

мероприятий посетители получают информацию общего характера о роддоме, его возможностях и преимуществах перед другими. Подчеркивается высокий уровень профессионализма (включая количество врачей с учеными степенями), большой опыт специалистов (количество принимаемых родов в год), бытовой сервис класса «люкс» в палатах. Демонстрируются новейшее оборудование (родовые кровати-трансформеры, оборудование для реанимации новорожденных, оснащенность родовых залов мячами, душем и проч.) и недавний ремонт высокого качества. Врачи и акушерки подробно рассказывают о структуре роддома, составе специалистов, бесплатном и платном обслуживании пациентов.

Будущие родители изучают условия для родов и репутацию специалистов в разных родильных домах, включая платные опции. Молодых людей интересуют подробности ассортимента, организации и цен на платные услуги.

На сайтах и во время дней «открытых дверей» предлагается широкий выбор платных услуг, происходит знакомство потребителей с возможностями рынка платных услуг родовспоможения. К услугам в первую очередь относится индивидуальное обслуживание, т. е. индивидуальное ведение родов специалистами различного уровня квалификации. Среди них врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог, врач-анестезиолог, акушерка и пр. Во-вторых, предлагаются родзалы и палаты разного уровня комфортности, условия для присутствия мужа (или родственника) во время родов. Кроме того, платный рынок услуг родовспоможения включает дородовые консультации у различных специалистов.

83

Приведем пример информации на сайте одного из роддомов.

Роды на отделении «Семейные роды». В стоимость включены

- Ведение родов индивидуальным врачом-акушером-гинекологом и индивидуальной акушеркой, в том числе экстренное кесарево сечение.
- Индивидуальный врач-неонатолог и детская медицинская сестра.
- Одноместный родильный зал на отделении «Семейные роды»
- Анестезия
- Медикаменты импортного производства
- Усовершенствованная родильная кровать-трансформер
- Присутствие мужа на родах
- Сорочка, полотенца, одноразовое белье
- Все необходимые медицинские манипуляции
- Обучение грудному вскармливанию
- Ведение послеродового периода в 1, 2-местной палате на послеродовом отделении оплачивается дополнительно (стоимость от 10000 до 35000 рублей за весь период)

ПОДАРОК! Одно занятие для беременных в центре подготовки к родам «Жемчужина», 100%-ная предоплата за ведение родов. Ведение послеродового периода оплачивается после родов. В случае, если вы не успеете доехать до нашего родильного дома и вам придется рожать в другом месте, мы вам вернем всю стоимость не предоставленных услуг. 2-местная палата на отделении «Семейные роды» предоставляется в ПОДАРОК!

Цены родов в данном РД, согласно прейскуранту на сайте, варьируются от 58 до 75 тыс. в зависимости от квалификации специалистов, т. е. общая стоимость (включая послеродовое обслуживание) от 68 до 110 тыс.¹ Рыночная и сервисная терминология проникает в профессиональный язык — предлагаются роды «все включено», разнообразные акции и скидки, бонусные услуги, оговариваются условия возврата денег. На сайте данного РД также объявлялись, например, «рождественские скидки» при первичном приеме в определенные числа.

84

Женщины, которые выбрали платные услуги, должны заключить официальный договор, они могут заранее проконсультироваться у врача, задать все необходимые вопросы и получить конкретные инструкции. Когда начинаются роды, они информируют врача/акушерку и/или поступают в роддом. Согласование потребностей женщин (родителей) и возможностей институтов/медицинского персонала является не одноразовым актом, а скорее выступает цепочкой переговоров. Переговоры могут включать личные консультации со специалистами, посещение курсов по подготовке к родам, платную госпитализацию на дородовое отделение, затем роды по индивидуальному договору или с бригадой и послеродовое обслуживание.

Врачи на дне «открытых дверей» (в другом роддоме) подробно разъясняют логистику, то, как нужно действовать для получения платных услуг, из чего складывается цена, какие платные опции существуют и как нужно действовать пациенту. Предполагается, что женщина и врач-акушер должны предварительно встретиться, познакомиться и договориться друг с другом. Платные услуги предоставляются, если будущая роженица, получив соответствующие инструкции со стороны специалистов, удовлетворена результатами переговоров. Как я покажу ниже, для самой женщины оказывается важным то, как именно идут переговоры, какое впечатление на нее производит врач.

Врач-акушер на дне «открытых дверей» в том же роддоме, обращает внимание на то, как договориться с врачом, каков порядок по-

1 http://roddom10.ru/platnye_rody.html (12. 01. 2016).

лучения палаты и каковы цены: «...вы можете позвонить и записаться на прием к доктору (в поликлинику)... в назначенное время вы приходите на прием к акушеру-гинекологу, который принимает, и решаете все вопросы... Если есть такая необходимость, то вас направят на плановую госпитализацию... практически все койки платные, стоимость зависит от степени комфортности палаты... Примерно треть пациентов, которые лежат на отделении, они рожают в РД (в том числе бесплатно). И по желанию женщина может выбрать роды с врачом, который ее вел в родовом отделении. В поликлинике у нас есть такая услуга, как ведение, как женская консультация. И услуга эта платная... При желании можно заключить договор на ведение беременности с определенным доктором, который работает у нас, родить с этим доктором (договор на роды) и потом вести в послеродовом отделении может этот же доктор. Доктор вам дает согласие на то, что он тоже согласен вести ваши роды, подсказывает вам акушерку, если вы хотите еще с индивидуальной акушеркой. Если вы со всеми познакомились, если вам все нравится, вы заключаете договор и уже едете (в РД), после родов уже по факту, как только вы родили, вы выбираете палату, из того, что есть. Стоимость зависит от того, сколько дней вы проведете». (наблюдение, запись выступления, обращенного к будущим родителям на дне «открытых дверей» 20.12.2014).

85

В презентациях врачи подчеркивают, что различия в обслуживании касаются только условий, в то время как качество медицинского обслуживания от оплаты не зависит. Некоторые информантки, в том числе те, кто оплачивали весь процесс наблюдения за беременностью и родовспоможения, согласны с таким мнением и считают, что врачи в своей профессиональной роли ведут себя одинаково со всеми пациентками независимо от факта и способа оплаты. Однако платные пациентки, даже если медицинский подход является стандартным для всех, — это привилегированные пациентки. Исследование Степурко в киевских РД (где отсутствуют официальные платные услуги, за исключением палат повышенной комфортности) показывает, что «приватные» пациенты, заплатившие неформально, получают информационную поддержку, мгновенную помощь и дополнительное внимание в отличие от остальных, получающих стандартное обслуживание [Stepurko, 2013, с. 174].

Платные услуги встраиваются в родовспоможение через персонализированные договоренности, повышая доверие взаимодействующих лиц. Лично познакомиться с врачом, договориться с ним — это то, что предлагают роддома потребителям коммерческого сервиса.

2. Способы выбора платных услуг

Спрос женщин (родителей) на первый взгляд совпадает с тем, что предлагают роддома на рынке платных услуг, — они чаще всего

хотят заплатить за индивидуальное обслуживание врача или обслуживание бригадой, за отдельную или улучшенную палату, за возможность мужа присутствовать при родах. Как показывают исследователи, женщины среднего класса в разных контекстах заинтересованы в качестве и безопасности медицинского обслуживания [Hgesanova, 2014; Stepurko, 2013]. При оплате родов происходит сделка между продавцом и покупателем. Как сказала одна из информанток, «ты платишь деньги за услугу, и ты эту услугу получаешь» (№2, 30).

