



КАК (НЕ) ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ РОДЫ?

ч. 1

Исследование о родовспоможении в Беларуси
часть 1 (опыт рожениц)

ВВЕДЕНИЕ

В разных социокультурных контекстах при множестве различий неизменной оставалась одна переменная, обеспечивающая выживание общества: воспроизводство. Деторождение и связанные с ним процессы (в частности, беременность и роды) были жизненным аспектом, который в любом обществе являлся предметом определённой организации и регулирования. Хотя тактики и практики родовспоможения имели ряд особенностей в зависимости от конкретного контекста, изначально они были объединены принципиально важной чертой: на протяжении многих столетий роды оставались женским пространством [1]. Помощь женщинам осуществлялась другими женщинами [2], что позволяло сохранять и практиковать женоцентричный подход: центром процесса была роженица [2], при оказании помощи фокусировались прежде всего на её нуждах, т.к. считалось, что именно это обеспечит удачный исход родов для матери и младенца.

Начало индустриальной эпохи во многом изменило эту ситуацию. Массовое переселение людей в города привело к формированию, среди прочего, и широкой медицинской инфраструктуры. Так как доступ к формальному образованию имели только мужчины, в условиях города многие женщины, вынужденные рожать в больницах, утратили это женское/женоцентричное пространство. Патриархальная структура медицины и ориентация на скорость и «эффективность» процесса способствовали **медикализации** родов [3], которую социолог Питер Конрад определил как «процесс, при котором немедицинские проблемы начинают определяться и рассматриваться как медицинские проблемы, обычно в терминах болезней и расстройств» [4]. В данной работе понятие медикализации используется как одно из опорных для анализа организации системы родовспоможения. Субъектность и комфорт матерей в условиях массовости оказания помощи теряют возможность быть важной частью ведения родов. Повитухи и прочие помогающие-женщины или вытесняются из родовспоможения полностью, или отправлены на второстепенные роли в нём [5].

Медикализированный взгляд на роды изначально рассматривал их как экстремальную ситуацию, в которой требовался активный менеджмент. Он позволил сформировать культуру активного вмешательства в процесс, которая обосновывалась новой иерархией — врачи «знают лучше», и поэтому имеют право и власть оказывать помощь по собственному усмотрению. Хотя важно отметить, что то, как именно роженице оказывалась помощь, всё равно зависело от нескольких переменных: исторического контекста [6], а также различных линий общественного разделения: класса [7], расы [8] и др.

В современной Беларуси система родовспоможения выстроилась как результат взаимодействия культурно-исторического контекста, а также процессов либерализации и коммерциализации. Неотъемлемой частью этой системы является советский опыт, где гинекология и акушерство сопровождалась негласным эпитетом «карательные» [9]. По состоянию на первую четверть XXI века Беларусь как историческая наследница этой эпохи в значительной степени сохранила прежний статус (сфера родовспоможения монополизирована государством) и жёсткий властный подход к пациенткам.

В 2016 году в белорусских медиа появились многочисленные статьи, анализирующие опыт родов в условиях белорусской медицинской системы. Многие из этих опытов женщины оценивали как насилие. В социальных сетях прошел флэшмоб под хэштегом #янарадзілатут, где рожавшие белоруски делились своими воспоминаниями. Активистки и исследовательницы стремились узнать больше о том, как работает родовспоможение в Беларуси и как помощь в родах повлияла на женщин и их дальнейшие репродуктивные решения. С тех пор, по ряду причин, исследование сферы родовспоможения продолжает оставаться актуальным.

Исследовательница М. и редакторская команда Freelance Journalists Group благодарит респонденток за помощь в сборе материала.

МЕТОДОЛОГИЯ

В рамках данной работы рассматриваются и анализируются практики институционального родовспоможения в современном белорусском обществе. Я стремилась выяснить и описать, как при оказании помощи при родах в рамках медицинской системы некоторые практики и схемы действий могут восприниматься роженицами как насилие. Для этого я также исследую, какие условия способствуют тому, что эти действия имеют такой серьёзный негативный эффект.

Кроме того, этот текст развивает тему возникновения и последующей трансформации института родовспоможения как инструмента социального контроля, а также медикализации как фундаментального элемента этого контроля. Исторический контекст поможет лучше понять, каким образом и по каким причинам сложилась существующая в Беларуси система, а анализ социоэкономического контекста в период с 2016 по 2026 годы позволит описать современное состояние системы и происходящие в ней трансформации. Также будет предложено расширенное описание действий, предпринимаемых медицинскими профессионалами при помощи роженицам, и обоснование причин, по которым некоторые из них можно определять как насилие.

Эмпирический материал работы — данные, полученные в результате ряда глубинных неформализованных интервью с женщинами, родившими ребёнка/детей в родильном доме одного из районных центров Беларуси в период 2011–2018 гг; а также сборник историй рожениц Могилёвской области, опубликованный гендерной инициативой «Ружа». Вторая часть исследования посвящена перспективе медицинских профессионалов, интервью собирались в период с 2021 по 2026 гг.

При анализе эмпирических данных я фокусируюсь на следующих вопросах:

1. К каким практикам прибегает медицинский персонал в процессе родовспоможения в белорусских родильных домах?
2. Что говорят об опыте своих родов женщины, родившие в условиях белорусской системы институционального родовспоможения?

РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ И МЕДИКАЛИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ



Данная часть работы посвящена истории возникновения института медицины и его превращения в инструмент социального контроля. Здесь будут представлены описание того, как институционализация стала фундаментальной частью процесса оказания медицинской помощи, а также подробнее рассмотрено понятие медиализации как ключевой характеристики этого процесса. Далее медиализация и связанные с ней практики, опыты, иерархии и отношения власти (а также их трансформации) будут рассмотрены в контексте сферы родовспоможения, в том числе в историческом контексте.

1.1. Институт медицины как агент социального контроля

По мере институционализации медицины болезнь из индивидуального состояния всё более превращалась в совокупность распознаваемых патологий, а категория здоровья — в категорию нормы [10, с.27; с.31]. Это способствовало формированию «медицинского взгляда» (medical gaze) — необходимости рассматривать болезнь отдельно от человека, её переживающего. «Кто хочет знать болезнь, о которой идёт речь, должен удалить индивида в его неповторимых качествах» [10, с.39], — писал Мишель Фуко. Так закреплялась иерархия, в которой врач обладал привилегией определять состояние пациента на основании экспертного знания.

С индустриализацией и урбанизацией утрата человеком трудоспособности всё более негативно влияла в том числе на его её родных — как с эмоциональной, так и с экономической точки зрения, т.к. за больными необходимо было ухаживать. Эти факторы в условиях города привели к распространению больниц и «геттоизации» заболевших в их пределах. Пациенты оказывались в пространстве, где подвергались риску заражения от страдающих множеством других болезней. Больничная среда становилась местом, где человеческий фактор не мог оставаться настолько же важным, что и физическое выздоровление пациентов.

Развитие анатомо-клинического метода благодаря вскрытиям тел умерших и возможности буквально увидеть болезнь привело к быстрому накоплению большого массива теоретического знания. Так врачебная практика смещается из категории здоровья в категорию нормы.

Все эти факторы способствовали укреплению власти медицинского взгляда и закреплению властных иерархий в условиях госпиталей. А медикализация различных человеческих состояний стала ключевым инструментом контроля за здоровьем населения в условиях городской перенаселённости и необходимости обеспечивать выживание людей в близком контакте в ограниченных пространствах, отведённых для жилья. Растущий авторитет врачей приводил к серьёзному росту их влияния на различные решения и политики менеджмента человеческих тел.

