

СОВЕТЫ ГИНЕКОЛОГОВ О КОНТРАЦЕПЦИИ И ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ БИОПОЛИТИКИ В РОССИИ*

Анна Темкина

В статье анализируются советы гинекологов пациенткам по поводу контрацепции и планирования беременности. Эти практики рассматриваются в контексте биополитических задач увеличения населения и рождаемости в современной России. В таком ракурсе профессиональные практики и экспертные дискуссии гинекологов оказываются непоследовательными, институциональные приоритеты в женских консультациях связаны с обслуживанием беременных, а не с профилактикой и консультированием по предохранению и другим вопросам. Планирование семьи переопределяется гинекологами как планирование беременности под контролем медиков. На это ориентируются и врачи, и женщины. Однако институциональные барьеры и государственные биополитические приоритеты способствуют воспроизводству неэффективного предохранения, незапланированных беременностей и рождений.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, контрацепция, гинекологи, планирование беременности, биополитика

GYNECOLOGISTS' ADVICES ON CONTRACEPTION AND PREGNANCY PLANNING IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY BIOPOLITICS IN RUSSIA

Anna Temkina

This article focuses on advices on contraception given by gynecologists to their patients. Gynecologists as professional experts orient women toward use of modern contraception and pregnancy planning. In this article such practices are analysed in the context of biopolitical goals of the growth of the population and the birth rate in Russia. In this context professional practices and discourses of gynecologists are inconsistent. Institutional priorities within municipal women's clinics are given mostly to the pregnant women, and not so much to consultation on contraception and other issues. Family planning is redefined as medically supervised pregnancy planning by both doctors and women. However institutional constraints and state biopolitical priorities reproduce ineffective prevention, unplanned pregnancies and unplanned births.

Keywords: reproductive health, contraception, gynecologists, pregnancy planning, biopolitics

* Я признательна за комментарии Мишель Ривкин-Фиш, Елене Здравомысловой, Мэри Лавивааре и Йонни Родин.

Введение

«Чтобы Россия была суверенной и сильной, нас должно быть больше», – сказал Президент РФ в ежегодном послании 2012 года. «Демографы утверждают, что выбор в пользу второго ребенка – это уже потенциальный выбор в пользу третьего. Важно, чтобы семья сделала такой шаг. И, несмотря на сомнения некоторых экспертов – а я отношусь к ним с уважением, – я все-таки убежден, что нормой в России все-таки должна стать семья с тремя детьми. Но, чтобы это было так, нужно многое сделать»¹. Итак, биополитический ориентир 2012 года обозначен – рождение троих детей, «чтобы нас стало больше». Заметим звучащие сомнения в реалистичности достижения данной цели. Отметим и роль экспертов – весьма неоднозначную – в ее выработке.

Современная демографическая политика в России ставит своей целью увеличение рождаемости, поддерживает рождение второго и последующих детей. Вопросы планирования семьи отошли за задний план общественного внимания. Меня интересует, какую позицию занимают в этом вопросе мало заметные в общественном дискурсе эксперты, а именно: акушеры-гинекологи районных женских консультаций (ЖК), в чью профессиональную роль входит консультирование по вопросам контрацепции. Меня интересует отношение к планированию семьи и его осуществление в медицинских практиках. Ранее я и другие авторы показывали, что гинекологи как эксперты являются активными сторонниками использования современных средств предохранения [Темкина, 2012; Larivaaga, 2010]. Эта позиция на первый взгляд противоречит биополитике стимулирования роста рождаемости, сворачивания программ сексуального образования и центров планирования семьи, ужесточения доступа к абортам в 2000-е годы.

В фокусе данной статьи находится институциональный контроль над репродуктивным поведением женщин, в частности над использованием контрацепции в ЖК. Я обращусь кратко к контекстам медиализации контрацепции в современной России, затем я рассмотрю, как врачи интерпретируют предохранение и планирование семьи и как эти установки реализуются в условиях политики стимулирования рождаемости.

Данное исследование отсылает к работам Фуко, посвященным институциональному контролю и дисциплинированию тела [Фуко, 1998; Его же, 1999]. В современном обществе знания и институты производят «послушные тела», способствующие эффективности и производительности. Субъект не только конституируется как объект контролирующего знания, но и обретает понимание себя при помощи определенных техник

¹ Послание Президента Федеральному Собранию. 12.12.2012 // Официальный сайт Президента России // <http://www.kremlin.ru/news/17118>

[Фуко, 2004]. Для анализа сферы репродукции важными являются концепты биополитики, управляющие населением¹. Для меня также важна феминистская перспектива исследования репродуктивной сферы. В рамках этих подходов рассматривается медиализация предохранения и ее противоречивые последствия в современной России.

Медиализация репродуктивного поведения и контрацепции

Биополитика, диктуя определенные способы воспроизводства населения, дисциплинирует женские тела и подчиняет их правилам репродуктивного поведения. Репродукция находится в центре биополитики [Rabinov, Rose, 2006]. В сфере репродукции женское тело рассматривается как медиализируемое [Zola, 1972; Conrad, 1992] и контролируемое на протяжении всего жизненного (репродуктивного) цикла [Lupton, 1994].

Аспекты жизни женщин, касающиеся их репродуктивной способности... медиализируются... В феминистском подходе медицина рассматривается как определяющая женщин через биологию и репродуктивные возможности... Когда проблемы определяются как медицинские, как те, которые можно решить только при помощи медицины, женщины теряют контроль над фундаментальными аспектами своего опыта – фертильностью, сексуальностью² [White, 2009. P. 132, 133; см. также: Oakley, 1984].

