

# РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ: ПЕРСПЕКТИВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

**Анастасия Новкунская**

*Анастасия Новкунская – слушатель 3-го года PhD программы факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге, магистр социологии ЕУ СПб. Адрес для переписки: Малый проспект В.О., д. 90, кв. 69, Санкт-Петербург, 199226, Россия. a.novkuns kaya@gmail.com.*

*Я благодарна Екатерине Бороздиной и Денису Сивкову за их комментарии к начальной версии текста, а также редакторам и анонимным рецензентам журнала Laboratorium за их правки и рекомендации на последующих этапах работы.*

Статья посвящена анализу того, как может изучаться распределение ответственности в области репродуктивного здоровья с точки зрения социальной теории и в рамках социологического исследования. В первой части работы предлагается обзор литературы, в той или иной форме выделяющей субъектов ответственности, а также рассматривающей их взаимодействия в поле заботы о здоровье вообще и репродуктивном в частности. Показано, что ответственность аналитически рассматривается в двусторонних отношениях врача и пациента, государства и индивида или государства и медицинских институтов. В то же время ответственность в области репродуктивного здоровья может приписываться одновременно нескольким акторам даже в рамках одной перспективы. Такая множественность субъектов ответственности задает неопределенность правил взаимодействия (и взаимных ожиданий) между социальными агентами. Во второй части работы на материалах интервью с российскими акушерами-гинекологами рассматривается множественность субъектов ответственности, которым она приписывается самими медицинскими профессионалами. Результаты эмпирического исследования подтверждают тезис о дисперсии ответственности как отсутствию сформированной и определенной системы ожиданий относительно действий других социальных агентов даже в рамках одного экспертного сообщества.

**Ключевые слова:** социальная ответственность; репродуктивное здоровье; медицинские профессионалы; медицинский дискурс; здравоохранение в России

Здоровье как определенное состояние человека в эпоху поздней современности становится предметом особой заботы и внимания, которые институционализируются в различных практиках и социальных структурах. Чтобы тело было здоро-

вым, предполагается, что на него нужно систематически воздействовать (например, осуществлять профилактику заболеваний, проходить диспансеризацию, вакцинироваться, наблюдаться у врача, правильно питаться, «вести здоровый образ жизни»). Однако не всегда общество эксплицитно и однозначно устанавливает то, какие именно практики будут признаваться в качестве приемлемых или «позитивных» воздействий на тело и здоровье, а также то, кто определяет их нормы и правила. Так образуются сложные системы отношений разных социальных акторов, объявляющих себя ответственными за состояние человека, а также воспроизводящих систему представлений, правил и ожиданий, которым не всегда соответствуют действия других взаимодействующих между собой агентов. Институт здравоохранения как поле интеракции различных агентов, направленных на регулирование и решение практических вопросов, связанных со здоровьем, характеризуется, с одной стороны, как нормативный (так как он создает комплекс предписаний и ожиданий), а с другой – гетерогенный (поскольку не обеспечивает единую систему этих самых предписаний).

Вместе с тем изучение вопросов того, как именно выстраиваются отношения различных социальных акторов в области заботы о здоровье, являются ли они иерархичными и на каких взаимных ожиданиях и предписаниях основаны, имеет как практическую, так и аналитическую значимость. Если следовать логике, воспроизводимой медиадискурсом и экспертным сообществом, состояние здравоохранения в России оценивается как негативное, что некоторыми аналитиками напрямую связывается с его организацией и процессом реформирования (Комаров и Ермаков 2015:5, 7). В свою очередь, такое положение может объясняться и низким уровнем ответственности за здоровье, субъектами которой обозначаются то сами пациенты, не уделяющие достаточного внимания своему состоянию (Савельева 2013:135), то государство, выделяющее недостаточно средств на развитие здравоохранения (Улумбекова 2015) и потерявшее возможности контролировать качество медицинских услуг (Волков 2015). Кроме того, массмедийные источники нередко обвиняют самих медицинских работников, «недоброкачественно выполняющих свою работу», и приписывают им основную ответственность за негативные исходы в области заботы о здоровье (Богданов 2008; «Ответственность за врачебные...» 2015).

Репродуктивное здоровье будет рассматриваться здесь как особая сфера социальных отношений, связанных с заботой о теле, в которой проблема ответственности артикулируется эксплицитно как медицинскими профессионалами и их пациентами, так и государством и СМИ. Во многом это объясняется процессом медиализации, которая в большей степени затрагивала проблемы, связанные с женской телесностью (Темкина 2013; Conrad 1992), задавая нормативную рамку того, как женщины должны вести себя, следить за своим здоровьем и т. п. Кроме того, как отмечают российские социологи, поле репродукции является «политизированным и морально ангажированным» (Здравомыслова и Темкина 2011:28–29). Как следствие, вопросы репродуктивного здоровья относятся не только к медицинской агенде, но и вовлекаются в систему моральных представлений и политических вопросов, что делает их еще более продуктивными для изучения ответст-

венности. Кроме того, и в юридическом измерении данная специальность представляет собой особый случай правоприменения, который показывает, что акушеры-гинекологи чаще, чем другие медицинские специалисты (после хирургов), становятся субъектами юридической ответственности (Новоселов 1998). Стоит оговорить, что негативные (по оценкам экспертов и самооценкам индивидов) показатели здоровья не рассматриваются в данной статье как предмет социологического анализа (не отрицая, тем не менее, того факта, что это является проблемой, имеющей множество социальных причин).

Цель данной работы – показать комплексность и сложность феномена ответственности в социальных отношениях, связанных с репродуктивным здоровьем. Я предполагаю, что практическая проблема, артикулируемая в медийном и повседневном дискурсе как отсутствие или недостаточность ответственности того или иного социального агента в поле заботы о репродуктивном здоровье, связана не только с неэффективной работой социальных институтов, таких как здравоохранение, социальная политика, практики заботы о себе или медицинский профессионализм, но в том числе и с множественностью самих субъектов ответственности. Я также полагаю, что их взаимодействия характеризуются неоднозначными правилами, нормами и системой взаимных ожиданий, что и приводит к возникновению негативных оценок как существующей системы охраны репродуктивного здоровья (и ее регулирования/реформирования), так и действий самих врачей и их пациентов. Кроме того, я считаю, что есть аналитический пробел в том, как изучаются отношения ответственности в области репродуктивного здоровья, поскольку в фокус социальных теорий и исследований попадают бинарные отношения между государственными и медицинскими институтами, врачами и пациентами или пациентами (индивидами) и государством. В то же время можно предположить, что взаимодействия в области заботы и охраны репродуктивного здоровья одновременно включают в себя нескольких социальных агентов (или ожидания относительно их действий) и что сама их множественность и задает специфику этих интеракций.

Для изучения обозначенной проблемы в следующем разделе статьи будет представлен обзор литературы, связанной с проблемой ответственности и ее распределения. Социологические исследования, затрагивающие проблему ответственности, будут рассмотрены по тематическим блокам, выстроенным по принципу субъекта ответственности и его отношений с другими акторами по ее распределению. Обзор будет представлен в трех блоках, фокусирующихся на взаимодействии основных социальных акторов в этом поле: врач – пациент, государство – медицинские институты и государство – индивид (пациент). Затем будут описаны методы сбора эмпирических данных, анализ которых составляет последний раздел статьи. Эмпирическая часть статьи обращается к перспективе медицинских профессионалов в области репродуктивного здоровья (акушеров-гинекологов). Обращение к позиции представителей экспертного сообщества в данном вопросе представляется необходимым для подтверждения аргумента о множественности субъекта ответственности в области сохранения и заботы о репродуктивном здоровье, проявляющейся даже в рамках одной профессиональной группы.

## **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАК РЕСУРС, СООТВЕТСТВИЕ ОЖИДАНИЯМ И ДОСТУП К ПРИНЯТИЮ ЗНАЧИМЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РЕШЕНИЙ**

Данный раздел посвящен обзору тех аналитических перспектив, которые тем или иным образом проблематизируют ответственность в области здоровья. Задачей этого обзора является показать, какие социальные акторы могут изучаться в качестве субъектов ответственности в поле здоровья вообще и репродуктивного в частности, а также то, как между ними происходит перераспределение ответственности за здоровье (или борьба за контроль). Анализ представлен в трех разделах, разбитых по принципу бинарных отношений, аналитически выделяемых в качестве ключевых между основными субъектами ответственности – пациентами, врачами (медицинскими институтами) и государством (Кульман 2005:536).

### **ВРАЧ – ПАЦИЕНТ**

Индивид («носитель» здоровья) изучается в качестве одного из основных субъектов ответственности за здоровье, начиная с самых первых исследований по социологии медицины. Индивидуальная ответственность за здоровье самих пациентов в социологических исследованиях определяется чаще всего как комплекс действий, который должен совершить человек для обеспечения своего собственного здоровья, включая обязательную коммуникацию с медицинскими институтами (Parsons 1991), поддержание здорового образа жизни (Cockerham 2005), а применительно к репродуктивному здоровью – целый набор социальных практик, как, например, использование контрацепции, планирование семьи, систематические профилактические осмотры, соблюдение предписаний врачей, выполнение правил медицинских учреждений и прочее, а также соответствие определенным моральным правилам или ожиданиям медиков (Лариваара 2009) или наличие определенной культуры у пациента (Одинцова 2009).