Социолог Толкотт Парсонс одним из первых концептуализировал институт медицины как агента социального контроля, введя понятие «роли больного» (sick role) [11]. В рамках данной роли от пациента ожидается подчинение экспертным оценкам и инструкциям медицинского персонала, что закрепляет его объектное положение и иерархию «врач — пациент». Таким образом, медицинский контроль осуществляется не только благодаря авторитету медицинского знания, но и через готовность пациента соответствовать предписанной ему роли.

Общей целью медика и пациента здесь видится возвращение человека к здоровому, функциональному состоянию, в котором он_а сможет продолжать успешно выполнять свою социальную роль. Так как врачи обладают эксклюзивной информацией о том, как именно этого достичь, послушание пациентов становится естественной и ожидаемой частью их поведения в условиях больницы. Дополнительным важным фактором закрепления данной иерархии становится желание пациента скорее вернуться в общество, к прежней, нормальной жизни, которое подкрепляет мотивацию следовать правилам и инструкциям через представление этого желания как похвального, подчёркивающего достоинство и высокоморальность больного. Медицинский социолог Ирвинг Золя отметил этот аспект введением категории **моральной ответственности пациента** [12]. В зависимости от того, предпринимают ли больные ожидаемые усилия для выздоровления, медицинский взгляд может вынести им положительную или негативную моральную оценку.

Рассматривая болезнь с помощью функционалистского подхода, социологиня Дебора Люптон предлагает определение её как «неестественного состояния человеческого тела, вызывающего физическую и социальную дисфункцию, которое, таким образом, должно быть немедленно устранено» [5]. Однако для человеческого тела, как и для любого живого организма, абсолютно естественно *не быть* функциональным непрерывно. Собственно роды представляют собой парадоксальную ситуацию, в которой они одновременно являются абсолютной нормой как явление (дети рождаются на планете каждую секунду), но патологизируются как выбивающие женщину из состояния *функциональности как работоспособности*, помещая её в ситуацию, где ей требуется деятельная помощь команды людей. В условиях, где существует политический и экономический запрос на непрерывное максимально продуктивное (вос)производство, человеческий организм видится институтами власти как машина, имеющая черты киборга [8]. Такая оптика

служит одновременно двум целям: дальнейшему закреплению взгляда на тело как на машину и усилению власти института медицины, так как именно в нём накоплено знание о том, как «чинить машины» для скорейшего возвращения их «в строй». Таким образом, профессиональная медицина получает значительное влияние на определение того, какие состояния следует рассматривать как болезненные, отвечая существующим в конкретный момент социальным запросам и маркируя «ненормальным» всё, что как-либо угрожает стабильности социальных ролей и (вос)производства.

1.2. Медикализация системы родовспоможения: от повитух до технократии

Так как воспроизводство на протяжении всей истории человечества было фактором, критически важным для выживания, по индустриальной логике организовать процесс деторождения необходимо было наиболее *продуктивным* образом. В данной части я прослеживаю (на примере западноевропейского контекста), как медикализировались и нормализовывались в новом виде — в рамках института — практики родовспоможения, анализирую изменения в дискурсах и тактиках помощи в родах, а также стремлюсь описать последствия этих трансформаций для женщин-*пациенток*.

Для этого важно различать англоязычные термины «midwifery» и «obstetrics»*, которые в русском языке могут переводиться как «акушерство». «Midwifery» — традиционная практика родовспоможения, основанная преимущественно на практическом знании и передаче опыта внутри женского сообщества; «obstetrics» — институционализированное медицинское акушерство, основанное на формальном образовании и встроенное в систему медицины [2]. В дальнейшем термин «акушерка» используется именно в значении «obstetrician» — для обозначения медицинских специалистов, работающих в рамках институциональной системы родовспоможения.

Как социальные существа люди нуждаются в принятии и встроенности в общество, а для этого усваивают поведение, соответствующее текущим социальным ожиданиям, которые обуславливаются конкретным контекстом, а задаются и контролируются властными институтами. Сферу родовспоможения как центральный элемент контроля (вос)производства, приносящий результат в виде младенца, можно анализировать как совокупность культурно обусловленных практик, которые реализуются в рамках определённой системы властных отношений.

Как отмечают исследователи Лоуис и Маккаффри, «хотя процесс родов — физиологический акт, то, как он проходит, определяется и выполняется в пределах культурных контекстов, которые имеют тенденцию различаться» [6]. Роды оказываются тщательно организованы в соответствии с ценностями и верованиями определённого общества, а конкретные практики и особенности организации родовспоможения являются продуктом культуры и подлежат строгому регулированию тем институтом

власти, который в данный период имеет наибольший авторитет (authority) в данном контексте.

Изучая вопрос организации и распределения власти в родовспоможении, исследовательницы разделяют общества на традиционные и индустриальные. Джин Доннисон, анализируя трансформацию родовспоможения в доиндустриальной Европе/Британии, характеризует сообщество повитух так: будучи представленным исключительно женщинами оно оказывало помощь в родах, опираясь на народную медицину, собственный опыт (в т.ч. и телесный) и интуицию [2]. Так как в традиционной культуре не было явного или скрытого требования устанавливать и реализовывать властную иерархию, применяемый подход помощи в родах был в значительной степени сконцентрирован на роженице [13], по определению принимая во внимание и учитывая её субъектность. Однако с оформлением медикализации в индустриальный период и «рождением клиники» контроль над оказанием помощи в родах был отобран у повитух врачами. Последние, видя в них конкуренцию и угрозу собственной власти, активно дискредитировали их как недостаточно квалифицированных.

Основой «преимущества» акушерской медицинской помощи перед повитушеской было наличие **медицинских инструментов** и исключительное право их применения только специалистами-медиками — мужчинами [5]. Кроме того, хотя повитушество было достаточно уважаемой профессией в силу своей очевидной общественной пользы, с ним также был связан и ряд предрассудков и страхов. Так, повитухи считались колдуньями, а также негласно осуждались за помощь женщинам в прерывании и сокрытии нежелательных беременностей [5]. Апелляция к этим страхам позволила институту медицины стигматизировать институт повитушества и принадлежащих к нему женщин и вытеснить их «в подполье» [5] — в оказание помощи низшим классам.

В силу недоступности женщинам профессионального/узкоспециального образования [5] и фактической невозможности вести любую официальную медицинскую практику родовспоможение стало сферой мужского профессионального доминирования. Недоступность мужчинам понимания деторождения как телесного опыта и отстранённость от женского социального опыта в целом обусловила переход от вовлеченного женского взгляда повитухи к отстранённому мужскому — медицинскому взгляду. Беременность (и, соответственно, роды) становятся объектами медицинского знания и вмешательства [14].

Важно также подробнее рассмотреть особенности медицинского взгляда по отношению к женщине. Так как публичная сфера и власть определять норму в ней были пространством мужского влияния, мужское тело по умолчанию воспринималось как эталон, а женское — как «другое» по отношению к эталону [15]. Эта линза в системе организации профессиональной медицинской помощи способствовала патологизации женского организма в принципе. Соответственно, медицинский патриархальный взгляд рассматривает тела женщин как *изначально дефектные*, малопонятные и опасные в

своей непредсказуемости — и поэтому требующие особенно пристального внимания и контроля [16].

Однако под влиянием социальных движений, в т.ч. феминистского, и альтернативных теорий оказания помощи в период с середины XX — начала XXI века начинают оформляться и получать видимость и другие модели родовспоможения. Одной из самых популярных является концепция, сформулированная американской медицинской антропологией Робби Дэвис-Флойд, которая рассматривает современный институт родовспоможения на примере трёх моделей: технократической, гуманистической и холистической [8].