Вопросы частной сферы – материнство, способность к репродукции, здоровье, контрацепция, аборт – становятся предметом публичного дискурса. Институты и научное знание, в первую очередь медицина, ориентируют женщин на здоровое, сознательное, подготовленное (или иное) материнство. Контрацепция выступает техникой подчинения определенным правилам управления телом, планирования деторождения и регулирования рождаемости:

Полемика по поводу контрацепции и безопасных методов для женщин разворачивается вокруг идеи материнства всех женщин и желания медицинской профессии обеспечивать контроль над женской репродукцией [Lupton, 1994. P. 128].

¹ Как пишет А. Негри, опираясь на Фуко, «Термин "биополитика" указывает на то, каким образом в определенный период власть трансформируется, так что в итоге она может управлять не только индивидами посредством некоторого количества дисциплинарных процедур, но и совокупностью живых вещей, конституированных как "населения". Биополитика (через локальные формы биовласти) берет под контроль управление здоровьем, гигиеной, питанием, рождаемостью, сексуальностью и т. д., поскольку каждая из этих различных областей вмешательства стала делом политики» [Негри, 2008].

² Здесь и далее перевод выполнен автором.

Технология одновременно создает возможности [Lock, 2001. P. 481]. Контрацепция рассматривается и как средство повышения качества сексуальной жизни и интимных отношений, поскольку позволяет отделить здоровье от репродукции [см.: Bledsoe, 1996; Gribaldo, Judd, Kertzer, 2009; Lock, 2001].

Предохранение попадает в сферу медиализации, означающую, что «проблема определяется в медицинских терминах, для описания проблемы используется медицинский язык» [Conrad, 1992. P. 211]. Медицинский надзор как один из механизмов социального контроля «предполагает, что определенные условия или поведение осознаются через "медицинский взгляд", врачи могут легитимно требовать от людей исполнения действий, связанных с этими условиями» [Conrad, 1992. P. 216]. Медицинское знание и контроль становятся более значимыми при развитии новых поколений контрацептивных средств [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 783].

Однако медицинскую власть оспаривает рынок и потребители, медиализация (использование медицинского языка, интерпретация рисков в терминах здоровья и прочее) усиливается за пределами профессии, на нее влияют общественные движения, группы интересов и биотехнологии. Мы покажем, что на медиализацию контрацепции в современной России влияют бюрократические форматы профессиональных институтов и государственные биополитические приоритеты.

Контексты медиализации контрацепции в современной России

Рассмотрим контексты, в которых происходит медиализация контрацепции в России. Во-первых, сохраняется наследие советского времени, для которого было характерно традиционное, не вполне эффективное предохранение. Аборты с 1955 года выступали главным средством регулирования снижающейся рождаемости, доступность современной контрацепции была низкой. Несмотря на ее широкое распространение в последнее десятилетие, по данным различных опросов, около 20–25 % российских женщин используют только традиционные методы предохранения, и около 25 % сексуально активных женщин не используют контрацепцию [Perelman, McKee, 2009; Захаров, Сакевич, 2008; Regushevskaya et al., 2009]. С этим связаны неплановые и нежелательные беременности, высокий уровень ЗППП. Вплоть до настоящего времени Россия лидирует по уровню абортов [Денисов, Сакевич, 2012]. Контрацепция озвучивается в публичном дискурсе в связи с предупреждением эпидемии СПИДа, однако не существует механизмов и институтов ее систематического продвижения.

Во-вторых, важным является контекст пронаталистской политики, критики планирования семьи и сексуального образования в 1990-е годы и ограничение права на аборт в 2000-е [Сакевич, 2011а]. Сексуальное образование часто оценивается негативно, оно рассматривается как фактор

морального разложения общества, способствующий «растлению детей» и принудительному сокращению населения¹ [Rivkin-Fish, 2010. P. 711, Снарская, 2009. P. 65–66]. Попытки создания системы семейного планирования, включая сексуальное образование, потерпели поражение в 1990-е, центры планирования семьи закрываются из-за недостаточного финансирования [Денисов, Сакевич, 2012].

В 2011 году внесены поправки к закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Церковь и некоторые политики предлагали меры ограничения доступа к абортам или запрета, против которых выступали феминистские группы и некоторые медики [Сакевич, 2011б]. Эти попытки демонстрируют инструментальное отношение к женщинам как «полезным биологически-демографическим инструментам для государственных потребностей. Государство использует свои технологические ресурсы, надзирающую власть и тактики убеждения для того, чтобы предотвратить аборт после того, как беременность установлена» [Rivkin-Fish, 2010. P. 722].

В общественной дискуссии аборт связываются с демографическим кризисом и вымиранием нации [Rivkin-Fish, 1999; Eadem, 2010]. Русская православная церковь (РПЦ) – среди других активных сторонников запретительных мер – негативно относится к контрацепции, в первую очередь к «абортивной». В соответствии с социальной концепцией РПЦ внутриматочные спирали и гормоны считаются неприемлемой контрацепцией². Использование контрацепции (как и аборт) связывается в этом дискурсе с падением рождаемости и нравственности [Сакевич, 2011а].

С учетом консервативного контекста представляется важным то, что в российской медицине достаточно широко используются концепты «планирование семьи» и «планирование беременности», разделы о контрацепции, связанной с планированием семьи, включены в учебники по гинекологии и акушерству, вопросы планирования и предупреждения нежелательной беременности обсуждаются при консультировании пациенток. Гинекологи, с которыми были проведены интервью в данном проекте, говорили о себе как о сторонниках современных методов контрацепции и планирования беременности. Аналогичные взгляды в Санкт-Петербурге отметила и финская исследовательница М. Лариваара [Лариваара, 2009. P. 318–326].