В отношениях с врачами ответственность также рассматривается как автономность индивидов и их право (а также возможности его реализовывать) обладать информацией и принимать решения относительно тех или иных действий по отношению к здоровью (Браун и Русинова 1996:134). В таком определении ответственность является аналитическим антонимом патернализму, который противопоставляется автономии пациента как праву выбора и участия в принятии ключевых решений и связывается с механизмом контроля: тот, кто обладает информацией, является главным субъектом контроля (например, процесса лечения) и, следовательно, – главным субъектом ответственности. В изучении патернализма ответственность становится ресурсом, за который в своих взаимодействиях конкурируют врач и пациент. Тем не менее, стоит отметить, что в определенных социальных системах этот ресурс (право контроля) не является желаемым для той или иной стороны. Например, в качестве специфики российского контекста исследователи отмечают ориентацию индивидов как раз на патерналистскую модель («внешние инстанции ответственности» (142)), наследующую систему отношений, сложившуюся в советской медицине: «Исторически сложилась, а в советское время особенно возросла, тенденция возложения ответственности за те или иные действия, будь

то ответственность за материальное благополучие или ответственность за здоровье, преимущественно на внешние обстоятельства (государство, медицину), а не на самого человека» (Бурмыкина 2000:171).

Некоторые исследователи связывают эту специфику советского здравоохранения с устройством социальных институтов в социалистическом обществе, которые рассматриваются как продолжение или представительство самого государства (Field 2000; Rivkin-Fish 2005; Saks 2015:99). Анализ подобной концептуализации взаимодействия будет предложен в последней части данного раздела: «Государство – индивид».

В рамках либеральной парадигмы социальные теории обратились к концепции «образа жизни» (*health lifestyle*). Теория «жизненного стиля в отношении здоровья» проблематизирует «заботу о себе» (которую можно рассматривать как индивидуальную ответственность) или ее отсутствие как один из значимых компонентов здоровья индивида (Cockerham 2005). В таком смещении ответственности от врача (патерналистская модель) к пациенту обнаруживается ее свойство как ресурса, который в разном объеме распределяется между агентами в зависимости от заданной ситуации. В качестве иллюстрации такого распределения исследователи приводят, например, рассказы кардиохирургов о том, что они меньше переживают за выздоровление тех пациентов, которые курят, поскольку считают их виновными и ответственными за свое заболевание и плохое самочувствие (Lupton 2003:107). Вместе с «либерализацией» медицинских институтов и, в частности, с коммерциализацией системы здравоохранения, исследователи фиксируют переход от врача к самому индивиду как основному субъекту ответственности за здоровье и, соответственно, за его потерю (Haug and Levin 1981). Индивидуальная ответственность как необходимое условие поддержания здоровья становится одним из способов конструирования либерального субъекта (Cockerham 2005; Giddens 1991). Именно в том, насколько внимателен к своему физическому, психологическому или социальному состоянию человек и сколько усилий он затрачивает на его поддержание (т. е. как он выполняет предписания врача и насколько соответствует в своих практиках нормативным представлениям о «здоровом образе жизни»), и медицинские, и социальные исследователи начинают видеть причину удовлетворительного состояния или недостаточности здоровья.

Если в патерналистской модели конкретный врач оказывается основным субъектом контроля и выбора практик заботы о здоровье, то в либеральной модели экспертное сообщество сохраняет доминирующие позиции в нормативном определении ответственности за здоровье и формировании системы ожиданий и предписаний. Это тем сильнее проявляется в сфере репродуктивного здоровья, вовлекающей в поле своего действия моральные аспекты ответственности: «врачи настаивают на том, чтобы женщина сама несла моральную ответственность за свое репродуктивное здоровье» (Лариваара 2009:342). При этом под ответственностью пациентов как соответствием определенному моральному порядку, которого, во всяком случае, ожидают от них врачи, исходя из результатов исследования Мери Лариваары, можно понимать «сознательное отношение к здоровью», особую культуру репродуктивного здоровья, подразумевающую определенный

уровень знаний; отсутствие предрассудков относительно тех или иных методов контрацепции или неграмотности и несерьезности отношения к здоровью; благо-разумие и отсутствие упрямства или беспечности; «уважение к себе», контроль собственной жизни и отношение к собственному здоровью как приоритетному в шкале индивидуальных ценностей; признание авторитета врача и следование его указаниям (342).

Во взаимодействиях с медицинскими институтами и в медицинском дискурсе происходит конструирование пациента как агента выбора и «самодисциплинирования» (Темкина 2013:61). В этом отношении пациент может определяться как оспаривающий власть медицины и бросающий вызов ее контролю: «Определенный тип женщин (требовательных, с точки зрения врачей) не принимает медицинскую власть врачей как само собой разумеющуюся, они сомневаются в советах, проверяют и корректируют их» (64). Само изменение институциональной среды создает условия, в которых пациенты получают больше возможностей для конкуренции за право влияния и контроля вопросов, связанных с обеспечением здоровья: «стратегии профессионалов, формулируемые в их собственных интересах, в стремлении монополизировать власть экспертизы, уже не устраивают граждан, чьи возможности выбора, влияния и контроля над профессионалами расширяются» (Романов и Ярская-Смирнова 2013:7). В таких случаях, как показало мое предыдущее исследование (Новкунская 2014), врачи начинают переопределять ситуацию как нарушение социальных норм различного порядка, включая институциональный, моральный и прагматический, а сами ситуации, выходящие за пределы этих норм, переопределяют как «безответственные».

## ГОСУДАРСТВО – МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТИТУТЫ

Врачи и медицина вообще, как было показано выше, проблематизируются как институты контроля, которые задают правила взаимодействия и создают предписания в поле заботы о здоровье (Темкина 2013:43), а также могут требовать выполнения действий, связанных с этими предписаниями. Именно чувство особой ответственности за «судьбу и выздоровление пациента» и право ее нести отличают врача от прочих социальных ролей и задают систему иерархических отношений в условиях медицинских институтов (Freidson 1970:120, 163–165). Однако, если в рамках социологии профессий ответственность медиков может пониматься как компонент профессии с высоким статусом, который связывается в первую очередь с автономией в принятии решения (с автономией самой профессии) и с ориентацией на нужды и интересы клиента (Freidson 1970), то в исследованиях медицинских практик и функционирования медицинских учреждений ответственность операционализируется через комплекс обязанностей врача, в том числе административных. Так, кроме «медицинской» ответственности врача (заботиться о выздоровлении пациента) исследователи проблематизируют и его «бюрократическую» ответственность как необходимость отвечать перед учреждением, в котором он работает, различными отчетами или выполнением плана (см., например, Тимченко 2006; Field 1957). Таким образом в поле заботы о здоровье в качестве значимого актора включается государство.

Применительно к советской системе здравоохранения врачи рассматривались как представители государства или как его медиаторы, содержание и условия труда которых в значительной мере им определяются (Macdonald and Ritzer 1988:260). Забота о здоровье населения входила непосредственно в ответственность государства и функции правительства, сама система здравоохранения была полностью централизована как административно, так и бюрократически, врачи же определялись как государственные работники, ответственность которых не делима с ответственностью государства (Saks 2015:99). Подобная политическая и профессиональная бесправность врачей в отношениях со своим руководством и государственными институтами (в частности, министерством здравоохранения) имела обратной стороной возрастающий патернализм, и даже авторитаризм, в отношениях с пациентами в контексте взаимодействия в медицинских учреждениях (Field 1991; Rivkin-Fish 2005).

Однако подобная «гибридность» медицинской профессии (Field 1991) не была преодолена даже в ходе нескольких этапов реформирования системы здравоохранения. Как показывают исследования, врачи (по крайней мере в сфере бюджетного репродуктивного здравоохранения) в настоящее время как профессиональная группа не обрели автономии от государства: «гинекологи не действуют как автономное профессиональное сообщество, которое само устанавливает правила. Как наемные работники государства они ограничены большим количеством бюрократических правил» (Темкина 2013:61). Несмотря на либерализацию (как минимум в форме коммерциализации) системы здравоохранения и привнесения в нее рыночных механизмов контроля и управления (Стародубов и Суханова 2012; Shishkin 2013), бюрократическое устройство медицины не позволяет говорить о растущей ответственности врачебного сообщества и «эмансипации» от государственных институтов: «В силу своей зависимости от начальства, отсутствия автономии и саморегуляции они не способны корпоративно противодействовать коррупции, припискам, халатности, показухе, дефектам управления» (Романов и Ярская-Смирнова 2013:8).