Технократическая (биомедицинская) модель является ведущей в развитых капиталистических обществах и выросла из стремления к научному и технологическому прогрессу, получению финансовой выгоды и поддержанию властного статуса-кво с помощью патриархальных институтов. Согласно Дэвис-Флойд, технократия в системе медицинской помощи приводит к разделению субъекта-пациент_ки и её тела, где именно тело требует первоочередного внимания и контроля, а забота об эмоциональном комфорте роженицы, включённость её в процесс родов на равных и учёт её просьб и пожеланий часто остаются за пределами обязательного. От пациенток в данной ситуации ожидается послушание и добровольное делегирование ответственности без попыток вмешаться в процесс ведения родов.

В **гуманистической** модели эмоциональное состояние женщины является значимой переменной, которую необходимо учитывать для проведения максимально эффективного родовспоможения. Взгляд на тело-как-машину трансформируется в концепцию тела-как-организма. Признание субъектности роженицы реализуется через установление персональных отношений и доверия между ней и помогающим персоналом, что часто способствует позитивному опыту родов для женщины и рождению здорового ребёнка без множества сопровождающих процесс процедур. Дэвис-Флойд, однако, отмечает сложность реализации такого подхода в условиях технократического госпиталя.

Холистическая модель описана как оппозиция по отношению к наиболее распространённой технократической и имеет ряд противоположных технократическому подходу черт. Субъектность клиентки (данная модель стремится отойти от термина «пациентка», так как видит его иерархизирующим и патологизирующим) и проявление внимания к ней и психологическому состоянию человека являются фундаментальным принципом такой заботы. Контроль над процессом и право принятия решений в ней принадлежит роженице, помогающие выполняют скорее функцию сопровождения и поддержки, а не управления.

Так как в данной работе рассматривается контекст, где доминирует технократическая модель, проблема медикализации родов и связанное с ней значимое количество медицинских вмешательств являются важным аспектом. ВОЗ обратила на это внимание

в 1985 году [17], провозгласив, что «рождение является естественным и нормальным процессом» и «каждая женщина имеет право на надлежащую ...помощь и занимает центральную роль во всех аспектах этой помощи, включая участие в планировании, исполнение и оценку [качества] этой помощи» [17]. Таким образом на самом высоком уровне была предпринята попытка вернуть женщине её agency (агентность/ субъектность), утерянную в технократической модели родовспоможения.

Однако данная декларация не привела к ожидаемому эффекту — напротив, в развивающихся и развитых странах объёмы медицинских вмешательств в последующие десятилетия только выросли [18]. В то же время медиализация именно родовспоможения приобрела важную особенность: помимо стандартной иерархии «врач-пациент», в ней возникла ещё и иерархия «мужчина-женщина», особенно значимая, когда речь идёт о принятии решений в рамках института и создании/обновлении корпуса научных знаний, которые претендуют на объективность — в силу того, что позиции и должности, где принимаются решения, часто занимают преимущественно мужчины.

Благодаря тому, что в 1970-х гг. институт родовспоможения стал предметом активного научного интереса исследователь_ниц целого ряда дисциплин: истории, антропологии, социологии, культурных исследований и т. п. [19], женский опыт в условиях биомедицинской модели родовспоможения получил, наконец, внимание и пространство для озвучивания. Развитие феминистской исследовательской оптики позволило сформулировать ключевую проблему биомедицинской модели принятия родов: отношение к женскому телу как к машине доставляет роженицам тяжелые эмоциональные переживания [20] и порой даже приводит к возникновению ментальных заболеваний [21]. Таким образом, можно заключить, что медиализированное родовспоможение, целью которого было обеспечение лучшего качества помощи при родах, в условиях патриархата и гегемонии института медицины, включает в себя ряд насильственных практик, травмирующих для женщин. Более того, ряд исследовательниц рассматривают его как специфический вид насилия в отношении женщин (gendered violence), так как именно женщины в силу своих анатомических особенностей подвергаются данным практикам¹.

¹ Возможность рождения детей у есть также и у трансмужчин с сохранными женскими репродуктивными органами, однако ввиду отсутствия таких случаев в Беларуси в данной работе используется номинатив «женщины», подразумевая цисгендерных женщин

ТРАНСФОРМАЦИИ ПРАКТИК РОДОВСПОМОЖЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Данная часть работы посвящена тому, как менялись принципы и практики родовспоможения на территории современной Беларуси в период с начала XVIII века² до настоящего времени, а также анализу роли в них медиализации и патриархальных отношений власти в обществе.

Рождение клиники и медиализация родовспоможения положили начало серьёзным преобразованиям в системах помощи во многих странах мира. Вместе с тем особенности тех или иных трансформаций тесно связаны с конкретными культурными контекстами и рядом других факторов: экономических, политических, исторических, социальных. Так как в результате разделов Речи Посполитой вся территория современной Беларуси вошла в состав Российской империи к концу XVIII века, влияние меняющейся российской системы, таким образом, постепенно распространялось и на неё.

До начала XVIII века родовспоможением занимались преимущественно повивальные бабки, не имеющие формального образования [1]. В практиках помощи они полагались на практический опыт, передаваемый от женщины к женщине, а также традиционные и религиозные взгляды и верования. Вплоть до этого времени их деятельность не регулировалась государством или формальными профессиональными сообществами. До появления в середине века первых специальных образовательных учреждений и научных трудов по акушерству — зарождения «института акушерской клиники» и «профессионального повитушества» [1].

Медиализация сферы родовспоможения началась с формированием корпуса медицинской литературы с середины XVIII века. Первоначально материалы по акушерству представляли собой оригинальные и переведённые с немецкого и французского учебники, а также немногочисленные пособия и руководства на русском, писавшиеся в простых форматах типа «вопрос—ответ» [22]. В то же время аудиторией данных учебных пособий первоначально являлись приезжие иностранки, обучавшиеся в России «бабичьему делу», и образованные повитухи, а содержание книг фокусировалось

² Данный отрезок выбран как отражающий процессы системных трансформаций оказания помощи в родах

непосредственно на практиках родовспоможения, а не на беременности или женской анатомии и физиологии в целом.

Они не регламентировали поведение рожениц, поощряя повитух устраивать женщин со всеми удобствами в зависимости от их пожеланий и обеспечивать и эмоциональный комфорт будущих матерей: «Главная задача повитухи — ожидать, «дружески уговаривать» роженицу тужиться, полностью «доверяться природе» [22]. Таким образом, в процессе родовспоможения роженица была субъектом и полноценной участницей собственных родов, у помощниц же была направляющая, не претендующая на главенство роль. Также среди подручных средств повитух не было никаких специальных медицинских инструментов, а приход на роды врача был крайней редкостью ввиду их малочисленности [23].

Одним из первых медицинских изданий стала книга Н.М. Максимовича-Амбодика, главы открытой в 1757 году Санкт-Петербургской повивальной школы [1]. В ней были подробно описаны и достижения западной медицины, и женская анатомия с детальными изображениями, и опыт российских повитух в родовспоможении. Вместе с тем данная работа была первой попыткой установить медицинский контроль над родами и теми, кто их принимали. Так, автор активно адвокатирует необходимость сделать акушерство отдельной врачебной отраслью и развернуть масштабную подготовку специалистов. Книга положила начало «противостоянию научного и народного акушерства» [22].

В дальнейшем ключевым отличием между старой и новой моделью помощи в родах стала рационализация. Врачи-мужчины стремились, используя авторитет медицины как социального института и недоступность формального образования для широкой публики, утвердить своё профессиональное превосходство в оказании акушерской помощи. Если в повитушестве основой был индивидуальный подход к роженице и женоцентричность, то в акушерстве была распространена позиция о патологичности родов, а монополия на оценку процесса и управления им принадлежали медикам. В рамках рациональной медицинской системы и стен больницы роженица практически утрачивает свою субъектность и право голоса [23]. Медицинские институции становятся местами формализации передачи медицинского знания о «правильной» помощи.