Однако реальные практики взаимодействия отличаются от формальных условий договора. Сделка, которая осуществляется во взаимоотношениях роддома как поставщика платных услуг и женщин как их покупателей, в восприятии информанток далека от той схемы, согласно которой покупательница выбрала необходимое для себя, оплатила и получила определенный товар/сервис. Это произошло бы, например, при покупке туристической путевки или оплате гостиничного номера — такие аналогии иногда встречаются в рассказах. И скрупулезный выбор, и способы оплаты, и то, что женщины хотят получить, имеют существенные особенности в сфере родовспоможения.

86

Итак, рассмотрим, как осуществляется выбор услуг потребителями платного сервиса. Чтобы осуществить свой выбор, женщины определяют два уровня предпочтений: роддома и специалисты. В одних случаях информантки сначала выбирают предпочтительные роддома, а затем определяют специалистов. В других случаях стратегия сводится к поиску врача или акушерки, а роды происходят в том месте, где эти специалисты работают.

Приведем примеры осуществления выбора.

Алла (2, 28 лет). Роддом определила через отзывы в интернете: «*Почитала отзывы, сходила, познакомилась*». РД находился рядом с домом, уровень цен в нем оценила как приемлемый. Врача Алла нашла через сайт *littleone*, она также получила о данном враче положительные отзывы от знакомой. Был заключен официальный договор на роды с индивидуальным врачом и палату на отделении «Семейные роды» (оплата 80 тыс., 2013 г.).

Соня (3, 26 лет). Роды проходили в том роддоме, куда она ходила на курсы подготовки к родам и где ее родственники нашли знакомого врача, с которым был оформлен официальный договор (оплата 40 тыс., 2009 г.). Следующие роды проходили в том РД, в котором она нашла понравившуюся ей акушерку после переговоров с несколькими. Неформальная оплата составляла 20 тыс. (2011 г.).

Ира (16, 40 лет). Наблюдалась во время беременности в частной поликлинике, врач посоветовала роддом и направила к заведующей отделением, которая подобрала всех специалистов для прове-

дения родов. Ира встречалась до родов с акушером, анестезиологом и неонатологом, с которыми заключила индивидуальный договор. Стоимость родов и палаты на отделении «Семейные роды» 160 тыс. (2015 г.).

Будущие родители, напоминая исследователей-полевиков, используют и сопоставляют множественные источники информации, стараются убедиться в их надежности и достоверности. Среди них общая информация о роддомах, рейтинги и отзывы на интернет-сайтах роддомов (платные услуги анонсированы во всех РД города), на форумах (в нашем исследовании чаще всего упоминался ресурс www.littleone.ru, а также www.mama.ru, www.baby.ru) и в социальных сетях (группы vkontakte и facebook). Информация собирается на основе рассказов о недавнем опыте родов у знакомых, женщины обращаются за советами к гинекологам в женских консультациях, поликлиниках при роддомах и в платных медицинских центрах, к знакомым врачам и преподавателям на курсах по подготовке к родам, они посещают РД во время дней открытых дверей. Передача информации в социальных сетях называется информантками «са-рафанным радио».

На основе собранной информации осуществляется двухступенчатый выбор. При выборе роддома принимаются во внимание его территориальное расположение и доступность¹, уровень цен, комфортность и оснащенность, возможность мужа присутствовать на родах, в некоторых случаях возможность естественных родов, возможность обслуживания с определенными патологиями, репутация роддома в целом и проч. При личном посещении РД женщины формируют свое собственное отношение, определяют, какое впечатление на них производит учреждение. Для принятия решения имеет значение предшествующий опыт взаимодействий со специалистами данного РД (во время консультаций или предыдущих родов), наличие знакомых или рекомендованных врачей и акушерок.

При выборе специалистов информантки также изучают отзывы в интернете и рекомендации знакомых, опыт в ближайшем социальном окружении, уровень цен и квалификацию врачей, а затем они стараются встретиться с акушером. Женщины хотят оценить уровень профессионализма и понять, подходит ли лично им данный врач; это трудноразрешимая задача, с которой нужно справиться за короткий промежуток времени. Информантки осуществляют набор различных действий по идентификации нуж-

1 В некоторых роддомах, которые специализируются на ведении родов с определенными патологиями, ограничен прием пациенток по родовым сертификатам.

ного профессионала. Профессионализм врача, с их точки зрения, включает уровень владения медицинской информацией, опыт, квалификацию и статус. Будущие матери обращают внимание на то, как врач выстраивает общение, внимательно ли изучает проблему и документы, какие советы дает, как отвечает на поставленные вопросы, как организует взаимодействие с пациентами, какие дает инструкции по дальнейшим действиям. Для них важна способность эффективно организовывать логику в последующих взаимодействиях; внимание к индивидуальному случаю и деталям; способность и желание отвечать на вопросы и обеспечивать информацией; проявление уверенности и способности управлять ситуацией. Женщины считают, что они «могут оценить, что такое профессиональная работа» (№ 12), они оценивают то, что говорят врачи, «никакого бреда не говорил, никаких рекомендаций, которые бы меня насторожили» (№ 27, 32). Кроме обозначенных критериев будущие матери, у которых отсутствует практическое знание о конкретном специалисте и родах, во многом полагаются на интуицию — их габитус (система диспозиций, структурирующая практики, способы восприятия и оценивания агента в понимании П. Бурдьё) определяет способы действия. «Ты чувствуешь интуитивно, что, в общем-то, профессионал с тобой разговаривает» (№ 25, 38). Оценка профессионализма происходит в процессе диалога, важным критерием принятия решения является то, что возникла личная симпатия и установлен «хороший контакт с акушером» (№ 22, 27).

Врач-акушер или акушерка — это человек, с которым до родов произошло знакомство, в некоторой степени установлены персонифицированные отношения. Знать, с кем рожать, — важнейший мотив рассказов. «Для меня было важно, чтобы я знала, где буду рожать, с кем я буду рождать» (№ 26, 27). Медицинские работники при оплате становятся «своими», отношения персонифицируются аналогично тому, как в предшествующие десятилетия происходила персонификация, преодолевалась анонимность отношений через систему блата¹. В настоящее время при заключении официального договора, когда деньги обезличиваются (хотя специалисты получают определенную сумму при индивидуальном ведении родов или работе в бригаде), врачи персонифицируются через знакомство с ними на консультации. От врачей, дистанция по отношению к которым сокращена, ждут выполнения дополнительных обяза-

1 Получая подарки и неформальные вознаграждения, врачи брали на себя личные обязательства, что обеспечивало женщинам дополнительное внимание [Rivkin-Fish, 2005, p. 154-155].