## ГОСУДАРСТВО – ИНДИВИД (ПАЦИЕНТ)

Стоит отметить, что аналитически категория государства для социальных взаимодействий, связанных с вопросами здоровья, не является гомогенной, так как в ней можно выделить несколько разных уровней, действующих порой рассогласованно. Например, в американской традиции социологии профессий государство не выделяется в качестве самостоятельного субъекта ответственности в области здоровья и может не рассматриваться как значимый социальный актор в поле взаимодействия относительно здоровья (Macdonald and Ritzer 1988:263). Вместе с тем даже для тех социальных систем, в которых государство выступает только в качестве регулятивной рамки, лишь задающей правила взаимодействия других социальных агентов (например, относительной автономией взаимодействия врача и пациента от влияния государства характеризуются медицинские институты США), оно включается в анализ как одна из сторон, ответственных за определение и контроль правовых рамок (Saks 2015:3).

Более того, государство является значимым агентом ответственности за здоровье хотя бы в силу того, что постоянно определяется как таковой другими социальными акторами. Даже те структуры, которые могли бы быть выделены и изучены как самостоятельные агенты ответственности в других контекстах (например, страховые компании), применительно к ситуации современной России во взаимодействиях внутри медицинских институтов в социологических и экономических исследованиях рассматриваются как продолжение государственного аппарата (Тихомиров 2011). Усиливает актуальность такой концептуализации государства и тот факт, что современная система здравоохранения в России во многом наследует устройство советской медицины, которая, как уже было отмечено выше, провозглашалась продолжением государства. Как следствие, до сих пор «в современном российском обществе нет консенсуса по поводу ... соотношения личной и государственной ответственности за репродуктивное здоровье» (Здравомыслова и Темкина 2009:8).

Социологи отмечают в качестве основной особенности работы социалистического государства в области здравоохранения тот факт, что оно практически полностью брало на себя ответственность за здоровье (и его возвращение в случае болезни) своих граждан (Field 1957; Cockerham 2005:59). Эта ответственность реализовывалась не только через деятельность министерства здравоохранения, которое несло ответственность за работу всех медицинских учреждений (Field 1957:29), но и через другие социальные институты: «Советская система являла собой пример гиперопеки государства за состоянием здоровья граждан посредством систем диспансеризации, вакцинации, регламентации деторождения, тела и внешности, питания, быта и повседневности граждан» (Савельева 2013:134).

Однако с изменением политического режима государство на дискурсивном уровне продолжает поддерживать свою ответственность за здоровье граждан (тем более репродуктивное как связанное с дискурсом «воспроизводства нации») и постоянно актуализирует ее в проектах по социальной политике (Чернова 2008). Более того, ответственность государства признается не только на юридическом уровне – как обеспечение прав граждан в области охраны здоровья (Баллаева 1998), – но и на уровне повседневных практик и ожиданий: «В советском прошлом многие современные социологи видят истоки нынешнего патернализма россиян, их невнимания к собственному здоровью, нежелания брать за него ответственность, по привычке отдавая его на откуп государственному здравоохранению или судьбе» (Савельева 2013:135).

Проблематизация государства как ответственного агента за здоровье вписана в традицию «государств всеобщего благосостояния» как тех систем, которые эксплицитно заявляют о своих намерениях обеспечивать социальное благополучие, включающее здоровье своих граждан (Esping-Andersen and Myles 2014). Даже в тех случаях, когда «декларации о социальной ориентированности государственной политики в сфере здравоохранения» могут и не соответствовать политическому контексту и бюджетной политике, «массмедийные образы проблемы формируют такую картину социальной реальности, в которой здоровье принадлежит государству и медицине. Частота упоминания индивидуальных причин нездо-

ровья, индивида как субъекта ответственности невелика» (Савельева 2013:139). Вместе с тем на практике организация здравоохранения в России на административном и организационном уровнях описывается исследователями как ситуация фрагментации заботы о здоровье, которая приводит к «коллективной безответственности» (Rivkin-Fish 2005:76).

Из проведенного выше обзора можно сделать несколько заключений: как в социальной теории, так и в социологических исследованиях выделяется несколько значимых субъектов ответственности за здоровье – индивиды (в случае с репродуктивным здоровьем преимущественно женщины), врачи или медицинские институты и государство. Кроме того, он обнаруживает, что категория ответственности аналитически связывается с измерением власти и контроля (например, как ожидаемые издержки) и вместе с тем на практике проблематизируется как неравное распределение властного ресурса и конкуренцию за право принимать ключевые решения в области здоровья. Однако немногие социологические исследования обращаются к проблеме ответственности или ее отсутствию как к самодостаточной для изучения – это объясняет, например, тот факт, что в работах, так или иначе затрагивающих эту тему, распределение ответственности рассматривается, как правило, между двумя, но не более, субъектами. Так, социологи обращаются к распределению ответственности (контроля или власти) между государством и индивидами (Савельева 2013), государством и врачами (Романов и Ярская-Смирнова 2013) или государством и медицинскими институтами, врачами и пациентами (Parsons 1991; Rivkin-Fish 2005; Темкина 2013).

С одной стороны, такая постановка проблемы позволяет подробнее и глубже рассмотреть обозначенные вопросы, с другой – исключает из своего фокуса дополнительную перспективу. Задачей данного обзора литературы было показать, что есть аналитический пробел в том, как именно изучается ответственность в области здоровья: она в редких случаях становится центральной проблемой изучения и практически никогда не рассматривается во взаимодействии комплекса социальных акторов. Между тем основной целью данной статьи является показать, что именно во множественности предполагаемых субъектов ответственности может заключаться проблема «безответственности», которой зачастую характеризуется система заботы о репродуктивном здоровье. Следующий раздел статьи предлагает концептуальную модель, позволяющую изучить эту множественность, после чего я обращаюсь к перспективе медицинских профессионалов, нарратив которых позволяет реконструировать более полный набор основных субъектов ответственности в области репродуктивного здоровья.

## **КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ РАМКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В данной статье непосредственное состояние здоровья не рассматривается ни как исследовательский объект, ни как «объективная» предпосылка для оценки эффективности работы тех или иных социальных институтов, ответственных за его поддержание. В задачи исследования также не входит объяснить то, почему такие оценки возникают и в чем заключаются социальные источники «безответственно-

сти» в области здоровья. Здоровье не рассматривается здесь как физическое состояние с объективными параметрами, за сохранение которых может нести ответственность тот или иной социальный актор. Я также не исхожу из предпосылок политэкономической медицинской антропологии, которая указывает на связь между статусом индивида в конкретной социальной иерархии и состоянием здоровья (Михель 2010:23). Концептуальная модель для данной работы основывается на подходе социального конструктивизма, где большее значение придается «интерпретативным моделям и субъективным смыслам здоровья и болезни, подчеркивается культурно-историческая относительность того, что считать нормой и патологией в отношении телесных и душевных состояний человека и на каких субъектах возлагать ответственность» (Савельева 2013:131).

Основной вопрос работы связан с тем, что (без)ответственность используется как объяснительная модель для ряда социальных феноменов, связанных со здоровьем и его обеспечением. Вместе с тем я хочу показать, что сама эта категория не обладает достаточным объяснительным потенциалом, так как учитывает не всех возможных участников того социального взаимодействия, для объяснения которого она используется. Этот раздел предлагает определение ответственности, которое может применяться для изучения социальных отношений в области здоровья и его обеспечения, а также ту концептуальную модель, с помощью которой можно анализировать распределение ответственности в области репродуктивного здоровья и заботы о нем.

Я полагаю, что ситуация «безответственности», которой часто характеризуется поле обеспечения здоровья в России, практически может объясняться, например, тем, что сама институциональная организация обеспечения и поддержания этой ответственности не создает механизмов ее реализации, или тем, что есть сразу несколько агентов, претендующих на право регулировать отношения, связанные с обеспечением здоровья, и конкурирующих за возможность контролировать и влиять на практики заботы о здоровье или лечения, но при этом не имеющих ресурсов ее обеспечивать.

Однако аналитически эта проблема распределения ответственности может изучаться как расхождение взаимных ожиданий нескольких агентов, взаимодействующих в этом поле или в гетерогенности ожиданий и представлений относительно ее реализации в рамках одной перспективы. Предложенный ниже анализ эмпирических данных не позволяет дать полную характеристику всех взаимодействий в этом поле, но его задачей является показать то, что даже в относительно гомогенной экспертной группе медицинских профессионалов нет консенсуса относительно того, кто является доминирующим субъектом ответственности и за что именно он должен отвечать в поле репродуктивного здоровья. Для этого предлагается следующая концептуальная модель.

Ответственность рассматривается мной как признание того, что ее субъект готов нести издержки и затраты, связанные с тем или иным (взаимо)действием, и, одновременно, как претензия на контроль этой ситуации взаимодействия и права на него непосредственно влиять. Таким образом, аналитически она может изучаться как оборотная сторона контроля и власти. Вместе с тем я полагаю, что

определение и практики ответственности одного из социальных агентов сочетаются с целой системой ожиданий относительно ответственности других акторов, вовлеченных в поле заботы о репродуктивном здоровье. Эта система ожиданий не только формирует оценку осуществляемых взаимодействий, но и оказывает влияние на то, какую форму и степень ответственности готовы осуществлять каждый их участник. Такое определение предполагает, что ответственность будет определяться по-разному в зависимости от того, с чьей позиции реконструируются ожидания относительно ее реализации. Кроме того, предполагается, что различные социальные контексты будут также различаться по тому, какие социальные агенты включаются в систему взаимных ожиданий в этом поле и как на практике осуществляются их взаимодействия.