В первой половине XIX века медицинский контроль над репродуктивной сферой продолжал усиливаться. В сферу медицинского взгляда попадает и беременность — как время, в которое будущая мать может негативно повлиять на исход предстоящих родов и здоровье ребёнка. Интересно то, что серьёзным препятствием взаимодействию врачей и рожениц стали традиции и гендерные стереотипы, в силу которых мужчины-врачи не могли не только принимать роды нигде, кроме родильных госпиталей или домов очень богатых людей, но даже проводить гинекологические осмотры женщин: такое действие считалось недопустимо интимным [23]. Это сформировало парадоксальную ситуацию:

практикующих повитух учили акушерскому делу врачи-теоретики, часто основываясь на знаниях, которые они сами получали от других повитух [1].

В то же время у этой системы родовспоможения было существенное отличие от западных: на протяжении XVIII-XIX веков она оставалась почти исключительно женской профессиональной сферой. Различия на протяжении XIX века наблюдались в классовом (дворянки/крестьянки) и географическом (город/сельская местность) аспектах. В первых случаях к помощи собственно врачей прибегали чаще из-за большей доступности этой помощи при более высоком её авторитете.

Родовспоможение стало первой медицинской отраслью, где женский труд признавался и оплачивался, став, таким образом, одним из очень немногих доступных женщинам того времени карьерных социальных лифтов [1]. По мере институционализации помощи в родах всё больше практикующих повитух должны были проходить обучение (теории — у врачей-мужчин, практике — у других повитух, в основном в условиях родильных госпиталей в крупных городах), что встраивало их в систему. Однако процесс был достаточно медленным, и вплоть до XX века бывшие больше практиками нежели теоретиками повитухи сохраняли женоцентричное пространство родов [1]. Позднее женоцентричные практики были постепенно вытеснены поколением повитух, получивших формальное образование, которые выполняли заданную институтом медицины функцию «проводника профессионального акушерства в российской провинции» [23].

С образованием СССР процесс институционализации родовспоможения ускорился. М. Леви, автор большого корпуса советских работ в сфере акушерства и гинекологии, говорил о «полной перестройке всей системы» [24] помощи при родах. В 1928 году происходит объединение клиник и кафедр акушерства и гинекологии в соответствии с принципами технократической модели родовспоможения. После краткого периода либерализации 1920-х гг. (легализация абортов, уравнивание фактических и зарегистрированных браков, сближение правового положения детей, рождённых вне брака и внутри брака) Советский Союз возвращается к традиционалистскому дискурсу о семье и деторождении [9].

Несмотря на ряд прогрессивных мер (социальная и финансовая поддержка, ясли для младенцев с раннего возраста и т.п.), в 1930-е гг. в репродуктивной сфере закрепился классический патриархальный дискурс — материнство было объявлено «социальной обязанностью» [9] женщины. Появился гендерный контракт «работающей матери» [25]: в его рамках женщины включены в производство на равных с мужчинами, но при этом все равно остаются ответственными за воспроизводство, воспитание детей и ведение быта.

Для обеспечения этого контракта необходима была налаженная работа учреждений, сопровождающих эти жизненные этапы: женских консультаций, роддомов,

яслей и детских садов и пр., что способствовало нормализации большой и активной роли институтов и институционального контроля в жизни людей. Дальнейшие меры по централизации репродуктивного контроля (запрет аборт в 1936-1955 гг., «карательные» гинекологические и акушерские практики вроде отказа в обезболивании и т. п.) также поддерживали нормализацию систематически объективирующего отношения к женщинам-как-к-телам.

Так как в Советском Союзе не сложилось обсуждения понятий телесной автономии и права на сексуальную свободу, которые были предметом масштабных дискуссий в США в период второй волны феминизма 1960-х [26], система законсервировалась и просуществовала в данном виде до конца 1980-х гг.

Таким образом, советское государство сделало медицину одним из главных и авторитетных агентов социального контроля, возложив на неё функцию обеспечения демографического благополучия. При этом необходимо отметить, что в данной системе работало большое количество женщин, что послужило логическим продолжением сложившейся в предыдущие столетия ситуации. Однако встроенность женщин-специалисток в выстроенные институты привела к тому, что они являлись проводницами медицинского взгляда на рожениц. Именно в советской системе окончательно закрепились полная изоляция женщины от близких, госпитализация и отношение к рожаящей как к «пациентке», отсутствие личного пространства и свободы поведения в родах, а также ряд медицинских вмешательств, не всегда основанных на результатах передовых мировых исследований.

ДИВЕРСИФИКАЦИЯ МОДЕЛЕЙ И ПРАКТИК РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В ПОСТСОВЕТСКИЙ ПЕРИОД: МЕЖДУ СОВЕТСКИМ НАСЛЕДИЕМ И ЛИБЕРАЛИЗАЦИЕЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В данной части будут представлены особенности постсоветского института родовспоможения в Беларуси и изменений, произошедших в тактиках и практиках принятия родов. В частности, меня интересует, какой стала роль роженицы в процессе родов, какое место занимает в системе фактор медиализации и как строятся и реализуются отношения власти в новом социальном контексте. Ввиду недостаточного количества исследований собственно белорусского контекста я опираюсь и на тексты российских исследовательниц, которые возможно экстраполировать и на него, а также на данные, описывающие непосредственно локальные особенности организации помощи при родах.

После распада СССР в Беларуси, как и в других новых независимых государствах, произошел откат к эссенциалистской риторике. Развалившаяся система социальной поддержки создала срочную необходимость делегировать в частные (женские) руки репродуктивный труд, ранее в значительной степени выполнявшийся государственными структурами [27].

Апеллируя к деторождению и воспитанию детей как к «женскому предназначению», патриархальный дискурс постсоветского образца легитимизировал контроль над женщинами с помощью аргументов о необходимости их защиты как «слабого пола». Это стало возможным благодаря трансформации официального советского дискурса.

Начиная с конца 1950-х гг., в «квазипубличной сфере» [9] происходила проблематизация женской и мужской гендерных ролей: в частности, критике (находившейся, однако, в жёстких идеологических рамках) подвергалась излишняя «маскулинизация» женщины в результате совмещения ею активностей в публичной и приватной сферах. Демографический кризис привёл к изменению государственной семейной политики, смещая акценты на важность деторождения и необходимость первичной ориентации женщины на материнство и семью.

Реэссенциализация социальной роли женщины значительно облегчила постсоветский переход к данному дискурсу как основному. Доминантный советский контракт «работающей матери» уступает место риторике об «истинном предназначении» женщины, который поддерживался неспособными обеспечить прежний уровень социальной поддержки властями. Женщины представляются в первую очередь ответственными за воспроизводство и благополучие рожденных детей [27].

Вместе со сменой государственной позиции в отношении гендерного порядка определённые трансформации претерпела и сфера родовспоможения. Хотя Беларусь сохранила многие установки и практики в данной области (патронаж беременных, изоляция женщин в родильных домах, объективация рожениц и т. п.), смена экономического и политического уклада привела к возникновению ряда новых аспектов. Постсоветская либерализация способствовала коммерциализации медицины и появлению ряда платных услуг. Так, постепенно стали доступными курсы по подготовке к родам; платное ведение беременности, в т.ч. и в коммерческих центрах; эпидуральная анестезия; партнёрские роды; сопровождение доул, размещение в палатах повышенного комфорта и т. п. Хотя ситуация с доступностью и качеством предоставления услуг имеет свои нюансы в зависимости от региона и конкретного учреждения [28].