Далее речь пойдет о взаимодействиях врачей и женщин в ЖК – первичном звене акушерско-гинекологической помощи. Взаимодействия

¹ Например, Православный медицинский сервер // <http://www.orthomed.ru/pms.php?id=library.decay.index>

² См. например, разъяснения протоиерея Максима Обухова (руководитель медико-просветительского центра «Жизнь»). 26.11.2011 // <http://tv-soyuz.ru/programms/tv/religious/besedy-s-batyushkoy/at19494>

врачей и пациентов в сфере репродуктивного здоровья в России получили отражение в исследованиях, которые показывают, что гинекологи ожидают «культурное отношение» к здоровью и медицине, наличие базовых знаний, ответственности. Исследователи фиксируют патерналистское отношение со стороны гинеколога [Larivaara, 2010; см. также: Здравомыслова, Темкина, 2012; Rivkin-Fish, 2005], задача которого – убедить женщин использовать контрацепцию как «средство обеспечения будущей фертильности и избегания опасных последствий аборт» [Larivaara, 2010. P. 357]. Гинекологи инструктируют пациенток, задавая стандарты правильного поведения в отношении контрацепции – здоровья – репродукции – сексуальной жизни – материнства. Меня интересует, как врачи определяют роль контрацепции в репродуктивном поведении в условиях направленности политики на увеличение рождаемости и подозрительного отношения в обществе к планированию семьи.

Данные исследования

Исследование основано на глубинных тематических интервью с акушерами-гинекологами и их пациентами. Интервью проводились в трех российских городах – Казани, Архангельске, Самаре в 2009 году¹. Данное исследование опирается на небольшое число интервью, которое не представляет весь спектр взаимодействий между гинекологами и женщинами. Основной источник данных для исследования – интервью с 15 акушерами-гинекологами (4 в Самаре, 7 в Казани, 4 в Архангельске, из них 13 женщин и 2 мужчины). Возраст опрошенных варьирует от 33–74 лет (средний 45 лет), среди них преобладали доктора, работающие в муниципальных ЖК, со стажем работы от 6 до 46 лет. Дополнительным источником информации послужило включенное наблюдение на приеме в ЖК (апрель – июль 2009). Кроме того, я использую учебники и учебные пособия по акушерству и гинекологии, изданные в 2000-е годы.

«Любая женщина обязана планировать беременность»: профессиональный подход к предохранению

В данном параграфе я покажу, какое отношение к предохранению и планированию беременности врачи считают необходимым, как должен осуществляться выбор средств и как в процессе консультирования женщин выстраивается норма репродуктивного поведения.

¹ Все интервью были сделаны в рамках проекта «Гендерное устройство частной жизни в России» под руководством автора статьи и Елены Здравомысловой, проект поддерживался фондом Форда и корпорацией «Новартис». Интервью были выполнены командой исследователей, руководитель поля – Ольга Ткач.

Врачи оценивают контрацепцию, прежде всего, как способ избегания абортов и планирования беременности. Профессиональные тексты через контрацепцию связывают рождаемость и индивидуальное здоровье, личный выбор и медицинский контроль:

...средства, применяемые с целью предупреждения беременности, называются контрацептивными. Контрацепция является составной частью системы планирования семьи и направлена на регуляцию рождаемости, а также на сохранение здоровья женщины [Гинекология... 2004. С. 367; То же, 2011. С. 375].

Основная цель контрацепции – планирование желательной беременности, срок наступления которой определяет сама женщина. Акушер-гинеколог принимает активное участие в этом процессе [Айламазян, 2008. С. 271–272].

Гинекологи отмечают наличие либеральных трендов в сексуальной жизни современной молодежи. В своей практике они исходят из признания поколенческих изменений в жизненном цикле, когда молодые люди рано вступают в сексуальные отношения и откладывают деторождение:

Если раньше, может быть, там сначала беременели и рожали, а потом уже все остальное, то сейчас сначала они активную половую жизнь ведут, а только потом уже, когда-то, через много лет, планируют беременность (Н. О., жен., 38 лет).

Поэтому контрацепция, с точки зрения врачей, необходима с самого начала сексуальной жизни. Гинекологи негативно относятся к отсутствию предохранения. Однако традиционные (естественные) методы получают амбивалентную оценку профессионалов. Их описание включено в учебники по гинекологии, при этом отмечается их недостаточная эффективность. Доктора говорят о том, что женщины продолжают использовать данные методы [см. также: Лариваара, 2009. Р. 319–320].

В целом профессионалы исходят из того, что, если беременность не планируется, должна быть использована эффективная контрацепция. «Планирование беременности» – данный термин широко используется в практиках врачей – связывается в основном с медикализированной подготовкой беременности (прием витаминов, медицинские проверки здоровья, здоровый образ жизни) [см. также: Larivaara, 2011]. «Планирование семьи» в учебных пособиях определяется шире, например, как «широкий комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на охрану репродуктивного здоровья женщины и обеспечения рождения желанных детей» [Айламазян, 2003. С. 506]. В учебниках по гинекологии планирование семьи связывается с ограничением частоты абортов, широким использованием высокоэффективных методов и средств контрацепции, предотвращением перинатальной и материнской смертности

[Айламазян, 2003. С. 506]. Ориентация на планирование беременности происходит и в медицинской практике. «Планирование семьи» переопределяется как «планирование беременности», и контрацепция связывается в первую очередь именно с планированием беременности.