Я также полагаю, что наиболее емкая аналитическая модель ответственности должна не обращаться к рассмотрению бинарных отношений (например, врача и пациента, врача и государства, государства и индивида), а учитывать всех, в том числе потенциальных, акторов в поле заботы о здоровье, значимых для данного социального контекста и для заданной перспективы. Выполнение этого условия позволит, с одной стороны, совершить наиболее полный анализ социальных отношений в этой сфере, а с другой – обнаружить различия между перспективами разных сторон.

На основании того, кто определяется в качестве основного субъекта ответственности за здоровье как социальный агент, который устанавливает правила взаимодействия и осуществляет контроль (например, за ходом лечения и т. п.), можно выделить следующие «идеальные типы» ответственности:

1. Этакратическая (основная ответственность лежит на государстве).
2. Либерально-профессиональная (экспертное сообщество, профессиональная группа).
3. Либерального субъекта (ответственность приписывается самому пациенту).

Как и любая другая классификация, основанная на выделении идеальных типов, данные варианты моделей ответственности в области здоровья должны рассматриваться на практике как характеристики, которые могут сочетаться между собой в различных вариантах. В рамках одной системы ожиданий могут доминировать (и, соответственно, вступать в конкуренцию) не только два субъекта ответственности, но и все три и даже дополнительные, как будет показано далее.

Кроме того, стоит отметить, что данная модель будет не столько адекватно описывать всю систему взаимодействий в поле обеспечения здоровья в целом, а реконструировать ожидания относительно действий других социальных агентов с позиции одного из них (врачей). Отсюда можно выделить две аналитические проблемы, связанные с реализацией ответственности. Во-первых, система изучаемых ожиданий может значительно отличаться при сравнении разных перспектив: то, каким представляется нормативное распределение ответственности с точки зрения государства (и, например, отражается в принимаемых им законах и программах), будет не совпадать с тем, каковы ожидания реализации ответственности у медицинских профессионалов или граждан-пациентов. Во-вторых, даже в рамках одной перспективы может обнаруживаться неоднородность ожи-

даний, что в свою очередь может артикулироваться как негативная оценка работы всей системы.

Как уже отмечалось выше, исходя из конструктивистского подхода я полагаю, что конкретный социальный контекст будет задавать специфику как самих взаимодействий, происходящих в нем, так и системы их оценок вовлеченными акторами. Можно предположить, что не только условия современного российского здравоохранения значительно отличаются от прочих систем, но и внутри него можно выделить множество различных контекстов. Так, распределение ответственности между основными агентами на уровне ожиданий медицинских профессионалов может отличаться по регионам, по специальностям, а также по условиям работы (крупный центр – малый город, стационар – амбулатория). Иначе говоря, российский контекст очевидно неоднороден как по профессиональным практикам, так и по нормативным моделям (системам ожиданий), на которые ориентируются сами специалисты.

Стоит оговорить, что социальное положение врачей в постсоветском обществе в исследованиях характеризуется как «гибридное» – зависимое от государственного управления, с одной стороны, и позволяющее реализовывать практически неограниченную власть во взаимодействиях с пациентами – с другой (Field 1991; Rivkin-Fish 2005). Со временем такая амбивалентная позиция (и, как следствие, нормативные представления и профессиональные практики) трансформировалась. Однако изменения правовой рамки и поля регулирования сферы репродуктивного здравоохранения в случае современной России не всегда происходили и происходят достаточно определенно и упорядоченно. Так, например, либеральные реформы 1990-х годов привели к росту коммерциализации медицинских услуг и консьюмеризации поведения пациентов; вместе с тем с середины 2000-х годов наметился обратный либеральному поворот в социальной политике (Cook 2011:21). Как следствие, гибридность российского контекста только усиливается, что и предопределяет неупорядоченные ожидания и практики распределения ответственности.

Задачей эмпирической части данного исследования является показать, что даже в рамках одной социальной перспективы, локализованной в определенном социальном контексте, ответственность за репродуктивное здоровье приписывается множественному субъекту. В данной работе я обращаюсь к перспективе экспертов в области репродуктивного здоровья и его обеспечения – медицинских профессионалов, работающих в акушерских и гинекологических медицинских учреждениях одного из малых городов России (Центральный федеральный округ). Выбор данной перспективы обосновывается прежде всего тем, что именно врачи являются одной из социальных групп, конкурирующих за «монополию легитимной компетенции, за право производить экспертное знание о проблеме и давать рекомендации. Различные агенты конкурируют за право определения и переопределения ситуаций, связанных со здоровьем, используют различные стратегии самолегитимации, пытаются расширить границы собственного поля, отделить неэкспертов» (Савельева 2013:131–132). При этом, как показывают другие исследования постсоветского общества, именно медики «наделяются статусом единст-

венных компетентных экспертов», в то время как сама сфера женской репродукции «означается как сугубо медицинский феномен, который не только включает женщину в пространство медицины, но также навязывает ей определенные медицинские практики манипулирования телом» (Щурко 2012:77).

Локализация поля позволяет также говорить об относительной гомогенности (применительно к практикам и разделяемым нормам) профессионального сообщества как достаточно ограниченного по числу работающих специалистов и характеризующегося интенсивными социальными связями между ними. В таких условиях можно было бы рассчитывать на схожую систему ожиданий относительно распределения ответственности за репродуктивное здоровье. Как следствие, обнаружение множественного субъекта ответственности на уровне ожиданий акушеров-гинекологов в данной среде могло бы подтвердить предположение о том, что российский контекст отличается неявностью распределения ответственности за здоровье, как на уровне нормативных определений, так и на уровне практик.

Эмпирические данные собраны в рамках индивидуального исследовательского проекта, проводившегося с 2011 по 2013 год с использованием качественной методологии и организованного по стратегии кейс-стади. В качестве кейса рассматривалась система медицинских учреждений, оказывающих помощь в области репродуктивного здоровья (три женских консультации, акушерское и гинекологическое отделения центральной районной больницы<sup>1</sup>) одного из российских районных центров<sup>2</sup>. Исследование выстроено на основе глубинных полуструктурированных интервью, фокусированных на проблеме ответственности за репродуктивное здоровье, ее основных субъектах и профессиональных практиках самих врачей (1 неонатолог, 13 акушеров-гинекологов), средней продолжительностью 1,5 часа. В качестве дополнительных методов сбора данных использовались включенное наблюдение в крупнейшей женской консультации исследуемого случая. Серия наблюдений в июле–августе 2012 года общей продолжительностью 60 часов проводилась в кабинете заведующего женской консультацией (где кроме организационных собраний и административных процессов также проходил консультационный прием пациентов). Все материалы наблюдения фиксировались в полевой дневник непосредственно во время исследования, далее они использовались для методологической триангуляции данных интервью. Кроме того, для сбора данных использовался метод анализа документов: законодательных актов, регулирующих данную область здравоохранения (приказы Минздрава РФ), внутренних уставов учреждения, а также других циркулирующих в исследуемой системе (объявления, расписания, плакаты).

Отбор информантов осуществлялся по принципу сплошной выборки в рамках данного кейса – были проинтервьюированы все врачи данного районного центра, практикующие по специальности «Акушерство и гинекология», доступные на мо-

---

<sup>1</sup> Здесь и далее будут использоваться следующие сокращения: ЦРБ – центральная районная больница; ЖК – женская консультация.

<sup>2</sup> Выбор кейса обосновывается доступом к институционально закрытым организациям. Название районного центра не указано для соблюдения условий анонимности информантов, имена последних в цитатах из интервью также изменены.

мент проведения полевой работы (два других специалиста находились на тот момент в продолжительном отпуске). Стоит также отметить специфику исследуемого контекста малого города, которая состоит в ограниченной коммерциализации медицинских услуг<sup>3</sup>, что также может влиять на то, как медицинские профессионалы оценивают возможности реализации ответственности в этом поле. Кроме того, материалы включенного наблюдения показали, что между всеми акушерами-гинекологами осуществляется коммуникация и координация работы вне зависимости от формальной иерархии и структуры отношений. Например, врачи зачастую использовали личную связь (мобильный, а не рабочий телефон) со своими коллегами, дополнительно встречались вне рабочего времени для обсуждения различных случаев из своей практики. Данный эмпирический материал позволяет реконструировать относительную гомогенность профессиональной перспективы и вместе с тем показывает, что даже в этой группе невозможно однозначно выделить модель распределения ответственности как определенность ожиданий относительно действий других агентов (таких как, например, пациенты или государство), признания собственной власти и контроля.

Еще одной спецификой исследуемого случая является близость медицинских профессионалов по их возрасту, месту обучения (в большинстве случаев – в региональном центре) и времени профессиональной социализации – в позднесоветский период. Возможно, по этой причине нормативные представления информантов, система их ожиданий относительно ответственности пациентов и государства и критика происходящих изменений (в частности, коммерциализации и консьюмеризации) достаточно часто возникали в нарративах, что будет показано далее.

## ПЕРСПЕКТИВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

*Да здесь ответственны все три стороны: и врач, и пациент, и государство!*  
–Т. В., врач гинекологического отделения ЦРБ

Поскольку задачей данной статьи является показать множественность субъектов ответственности за репродуктивное здоровье, в этом разделе я обращаюсь к перспективе акушеров-гинекологов как экспертного сообщества в области заботы о репродуктивном здоровье. Как видно по эмпирическим данным, врачи атрибутируют ответственность за здоровье нескольким социальным агентам, для каждого из которых она описывается и определяется по-разному. Раздел представляет собой перечисление основных агентов ответственности, определяемых как таковые с точки зрения медицинских профессионалов, а также описание характеристики каждого из них.

Стоит оговорить, что сама категория ответственности достаточно сложно операционализируется для обсуждения относительно ее ожиданий и распределения на практике. Даже аналитически она может пониматься по-разному и актуализиро-

---

<sup>3</sup> В исследуемом кейсе отсутствуют официальные платные услуги по акушерству, и есть только одна частная гинекологическая клиника, которая представляет собой частную практику одного из врачей бюджетной женской консультации в том же кабинете.

ваться для разных ситуаций и типов социального взаимодействия (правовое измерение ответственности, нормативные представления о ней, профессиональные обязанности и другие). В проводимых мной глубинных интервью я не ограничивала изначально спектр возможных интерпретаций этой категории, однако путеводитель к ним был составлен таким образом, чтобы информанты могли рассказать не только о своих нормативных ожиданиях и представлениях, но и о практических проблемах, с которыми они сталкиваются в этой области. Например, информантам задавались как абстрактные вопросы («Кто, по-вашему, несет большую ответственность за репродуктивное здоровье?», «Должно ли государство как-то участвовать в заботе о репродуктивном здоровье?», «От чего зависит сохранение репродуктивного здоровья?»), так и вопросы, нацеленные на описание повседневных профессиональных практик, взаимодействий с пациентами и руководством. Нужно также отметить, что и сама категория репродуктивного здоровья не уточнялась в интервью, и каждый информант операционализировал ее исходя из своего опыта: как, например, благополучный исход родов, хороший (с медицинской точки зрения) репродуктивный анамнез или как отсутствие каких-либо патологий или проблем до, во время и после беременности. Иногда информанты уточняли и переспрашивали, какая именно проблема интересует меня саму относительно распределения ответственности, но в большинстве случаев интервью проходило в форме достаточно свободной беседы и врачи сами выстраивали нарратив относительно того аспекта, который обозначался ими как наиболее значимый.

## ПАЦИЕНТЫ

В нарративах врачей пациенты рассматривались как основные субъекты ответственности за репродуктивное здоровье. Женщины описываются в первую очередь как (потенциальные) матери, а их здоровье и ответственность за него оказываются связанными с возможностью репродукции и успешного деторождения:

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

Женщины (которые в медицинских дискурсах являются единственными субъектами ответственности среди пациентов, тогда как мужчины упоминаются редко и только в случаях, связанных с бесплодием) представляются тем социальным агентом, который в большей степени предопределяет успех и соотношение удач и потерь «результата рождения». Их ответственность на символическом уровне также связывается с обоснованностью ожиданий относительно успешного деторождения – с рациональным взвешиванием всех рисков и возможностей индивидуального репродуктивного проекта:

Больше всего [репродуктивное здоровье] зависит от самой женщины – а от осины не рождаются апельсины! (С. Б., акушер-гинеколог ЖК № 1 и родильного отделения ЦРБ; узист).

Вместе с тем врачи рассматривают удачные роды и вообще появление детей у пациентов как «плод своего труда» (информанты С. Б., Д. П., Г. В.), что отмечается как особенность самой специальности акушера-гинеколога в сравнении с другими. В этом контексте врачи признают и ответственность медицины, но ставят ее на второе место, оставляя приоритетную ответственность за пациентом:

Доктор, за что он отвечает согласно всем стандартам, он все это выполняет – остальное все на совести пациента (Н. А., врач ЖК № 1).

Я не отрицаю ответственности медицины, что медики совсем там не должны отвечать за здоровье пациента – нет! Но все-таки люди сами в большей степени, сами должны отвечать за свое здоровье! Заботиться о своем здоровье! (В. П., заведующий женской консультацией № 1 от ЦРБ).

И если ответственность врачей, как будет показано далее, определяется в основном как узкопрофессиональная – решение конкретных задач в рамках существующих возможностей, то ответственность пациента – как более широкая и менее конкретная (забота о здоровье вообще). Тем не менее, уточняя предмет и характер ответственности пациентов, информанты упоминали целый комплекс ожиданий относительно практик и установок своих пациенток. Среди них можно выделить следующие элементы:

- Поддержание здорового образа жизни. Информанты ожидают от своих пациентов ведения определенного образа жизни, включая самосохранительное поведение, избегание негативных потребительских практик (курение, употребление алкоголя и наркотиков). В частности, в качестве практик, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье (и, следовательно, которые должны контролироваться), упоминались курение, употребление алкоголя, оцениваемые негативно сексуальные паттерны, как, например, раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, аборт, отсутствие контрацепции:

Вот сейчас из 60 беременных у меня человек 30 точно либо курящих, либо куривших, либо скрывающих, что они курят.... То есть процент курящих очень большой! Очень большой! И банка пива... Коляска, банка пива и сигареты – это, это характерная картина в-ской жизни. Когда женщина идет с коляской, с банкой пива и сигаретой. Это очень бросается в глаза! (С. Б., акушер-гинеколог ЖК № 1 и родильного отделения ЦРБ; узист).

Ой, причин [ухудшения репродуктивного здоровья], конечно, тут масса, одна из основных причин – раннее начало половой жизни ... теперь начинают половую жизнь очень рано, чего там далеко ходить – около недели назад прервали беременность у тринадцатилетней (В. П., заведующий женской консультацией ЦРБ).

- Мониторинг состояния здоровья, профилактика заболеваний. В качестве важного измерения ответственности пациентов врачи также упоминали необходимость постоянного наблюдения за своим здоровьем и обращения к медицинским услугам в случае его нарушения (профилактика). Другими сло-

вами, в медицинском дискурсе женщины конструируются как пациенты даже в тех случаях, когда они сами оценивают свое состояние как удовлетворительное – в большинстве случаев женщинам предписывается обращаться в женскую консультацию с определенной регулярностью даже без конкретного повода. Вместе с тем врачи критикуют сложившуюся систему, когда ответственность за эти регулярные визиты лежит только на пациентах (в советский период профосмотры контролировались государственными институтами):

А теперь никто никуда не ходит, никому ничего не нужно! Какие профосмотры? Смотрим только тех, кто к нам пришел! (В. В., заведующий женской консультацией от городской больницы).

- Достаточная информированность и образованность; грамотность и осведомленность относительно репродуктивного здоровья и возможностей его профилактики (например, знание и использование контрацепции, что противопоставляется неведению календаря менструального цикла или неспособностью воспринимать информацию от врача):

От образованности, от настроения пациента все зависит! (Н. А., врач ЖК № 1);

Потом, Вы знаете, с чем сейчас вот трудно работать? Население не очень умно, так скажем, не умно, серо – серость нас окружает, к сожалению (Д. П., заведующий родильным отделением ЦРБ);

Все рассказать, чтоб пациент знал, чем это чревато. Но не все слушают. Ведь молодые не слушают (Л. А., врач ЖК № 1).

- Способность принимать осознанное и взвешенное решение о воспроизводстве (или отказе от него) – оценка не только социальных и экономических факторов, но также и состояния собственного здоровья, шансов на вынашивание и рождение здорового ребенка, соблюдение «правильных» фаз жизненного цикла:

Я вам так приблизительно скажу, что вот после 40 лет у нас родило около 12 – человек 12 или 15. После 40 лет! А это уже о многом говорит, потому что в этом возрасте ведь уже пора внуков, да, поджидать? А не своих детей... Детей своих вырастить довольно сложно! И надо задуматься ответственно, что сумею ли я это сделать в таком возрасте или нет? (Д. П., заведующий родильным отделением ЦРБ).

## ГОСУДАРСТВО

Наряду с пациентами врачи ожидают также от государства, включая министерство здравоохранения и другие институты, взятия ответственности за заботу о репродуктивном здоровье. Основной задачей государства, с точки зрения акушеров-гинекологов, является обеспечение структурных условий для взаимодействий и реализации ответственности всеми другими значимыми акторами:

Улучшение репродуктивного здоровья полностью зависит от государства. От медиков только 2–3% зависит, как нам говорят, – остальное все социальное! (Н. А., врач ЖК № 1).

В частности, к ответственности государства медики относят:

- Обеспечение социального благополучия граждан (пациентов), включая их доход, уровень образования, занятость на рынке труда и другие:

Государство должно отвечать за здоровье. Потому что люди начинают заниматься репродукцией, когда у них есть достаток. А государство – это чтобы у людей был достаток (Е. Л., районный акушер-гинеколог).