тельств и большей ответственности. Предполагается, что у них есть качества профессионала, который не только квалифицированно делает свою работу, но и находится в регулярном взаимодействии с беременной и рожаящей женщиной, осуществляя эмоциональную работу и профессиональную заботу, реагируя на особые обстоятельства жизни и индивидуальные потребности. Женщины заинтересованы не просто в заботе, а в заботе «хорошего качества»¹. В тех случаях, когда информантки не заключали договор и не имели конкретных договоренностей, а оплачивали роды в качестве благодарности неформально, они также постфактум позитивно оценивают профессиональные качества и стиль общения медицинского персонала.

Информантки, которые приняли решение об оплате родов, за небольшим исключением, описывают свое решение и инвестиции в здоровье как правильные, несмотря на то что эти траты были ощутимыми для семейного бюджета. *«Ты платишь деньги и за то, и за другое, и за третье и в общем это, конечно, огромные получают деньги, ты понимаешь, что получаешь за это ребенка и фиг с ними, с деньгами.... ты сколько в это уже и финансово вложился, что тебе очень важно, чтобы все получилось хорошо»* (№ 6, 34). *«Это то вложение, о котором я не пожалела ни одной минуты»* (№ 1, 28). *«Это значимая (сумма), но решили, что мое здоровье, здоровье ребенка важнее»* (№ 2, 29). Вложение в будущее (в ребенка), в свое здоровье и здоровье ребенка предполагает на этапе принятия решения об оплате родов инвестиции в профессионализм и заботу, установление персонифицированных отношений с врачом или акушеркой.

89

Почему же так важно не только найти грамотного компетентного специалиста, не только с ним договориться и заручиться его поддержкой, но и испытывать к нему симпатию (*«я, прям, влюбилась в эту акушерку»*, № 18, 27), рассчитывать на понимание, иными словами, создать ситуацию узнавания и партнерские отношения?

3. Что оплачивает покупатель?

Интенсивные эмоции сопровождают процесс выбора и экономических трансакций на аффективном рынке [Моисеева, 2010]. Сделка на рынке родовспоможения сопряжена с сильными эмоциями: тревогами, страхами, радостью. Роды воспринимаются информантка-

1 Информантки, которые в нашем исследовании не были первородящими, действуют сходным образом, за исключением тех случаев, когда женщина шла рожать к тому же врачу, который принимал у нее первые роды. В целом такие женщины более четко понимают, какой сервис хотят получить и стараются целенаправленно его организовать.

ми как событие особой значимости, имеющее сакральные и экзистенциальные смыслы, но также и повышенные риски. «Хорошее материнство» предполагает интенсивную заботу о жизни и здоровье ребенка, в том числе накануне и во время родов и сразу после них (перинатальный период), ответственным женщинам необходимо совладать с рисками и обеспечить безопасность, приложив для этого максимум усилий. Женщины среднего класса стремятся управлять обстоятельствами и неопределенностью, они говорят, что во время родов им важно сохранить собственное здоровье и качество жизни после родов. Оплата родов как транзакция, с точки зрения информанток, корректирует условия родов и взаимодействия акторов.

Институциональное предложение и практики оплаты родов вносят свой вклад в поддержание границы между высшими, средними и малоимущими слоями в обеспечении здоровья — между теми, кому это сервис доступен и не доступен. Однако за роды платят и те, чей доход относительно невелик; с их точки зрения, оплата за услуги родовспоможения в размере 60-70 тыс. является очень большой, но вынужденной нагрузкой на их бюджет. У некоторых женщин, покупающих услуги, сохраняются сомнения в том, что платные роды создают надежные гарантии, *«потому что и в платных родах бывает такое, что мама не горюй»* (№ 9, 30). Женщины критически относятся к коммерциализации медицины, они подозревают, что платные роды могут быть своего рода вымогатelством: *«(это) развод на деньги, потому что на самом деле, роды — это как пойдет»* (№ 5, 26), соответственно возникает *«страх заплатить как бы, а потом сидеть и думать, а за что?»* (№ 26, 27).

90

Итак, что же оплачивают информантки? Рефреном в интервью звучит фраза: *«я плачу, потому что мне так спокойнее»*. Некоторые информантки считают, что для них бесплатное родоразрешение и бесплатная медицина в целом неприемлемы, другие не видят существенных отличий между ними, однако и они утверждают: *«хотите, если вам [так] спокойней, — платите»* (№ 22, 27). Основа спокойствия, которое оплачивается, — доверие и безопасность, и это взаимосвязанные цели. Безопасность включает выбор тех лиц, которым женщина может доверить качественную профессиональную заботу о себе и о своем ребенке, эмоциональную поддержку (по словам одной из информанток, «эмоциональную безопасность») со стороны медицинского персонала и мужа, в случае его присутствия на родах. Таким образом, происходит «секьюритизация» родов, рынок становится механизмом охраны здоровья наподобие страховки. Рассмотрим подробнее те блага, которые оплачивают потребители.

Оплата качественной профессиональной работы — страхование от рисков

Оплата услуг родовспоможения связана с преодолением недоверия к роддомам как к учреждениям, к акушерам и другим врачам, выполняющим свою профессиональную роль, к бесплатной медицине как таковой [Здравомыслова, Темкина 2009].

Во-первых, сохраняется недоверие к общественным (бесплатным) медицинским учреждениям — наследникам советского периода. Память о советских условиях в роддомах усиливает недоверие: *«наслушаешься таких историй, когда бабушка умерла в родах»* (№ 2, 24). Столкнувшись с советским наследием лично, женщины описывают бесплатную медицину (т. е. оплачиваемую по ОМС) как неприемлемую для себя, называя ее *«просто ужасом»*, обозначая этим плохие бытовые условия, невнимание и грубость персонала, недостаточную квалификацию врачей, устаревшее оборудование и проч. Женщины хотят избежать конвейерной системы советского типа в роддоме, создать отношения вовлеченности и доверия к институтам и специалистам, чтобы роды не были похожи на *«конвейер, не лежи [шь] в коридоре на носилках, а вот ты покупаешь человеческое отношение»* (№ 34, 28). Ситуация меняется, некоторые бесплатные учреждения становятся более современными и модернизированными, многие информантки пользуются и бесплатным, и платным сервисом, однако фоновое знание *«об ужасе»* сохраняется в их памяти, собственном опыте или создается в воображении и воспроизводится в социальных сетях. *«Я, конечно, читалась всяких ужасов и про роды в коридоре»* (№ 6, 34). В настоящее время врачи считаются перегруженными, зарплаты недостаточными, а роддома, хотя и переоборудованными, но все еще недостаточно оснащенными [Здравомыслова, Темкина 2009].

Во-вторых, информантки не доверяют медицине, медицинским диагнозам, предписаниям и действиям врачей. Доверие к медицине утрачивается по мере столкновения с разнобоями в диагностике у разных врачей. *«У меня вообще почему-то медицина перестала вызывать доверие, когда... я забеременела и стала ходить по врачам. Стала получать диаметрально противоположные мнения»* (№ 5, 26). На этапе беременности информантки, если не отказывались от бесплатного сервиса в целом, использовали стратегию совмещения услуг в женских консультациях по ОМС и в коммерческом сегменте медицины. Они оплачивали тесты на более современной аппаратуре, проверяли диагнозы у более надежных, с их точки зрения, врачей. У врачей нет единого мнения по поводу родоразрешения в конкретной ситуации, — убеждаются женщины во время переговоров по поводу ведения родов. Чаще всего разногласия возникают по поводу необ-

ходимости проведения кесарева сечения. Недоверие проявляется еще в одной форме: некоторые женщины хотят, чтобы медицинское вмешательство в родах было минимальным, однако они сомневаются в том, что найдут понимание у врачей в бесплатном сегменте.