Как замечает Мишель Ривкин-Фиш, именно экономический фактор стал одной из ключевых причин трансформации системы. Снижение финансирования в секторе здравоохранения привело к значительному сокращению бюджетов медучреждений, трудностями с доступом к медицинским предметам первой необходимости (расходным материалам, катетерами и пр.), пострадали зарплаты медиков. Государство было вынуждено ввести опцию перехода на частичное самообеспечение за счёт оказания населению платных услуг. В сфере женского репродуктивного здоровья такими процедурами стали платные аборт, а также улучшенные условия пребывания в родильном доме и «нетрадиционная забота во время родов» [29] — индивидуальный подход и создание эмоционального комфорта для роженицы.

Вместе с тем постепенно появляется и пространство для критики методов и особенностей системы организации помощи в родах — в том числе и взаимодействий женщин с советской системой родовспоможения, которые долгое время по ряду причин и обстоятельств оставались вне фокуса исследователь_ниц. Персональные свидетельства о женских опытах в этих системах начали массово появляться лишь в 2010-е годы в формате постов в социальных сетях, медийных публикаций или записей на платформах вроде «Живого журнала» [30].

Многие женщины отмечали атмосферу агрессии и унижения, оскорбления и издевательства со стороны медицинского персонала, и делились опытом страданий, которые перенесли из-за этого. Е. Здравомыслова и А. Тёмкина дают следующую характеристику советской системе: «В 1950-е годы, в условиях легализации процедуры

медицинского аборта, проявляется репрессивно-карательный характер медицины, которая выступает в качестве института жесткого административного управления телом» [9]. Можно предположить, что с «наказаний» за неодобряемое государством поведение (прерывание нежелательной беременности) практика демонстрации неограниченной медицинской власти любого человека в белом халате (от врачей до санитарок) распространилась и на другие аспекты, связанные с женской телесностью и сексуальностью. Это возвращает нас к сектору платных услуг и тому, что в его условиях покупают женщины.

Анализируя способы взаимодействия рожениц с медицинским персоналом, Е.Бороздина выделяет три основных аспекта: контроль, выбор и забота [31]. Формирование платного сегмента медицинской помощи в родах позволяет женщине, заняв позицию потребительницы услуг, принимать некоторые решения касательно того, как пройдут её роды. Таким образом увеличивается диапазон выборов и сценариев, доступных будущим матерям, которые всё чаще хотят принимать участие в решениях, принимаемых до и во время родов [32]. Это сигнализирует о том, что в постсоветский период женщины стремятся выйти из пассивной роли, которую отводит им медицинский взгляд на беременность и роды, и занять позицию активной участницы.

Платные услуги являются для беременных женщин также возможностью обеспечить индивидуальный подход к себе в процессе родов, что находит выражение в категориях заботы и доверия. Е.Бороздина замечает, что в условиях институционализации и коммерциализации забота естественным образом коммодифицируется, оказываясь дополнительной услугой к непосредственно медицинской помощи. Организация платного родовспоможения помогает женщинам познакомиться с людьми, которые будут ассистировать при их родах, даёт возможность построить с ними доверительные отношения и хотя бы примерно спланировать предстоящий процесс [31].

Учитывая поколенческий опыт «карательной» советской гинекологии и помощи в родах, можно сказать, что покупка заботы, определённой степени контроля и возможности выбирать и организовывать условия своих родов является для женщин стратегией снижения тревожности и преодоления недоверия к системе, так как происходит перераспределение власти в паре «женщина — медики»: будущая роженица становится уже не просто пациенткой, а клиенткой.

Совокупность этих процессов (бытия клиенткой-субъектом и одновременно пациенткой, выстраивающей через оплату эмоциональный контакт и безопасность) Анна Тёмкина называет «экономикой доверия» [33]. В то же время реальная ситуация может далеко не всегда соответствовать запросам и ожиданиям рожениц — то есть, оплачивая заботу и контроль, женщины де-факто не получают никаких гарантий, что всё произойдёт именно так, как им бы хотелось [34]. Это позволяет заключить, что, хотя отношения власти предположительно более сбалансированы в условиях оплачиваемого

родовспоможения, реальный процесс помощи в родах всегда индивидуален и по-прежнему зависит от того, как распорядится своей властью медицинский персонал. В бесплатном родовспоможении, однако, уязвимая позиция роженицы может увеличить степень риска злоупотребления властью со стороны медиков, т.к. у женщины зачастую мало практических возможностей воспользоваться существующими механизмами защиты.

При этом исследовательницы отмечают, что основными потребительницами платных услуг являются в основном обеспеченные образованные горожанки. Недоверие к бесплатному родовспоможению, достаточно высокая информированность и желание являться полноправной участницей своих родов наравне с помогающим медперсоналом приводит к тому, что спрос на платные услуги (создающий конкуренцию среди родильных домов, которые способны участвовать в «гонке») способствует хоть и медленному и точечному, но проникновению в систему государственного родовспоможения гуманистической модели, о которой говорит Робби Дэвис-Флойд [8].

В то же время причинами, по которым платное родовспоможение имеет столь ярко выраженный классовый аспект, могут являться ограниченный доступ к информации женщин из сельской местности и небольших городов, их финансовое положение, а также недоступность подобных услуг в роддомах, к которым они приписаны.

Беларусь, однако, имеет важную особенность: сфера родовспоможения является монополизированной государством. Хотя законодательно выбор женщиной места для родов никак не регулируется, запрещено под угрозой уголовной ответственности оказывать роженице медицинскую помощь на дому [35]. Не имеют права принимать роды и коммерческие центры — они могут только вести беременность. Таким образом, де-факто единственным местом, где женщина может *законно* получить в случае необходимости медицинскую помощь при родах, остаются государственные родильные дома и родильные отделения больниц.

Домашние роды маргинализируются чиновниками: женщины, решившие рожать дома, называются «безответственными» и часто обвиняются даже в намеренном причинении вреда будущему ребёнку [36]. Таким образом, происходит осуществление социального и медицинского контроля через категорию моральной ответственности пациента [12] и маргинализация женщин, не желающих встраиваться в систему. Желание самостоятельно выбирать обстановку собственных родов маркируется как опасный каприз и активно осуждается в публичном поле врачами и чиновниками от медицины [37].

Также в медиа продолжает активно проводиться дискурс медиализации. О. Сасункевич отмечает [36], что в материалах на тему медицины распространён формат экспертного мнения. При этом государственные СМИ (позиции которых чрезвычайно

сильны в Беларуси) предоставляют площадку для высказывания в основном чиновникам-медикам, занимающим руководящие посты в тех или иных медицинских учреждениях. То есть, проведение государственной идеологии традиционализма и эссенциализма осуществляется людьми, напрямую связанными с государственной властью и прямо заинтересованными в успешном проведении её политики. «Нормальными» в официальном дискурсе считаются здоровые дети, следовательно, приемлемо такое материнство, которое направлено на рождение здорового ребенка. Материнство, не вписывающееся в данные рамки, рассматривается как «ненормальное», «неполноценное», «асоциальное» [36].

При организации родовспоможения и выборе определённой тактики ведения родов врачи опираются на соответствующие клинические протоколы. Необходимо отметить, что ведение физиологических родов чётко регулируется в плане последовательности и времени проведения определённых мероприятий, предлагая стратегии действий на все случаи, которые возможно предусмотреть. Вместе с тем произведение ряда манипуляций (амниотомия, стимуляция родовой деятельности, эпизиотомия) остаются, при отсутствии чётких показаний, на усмотрение врачей, ведущих роды. Что позволяет при наличии медицинской власти применять их по своему усмотрению (хочу подчеркнуть, что я не имею в виду *злонамеренность* тех или иных медицинских решений, а стремлюсь только дать описание потенциальным сценариям прохождения родов). В условиях высокой медикализированности родовспоможения это может приводить к рутинному/слишком раннему осуществлению вмешательства в родовой процесс, что впоследствии может спровоцировать положение, в котором требуются уже новые вмешательства для управления результатами предыдущих [5]. Я намеренно не рассматриваю в данном случае сложные случаи, изначально требующие того или иного вмешательства, так как фокусом моей работы является именно медикализация естественных физиологических процессов.