- Обеспечение достаточных и необходимых условий работы для самих врачей – зарплата за качество работы, а не ее количество, сокращение необоснованных запросов и бумажной работы.
- Институциональное переустройство российской системы здравоохранения – переориентация на профилактику, а не на терапию, на улучшение здоровья населения, а не демографической ситуации:

Это неправильная политика! Внимание должно уделяться больше профилактическим приемам, а у нас такой возможности нет!... Должно быть не количество, а качество! (В. В., заведующий женской консультацией от городской больницы).

## ВРАЧИ

Наряду с другими агентами ответственности, обозначенными выше, акушеры-гинекологи также признавали себя в качестве ее ключевых субъектов, оказывающих значительное влияние на репродуктивное здоровье. Более того, ответственность описывается как значимая составляющая их профессиональной деятельности. Именно измерение ответственности становится демаркатором профессионального статуса не только в сравнении с другими профессиями, но и даже в рамках врачебного сообщества – с другими специальностями, так как акушер-гинеколог отвечает «не за одну жизнь, а за две» (матери и ребенка). Более конкретно профессиональная ответственность врачей определяется информантами через следующие элементы:

- Оказание внимания пациенту, обеспечение заботы и опеки:

Конечно, помочь человеку наша задача – помочь, и вернуть здоровье. Чтобы человек вернулся в социум нормальным, здоровым (Т. В., врач гинекологического отделения ЦРБ).

- Соблюдение профессиональной этики, управление эмоциями, работа в режиме «экономии (или сдерживания) эмоций» и избегания прямых конфликтов с пациентами:

Ну а раз мы взяли на себя такую ответственность, то мы обязаны подавлять в себе эти всякие эмоции (Т. В., врач гинекологического отделения ЦРБ).

- «Делать все, что возможно» для улучшения здоровья или излечения пациента (Parsons 1991) – выполнение «золотого стандарта» обследования, которое также может восприниматься самими пациентами как гипердиагностика, и контроль состояния пациента:

Все беременности прогнозируемы – значит, врач обязан на каждом этапе прогноз этот видеть! (Т. П., врач ЖК № 1);

Есть «золотые стандарты» – «золотой стандарт» обследования, там их рекламируют, за это и деньги берут. Но есть этот «золотой стандарт» в медицине, он сам по себе, то есть его надо просто выполнить! И бывает, что один анализ какой-то не доделаешь, и тут оказывается, ты и прокололся! (С. Б., акушер-гинеколог ЖК № 1 и родильного отделения ЦРБ; узист).

- Необходимость разъяснить, убедить пациента выполнить те или иные предписания и назначения (в том числе через проявления власти: обзвон, приглашение для визита, мониторинг выполнения пациентами предписаний врача, приемы устрашения и так далее – то, что может напрямую соотносится с концепцией дисциплины и контроля):

За здоровье отвечает сам пациент! Сам пациент отвечает, потому что все люди взрослые, все отвечают. Но дело в том, что многое зависит еще от доктора, потому что сумеют люди достучаться и объяснить или нет (В. В., заведующий женской консультацией от городской больницы).

- Выполнение должностных обязанностей, которые контролируются:

Стандарты качества: чтобы все было своевременно, во время сделано, ничего не пропустить – это то, за что меня спросить могут, за то я и отвечаю (Н. А., врач ЖК № 1).

## ДРУГИЕ АГЕНТЫ

Кроме трех основных субъектов ответственности, соответствующих аналитическим моделям, врачи называли также и других социальных акторов, которые должны быть ответственны за репродуктивное здоровье индивидов. В частности, назывались родственники и ближайшее социальное окружение пациентов (воспитание, образование), которое, кроме непосредственного влияния на здоровье, воздействует и на то, насколько ответственным за свое здоровье будет сам индивид (опосредованная ответственность):

Я не знаю, как другие врачи говорили, но очень много зависит от окружения: какая семья у женщины, как к ней относятся родственники, как ей помогает муж, какого она социального уровня, как она вот в жизни устроена... (С. Б., акушер-гинеколог ЖК № 1, узист).

Кроме того, акушеры-гинекологи отмечали важный институциональный сдвиг, произошедший вместе с коммерциализацией медицины – когда рыночные структуры стали оказывать непосредственное влияние на социальные взаимодействия в области здоровья. Например, фармацевтические компании определялись как те структуры, которые значительно изменяют характер этих взаимодействий и должны быть ответственны за них:

И на выдачу препаратов [маркетинговые акции фармкомпаний] влияет! Влияет, очень сильно! Решающий фактор, можно сказать. Кто сюда ездит, тех препараты и продаются...;

... И заказные статьи – фармкомпания заказывают! Сплошные вот эти вот ... доказательная медицина, которая в общем-то очень удобна: то есть мы доказали, а вы используйте!... провели они, значит, свою доказательную медицину и все, и дают рекомендации на весь мир.... И в одних случаях это правильно, а в других ты и не знаешь, может быть, это кто-то устроил, чтобы протолкнуть аспирин, или «Парацетамол» продать, или что-нибудь еще (С. Б., акушер-гинеколог ЖК № 1, узист).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ эмпирических данных позволяет сделать заключение, что в профессиональном дискурсе и описании профессиональных практик врачей акушеров-гинекологов (представляющих собой достаточно солидаризированную и гомогенную по социальному статусу группу в силу специфики исследуемого случая) не происходит атрибуции ответственности одному или хотя бы двум социальным агентам. Врачи, по-разному определяя содержание ответственности за репродуктивное здоровье, приписывают ее как государству (имея в виду различные его структуры), так и своим пациентам, и собственной профессиональной группе, и даже другим социальным акторам, включая ближайшее социальное окружение пациентов и фармацевтический рынок, ответственность которых в области репродуктивного здоровья редко проблематизируется социальными исследователями.

Таким образом, применяясь даже к одной перспективе в ограниченном социальном контексте, ни одна из выделенных аналитически моделей ответственности (патерналистская, либерально-профессиональная и либерального субъекта) не является доминирующей. Эмпирические данные указывают на то, что систему современного репродуктивного здравоохранения России как совокупности социальных взаимодействий, связанных с вопросами здоровья, можно охарактеризовать как дисперсию ответственности даже на уровне ожиданий одной профессиональной группы. Иначе говоря, консенсус относительно того, кто является основным субъектом ответственности или хотя бы какие агенты должны вступать в конкуренцию между собой за право контроля и регулирования вопросов заботы о здоровье, отсутствует не только между различными социальными агентами, вовлеченными в это поле, но даже и в рамках одной перспективы.

В результате ожидания акушеров-гинекологов относительно распределения ответственности представляют собой сложную систему, в которой взаимодействия между врачом и пациентом происходят в особых условиях, обеспечиваемых государством. Именно государственные структуры, по мнению врачей, должны создавать условия и для «правильной» (то есть соответствующей ожиданиям медицинских профессионалов) социализации женщин, ответственно подходящих к репродуктивным проектам, и для работы самих специалистов, которые бы могли реализовывать желаемую ответственность, не отвлекаясь на ту, которая не соответствует их ожиданиям (как, например, бюрократическая работа). В описании идеальной системы распределения ответственности многие информанты вспоминали с ностальгией советское устройство здравоохранения, возможно, потому, что профессиональная социализация многих из них происходила еще в позднесоветский период.

Как показал проведенный обзор литературы, социальные теории и социологические исследования, затрагивающие проблему ответственности в области здоровья также (только уже не на практическом, а на аналитическом уровне) не предлагают полной концептуальной модели, которая позволила бы учитывать всех возможных субъектов ответственности. Возможно, в этом и заключается проблема «безответственности» в поле обеспечения репродуктивного здоровья – как аналитически, так и практически не осуществляется достаточная координация практик и их регулирования, учитывающая всех участников процесса, которые определяются как таковые на уровне ожиданий.

Впрочем, результаты, полученные в рамках данного исследования, не могут быть применимы к другим социальным контекстам (например, к крупным городам, в которых больше распространена коммерциализация медицинских услуг и можно наблюдать консьюмеризацию поведения пациентов). Тем не менее, я полагаю, что в определенной степени неопределенность и неоднородность правил (как минимум – ожиданий) и практик распределения ответственности могут характеризовать как ситуативные взаимодействия врача и пациента, так и систему регулирования и обеспечения репродуктивного здравоохранения в целом, что требует дальнейшего эмпирического и теоретического исследования.