Конечно, надо планировать ... сейчас уже намного больше пациентов, которые действительно сначала планируют, подходят к этому уже осознанно, не так, чтоб так получилось (Н. О., жен., 38 лет).

Планировать беременность, я считаю, что обязательно нужно (О. П., жен., 48 лет).

Врачи выделяют три основных типа контрацепции, которые рекомендуются разным женщинам. Первый тип – гормональные таблетки (средства) преимущественно рекомендуются бездетным молодым женщинам, состоящим в стабильных отношениях (браке). Такая контрацепция в учебниках описывается как наиболее надежная [Гинекология... 2004. С. 373; Айламазян, 2003. С. 507]. Ожидается, что у женщин есть только один партнер, и они планируют рождение ребенка в будущем. Планирование беременности является предметом заботы женщины совместно с врачом. Другой тип – внутриматочные спирали (внутриматочные средства, ВМС), обычно рекомендуется женщинам, состоящим в стабильном партнерстве, имеющим детей и не планирующим беременность в ближайшем будущем. ВМС устанавливается врачом после проведения осмотра и анализов, ее использование контролируется врачом. Предполагается, что у женщины есть только один партнер, в другом случае высока опасность ИППП.

Основными потребителями ВМС являются моногамные, замужние женщины... данные средства не показаны женщинам, имеющим большое количество партнеров [Грицок, Гуркин, 2003. С. 79–80].

При рекомендации гормональных контрацептивов и ВМС аргументы медицинского характера являются первичными. Фактор здоровья обозначается через физиологические различия рожавшей и нерожавшей женщины, через риски для женщин, собирающихся рожать в ближайшем будущем и не собирающихся, а также риски женщин, состоящих или не состоящих в моногамных отношениях.

Следующий тип контрацепции – презервативы, рассматривается как предпочтительный для молодых женщин, не состоящих в моногамных отношениях и ведущих «специфический» образ жизни. «Этот вид контрацепции показан пациенткам, имеющим случайные половые контакты, с высоким риском инфицирования, редко и нерегулярно живущим половой жизнью. Для надежной защиты от беременности и от инфекций» [Гинекология... 2004. С. 389; То же, 2011. С. 391]. Репродуктивные планы таких женщин не ясны. Презерватив рекомендуется

в том случае, если у женщины это не единственный половой партнер, если у нее такой своеобразный образ жизни (О. П., жен., 48 лет);

ей нельзя вставлять спираль, потому что у нее разные партнеры разные инфекции, у нее больше возможности получить инфекцию (В. Г., муж., 70 лет).

Контрацепция в этом случае эксплицитно связывается со стилем жизни, хотя дать четкое определение врачи затрудняются. В интервью гинекологи испытывают трудности в определениях, подбирая слова: *«механическая контрацепция – это презерватив – только тем, у кого несколько половых партнеров и которые, ну скажем, ведут, ну не совсем такой»* (Б. В., жен., 31 год). Презервативы считаются предпочтительными для защиты от ИППП, в других случаях (тем, кто состоит в стабильных отношениях) рекомендуется другая контрацепция.

Врачи признают, что молодежь широко использует кондомы (это подтверждают и различные опросы, см., например: Gerber, Bernam, 2008), и они часто дают такие рекомендации. В учебниках презервативы описываются как методы предохранения от инфекций, вируса СПИДа, гепатита [например, Айламазян, 2003. С. 516]. Однако есть причины, по которым, с точки зрения врачей, предпочтительнее использовать другие средства. Презервативы не считаются достаточно надежными: *«Надежность у презерватива все-таки очень низкая, бывают беременности нежелательные и поэтому все-таки лучше перейти на более надежные средства контрацепции»* (М. Н., жен., 36 лет). Контрацепция должна гарантировать, что беременность наступит тогда, когда она планировалась и готовилась женщиной. Использование кондомов не находится под ее контролем. Следует переходить на более контролируемые средства, считают гинекологи: *«Я все-таки рекомендую перейти на управляемый метод контрацепции»* (М. Н., жен., 36 лет); *«Безопасность не все мужчины любят»* (А. Б., жен., 74 года). Как и пациентки, некоторые профессионалы говорят о том, что мужчины часто предпочитают незащищенный секс. Одна врач рассказала историю о том, как муж обманывал свою жену по поводу использования кондома, поэтому партнерам трудно доверять в этом вопросе. Желательно, чтобы женщина и/или врач контролировали контрацепцию.

Женщины эмансипируются при использовании предписанной (медиками) контрацепции, в использовании которой нет необходимости получать согласия партнера, однако в то же время гейткиперами к такой контрацепции становятся врачи [Medley-Rath, Simonds, 2010. P. 787].

Контрацепция для гинекологов выступает в первую очередь средством планирования беременности. Рекомендуемая контрацепция преимущественно связана с профессиональным медицинским контролем. Амбивалентное отношение к использованию кондомов в этом смысле является

показательным. Предполагается, что эффективное использование контрацепции под медицинским контролем гарантирует безопасное деторождение, которое ожидается от женщины в репродуктивном возрасте. В идеале такая женщина состоит в стабильных моногамных отношениях и ориентируется на планирование беременности.

«У нас до сих пор присутствует население, которое допускает незапланированную беременность»: препятствия для планирования беременности

В данном параграфе я покажу, как реализуется идеология планирования беременности и использования эффективной контрацепции, какие сбои она дает и как это связано с биополитическими приоритетами государства.