При организации родов центральной фигурой становится врач-акушер, работающий в роддоме (в некоторых случаях акушерка). Женщины сомневаются в компетенции, качественном исполнении профессиональной роли и осуществлении профессиональной заботы без дополнительной оплаты. Информантки хотят, чтобы у них был *«гарантированно хороший врач, которому я на сто процентов доверяю»* (№ 9, 31); утверждают, что *«лучше заплатить тому, кому доверяешь»* (№ 24, 30); *«важно, чтобы родами занимались специалисты, которым есть доверие»* (№ 16, 40). Врачи и акушерки, труд которых дополнительно оплачивается, рассматриваются как более надежные и квалифицированные профессионалы, доверие к ним способствует уменьшению страха. В этом случае женщины выбирают услугу «ведение родов индивидуальным врачом-акушером» или неформально договариваются с конкретным врачом. Оплаченная дежурная бригада также воспринимается как более надежная команда специалистов.

92

Женщины все чаще ведут себя как активные субъекты, они хотят получить ответы на свои вопросы, иметь постоянное информирование о происходящем и действиях врачей, понимать, что происходит и как нужно действовать. Выбирая врача или акушерку, женщины рассчитывают на партнерские отношения. Они подчеркивают значение собственной работы во время родоразрешения, а не только действий медиков¹. Одна из информанток, сравнивая опыт своих первых и вторых родов, описывает, как стиль взаимоотношений меняется от авторитарных (действия против ее воли) к партнерским (диалогу): *«у меня не было, ... что со мной что-то делают против моей воли [как происходило во время первых родов]... в этот раз все было так четко, понятно, почему это нужно. И отношение врача этому способствует. То есть, когда врач тебе все объясняет, .. какой-то нормальный, внятный диалог».* (№ 35, 31). *«Мы с ним очень долго там разговаривали.... Как бы там на равных... Это были такие партнерские [отношения]»* (№ 1, 28). Чтобы выстроить доверительные отношения, женщины стараются познакомиться с врачом заранее и убедиться в том, что он берет на себя обязательства и ответственность по отношению к ним. Женщина, которой удалось родить у того врача, у которого она наблюдалась во время беременности (он имеет несколько мест работы) и подробно предварительно обсуждала роды, рассказывает, что *«это*

1 Эта тенденция наиболее явно выражена при ориентации на «естественные» роды, см. также [Бороздина, 2014].

были уже, конечно, совершенно особые условия, потому что врач действительно знакомый, и когда он ведет несколько месяцев, да, то такие, достаточно доверительные отношения» (№ 13, 35). Партнерство и переговорность — важные ценности, которые оплачиваются информантками.

Уверенность в профессионализме, персонификация отношений и доверие к медицинским работникам, осуществляющим ведение родов, особенно важны, поскольку беременность и роды воспринимаются женщинами как процесс, сопряженный с рисками на всех стадиях. Тело в этот период уязвимо и считается носителем множественных рисков. *«Сначала читаешь про замершие беременности, потом про... первый скрининг, как это страшно, синдромы, не синдромы, потом второй скрининг тоже начинается. Что-то где-то не доросло, не довыросло, опять начинается... сначала идет страх родить раньше времени. Потом идет страх переносить»* (№ 26, 27).

Ситуация родоразрешения связана с особыми рисками и переживаемыми страхами, иногда переходящими в состояние паники по поводу жизни и здоровья ребенка и своего собственного из-за непредвиденных обстоятельств и необходимости принятия экстренных мер (например, экстренной операции кесарево сечение). Одна из информанток метафорически подчеркнула экстремальность ситуации: *«Мне казалось, что роды — это как авткатастрофа»* (№ 5, 26). Выстраивание стратегий совладания с рисками особенно важно при наличии особых обстоятельств, таких, как бесплодие в анамнезе и ЭКО, многоплодная беременность, различные патологии беременности, перинатальные потери. В некоторых случаях платные роды перестают быть выбором — информантки не могут найти других вариантов сервиса. Например, информантка говорит о своем *«заболевании, с которым я просто не нашла возможности родить дешево, если можно было бы родить бесплатно, я бы это, безусловно, сделала»* (№ 13, 35).

Оплачивая сервис, женщины ожидают, что врачи, которым они доверяют, в чем профессионализме уверены, успешнее справятся с рисками и неожиданным развитием ситуации. Выбирая надежного врача и оплачивая его работу, информантки объясняют, что для них важно, *«чтобы врач не навредил, чтобы он мог, если что, распознать опасность какую-то на самых ранних стадиях развития этой опасности и предотвратить ее»* (№ 4, 35). Врачи должны спасти женщину и ребенка в экстренной ситуации, поэтому особенно важна квалификация и опыт: *«если какие-то непредсказуемые, ужасные, экстренные ситуации — все зовут ее, и она в самых таких непростых ситуациях [в родах]... спасала и маму, и ребенка»* (№ 9, 30).

Врачи и акушерки выполняют свою профессиональную роль независимо от дополнительной оплаты, однако при большой нагрузке в бесплатных отделениях, как считает одна информантка, они

«максимально сделают, но все равно они сделают не максимально лучшим образом для тебя, а так, чтобы все выжили, грубо говоря» (№ 1, 28).

Не всегда женщины видят существенную разницу между платным и бесплатным медицинским обслуживанием, однако оплачивая сервис, они ожидают, что профессионалы более внимательно отслеживают все обстоятельства, они *«хотят обеспечить большее внимание, безопасность... Почему я и говорю, что в бесплатных родах лишний раз они могут просто не посмотреть, то есть им не заплатили»* (№ 21, 30), *«если бесплатные роды, могут и не доглядеть»* (№ 24, 30). Оплата, с точки зрения информанток, увеличивает их безопасность, выступает своего рода страховкой благодаря квалифицированному персоналу и персонифицированному подходу, когда осуществляется профессиональная забота, постоянно учитываются всевозможные обстоятельства и непредвиденное протекание родов, быстро принимаются конкретные практические решения. Персонификация отношений и выработка режима близости-доверия основаны не только на личных знакомствах, устройстве в роддом по блату, неформальных платежах, которые исследователи описывали ранее [Rivkin-Fish, 2005; Здравомыслова, Темкина, 2009], но и на формальной оплате и создании привилегированной позиции платной пациентки.

94

Особым видом профессиональной заботы, на которую рассчитывают роженицы, оплачивая сервис, является забота о теле, переживающем боль. Роды — это процесс, переживаемый телесно, женщины в интервью подробно описывают свои ощущения, ожидания и действия тела. Многие из них ожидают боли и подчеркивают то, что очень этого боятся. *«Я понимала, что я очень плохо переношу боль. И я боюсь боли. И я понимала, что будет больно»*. (№ 1, 28). Страх боли — один из мотивов оплаты как услуг по подготовке к родам, так и самих родов. Информантки заранее готовятся к телесному опыту родоразрешения: изучают литературу и опыт других женщин, занимаются йогой, плавают в бассейне, посещают баню. На курсах подготовки к родам они осваивают телесные практики, способствующие облегчению боли или безболезненному родоразрешению, в частности, учатся правильно дышать. Когда в интервью мы задавали вопрос, что было самое полезное при подготовке, они говорили в первую очередь о практиках дыхания. Уменьшению боли может помочь также душ, массаж, а также движение (при физиологических родах). Информантки рассказывали об этом опыте — в настоящее время многие родзалы имеют соответствующие условия.