Так как демографическая политика также является одним из приоритетных направлений государственной деятельности, власти заинтересованы в низких показателях материнской и детской смертности, а также снижении/отсутствии тяжёлых последствий родов. Беларусь на протяжении многих лет занимала высокие места в международных рейтингах, касающихся сферы родовспоможения: по показателям материнской и детской смертности, по благоприятности условий для материнства (в том числе и в сфере родовспоможения) и т.п. Однако, как говорит О. Петрукович, «место в ... рейтинге имеет мало отношения к наличию реальных благоприятных условий для материнства, и ещё меньше — к тому, насколько система родовспоможения хороша или дружелюбна женщинам и детям» [28].

Таким образом, в период с конца XVIII века по наши дни сфера родовспоможения претерпела ряд существенных изменений. Принятие родов бабками-повитухами

сменилось институтом образованных акушеров, которые внедряли медицинский подход к принятию родов вплоть до Октябрьской революции. Тотальная институционализация и медикализация помощи в родах в СССР привела к формированию и окончательному закреплению ряда агрессивных репрессивных практик (вербальной агрессии, ограничения подвижности в родах, рутинных медицинских вмешательств), что способствовало объективизации рожениц и утрате ими субъектности [38].

В современной Беларуси под влиянием процессов либерализации и коммерциализации наблюдается расширение диапазона стратегий деторождения и выборов сценариев родов, доступных женщинам, хотя здесь серьёзным ограничением выступает финансовое положение. Вместе с тем сильное влияние на сектор родовспоможения оказывает советское наследие. Жёсткое государственное регламентирование тактик и практик оказания помощи очерчивает рамки, за пределы которых ни медперсонал, ни роженицы не могут выйти без серьёзных рисков для себя (например, домашние роды и оказание помощи в них). Хотя спектр предлагаемых услуг в сфере родовспоможения довольно широк, у женщин нет гарантии их получения даже в случае организации и оплаты, что связано с ограниченной материальной базой, не справляющейся с обеспечением спроса предложением.

В то же время в последние годы состояние сферы родовспоможения все более активно обсуждается в публичном поле, растёт степень доступности информации и возможности выбора, что в перспективе может способствовать улучшению работы системы. Таким образом, нынешняя система институционального родовспоможения представлена достаточно большим количеством опций и сценариев оказания помощи роженицам.

ТАКТИКИ И ПРАКТИКИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РОДАХ: КАК РАЗЛИЧИТЬ ПОМОЩЬ И НАСИЛИЕ?

В данной части даётся определение понятию насилия при родах, а также прослеживается, как оно концептуализировалось в различных странах и сферах (академической, юридической, медицинской и т.п.). Учитывая существующие на данный момент определения и описания насильственных практик, я предлагаю обоснование того, почему те или иные действия при оказании медицинской *помощи* (курсив авторки) могут являться насильственными (включая ситуации, где сами роженицы и/или медики не воспринимают и не маркируют их таковыми). Также представлена теоретическая рамка анализа.

В контексте функции института медицины как агента асоциального контроля и инструмента реализации биополитической власти меня интересует гендерный аспект проблемы: как проявляются медиализация и контроль в специфически женской области медицины? Хотя впервые особое отношение и практики контроля над женщинами были описаны ещё Фуко, который подчеркнул, что женский организм изначально виделся учёными и медиками как проблемная девиация эталонного мужского [7], широко обсуждаться эта тема стала только с 1970-х, с развитием гендерных исследований и феминистской критики, а также интереса ряда других дисциплин: антропологии, социологии, культурных исследований и т.д.

Хотя обсуждению медиализации родов с 1970-х гг. было посвящено множество текстов, практики и тактики, применяемые врачами при оказании медицинской помощи, впервые были концептуализированы как *насилие при родовспоможении* лишь в 2007 году, когда Венесуэла приняла соответствующий закон [39], ставший результатом многолетней деятельности феминистских активистских организаций и публикаций обширного массива исследований по теме. Данный закон предлагал следующее определение насилия при родовспоможении (*перевод авторки*): «присвоение тел и репродуктивных процессов женщин медицинским персоналом, выражающееся в дегуманизирующем отношении, злоупотреблении медикаментами и превращении естественных процессов в патологические. [Присвоение] приводит к потере автономии и способности [женщин] свободно распоряжаться своими телами и сексуальностью, оказывая негативное влияние на качество жизни женщин».

С тех пор концепт насилия при помощи в родах как одного из видов насилия в отношении женщин нашел отражение как в принятых на данный момент законах разных стран, так и в документах ВОЗ и повестках различных активистских организаций [40]. В определении тех или иных действий медицинских профессионалов как насилия я опираюсь на две классификации практик родовспоможения одновременно. Выбранные классификации обеспечивают более широкий взгляд на собранные мной данные, т. к. позволяют охватить больше возможных сценариев. Так, Баузер и Хилл предложили следующую систематизацию насильственных практик в родовспоможении (*перевод авторки*) [41]:

1. Физическое насилие (щипки, шлепки и пощечины, выдавливание плода и т.п.);
2. Медицинское вмешательство без согласия роженицы (стимуляция родов, эпизиотомия, кесарево сечение и т.п.);
3. Несоблюдение конфиденциальности (отсутствие изолированного пространства для родов, которое обеспечило бы роженице уединение, разглашение медицинской информации пациентки и т. п.);
4. Неуважение достоинства роженицы (*намеренное* унижение, обвинения, крики, отчитывание, грубое обращение и т.п.);
5. Дискриминация из-за особенностей пациентки (возраст, этнос, раса, класс, уровень образования, наличие болезней и т.п.);
6. Оставление без помощи (ненахождение рядом с женщиной медицинских специалистов в течение родов, ненадлежащее внимание к состоянию женщины в процессе родов и неспособность вмешаться в серьезных ситуациях);
7. Насильственное удержание в медицинском учреждении (неоплата медицинских услуг и т.п.).

Вторая концепция за авторством Линн Фридман и коллег отмечает, что данная категоризация очерчивает основные виды насилия при помощи в родах, но «не определяет её в плане характеристик поведения медицинского персонала, условий в медицинском учреждении или других факторов, которые могут быть восприняты как неуважительные или насильственные» [42]. Они предлагают альтернативную категоризацию, выделяя три уровня — индивидуальный, структурный и законодательный, а также следующие виды насилия в связке с восприятием их в том или ином обществе (*перевод/адаптация авторки*):

1. Поведение, которое все расценивают как неуважение/насилие;
2. Нормализованное неуважение и насилие — женщины расценивают его как таковое, медицинский персонал — нет; или же женщины не рассматривают данные практики как насильственные, а другие — да;

3. Плохое обращение/лечение (treatment) или недостойные условия, вызванные системными дефицитами и расценивающиеся как неуважительные/травмирующие женщинами или медиками;
4. Отклонения от национальных стандартов достойного медицинского обслуживания;
5. Отклонения от стандартов прав человека (доступность, приемлемость, качество).

Также я хотела бы подчеркнуть, что фокусом моей работы не является медицинский персонал и их мотивации к выбору тех или иных стратегий ведения родов. Я не рассматриваю поведение персонала родильных учреждений в свете наличия или отсутствия интенции причинить вред/реализовать власть, равно как и в категориях вины и ответственности. Меня интересуют исключительно характеристики и составляющие действующей системы и способы её легитимации и воспроизводства медработниками.