Отношение врачей к незапланированной беременности и абортam

Гинекологи говорили о том, что увеличивается число женщин, которые используют современную контрацепцию, планируют беременность, регулярно посещают врачей. Однако существует и категория женщин, которые не используют эффективную контрацепцию, не выполняют медицинские предписания. Врачи негативно оценивают такие практики. *«Я их спрашиваю: "Какие виды контрацепции?". Они говорят: "Никакие". Я говорю: "Вы хотите забеременеть". – "Нет". "Ну, Вы что же делаете". – "Нет"».* (Л. М., жен., 33 года).

Такое поведение может привести к безответственному деторождению или к аборту. Врач говорит: *«Сегодня она встретилась с молодыми людьми, выпила, она про эти таблетки забыла, половой акт был, и потом приносят они нам детей»* (В. Г., муж., 70 лет).

Среди врачей нет единодушного мнения по отношению к абортam. Гинекологи в основном уговаривают женщину сохранить беременность, особенно первую (см. также: Lagivaara, 2010). Их главный аргумент – риски для репродуктивного здоровья. Аборт, с точки зрения врача, чреват разными осложнениями и последующим бесплодием. *«Как правило, я женщин, особенно молодых, первородящих, всегда уговаривал, чтобы они рожали. Мы не знаем, сможете ли вы забеременеть в следующий раз или не сможете»* (В. Г., муж., 70 лет). Позиция врача может быть связана с моральными и религиозными ценностями. *«Мое личное отношение негативное... и как врача, и как человека, и с моральной, и с этической, и с медицинской точки зрения»* (М. Н., жен., 36 лет). Собственный опыт врача также может стать аргументом против аборта: *«Я сама вообще противница, я вот аборты сама не делаю, ну раньше когда начинала там работать, делала... когда сама стала мамой, я пересмотрела свое отношение к аборту»* (Б. В., жен., 31 год).

Еще одна линия аргументации – правовая. Гинекологи должны следовать законодательству по отношению к прерыванию беременности. Законы ужесточаются и делают гинекологов более настороженными по отношению к абортам. «*А что, врач из-за вас должен садиться (в тюрьму)?*» (В.Г., муж., 70 лет). Некоторые гинекологи считают, что по мере ужесточения законодательства, увеличивается число криминальных абортов. Еще одна позиция – признание личного выбора женщины. «*Решать за женщину никто не может: сохранять беременность, не сохранять. Решение может принять только она*» (Е.З., жен., 52 года). В случае реальной опасности незапланированной беременности и аборта врачи считают особо важным инструктировать женщину по поводу эффективных средств предохранения. «*(Я) стараюсь, что лучше предотвратить беременность нежелательную, чем вот потом убить... "Ну, пойду на аборт". Я говорю: "Ну, вот износишься же, организм-то"*» (Б.В., жен., 31 год).

Итак, взгляды гинекологов на аборт различаются, однако они единоклассны в том, что нежелательную беременность нужно предотвращать при помощи современной контрацепции. Как было показано ранее, врачи считают необходимым консультировать женщин по вопросам контрацепции, настаивая на ее эффективном применении.

Барьеры для консультирования по вопросам контрацепции

Врачи отмечают, что у них нет достаточных возможностей для обеспечения необходимого поведения в отношении предохранения. Исполнение власти профессиональными экспертами в России происходит в условиях жестких временных и материальных ограничений. Гинеколог, занимавший административную должность, рассказывает о том, что в аренду сдано помещение, в котором они раньше читали лекции по профилактике, а центр планирования семьи закрылся из-за реорганизаций и недостаточного финансирования.

В интервью врачи формулируют устойчивое недовольство нехваткой времени, избыточной работой с документацией, нерациональными требованиями страховых компаний и администрации [Здравомыслова, Темкина, 2012]. Время для приема пациентов жестко нормировано. Профилактика (к которой относится контрацепция) в системе обязательного медицинского страхования часто остается за пределами взаимодействия из-за нехватки времени и бюрократических издержек. Доктора, считая необходимым подробно разяснять способы предохранения, говорят о том, что на это не хватает времени: «*Конечно, я стараюсь все донести, но как бы в плане обычного приема не всегда хватает на это времени и возможности*» (Л.М., жен., 33 года). Врач «*по самому минимуму скажет*» (В.Г., муж., 70 лет). Включенное наблюдение показывает, что доктора относительно редко обсуждают контрацепцию [см. также: Красильникова, 2012; Лариваара, 2009]. Данный вид профилактики в репродуктивной

медицине ограничен, врачи зачастую не имеют возможности ее осуществлять, хотя и признают ее необходимость.

Гинекологи не определяют правила своей работы, они не действуют как автономное профессиональное сообщество. Врачи-гинекологи мало заметны на политической арене, в том числе при принятии решений о репродуктивном здоровье, абортах, организации планировании семьи. Как наемные работники государства они ограничены большим количеством бюрократических правил, которые сами считают малоэффективными. Врачи как профессиональная группа экономически уязвимы и зависимы от государственных, экономических, политических и демографических приоритетов. Одним из таких приоритетов является повышение рождаемости и улучшение качества обслуживания беременных женщин.

Обслуживание беременных – биополитический и институциональный приоритет

Медиализация репродукции является ресурсом власти гинекологов как профессиональной группы. Однако это лишь в незначительной степени касается контрацепции. Государство обозначает иные приоритеты. Программа родовых сертификатов, запущенная в 2006 году, нацелена на улучшение обслуживания беременных женщин. По этой программе женские консультации получают дополнительные деньги на материалы, лекарства и доплаты врачам за ведение беременности. Все врачи говорили в интервью о том, что ситуация с медицинским оборудованием улучшилась, что им доплачивают деньги.