Женщины рассчитывают, что при оплате сервиса медицинский персонал будет в большей степени помогать им переживать и облегчать боль, используя соответствующие техники ее снижения.

В случае целенаправленной ориентации на естественные роды (и в трех случаях домашних родов, которые представлены в наших данных) женщины нацелены на собственную активность, следование за интуицией и ощущениями собственного тела под наблюдением. Плата в данном случае связана с выбором конкретных мест для родов (например, центра акушерского ухода или конкретных специалистов-акушеров, услуги которых являются платными). В случае медикаментозных родов может применяться разного рода обезболивание, которое также предусмотрено в прейскурантах.

Собственная активность в родах управляется не столько разумом, сколько телом и эмоциями. Женщины часто ставят под сомнение свою возможность действовать разумно во время родов: *«мозг отключается разом... ты не воспринимаешь информацию»* (№ 3, 26).

Процесс делегируется собственному телу и эмоциям: *«Во время родов голову лучше отключить и как бы своим эмоциям довериться.... Своим ощущениям и расслабиться... и процесс родов быстрее проходит...»*, говорит информантка. За телесными процессами должны наблюдать профессионалы. Женщина продолжает рассказ: *«Но они должны следить... должны подбадривать и следить так, чтобы все правильно было»* (№ 24, 30). Соответственно в момент «отключения разума» необходимо делегировать приятие решения и заботу о теле тем, кому доверяешь, — врачам, акушеркам или близким людям. Внимательные врачи и акушерки (а также подготовленные мужья) помогают женщинам правильно дышать, делают массаж, физически поддерживают.

Некоторые информантки хотели, чтобы в случае физиологических родов была использована эпидуральная (или спинальная) анестезия¹. В некоторых случаях анестезия оплачивалась по прейскуранту отдельно, в других — была включена в общую стоимость ведения родов. Зачастую женщина нацелена на минимальное медицинское вмешательство и на то, что она справится с болью сама, но иногда, при сильных схватках, они ощущают сильную боль, но *«я в какой-то момент сломалась, стала говорить [дайте мне анестезию]. Но это было за полчаса уже до родов»* (№ 27, 32).

Свое состояние в роддоме женщины описывают как уязвимое. *«Очень плохое физическое состояние»* (№ 1, 28). При бесплатных родах *«Она [подруга] лежала, мучилась, корячилась от боли — к ней никто не подходил, акушерки рядом очень долгое время не было, хотя там ей было очень больно»* (№ 7, 30). Оплата выступает своего рода страховкой того, что медицинский персонал будет помогать справиться с болью, максимально учитывая все обстоятельства и оперативно принимая оптимальные решения. Подводит итог одна из информанток с практическим знанием

1 Об использовании ЭА как профессиональном уходе см. [Мельникова, 2014].

родов: «То есть я была настолько противником платных родов, что теперь я практически ярый сторонник платных. Уж больно велика цена.... И анестезию там вколют, и расскажут» (№19, 31). У бесплатных родов, с ее точки зрения, слишком высокая цена (страдания), в этом случае не существует достаточных гарантий безопасности, выполнения качественной работы, заботы о теле и эффективного управления болью.

Таким образом, происходит своего рода страхование от рисков разного рода, к которым относятся ужасы, связанные с советским наследием, разноречивой в диагностике, анонимность и авторитарность взаимодействий с акушерами и акушерками, недостаток надежности и компетентности профессионалов, которые могут нанести вред здоровью матери или ребенка. Действия женщин направлены на секьюритизацию, которая включает переговорные отношения и профессиональную заботу (мгновенный отклик на потребности, заботу об уязвимом во время родов теле и облегчение боли), уверенность в адекватности применяемых мер во время родоразрешения.

Оплата эмоциональной работы и эмоциональной безопасности

96

Женщины ожидают от медицинских работников выполнения эмоциональной работы [Hochschild, 2003] — обеспечение психологического комфорта и поддержки. В исследовании труда медицинских сестер О. Симонова и Е. Ядрова показывают, что «причина доплат обычно состоит в ожидании большей заботы и внимания с медицинской точки зрения и в том числе в ожидании выполнения эмоционального труда, то есть в ожидании проявления позитивных эмоций, симпатии, сочувствия, заботы в отношении к пациенту» [Симонова, Ядрова, 2013, с. 105]. Пациенты «платят не только за лучший медицинский уход, но и за то, чтобы обеспечить себе положительные эмоциональные отношения с медицинскими работниками» [Там же]. В рассматриваемом случае эмоциональная работа включает постоянное присутствие или доступность медицинского персонала, четкое объяснение происходящего и инструктирование, постоянное проявление эмпатии, корректное и вежливое обращение.

Роды в описаниях информанток — это аффективный процесс, связанный с непрерывной эмоциональной работой, осуществляемой как роженицей, так и медицинским персоналом. Свое состояние они часто описывают как беспомощное и незащищенное. Женщины переживают страхи самого разного рода. Информантки говорят об ощущении собственной эмоциональной (как и телесной) уязвимости и уязвимости новорожденного. «Ты особенно... абсолютно незащищен в этом состоянии. Когда ты рождаешь, когда ты только что родил и у тебя ребенок... ты ничего про него не знаешь, тебе самой плохо, больно,

тяжело» (№ 6, 34). Они ожидают эмоциональной поддержки со стороны медицинского персонала и от мужа, если он присутствует на родах. *«Когда ты рождаешь, тебе же страшно.... Ты все равно не знаешь, что с тобой происходит. И тебе хочется, чтобы кто-то там держал за руку или говорил...»* (№ 9, 30). *«Чтобы кто-то за руку держал»* — повторяющееся в рассказах выражение, обозначающее потребность в эмоциональной поддержке. Информантки хотят, чтобы во время схваток с ними разговаривали, что также является поддерживающим действием. *«Но в первую очередь мне хотелось, чтобы он меня направлял и говорил, что происходит»* (№ 8, 27). В состоянии физической и эмоциональной уязвимости женщины боятся остаться в одиночестве, не получить необходимой поддержки: *«Когда ты и так в отчаянии находишься, наедине сама с собой, мне кажется, это худшее, что вообще может быть»* (№ 7, 30). Женщины боятся грубого обращения, и оплата родов помогает *«избежать каких-то хамских тяжелых... вещей, которые бывают в наших роддомах»* (№ 4, 35). Многие информантки говорят о том, что, оплачивая сервис, они рассчитывают на большее внимание со стороны персонала: *«Они как-то там понимающе смотрят, улыбаются, ну, видимо, понимают, что человек заплатил деньги, и вот надо его хотя бы выслушать с его глупостями»* (№ 29, 32). И привилегированная позиция создает *«такое ощущение, что я там чья-то дочка. Все, кто там участвовал в этом процессе, все с улыбкой, очень все любезно, вежливо, приятно»* (№ 2, 29).