## СПИСОК ИНФОРМАНТОВ

- Т. В. (жен.): 63 года, врач гинекологического отделения ЦРБ;
- Е. Л. (жен.): 57 лет, районный акушер-гинеколог, заведующая гинекологическим отделением ЦРБ;
- С. Б. (муж.): 48 лет, акушер-гинеколог женской консультации № 1 от ЦРБ и родильного отделения ЦРБ; узист;
- Н. А. (муж.): 56 лет, врач женской консультации № 1 от ЦРБ;
- В. П. (жен.): 65 лет, заведующий женской консультацией № 1 от ЦРБ;
- В. В. (жен.): 65 лет, заведующий женской консультацией от городской больницы;
- Л. А. (жен.): 53 года, врач женской консультации № 1 от ЦРБ;
- Д. П. (муж.): 60 лет, заведующий родильным отделением ЦРБ;
- Б. И. (муж.): 43 года, врач-неонатолог, заведующий неонатологическим отделением ЦРБ;
- Н. Г. (жен.): 47 лет, акушер-гинеколог женской консультации № 1 от ЦРБ и родильного отделения ЦРБ, узист;

- Т. П. (жен.): 62 года, акушер-гинеколог женской консультации № 1 от ЦРБ, с 2001 по 2011 год заведовала Центром планирования семьи ЦРБ;
- О. А. (жен.): 29 лет, акушер-гинеколог женской консультации № 1 от ЦРБ;
- М. А. (жен.): 52 года, акушер-гинеколог и врач-узиист женской консультации поликлиники К-ского поселка В-ского района;
- Г. В. (жен.): 48 лет, акушер-гинеколог женской консультации № 1 от ЦРБ, а также гинеколог в женской исправительной колонии.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Баллаева, Елена. 1998. *Гендерная экспертиза законодательства РФ: репродуктивные права женщин в России*. М.: Проект «Гендерная экспертиза», МЦГИ.
- Богданов, Владимир. 2008. «Летальная халатность. Следственный комитет возбудил серию уголовных дел об убийственных врачебных ошибках». *Российская газета*, 6 ноября. Просмотрено 7 августа 2016 г. (<http://www.rg.ru/2008/11/06/oshibka.html>).
- Браун, Джулия В. и Нина Русинова. 1996. «Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму». С. 132–158 в *Качество населения Санкт-Петербурга*, под ред. Бориса Фирсова. СПб.: Европейский Дом.
- Бурмыкина, Ольга. 2000. «Патернализм: влияние на культуру здоровья». *Журнал социологии и социальной антропологии* 3(4):159–176.
- Волков, Вадим. 2015. «Процесс – все, результат – ничто». *Ведомости*, 18 июня. Просмотрено 7 августа 2016 г. (<https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/06/18/596793-protsess-vse-rezultat-nichto>).
- Здравомыслова, Елена и Анна Темкина. 2009. «Введение. Гендерный подход в исследованиях репродуктивных практик». С. 7–20 в *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, под ред. Елены Здравомысловой и Анны Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Здравомыслова, Елена и Анна Темкина. 2011. «Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога». С. 23–53 в *Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы*, сб. стат. под ред. Елены Здравомысловой и Анны Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Комаров, Юрий и Ермаков Сергей. 2015. «Почему растет смертность в РФ? Аналитическая записка о причинах повышенной смертности российского населения и первоочередных мерах ее снижения». Комитет гражданских инициатив. Просмотрено 7 августа 2016 г. (<http://komitetgi.ru/analytics/2344/>).
- Кульман, Эллен. 2005. «Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения». *Журнал исследований социальной политики* 3(4):535–550.
- Лариваара, Мери. 2009. «Моральная ответственность женщин и авторитет врачей: взаимодействие гинекологов и пациенток». С. 313–345 в *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*, под ред. Елены Здравомысловой, Анны Роткирх и Анны Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Михель, Дмитрий. 2010. *Социальная антропология здоровья и репродукции: медицинская антропология: Уч. пос. для студентов*. Саратов: Новый проект.
- Новкунская, Анастасия. 2014. «“Безответственные” роды, или нарушение норм российской системы родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения». *Журнал исследований социальной политики* 12(3):353–366.
- Новоселов, Владимир. 1998. *Ответственность работников здравоохранения за профессиональные нарушения*. Новосибирск: Наука.
- Одинцова, Дарья. 2009. «“Культурная пациентка” глазами гинеколога». С. 179–210 в *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*, под ред. Елены Здравомысловой и Анны Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.

- «Ответственность за врачебные ошибки предлагают переложить с больниц на конкретных врачей». 2015. Агентство городских новостей «Москва», 16 апреля. Просмотрено 7 августа 2016 г. (<http://www.mskagency.ru/materials/2148154>).
- Романов, Павел и Елена Ярская-Смирнова. 2013. «Власть знания и общественные интересы: профессионалы в государстве благосостояния». С. 7–20 в *Профессии социального государства*, под ред. Павла Романова и Елены Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ.
- Савельева, Жанна. 2013. «Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации». *Журнал социологии и социальной антропологии* 67(2):131–141.
- Стародубов, Владимир и Людмила Суханова. 2012. *Репродуктивные проблемы демографического развития России*. М.: ИД «Менеджер здравоохранения».
- Темкина, Анна. 2013. «Гинекологи и пациентки в борьбе за дисциплину: медиализация контрацепции в современной России». С. 40–74 в *Профессии социального государства*, под ред. Павла Романова и Елены Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ.
- Тимченко, Наталья. 2006. «Поле власти и поле медицины: проблемы взаимодействия в современном российском обществе». *Известия Государственного Алтайского университета* 4:77–79.
- Тихомиров, Алексей. 2011. «Бюджетная организация здравоохранения». *Главный врач: хозяйство и право* 1:26–35.
- Улумбекова, Гузель. 2015. «Здравоохранение между мифом и реальностью». *Ведомости*, 5 августа. Просмотрено 7 августа 2016 г. (<http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/08/05/603511-sistema-zdravoohraneniya-mezhdu-mifom-i-realnostyu>).
- Чернова, Жанна. 2008. *Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ*. СПб.: Норма.
- Щурко, Татьяна. 2012. «Обязательное материнство»: Репродуктивное тело женщины как объект государственного регулирования (на материале газеты «Советская Белоруссия»). *Laboratorium* 2:69–90.
- Cockerham, William C. 2005. "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46(1):51–67.
- Conrad, Peter. 1992. "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology* 18:209–232.
- Cook, Linda J. 2011. "Russia's Welfare Regime: The Shift toward Statism." Pp. 14–37 in *Gazing at Welfare, Gender and Agency in Post-Socialist Countries*, edited by Maija Jäppinen, Meri Kulmala, and Aino Saarinen. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars.
- Esping-Andersen, Gøsta, and Myles John. 2014. "The Welfare State and Redistribution." Pp. 52–54 in *Social Stratification: Class, Race, and Gender in Sociological Perspective*, edited by David B. Grusky, 4th ed. Boulder, CO: Westview Press.
- Field, Mark G. 1957. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Field, Mark G. 1991. "The Hybrid Profession: Soviet Medicine." Pp. 43–62 in *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*, edited by Anthony Jones. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Field, Mark G. 2000. "Soviet Medicine." Pp. 51–66 in *Medicine in the Twentieth Century*, edited by Roger Cooter and John V. Pickstone. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Haug, Marie R., and Bebe Lavin. 1981. "Practitioner or Patient—Who's in Charge?" *Journal of Health and Social Behavior* 22(3):212–229.
- Lupton, Deborah. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Revised 2nd ed. London: Sage Publications.
- Macdonald, Keith, and George Ritzer. 1988. "Sociology of Professions: Dead or Alive?" *Work and Occupations* 15(3):251–272.
- Parsons, Talcott. 1991. *The Social System*. 2nd ed. New York: Routledge.
- Rivkin-Fish, Michelle. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.

- Saks, Mike. 2015. *Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. New York: Routledge.
- Shishkin, Sergey. 2013. "Russia's Health Care System: Difficult Path of Reform." Pp. 748–774 in *The Oxford Handbook of the Russian Economy*, edited by Michael Alexeev and Shlomo Weber. Oxford: Oxford University Press.

---

---

## DISTRIBUTION OF RESPONSIBILITY IN THE FIELD OF REPRODUCTIVE HEALTH: THE PERSPECTIVES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

### Anastasiia Novkunskaja

*Anastasiia Novkunskaja holds a master's degree in sociology and is currently a third-year PhD student in the Faculty of Political and Social Sciences at the European University at St. Petersburg. Address for correspondence: Malyi prospekt V.O., 90-69, Saint Petersburg, 199226, Russia. a.novkunskaya@gmail.com.*

*The author thanks Ekaterina Borozdina and Denis Sivkov for their comments on the initial version of this article, as well as editors and anonymous reviewers of Laboratorium for their feedback and suggestions at later stages of working on the manuscript.*

**This article considers the distribution of responsibility for reproductive health as an issue in sociological theory and as an object of sociological study. The first part of the article develops a theoretical examination of the subjects of responsibility and their interrelations in the field of healthcare in general and of reproductive healthcare in particular. It demonstrates that responsibility has been studied in terms of two-sided relations between doctor and patient, state and citizen, or state and medical institution. At the same time, responsibility in the field of reproductive healthcare can be attributed to several key social actors. The second part of the article examines the plurality of subjects of responsibility, as described by Russian obstetrician-gynecologists in semistructured interviews. Results of the empirical study suggest that there is a lack of clear and defined mutual expectations between different social actors, supporting the thesis of dispersion of responsibility for reproductive health.**