Из сертификатов там, положим, 30 или 20 процентов на медицинское оборудование, положим, да. 50 процентов идет на оплату труда. Поэтому, если они ведут беременную и всё прочее, то доплачивают (В.Г., муж., 70 лет).

Как показывает Е. Бороздина в исследовании заботы о беременных и осуществления программы родовых сертификатов, обслуживание беременных становится выгодным врачам. Беременные имеют особый статус нуждающихся в большей врачебной заботе по сравнению с другими категориями пациенток [Бороздина, 2010; Ее же, 2012]. Беременные женщины должны регулярно посещать гинекологов, которые становятся их постоянными врачами на определенный период времени. Консультирование тщательно документируется и проверяется. Врачи тратят больше времени на обслуживание беременных, чем на другие категории пациенток, хотя временные нормативы не различаются, и они отмечают нехватку времени [Бороздина, 2012. С. 73–77].

Создаются и поддерживаются приоритеты в медицинском обслуживании. Врачи подчеркивают то, что беременным особенно необходимы внимание и забота [Бороздина, 2012]. Гинекологи говорили в интервью о том, что

забота о беременных приносит им положительные эмоции, именно в этом случае пациенты часто проявляют благодарность по отношению к врачу.

Конечно, врачу это приятно, приятно, однозначно... это его оценка, его работы, это обратная связь. ...Если есть хороший серьезный результат... сам врач ... при наблюдении во время беременности... он прекрасно сам результаты эти видит (Н. А., жен., 49 лет).

Врачу важно иметь хорошие показатели по ведению беременности, которые жестко контролируются.

Обслуживание беременных женщин становится эффективным способом выражения профессиональной власти и авторитета. В случае незапланированной беременности ее сохранение дает преимущества и врачу, и женщине. Врач получает морально одобряемую «долгосрочную» пациентку и экономическое стимулирование, а женщина получает приоритетное медицинское обслуживание и нормативно одобряемый статус. Заметим, однако, что эти приоритеты срабатывают не всегда и не везде.

Дисциплинируя женские тела и определяя способы воспроизводства населения, на институциональном уровне биополитика ставит в центр внимание беременность, а не предохранение от нее. Консультирование по контрацепции в муниципальных клиниках не получает широкого развития, у врачей существуют другие приоритеты. Попытка создание отдельных центров и департаментов для такого консультирования было свернута. В 2000-е годы под влиянием новой демографической политики и политики в области здравоохранения созданы дополнительные условия в обслуживании врачами беременных женщин и родов. (Заметим, что во многих западных странах врач-гинеколог не наблюдает беременных, этим занимаются акушерки в специализированных материнских центрах.) Гинекологи говорили в интервью о том, что считают очень важным использование женщинами современной контрацепции. Они претендуют на всесторонний медицинский контроль над контрацепцией. Однако экономические и политические приоритеты отдаются росту рождаемости и обслуживанию беременных.

Заключение

В данном исследовании акцент сделан на медиализацию современной контрацепции во взаимодействиях гинекологов и их пациенток. Врачи как эксперты способствуют формированию практик, которые не были распространены в советское время и которые не одобряются современными консервативными акторами, противодействующими сексуальному образованию, планированию семьи, доступу к абортам и отчасти контрацепции.

Врачи настаивают на необходимости предохранения в целях планирования беременности, избегания абортов, сохранения репродуктивного здоровья. Эти практики, с их точки зрения, должна осуществлять

каждая ответственная женщина. Предполагается, что такая женщина ориентируется на планирование беременности и деторождение. Однако во многом сохраняются практики неэффективного предохранения и нежелательных беременностей.

Врачи считают необходимым осуществление медицинского контроля над контрацептивным поведением женщин, в своей практической деятельности осуществляют его только частично. Поддерживая идею «планирования семьи», на практике они переопределяют ее как «планирование беременности», означающую в первую очередь подготовку беременности. В сфере репродукции биополитическим приоритетом государства является повышение рождаемости и приоритетное обслуживание беременных женщин, что выражается в соответствующих институциональных правилах медицинского учреждения, а вопросы предохранения в медицинских взаимодействиях отходят на задний план.

Медикализация репродукции усиливает власть врачей как профессиональной группы, и это в современной России в первую очередь касается обслуживания беременных и родов. Профессионалы и многие женщины ориентируются на планируемую беременность, однако институциональные барьеры, профессиональные и государственные приоритеты неинтенционально поддерживают распространенность практик неплановых беременностей.

Список источников

Айламазян Э. К. Акушерство: учебник для мед. вузов. СПб.: СпецЛит, 2003.

Айламазян Э. К. Гинекология: учебник для мед. вузов. СПб.: СпецЛит, 2008.

Бороздина Е. Беременность и практическое знание женщин // Практики и идентичности: гендерное устройство / под ред. Е. Здравомысловой, В. Пасынковой, А. Темкиной, О. Ткач. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2010. С. 235–257.

Бороздина Е. Медицинская помощь беременным: в поисках заботы // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2012. С. 54–84.

Гинекология: учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

Гинекология: учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011.

Грицок В. И., Гуркин Ю. А. Настольная книга гинеколога. СПб.: Диля, 2003.

Денисов Б., Сакевич В. Планирование семьи в трех славянских странах // Демоскоп weekly. 2012. № 505–506 // <http://demoscope.ru/weekly/2012/0505/tema01.php>

Захаров С., Сакевич В. Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция – свершившийся факт? // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / под ред. Т. М. Малевой, О. В. Сиянской. М.: НИСИ, 2009.