97

Иными словами, оплачивается эмоциональная работа, которую женщины описывают следующим образом: *« [оплата] хорошее отношение дает уважение, ты покупаешь уважение к себе во время родов»* (№ 34, 28). *«Я в принципе поэтому и пошла на платные, чтоб иметь... отношение уважительное,... я читала то, что мне рассказывали, не всегда положительный опыт... эмоциональный, с точки зрения именно отношения персонала и врачей к роженицам,... я решила, чтоб мы заплатили за мою эмоциональную безопасность в том числе»* (№ 3, 20).

Эмоциональная безопасность достигается в тех отношениях, которые характеризуются уважением, вовлеченностью, доверием, дружеским отношением, симпатией — поддержанием баланса квази-домашнего мира, режима доверия-близости, с одной стороны, и безличных профессиональных ролей, с другой. Эмоциональные отношения с медицинским персоналом создают, по словам информанток, ощущение *«родственной близости», «дружбы», «почти влюбленности», «материнской заботы», напоминая перенос в психоаналитической трактовке¹. При этом в отно-*

1 Обозначает бессознательный перенос чувств в отношении одного лица (например, родителей) на другие лица, например, на врача в процессе психотерапии.

шениях сохраняется дистанция, от профессионалов необязательно требуется полная вовлеченность в состояние пациентки и проявление избыточного внимания. *«Я не люблю, когда слишком сюсюкают — мне это не внушает доверия.... Когда врачи слишком строгие,... вообще, замолчи детка... — это мне тоже не нравится. То есть вот какая-то золотая середина должна быть»* (№ 14, 29). Многие женщины говорят о том, что не хотят «сюсюканий» (т. е. избыточной эмоциональной работы), а наиболее критичные полагают, что врачи ведут себя в том стиле, который предпочитают платные пациенты, в то время как личная вовлеченность необязательно свидетельствует о компетентности врача как специалиста (№ 28, 34). И тем не менее забота в понимании эмоциональной работы востребована в родах достаточно сильно.

Бесплатное ведение родов не гарантирует, с точки зрения женщин, психологическую поддержку. Иногда ее не гарантирует и платное. Объемы такой работы, во многом невидимой, не являются определенными, затраты и оплату невозможно просчитывать точно. Оплачивая эмоциональную безопасность и человеческое отношение, роженицы продолжают считать их дополнительным благом, своего рода подарком, за который они должны быть признательны — в этом состоит отличие от рыночных форм, когда женщины хотят получить внимание, оплачивают его, и не возникает необходимость испытывать и выражать благодарность [Моl, 2008, р. 16]. Однако в данном случае многие информантки испытывают благодарность и в том случае, когда они оплачивают сервис. Женщины особенно подчеркивают теплоту, дружелюбие, внимательность акушерок и медсестер, зачастую превышающую их ожидания (разумеется, встречаются и противоположные ситуации, когда отношение описывают как грубое, некорректное и даже хамское). Они дарят подарки за осуществленную заботу, символически выражая за нее благодарность, одомашнивая и персонализируя транзакции [Зелизер, 2002, с. 66-68] и отношения с медицинским персоналом.

Итак, если продолжать аналогию со страхованием, то женщины пытаются обеспечить свою эмоциональную безопасность, страхуясь от грубого отношения персонала и недостаточного внимания. Они чувствуют себя уязвимыми и хотят обеспечить себе эмоциональную и тактильную поддержку, уважительное и человеческое отношение при балансе близости и дистанции в отношениях.

Оплата условий для приватной заботы

Секьюритизация, персонификация отношений и одомашнивание роддома находят свое выражение еще в одной важной практике, получающей распространение в последние годы, — в семейных родах [Ангелова, Темкина, 2009]. Мужья присутствовали на родах бо-

лее чем у половины информанток, и большинство женщин (а также те мужчины, которые участвовали в интервью) признали, что они оказывали существенную эмоциональную поддержку, физическую помощь и помощь в управлении телом.

Мужья получают специальную подготовку, заранее осваивают практические знания, которые потребуются во время родов, супруги вырабатывают совместную стратегию. *«Мы договорились, что он будет присутствовать со мной в палате на время схваток. Помогать мне дышать»* (№ 2, 29). *(Муж действительно работает, участвует в родах. Он так со мной дышал, там стоял. И... очень мне помог в этом, конечно. И я чувствовала его поддержку и... держала его все время за руку* (№ 7, 30). Страх и ощущение уязвимости и в этом случае оказывается мотивирующим фактором: *«...я боялась, да. И я боялась, и я была готова только вместе с мужем туда вообще ехать»* (№ 27, 32). *«Мне было страшно... стойкое ощущение, что это будет дико больно, и присутствие его меня как-то должно было стимулировать, тонизировать»* (№ 4, 35). Отец продолжает помогать матери, которая нуждается в заботе, и после родов, находясь в одной с ней палате. *«Он взял отпуск на эти дни. И он не работал... со мной был. Помогал»* (№ 2, 29). *«У него был отпуск на две недели на этот момент. И он все делал. Все-все делал. Я только лежала и кормила»* (№ 1, 28). Муж *«морально поддерживал очень, заботился, ухаживал там»* (№ 4, 35).

99

Для того чтобы муж мог присутствовать при родах и после родов, родителям приходится оплачивать отдельный родзал и палату (см. сноску 2). Некоторые женщины описывали данную причину как наиболее значимую при выборе платных услуг. *«Присутствие мужа, да, на родах для меня было определяющим. Это было для меня очень важно, вот, и я считаю, что это было и для него очень важно»* (№ 13, 35). Отцы (хотя и не все) не только помогают женам переживать процесс родов, они соучаствуют в важнейшем семейном событии, обряде перехода, изменении семейного статуса и своего собственного. *«У нас действительно такое важное событие в жизни, такой праздник в жизни»* (№ 9, 30). *«Мы все вместе это прошли»* (№ 4, 35). Совместный опыт родов — важный компонент нового родительства [Ангелова, Темкина, 2009], но он в основном возможен только при оплате сервиса.

Многие женщины оплачивают палату (родзал, послеродовое и иногда дородовое отделение) и в том случае, когда муж не присутствует на родах. Роды переживаются как приватно-интимный, а не публичный процесс, при котором в родзале могут находиться несколько рожениц. При оплате отдельной послеродовой палаты или палаты на 2-3 человек подчеркивается наличие улучшенных бытовых условий и возможность посещений, а при оплате палаты на отделении «Семейные роды» — комфортабельные условия и возможность постоянно находиться с мужем или родственниками.

«Три-четыре дня как в отеле... условия прекрасные» (№ 34, 28). «Нам сразу дали ребенка, и мы жили втроем в этой палате. Это был как гостиничный номер.... И это было очень круто, что он с нами жил» (№ 1, 28). Для некоторых женщин значимым является комфортабельное пространство, сходное с гостиничным или домашним, во время родов и после них. Они обращают внимание на хорошее питание, уютную обстановку и другие бытовые удобства в оплаченной палате или, напротив, отмечают, что платный сервис должен быть более высокого качества, *«несмотря на то что ты платно, нет элементарно туалетной бумаги! Почему люди должны думать о том, что у них не будет туалетной бумаги или полотенца?» (№ 12, 40).*

Итак, мать и новорожденный нуждаются в заботе и эмоциональной поддержке, для них важно поддержание ощущения безопасности, которое зависит как от действий близких им людей, так и от пространства, в котором они находятся. Оплачивая сервис, они страхуются от конвейерной системы родовспоможения, присутствия посторонних людей (других рожениц, студентов-медиков) на том событии, которое имеет интимно-семейный характер.