Сара Шебот оговаривает, что медицинский персонал далеко не всегда может знать о том, что их действия причиняют вред, а не помогают [43]. Так, помогающим может считаться «мотивирование» роженицы запугиванием («ребёнка *угробишь*», «сейчас *резать будем*» и т.п.), вмешательства с целью ускорения процесса родоразрешения (стимуляция окситоцином), обезболивание без согласия женщины и т. д. Вместе с тем я полагаю, что отсутствие такого знания может само по себе рассматриваться как важный *структурный* элемент системы институционального насилия и способ поддержания и воспроизводства властных отношений внутри данного института. Отобрать контроль у женщины становится одной из главных задач технократизированного родовспоможения. Наряду с «добычей» здорового «продукта» — младенца.

Артикуляция проблемы насилия в нарративах рожениц: от адаптации к критической рефлексии

В данной части представлены описания и интерпретации материалов эмпирических исследований, собранных мной (роженницы города N) и активистками гендерной инициативы «Ружа» (роженницы Могилёвской области).

5.1 Нарративы рожениц родильного дома города N

Для данной части исследования были собраны восемь глубинных неформализованных интервью с женщинами, родившими ребёнка/детей в родильном доме одного из районных центров Беларуси в период 2011-2018 гг. Особенности выборки (крайне чувствительная тема, стигматизированность критики данного рода помощи в случае рождения здоровых детей, нормализация боли и т. п.) означали, что всё же согласившиеся на интервью женщины были готовы делиться своими опытами с большим количеством деталей и очень открыто, что позволило сформировать достаточно полную картину того, как в данном роддоме выстроена система принятия родов. Интервью собирались до насыщения.

Интервью и истории были обработаны посредством кодирования и проанализированы методом дискурс-анализа с помощью теории дискурса Лакло и Муфф [44][45]. Выбор данного метода был обусловлен тем, что в нём дискурс рассматривается как элемент конструирования социальной реальности и производства конкурирующих смыслов, что делает эту методологию чувствительной к обнаружению отношений власти.

Опираясь на указанные мной ранее классификации, я анализирую дискурсы информанток на предмет практик, которые применялись к ним непосредственно в процессе их родов, а также особенности устройства системы с точки зрения индивидуального, структурного и законодательного уровней [42]. Кроме того, я рассматриваю, как сами информантки расценивают собственные опыты.

По свидетельствам моих информанток, физическое насилие в процессе родов к ним не применялось. Исключение составляют два случая выдавливания младенцев из утробы:

«я её как бы не сама родила, мне её как бы как вытолкнули <...> сбоку появилась женщина получается, — видимо, акушерка, — и она мне очень сильно давила на живот. Очень сильно» (Интервью 3); «одна девушка, я точно помню,

молодая какая-то, на живот мне давила, — вот лежала прям на мне, я как щас помню, она прям вот на мне лежала» (Интервью 7).

Соответственно, можно предположить, что основные практики воздействия на рожениц лежат в других сферах (которые в то же время сложнее поддаются пониманию и определению как насильственные), а прямое физическое насилие осуществляется «по медицинской необходимости» и легитимизируется «успехом» в виде извлечения ребёнка.

Медицинские и иные вмешательства, однако, являются рутинной стратегией ведения физиологических (т. е. неосложнённых) родов. Так, большинство моих информанток, рожавших через естественные родовые пути, сообщали о стандартном порядке: бритьё промежности (в случае, если женщина не «подготовилась» самостоятельно до начала родов) клизма, амниотомия (прокол пузыря), стимуляция родов, эпизиотомия (разрез промежности). Хотя последние три манипуляции, согласно действующему на то время клиническому протоколу [46], осуществляются не ранее определённого времени/по показаниям, рутинность их выполнения позволяет заключить, что медперсонал трактует формулировку «по показаниям» как легитимацию проведения данных вмешательств не только по объективной медицинской необходимости, а и по желанию врача с целью просто ускорить родоразрешение, организовав тем самым процесс родов удобным и максимально предсказуемым для персонала образом.

В то же время, нельзя исключать и серьёзную ответственность, возлагаемую на врачей и акушеров государством в случае плохого исхода родов. С данной точки зрения можно рассматривать рутинность этих манипуляций уже как стратегию снижения тревожности для медперсонала. В этом случае она обеспечивает максимальный контроль над процессом родов и телом роженицы, организуя родовспоможение знакомым врачам образом, который почти всегда гарантирует необходимый результат (здорового ребёнка), а также позволяет наладить процесс «производства» в условиях конвейерного родовспоможения.

Нарушение конфиденциальности, однако, является характеристикой самой структуры родильного дома, т. к. предродовые комнаты и родильные залы изначально рассчитаны на двух и более рожениц. Кроме того, стандартной практикой является отсутствие запоров над дверями туалетных кабинок, что, хотя и продиктовано соображениями безопасности, также создаёт дискомфорт. В то же время в некоторых случаях обеспечение приватности могло быть организовано. Например, шторками на окнах. Информантки, поднимавшие тему приватности, выражали фрустрацию по поводу такой организации пространства:

«выходишь...голая, <...>могут видеть как бы...но это мало кого волнует» — (Интервью 3); «я уже попала в родзал. И тоже — они меня на это кресло, я легла <...> и я вижу прям в этом окне своё отражение, и вот там вот ну...такое вот

раскрытие...и я вижу уже головку. <...> Там вот шторок на окнах нет, вот...А ещё как находится напротив здание гинекологии...то, помню, как-то мы тоже лежали в гинекологии, и все вот так вот стояли-смотрели, как там рожают...» (Интервью 1).

Возможность иметь собственное пространство для родов и послеродового пребывания доступна в данном родильном доме только на платной основе (партнёрские роды, платные индивидуальные палаты и т.п.). Обеспечение приватности, таким образом, становится вопросом наличия у женщины финансовых ресурсов, а также доступности данной услуги (респондентки отмечают, что в итоге удовлетворение их пожелания — вопрос везения). Вместе с тем врачи могут отказать в обеспечении необходимого пространства даже в критических ситуациях. Одна из моих информанток так описала свой опыт искусственных родов на сроке в 19 недель:

«вот представьте, вас трое в палате, и у тебя начинаются искусственные роды. <...> У тебя лежит ещё в палате двое женщин, кроме тебя, они видят всё, как у тебя это происходит...<...>когда просила, чтобы на кресло хотя бы разрешили пойти,<...> то сказали, что кресло для этого не предусмотрено<...>и это по медицинскому протоколу так» (Интервью 4).

Также довольно проблемной является ситуация с (не)уважением достоинства роженицы. Так как попадая в медикализированную систему родовспоможения, женщины оказываются в ситуации фактической утраты субъектности, коммуникация персонала с будущими мамами зачастую становится основным фактором, определяющим для родившей весь опыт её родов.

В то же время эта коммуникация — даже в рамках соблюдения действующих в Беларуси законодательных актов (право рожениц на информированное согласие, уважительное обращение с пациентками и т.п.) — оказывается для медперсонала «эмоциональной работой»: в определении Арли Хохшильд [47], как работники они должны регулировать свои эмоциональные реакции при взаимодействии с женщинами для обеспечения комфорта последних. В биомедицинской логике, однако, эмоциональная забота-как-работа (carework) [48] не является опцией, входящей в пакет помощи по умолчанию. Женщины организуют её получение специально: либо оплачивая ряд услуг, либо устанавливая/активизируя личные связи [34].

Мои респондентки выражали разные взгляды на концепцию заботы, её роли в процессе родов и ситуаций, в которых медицинский персонал должен её проявлять. Так, некоторыми забота воспринималась как нечто, сопровождающее медицинскую помощь по умолчанию: женщины выражали сильную фрустрацию от отсутствия эмоциональной поддержки со стороны медперсонала:

(«у них, наверное так, что, якобы, у вас на руках телефоны, да, мобильные, вас там родственники должны бодрить, поддерживать там, и всё остальное. Но в этот момент<...> мне важна всё-таки какая-то вот помощь и поддержка с... медперсонала» – Интервью 3).