Здравомылова Е., Темкина А. Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога // Здоровье и интимная жизнь: со-

циологические подход / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2012. С. 23–53.

Красильникова Д. На приеме у гинеколога: «техническая» и «персонализированная» модели исполнения роли врача // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2012. С. 84–101.

Лариваара М. Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействия гинекологов и пациенток // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности / под ред. Е. Здравомысловой, А. Роткирх, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 313–345.

Негри А. Трудножества и ткань биополитики // Синий диван. 2008. № 12 // <http://www.polit.ru/article/2008/12/03/negri/>

Сакевич В. Перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи // Демоскоп Weekly. 2011а. № 465–466 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0465/tema06.php>

Сакевич В. Основные поправки в закон об охране здоровья касаются аборт // Демоскоп Weekly. 2011б. № 483–484 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0483/reprod01.php>

Снарская О. О. Сексуальное образование как сфера производства гендерных различий и конструирования представления о «нации» // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 51–90.

Темкина А. Контрацептивные практики российских женщин: (без)опасность и медиализация // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2012. С. 210–240.

Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

Фуко М. Надзирать и наказывать. М.: Ad Marginem, 1999.

Фуко М. Использование удовольствий // История сексуальности. Т. 2. СПб.: Академический проект, 2004.

Bledsoe C. Contraception and «Natural» Fertility in America // Population and Development Review, Vol. 22. Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories, 1996. P. 297–324.

Conrad P. Medicalization and Social Control // Annual Review Sociology. 1992. 18. 209–232.

Gerber T., Berman D. Heterogeneous Condom Use in Contemporary Russia // Studies in Family Planning. 2008. 39 (1). P. 1–17.

Gribaldo A., Judd, M., Kertzer D. An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy // Population and Development. 2009. 35 (3). P. 551–584.

Lock M. The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories // Medical Anthropology Quarterly, New Series. 2001. 15 (4). Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond. P. 478–492.

Larivaara M. Pregnancy Prevention, Reproductive Health Risk and Morality: a Perspective from Public-Sector Women's Clinics in St. Petersburg, Russia // Critical Public Health. 2010. 20 (3). P. 357–371.

Larivaara M. "A Planned Baby Is a Rarity": Monitoring and Planning Pregnancy in Russia // Health Care for Women International. 2011. 32:6. P. 515–537.

Lupton D. Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. London: Sage, 1994.

Medley-Rath S. R., Simonds W. Consuming Contraceptive Control: Gendered Distinctions in Web-Based Contraceptive Advertising // Culture, Health & Sexuality. 2010. 12 (7). P. 783–795.

Oakley. A. The Captured Womb. Oxford: Basic Blackwell, 1984.

- Perelman F., McKee M.* Trends in Family Planning in Russia, 1994–2003 // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2009. 941 (1). P. 40–50.
- Rabinow P., Rose N.* Biopower Today // BioSocieties. 2006. 1. P. 195–217.
- Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M., Kuznetsova O., Hemminki E.* Contra-ceptive Use and Abortion Among Women of Reproductive Age in St. Petersburg, Russia // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2009. 41 (1). P. 51–58.
- Rivkin-Fish M.* Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Toward a Feminist Anthropology of "Maternity Capital" // Slavic Review. 2010. 69 (3). P. 701–724.
- Rivkin-Fish M.* Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005.
- Rivkin-Fish M.* Sexuality Education in Russia: Defining Pleasure and Danger for a Fledgling Democratic Society // Social Science & Medicine. 1999. 49. P. 801–814.
- White K.* An Introduction to the Sociology of Health and Illness. Los Angeles and London: Sage, 2009.
- Zola I.K.* Medicine as an Institution of Social Control: The Medicalizing of Society // Sociological Review. 1972. 20. P. 487–504.

References (Cyrillic letters are transliterated)

- Aylamazyan E. K.* Akusherstvo: uchebnik dlya meditsinskih vuzov. SPb.: SpetsLit, 2003.
- Aylamazyan E. K.* Ginekologiya: uchebnik dlya meditsinskih vuzov. SPb.: SpetsLit, 2008.
- Borozdina E.* Beremennost i prakticheskoye znaniye zhenshchin // Praktiki i identichnosti: gendernoye ustroystvo / pod red. E. Zdravomyslovoy, V. Pasyukovoy, A. Temkinoy, O. Tkach. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2010. S. 235–257.
- Borozdina E.* Meditsinskaya pomoshch beremennym: v poiskakh zaboty // Zdorovye i intimnaya zhizn: sotsiologicheskiye podkhody / pod red. E. Zdravomyslovoy, A. Temkinoy. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2012. S. 54–84.
- Ginekologiya:* uchebnik / pod red. G. M. Savelyevoy, V. G. Breusenko. M.: GEOTAR-MED, 2004.
- Ginekologiya:* uchebnik / pod red. G. M. Savelyevoy, V. G. Breusenko. M.: GEOTAR-MED, 2011.
- Gritsyuk V. I., Gurkin Yu. A.* Nastolnaya kniga ginekologa. SPb.: Dilya, 2003.
- Denisov B., Sakevich V.* Planirovaniye semi v trekh slavyanskikh stranakh // Demoskop weekly. 2012. № 505–506 // <http://demoscope.ru/weekly/2012/0505/tema01.php>
- Zakharov S., Sakevich V.* Osobennosti planirovaniya semi i rozhdayemost v Rossii: kontratseptivnaya revolyutsiya – svershivshiy fakt? // Roditeli i deti, muzhchiny i zhenshchiny v semye i obshchestve / pod red. T. M. Malevoy, O. V. Sinyavskoy. M.: NISP, 2009. S. 127–171.
- Zdravomyslova E., Temkina A.* Doveritelnoye sotrudnichestvo vo vzaimodeystvii vrach a i patsiyentki: vzglyad akushera-ginekologa // Zdorovye i intimnaya zhizn: sotsiologicheskiye podkhody / pod red. E. Zdravomyslovoy, A. Temkinoy. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2012. S. 23–53.
- Krasilnikova D.* Na priyeme u ginekologa: «tekhnicheskaya» i «personalizirovannaya» modeli ispolneniya roli vracha // Zdorovye i intimnaya zhizn: sotsiologicheskiye podkhody / pod red. E. Zdravomyslovoy, A. Temkinoy. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2012. S. 84–101.