Заключение

В современной системе родовспоможения сформировался особый рынок, на котором потребитель (женщина/родители) осуществляет выбор сервиса. Роддома предлагают при условии оплаты услуг улучшенные условия и профессиональный сервис. Спрос на эти услуги формируется со стороны ответственных партнеров, родительство которых включает тщательную подготовку к родам, скрупулезный выбор места и лиц, в них участвующих. Однако ответственное родительство осуществляется в условиях институционального недоверия к системе родовспоможения, которое на индивидуальном уровне порождает и воспроизводит эмоциональное напряжение и алармизм в отношении родов.

Женщины среднего класса не доверяют обезличенным институтам и профессиональным ролям медиков. Будущие родители вступают в переговоры с медицинскими работниками, формируют свое представление о профессионализме и профессиональной заботе. Деньги выступают гарантией не только качественного сервиса, но и страховкой от ущерба для физического и эмоционального здоровья — безупречное выполнение профессиональной роли врача с точки зрения тех, кто оплачивает сервис, не вполне гарантировано без оплаты. Рыночные агенты продают «безопасность», достигаемую через осуществление заботы, которая востребована на фоне неуверенности и алармизма родителей, уязвимости роженицы, непредсказуемости, болезненности и эмоциональной

нагруженности процесса родоразрешения, памяти о советских ужасах и детализированных опасностях, описываемых в социальных сетях.

Многие женщины, которые оплачивают роды, не считают, что существуют принципиальные различия в бесплатных и платных услугах, однако страхи, тревоги и представления об опасностях действуют как габитус: «Ты платишь своим демонам, конечно. Больше, чем врачу» (№ 5, 26). Кроме потребностей в отдельной палате и в присутствии мужа, которые артикулируются достаточно четко, другие потребности в интервью описываются в широком диапазоне страхов, ощущения уязвимости, недоверия, непредсказуемости, эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Женщины среднего класса хотят обеспечить себе и своему ребенку безопасность, т. е. секьюритизировать роды, справиться со страхами и рисками, с недоверием и обезличенностью родовспоможения.

Для обеспечения безопасности женщинам нужна забота, трактующаяся в широком диапазоне: во-первых, это потребность в профессиональной работе и заботе врачей и акушерок, которая направлена на учет и отклик на их индивидуальные потребности, помогая переживанию телесной боли и снижая риски. Во-вторых, это потребность в эмоциональной заботе профессионалов, которые обеспечивают внимание к психологическим переживаниям, помогают справляться с уязвимостью и обеспечивает эмоциональную безопасность. В-третьих, это забота, которую могут осуществлять близкие люди, в первую очередь муж, откликаясь и реагируя на телесные, эмоциональные и иные потребности женщины и ребенка. По мнению многих информанток, такие потребности могут быть удовлетворены не только в коммерческом сегменте родовспоможения, однако женщины хотят получить дополнительные гарантии и страховку. Не всегда и рынок дает гарантии.

101

При оплате родов происходит персонификация отношений между врачом и пациенткой, учитываются индивидуальные потребности женщины. Логика неолиберального выбора через рыночные механизмы дополняется логикой заботы в разных формах. Для женщин, рожаящих бесплатно, существует и более узкий диапазон выбора, и меньшие возможности получения заботы.

Информантки описывают роды как своеобразный сложный страховой случай, в котором сами беременные и их семьи для себя выступают страховыми агентами, использующими наличные рыночные механизмы. Их усилия направлены на расширение сферы контроля, они вырабатывают новые стандарты требований, надеясь получить профессиональную работу и заботу высокого качества.

Библиография

Ангелова Е., Темкина А. (2009) Отец, участвующий в родах: гендерное партнерство или ситуационный контроль? Е. Здравомыслова, А. Роткирх, А. Темкина (ред.) *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*, СПб: Изд-во ЕУСПб: 473-507.

Бердышева Е. (2012а) От критики к аналитике: коммодификация жизненно важных благ как актуальная исследовательская проблема в новой экономической социологии *Экономическая социология*, 13 (1): 67-85.

Бердышева Е. (2012б) «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетизации жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Лабораториум*, (2): 91-114.

Бороздина Е. (2010) Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации. *Гендерная страница*. Интернет-проект фонда им Г. Бёлля. (<http://genderpage.ru/?p=200>).

Бороздина Е. (2014) Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода). *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 413-428.

102

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

Годованная М. (2015). *Материнство и художественное творчество: гендерный баланс ролей*. Выпускная аттестационная работа, СПб: ЕУСПб. Рукопись.

Здравомыслова Е., Темкина А. (2009) «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. Е. Здравомыслова, А. Темкина (ред.). *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, СПб: Изд-во ЕУСПб: 179-210.

Зелизер В. (2010 [1978]). Человеческие ценности и рынок: страхование жизни и смерть в Америке XIX века. *Экономическая социология*, 11 (2): 54-72.

Зелизер В. (2004) *Социальное значение денег: деньги на булавки, чеки, пособия по бедности и другие денежные единицы*, М.: Дом интеллектуальной книги; ГУ ВШЭ.

Зелизер В (2002). Создание множественных денег. *Экономическая социология*, 3 (4): 58-72.

Исупова О. (2014) ТыжеМать: неизбежный героизм и неизбежная вина материнства. *Полит. Ру* (<http://polit.ru/article/2014/02/01/isouпова>).

Мельникова О. (2014) Медицинская помощь во время родов: забота и обезболивающие технологии. *Журнал исследований социальной политик*, 12 (3): 327-352.

Моисеева Е. (2011) Аффективно насыщенные рынки. *Социологические исследования*, (7): 132-139.

Моисеева Е. (2010) Рынок ритуальных услуг: трансформация правил ритуала в правила рынка. *Экономическая социология*, 11 (3): 84-99.

- Симонова О., Ядрова Е. (2013) Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда. *Профессии социального государства*, М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ: 91-115.
- Темкина А. (2014). Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследований социальной политики*, 12 (3): 321-336.
- Шишкин С., Богатова Т., Потапчик Е. и др. (2002) *Неформальные платежи за медицинскую помощь в России*, М.: Независимый институт социальной политики.
- Шишкин С., Бесстремянная Г., Красильникова М. и др. (2004) *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет*, М: Независимый институт социальной политики.
- Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. (2014) *Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения*, М.: ИД ВШЭ.
- Davies C. (1995) Competence Versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 1 (38): 17-31.
- Han S. (2013) *Pregnancy in practice. Expectation and Experience in the Contemporary US*, N. Y., Oxford: Berghahn.
- Hays S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Hochschild A. (2003) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press.
- Hrešanová E (2014) Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You: Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50 (6): 961-985.
- Kimberly D. (2009) *Altruism and Intermediation in the Market for Babies*, Wash. & Lee L. Rev.: 203.
- Lazarus E. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, (8) 1: 25-46.
- Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.
- Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*, Indiana University Press.
- Stepurko T., Pavlova M., Levenets O., Gryga I., Groot W. (2013) Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine. *The International Journal of Health Planning and Management*, (28): 169-187.
- Zelizer V. (1979). *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*, N. Y.: Columbia University Press.
- Zelizer V. (1985) *Pricing the Priceless Child: The Changing Social Value of Children*, Princeton University Press.