**Keywords:** Social responsibility; Reproductive Health; Health Professionals; Medical Discourse; Russian Healthcare

### REFERENCES

- Ballaeva, Elena. 1998. *Gendernaia ekspertiza zakonodatel'stva RF: Reproaktivnye prava zhenshchin v Rossii*. Moscow: Proekt "Gendernaia ekspertiza," MTSGI.
- Bogdanov, Vladimir. 2008. "Letal'naia khalatnost': Sledstvennyi komitet vzbudil seriiu ugovolnykh del ob ubiistvennykh vrachebnykh oshibkakh." *Rossiiskaia gazeta*, November 6. Retrieved August 7, 2016 (<http://www.rg.ru/2008/11/06/oshibka.html>).
- Braun, Julia V., and Nina Rusinova. 1996. *Sotsiokul'turnye orientatsii soznaniia i otnoshenie k individual'noi otvetstvennosti za zdorov'e, avtonomnosti patsienta i meditsinskomu paternal-*

- izmu. Pp. 132–158 in *Kachestvo naseleniia Sankt-Peterburga*, edited by Boris Firsov. Saint Petersburg: Evropeiskii Dom.
- Burmykina, O'l'ga. 2000. "Paternalizm: Vliianie na kul'turu zdorov'ia." *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii* 3(4):159–176.
- Chernova, Zhanna. 2008. *Semeinaia politika v Evrope i Rossii: Gendernyi analiz*. Saint Petersburg: Norma.
- Cockerham, William C. 2005. "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46(1):51–67.
- Conrad, Peter. 1992. "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology* 18:209–232.
- Cook, Linda J. 2011. "Russia's Welfare Regime: The Shift toward Statism." Pp. 14–37 in *Gazing at Welfare, Gender and Agency in Post-Socialist Countries*, edited by Maija Jäppinen, Meri Kulmala, and Aino Saarinen. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars.
- Esping-Andersen, Gøsta, and Myles John. 2014. "The Welfare State and Redistribution." Pp. 52–54 in *Social Stratification: Class, Race, and Gender in Sociological Perspective*, edited by David B. Grusky, 4th ed. Boulder, CO: Westview Press.
- Field, Mark G. 1957. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Field, Mark G. 1991. "The Hybrid Profession: Soviet Medicine." Pp. 43–62 in *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union and Eastern Europe*, edited by Anthony Jones. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Field, Mark G. 2000. "Soviet Medicine." Pp. 51–66 in *Medicine in the Twentieth Century*, edited by Roger Cooter and John V. Pickstone. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Haug, Marie R., and Bebe Lavin. 1981. "Practitioner or Patient—Who's in Charge?" *Journal of Health and Social Behavior* 22(3):212–229.
- Komarov, Iurii, and Sergeĭ Ermakov. 2015. "Pochemu rastet smertnost' v RF? Analiticheskaia zapiska o prichinakh povyshennoi smertnosti rossiiskogo naseleniia i pervoocherednykh merakh ee snizheniia." Komitet grazhdanskikh initsiativ. Retrieved August 7, 2016 (<http://komitetgi.ru/analytics/2344/>).
- Kuhlmann, Ellen. 2005. "Raznovidnosti professionalizma pozdnei sovremennosti: Na primere nemetskoĭ sistemy zdavookhraneniia." *Zhurnal issledovaniĭ sotsial'noi politiki* 3(4):535–550.
- Larivaara, Meri. 2009. "Moral'naia otvetstvennost' zhenshchin i avtoritet vrachei: Vzaimodeistvie ginekologov i patsientok." Pp. 313–345 in *Novyi byt v sovremennoi Rossii: Gendernye issledovaniia povsednevnosti*, edited by Elena Zdravomyslova, Anna Rotkirch, and Anna Temkina. Saint Petersburg: Izdatel'stvo EUSPb.
- Lupton, Deborah. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Revised 2nd ed. London: Sage Publications.
- Macdonald, Keith, and George Ritzer. 1988. "Sociology of Professions: Dead or Alive?" *Work and Occupations* 15(3):251–272.
- Mikhel', Dmitrii. 2010. *Sotsial'naia antropologiia zdorov'ia i reproduksii: Meditsinskaia antropologiia. Uchebnoe posobie dlia studentov*. Saratov, Russia: Novyi proekt.
- Novkunskaiia, Anastasiia. 2014. "Bezotvetstvennye' rody ili narushenie norm rossiiskoi sistemy rodovspomozheniia v slucaiakh domashnego rodorazresheniia." *Zhurnal issledovaniĭ sotsial'noi politiki* 12(3):353–366.
- Novoselov, Vladimir. 1998. *Otvetstvennost' rabotnikov zdavookhraneniia za professional'nye narusheniia*. Novosibirsk, Russia: Nauka.
- Odintsova, Dar'ia. 2009. "Kul'turnaia patsientka' glazami ginekologa." Pp. 179–210 in *Zdorov'e i doverie: Gendernyi podkhod k reproductivnoi meditsine*, edited by Elena Zdravomyslova and Anna Temkina. Saint Petersburg: Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.

- “Otvetstvennost’ za vrachebnye oshibki predlagaiut perelozhit’ s bol’nits na konkretnykh vrachei.” 2015. Agentstvo gorodskikh novostei “Moskva,” April 16. Retrieved August 7, 2016 (<http://www.mskagency.ru/materials/2148154>).
- Parsons, Talcott. 1991. *The Social System*. 2nd ed. New York: Routledge.
- Rivkin-Fish, Michelle. 2005. *Women’s Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Romanov, Pavel, and Elena Iarskaia-Smirnova. 2013. “Vlast’ znaniia i obshchestvennye interesy: Professionaly v gosudarstve blagosostoianiiia.” Pp. 7–20 in *Professii sotsial’nogo gosudarstva*, edited by Pavel Romanov and Elena Iarskaia-Smirnova. Moscow: OOO “Variant,” TsSPGI.
- Saks, Mike. 2015. *Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. New York: Routledge.
- Savel’eva, Zhanna. 2013. “Komu prinadlezhit zdorov’e? Sotsiologicheskie diskussii i massmediinye interpretatsii.” *Zhurnal sotsiologii i sotsial’noi antropologii* 67(2):131–141.
- Shchurko, Tat’iana. 2012. “Obiazatel’noe materinstvo’: Reprodukivnoe telo zhenshchiny kak ob’ekt gosudarstvennogo regulirovaniia (na materiale gazety ‘Sovetskaia Belorussiiia’).” *Laboratorium: Russian Review of Social Research* 2:69–90.
- Shishkin, Sergei. 2013. “Russia’s Health Care System: Difficult Path of Reform.” Pp. 748–774 in *The Oxford Handbook of the Russian Economy*, edited by Shlomo Weber and Michael Alexeev. Oxford: Oxford University Press.
- Starodubov, Vladimir, and Liudmila Sukhanova. 2012. *Reproduktivnye problemy demograficheskogo razvitiia Rossii*. Moscow: ID “Menedzher zdravookhraneniia.”
- Temkina, Anna. 2013. “Ginekologi i patsientki v bor’be za distsiplinu: Medikalizatsiia kontratseptsii v sovremennoi Rossii.” Pp. 40–74 in *Professii sotsial’nogo gosudarstva*, edited by Pavel Romanov and Elena Iarskaia-Smirnova. Moscow: OOO “Variant,” TsSPGI.
- Tikhomirov, Aleksei. 2011. “Biudzhetnaia organizatsiia zdravookhraneniia.” *Glavnyi vrach: khoziaistvo i pravo* 1:26–35.
- Timchenko, Natal’ia. 2006. “Pole vlasti i pole meditsiny: Problemy vzaimodeistviia v sovremennom rossiiskom obshchestve.” *Izvestiia Gosudarstvennogo Altaiskogo universiteta* 4:77–79.
- Ulumbekova, Guzel’. 2015. “Zdravookhranenie mezhdru mifom i real’nost’iu.” *Vedomosti*, August 4. Retrieved August 7, 2016 (<http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/08/05/603511-sistema-zdravookhraneniya-mezhdru-mifom-i-realnostyu>).
- Volkov, Vadim. 2015. “Protsess—vse, rezul’tat—nicho.” *Vedomosti*, June 18. Retrieved August 7, 2016 (<https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/06/18/596793-protsess-vse-rezultat-nicho>).
- Zdravomyslova, Elena, and Anna Temkina. 2009. “Vvedenie: Gendernyi podkhod v issledovaniiakh reproduktivnykh praktik.” Pp. 7–20 in *Zdorov’e i intimnaia zhizn’: Sotsiologicheskie podkhody*, edited by Elena Zdravomyslova and Anna Temkina. Saint Petersburg: Izdatel’stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.
- Zdravomyslova, Elena, and Anna Temkina. 2011. “Doveritel’noe sotrudnichestvo vo vzaimodeistvii vracha i patsientki: Vzgliad akushera-ginekologa.” Pp. 23–53 in *Zdorov’e i intimnaia zhizn’: Sotsiologicheskie podkhody*, edited by Elena Zdravomyslova and Anna Temkina. Saint Petersburg: Izdatel’stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.