Larivaara M. Moralnaya otvetstvennost zhenshchin i avtoritet vrachey: vzaimodeystviya ginekologov i patsiyentok // *Novyy byt v sovremennoy Rossii: gendernyye issledovaniya povsednevnosti* / pod red. E. Zdravomyslovoy, A. Rotkirkh, A. Temkinoy. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2009. S. 313–345.

Negri A. Trud mnozhestva i tkan biopolitiki // *Siniy divan*. 2008. № 12 // <http://www.polit.ru/article/2008/12/03/negri/>

Savevich V. Pereydet li Rossiya ot aborta k planirovaniyu semi // *Demoskop Weekly*. 2011a. № 465–466 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0465/tema06.php>

Savevich V. Osnovnyye popravki v zakon ob okhrane zdorovya kasayutsya abortov // *Demoskop Weekly*. 2011b. № 483–484 // <http://demoscope.ru/weekly/2011/0483/reprod01.php>

Snarskaya O. O. Seksualnoye obrazovaniye kak sfera proizvodstva gendernykh razlichiy i konstruirovaniya predstavleniya o «natsii» // *Zdorovye i doveriye: gendernyye podkhod k reproduktivnoy meditsine*. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2009. S. 51–90.

Temkina A. Kontratseptivnyye praktiki rossiyskikh zhenshchin: (bez)opasnost i medikalizatsiya // *Zdorovye i intimnaya zhizn: sotsiologicheskiye podkhody* / pod red. E. Zdravomyslovoy, A. Temkinoy. SPb.: Izd-vo YeUSPb, 2012. S. 210–240.

Fuko M. *Rozhdeniye kliniki*. M.: Smysl, 1998.

Fuko M. *Nadzirat i nakazyvat*. M.: Ad Margi-nem, 1999.

Fuko M. *Ispolzovaniye udovolstviy* // *Istoriya seksualnosti*. T. 2. SPb.: Akademicheskii proyekt, 2004.

Bledsoe C. Contraception and «Natural» Fertility in America // *Population and Development Review*, Vol. 22. Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories, 1996. P. 297–324.

Conrad P. Medicalization and Social Control // *Annual Review Sociology*. 1992. 18. 209–232.

Gerber T., Berman D. Heterogeneous Condom Use in Contemporary Russia // *Studies in Family Planning*. 2008. 39 (1). P. 1–17.

Gribaldo A., Judd, M., Kertzer D. An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy // *Population and Development*. 2009. 35 (3). P. 551–584.

Lock M. The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories // *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. 2001. 15 (4). Special Issue: The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond. P. 478–492.

Larivaara M. Pregnancy Prevention, Reproductive Health Risk and Morality: a Perspective from Public-Sector Women's Clinics in St. Petersburg, Russia // *Critical Public Health*. 2010. 20 (3). P. 357–371.

Larivaara M. "A Planned Baby Is a Rarity": Monitoring and Planning Pregnancy in Russia // *Health Care for Women International*. 2011. 32:6. P. 515–537.

Lupton D. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage, 1994.

Medley-Rath S.R., Simonds W. Consuming Contraceptive Control: Gendered Distinctions in Web-Based Contraceptive Advertising // *Culture, Health & Sexuality*. 2010. 12 (7). P. 783–795.

Oakley. A. *The Captured Womb*. Oxford: Basic Blackwell, 1984.

Perelman F., McKee M. Trends in Family Planning in Russia, 1994–2003 // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009. 941 (1). P. 40–50.

Rabinow P., Rose N. *Biopower Today* // *BioSocieties*. 2006. 1. P. 195–217.

Regushevskaya E., Dubikaytis T., Nikula M., Kuznetsova O., Hemminki E. Contraceptive Use and Abortion Among Women of Reproductive Age in St. Petersburg, Russia // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009. 41 (1). P. 51–58.

Rivkin-Fish M. Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Toward a Feminist Anthropology of "Maternity Capital" // *Slavic Review*. 2010. 69 (3). P. 701–724.

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

Rivkin-Fish M. Sexuality Education in Russia: Defining Pleasure and Danger for a Fledgling Democratic Society // *Social Science & Medicine*. 1999. 49. P. 801–814.

White K. An Introduction to the Sociology of Health and Illness. Los Angeles and London: Sage, 2009.

Zola I.K. Medicine as an Institution of Social Control: The Medicalizing of Society // *Sociological Review*. 1972. 20. P. 487–504.

Анна Адриановна Темкина – PhD, профессор,
Европейский университет в Санкт-Петербурге,
электронная почта: atemkina@gmail.com

Anna A. Temkina – PhD, Novartis chair in Sociology of Public Health and Gender,
European University at St. Petersburg,
e-mail: atemkina@gmail.com