References

- Angelova E., Temkina A. (2009) Otets, uchastvuiushchii v rodakh: gendernoe partnerstvo ili situatsionnyi kontrol'? [The Father Who Participates in Childbirth

- Gender Partnership or Situation Control?]. E. Zdravomyslova, A. Rotkirkh, A. Temkina (eds.) *Novyi byt v sovremennoi Rossii: gendernye issledovaniia povsednevnosti* [Novyi byt in contemporary Russia: gender studies of everyday life], SPb: Izd-vo EUSPb: 473-507.
- Berdysheva E. (2012a) Ot kritiki k analitike: kommodifikatsiia zhiznenno vazhnykh blag kak aktual'naia issledovatel'skaia problema v novej ekonomicheskoi sotsiologii [From Criticism toward Analytics: Commodification of Vital Goods as an Actual Research Problem in the New Economic Sociology]. *Ekonomicheskaja sotsiologija*, 13 (1): 67-68.
- Berdysheva E. (2012b) «Zdorov'e ne kupish'»: o protivorechiiakh marketizatsii zhiznenno vazhnykh blag na primere rynka stomatologicheskikh uslug v Moskve. [«Health Is Better than Wealth»: Controversies of the Marketization of Vital Goods (The Case of the Moscow Dental Market)]. *Laboratorium*, (2): 91-114.
- Borozdina E. (2010) Kak rabotaet rodovoi sertifikat? Realizatsiia programmy na primere regional'noi zhenskoi konsul'tatsii, [How does birth certificate work? Program in the case of regional women's clinic] *Gendenaia stranitsa*. Internet-proekt (<http://genderpage.ru/?p=200>).
- Borozdina E. (2014) Sotsial'naia organizatsiia estestvennykh rodov (sluchai tsentra akusherskogo ukhoda). [The social organization of natural childbirth: the case of center for midwifery care] *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 12 (3): 413-428.
- 104 Brednikova O. (2009) Pokupaia kompetentsii i vnimanie: praktiki platezhei vo vremia beremennosti i rodov. E. Zdravomyslova, A. Temkina (red.) [Buying competence and attention: purchase practices during pregnancy and childbirth] *Zdorov'e i doverie: gendernyi podkhod k reproduktivnoi meditsine*. [Heath and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine], SPb: Izd-vo EUSPb: 211-233.
- Davies C. (1995) Competence Versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 1 (38): 17-31.
- Godovannaia M. (2015). *Materinstvo i khudozhestvennoe tvorchestvo: gendernyi balans roli* Vypusknaia [Matherhood and art practices: balance of gender roles] attestatsionnaia rabota, SPb: EUSPb. Rukopis'.
- Isupova O. (2014) TyzheMat': neizbezhnyi geroizm i neizbyvnaia vina materinstva [Youris Mother: forced heroism and forced guilt] *Polit. Ru* (<http://polit.ru/article/2014/02/01/isouпова>).
- Han S. (2013) *Pregnancy in practice Expectation and Experience in the Contemporary US*, N. Y., Oxford: Berghahn.
- Hays S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Hochschild A. R. (2003) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press.
- Hrešanova E. (2014) Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives. *Sociologicky časopis/Czech Sociological Review*, 50 (6): 961-985.
- Kimberly D. (2009) *Altruism and Intermediation in the Market for Babies*, 66 Wash. & Lee L. Rev: 203.

Lazarus E. (1994) What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, (8) 1: 25-46.

Mel'nikova O. (2014) Meditsinskaia pomoshch' vo vremia rodov: zabota i obezboivaiushchie tekhnologii. [Medical help in obstetrics: care and technology] *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 12 (3): 327-352.

Moiseeva E. N. (2011) Affektivno nasyschennye rynki. [Affectively saturated markets] *Sotsiologicheskie issledovaniia*, (7): 132-139.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.

Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*, Indiana University Press.

Simonova O., Iadrova E. (2013) Soobshchestvo srednikh meditsinskikh sotrudnikov v oblasti kardiokhirurgii: sotsiologicheskii analiz emotsional'nogo truda [Community of Hospital Nurses in Cardiosurgical Departments: Sociological Analysis of Emotional Labour] *Professii sotsial'nogo gosudarstva*. P. V. Romanov, E. R. Iarskaia-Smirnova (red), M.: OOO «Variant», TsSPGI: 91-115.

Shishkin S., Besstremiannaia G., Krasil'nikova M. et al. (2004) *Rossiiskoe zdavookhranenie: oplata za nalichnyi raschet*. [Russian public health: payments in cash], M.: Nezavisimy institut sotsial'noi politiki.

Shishkin S. V., Potapchik E. G., Selezneva E. V. (2014) *Oplata patsientami meditsinskoi pomoshchi v rossiiskoi sisteme zdavookhraneniia*, [Patients' payments for medical care in public health in Russia], M.: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki,

Shishkin M., Bogatova T., Potapchik E. et al. (2002) Neformal'nye platezhi za meditsinskuiu pomoshch' v Rossii [Informal payment for medical help in Russia], M.: Nezavisimy institut sotsial'noi politiki..

Stepurko T., Pavlova M., Levenets O., Gryga I., Groot W. (2013) Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine *The International Journal of Health Planning and Management*, (28): 169-187.

Temkina A. (2014). Medikalizatsiia reproduksii i rodov: bor'ba za kontrol' [Medicalization of the preproduction and childbirth: a struggle for control]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 12 (3): 321-336.

Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) «Vracham ia ne doveriaiu», no... Preodolenie nedoveriia k reproduktivnoi meditsine [«I do not trust doctors, but... Establishing trust to reproductive medicine] E. Zdravomyslova, A. Temkina (red.). *Zdorov'e i doverie: gendernyi podkhod k reproduktivnoi meditsine* [Health and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine], SPb: Izd-vo EUSPb: 179-210.

Zelizer V. (2010 [1978]). Chelovecheskie tsennosti i rynek: strakhovanie zhizni i smert' v Amerike XIX veka [Human values and the market: The case of life insurance and death in 19th century America] *Ekonomicheskaia sotsiologiya*, 11 (2): 54-72.

Zelizer V. 2004 (1997) Sotsial'noe znachenie deneg: den'gi na bulavki, cheki, posobiia po bednosti i drugie denezhnye edinitsy. [The social meaning of money: Pin money, paychecks, poor relief and other currencies], M.: Dom intellektual'noi knigi; GU vShE.

Zelizer V. (2002) Sozdanie mnozhestvennykh deneg. [Making multiple monies] *Ekonomicheskaiia sotsiologiia*, 3 (4): 58-72.

Zelizer V. (1979). *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*, N. Y.: Columbia University Press.

Zelizer V. (1985) *Pricing the Priceless Child: The Changing Social Value of Children*, Princeton University Press.