Другие же рассматривали заботу как услугу/дополнительную опцию, которая должна быть оплачена: *(«...когда у тебя партнерские роды в нашем роддоме – у тебя отдельный личный твой доктор, твоя медсестра, твоя акушерка, которая с тобой. <...>Тогда отношение да – тогда другое, потому что, когда за это заплачено, на тебя смотрят какие-то посторонние люди» – Интервью 7),* или может быть обеспечена личным знакомством с кем-либо из медперсонала *(«я договорилась с той заведующей, то есть, что когда это всё будет – да, это всё будет под контролем под каким-то. То есть, ну, 200% контроля или ещё что-то» – Интервью 6).*

Невидимость и в то же время сложность непрерывного выполнения эмоциональной работы приводит к тому, что в условиях технократической модели её очень тяжело получить бесплатно – в итоге ситуация зависит от личной идеологической позиции отдельных сотрудниц сферы родовспоможения. Более того, мои респондентки, рожавшие бесплатно, отмечали общий негативный эмоциональный фон в процессе родов и послеродовом пребывании в учреждении, хамство со стороны сотрудниц роддома любых должностей:

«пришла эта уборщица – как разоралась на меня», «персонал этот, понимаешь, то есть они вот, как бы, к тебе...они к тебе относятся на самом деле вот просто как не к человеку даже, а просто как к собаке какой-то» (Интервью 3); «... [врач] вела себя очень некорректно. Она обзывала меня перед другим медицинским персоналом» (Интервью 4); «Я говорю – я не могу встать, мне больно. Она – что ты притворяешься?! И когда я всё-таки встала – она на меня накричала» (Интервью 5).

Таким образом, можно заключить, что в условиях «фабрики по производству детей» и с учётом советского наследия, где эмоциональная работа даже не предполагалась, а вербальная агрессия служила дополнительным инструментом контроля, эмоциональная работа практически полностью коммодифицируется (переводится в категорию чего-то, что можно/нужно) купить. Однако оплата всё равно на практике не гарантирует её получения, а скорее снижает риски грубого обращения в восприятии женщин.

Сама необходимость выполнения эмоциональной работы при этом не исчезает. Одним из интересовавших меня вопросов в свете объективации роженицы в условиях технократического родовспоможения было то, как мои информантки понимали контроль над родами. Отвечая на данный вопрос, некоторые из них определили

контроль как эмоциональный самоменеджмент с целью минимизировать потенциальные злоупотребления властью медперсоналом:

«Ну это контроль своего поведения, ну, своей вот, я не знаю, как... реакции<...>очень сильно медперсонал...недоволен и ругается, когда вот, вот такие вот мамочки<...> не хотят делать так, как говорит им медперсонал» (Интервью 1); «есть контроль в плане вот...как я...я себе всё время там – не ори, не ори, не ори! – как бы, вот так вот, да. <...> Есть какой-то самоконтроль, вот именно себя – но не родов» (Интервью 3); «Контролировать – ты можешь задавать вопросы, но они этого тоже очень не любят. <...> я поняла, что, как бы, ну, ты тут права не покачаешь. Даже спрашивать что-то бессмысленно, потому что им, грубо говоря, не до тебя...» (Интервью 6)

Вместе с тем, в случаях, если роженица демонстрирует потенциально проблемное, неудобное для врачей поведение, для контроля над ситуацией могут использоваться медицинские манипуляции: *«я кричала, завывала, я им, видимо, надоела, они мне спиналку (эпидуральную анестезию – прим.авт.) сделали» (Интервью 7)*. Вероятно, в этой логике предполагается, что у «обезболенной» роженицы не может быть потребности в эмоциональной поддержке: из фокуса полностью выпадают все аспекты родоразрешения, не связанные непосредственно с телесной его стороной. Таким образом, эмоциональная работа может заменяться медицинскими вмешательствами или перекладываться на самих рожениц (последние иногда усваивают позицию «не беспокоить/не злить врачей» и сосредотачиваются на самодисциплинировании [49] в процессе родов).

Также в контексте того, кто, как и почему осуществляет в процессе родов эмоциональный менеджмент/поддержку, интересно проследить, как мои респондентки реагировали на идею присутствия с ними на родах мужа/партнёра. Обосновывая своё мнение, они занимают протекционистскую позицию и используют эссенциалистскую риторику:

«я не хочу, чтоб меня муж видел в этом состоянии <...> Нельзя, чтоб мужчина вообще такое видел! <...>...надо беречь эту психику ранимую» (Интервью 1); «не хотелось. Зачем мне это? Лишнее. Не знаешь, как себя будешь вести, а тут ещё муж будет под боком мне болботать, не надо мне такое» (Интервью 7); «я была очень против<...> прочитала литературу, что может отбить желание потом вообще жить с женой: и в физическом плане, и в моральном тоже...мужчина всё-таки...» (Интервью 8)

Некоторые, в то же время, с интересом относились к идее, но отмечали наличие препятствий в виде нехватки ресурсов, нежелания мужа/партнёра присутствовать на родах или даже обсуждать эту тему:

«как бы партнёрские роды — они ж денег стоят, во-первых. Вот...а во-вторых, как бы, ну, [муж] как-то так не очень...Он бы и хотел, но он, наверное, больше боялся вот этого вот — крови, всего, вот» (Интервью 3); «он говорит, боялся вот, он очень боялся <...>где-то я понимаю, что муж прав, что ему это не надо видеть <...>не хочет — значит, не надо» (Интервью 5)

Таким образом, женщины в основном не рассматривают отцов своих детей как источник поддержки, и порой склонны даже расценивать их как дополнительную проблему или помеху в случае потенциального присутствия на родах. Они чувствуют себя ответственными не только за «производство» здоровых детей, но и за чувства/эмоции близких людей.

Так как население города, где я собирала интервью, довольно однородно, мои информантки, входящие в титульную группу населения (белые совершеннолетние замужние женщины-белоруски, не имеющие стигматизируемых болезней), не сообщали о какой-либо дискриминации из-за их особенностей. Однако некоторые отмечали безразличный подход к ним со стороны медицинского персонала и игнорирование жалоб и просьб во время и после родов:

«Пить не дают, кстати. Не знаю, почему: я очень просила <...> Мне не дали почему-то. Нельзя, нельзя...» (Интервью 3) «Я говорю — я не могу встать, мне больно. Она — что ты притворяешься?! И когда я всё-таки встала — она на меня накричала...я потеряла сознание, я проснулась в луже крови...то есть только тогда начали верить, наверное, что-то — и то, когда приходили сменные врачи вот вечером, я...я каждому жаловалась, что у меня очень сильно болит живот. Я всем говорила» (Интервью 5); «что-то они меня не очень взлюбили, так, не знаю почему, вот, — ты нам попала, теперь лежи!» — и не подходили ко мне, я одна, короче. И одна я рожала, и в родовой, и в предродовой я одна была, и всё, им как-то было всё равно» (Интервью 7).

Недоверие словам и жалобам женщин довольно симптоматично для биомедицинской модели — слова женщин не принимались в расчёт уже в конце XIX века, когда беременность женщины должен был «диагностировать»/подтвердить врач даже в случае, если будущая мать уже чувствовала шевеления плода [50]. Техника (машина для снятия КТГ) и медицинский взгляд («Не ври, не больно!») считаются более надёжными источниками информации, нежели роженица и её ощущения. Это, на мой взгляд, поддерживает свойственное биомедицинской модели продуцирование у женщин отчуждение от их тел и чувств и так же работает на укрепление медицинской власти. Власть решать, что реально/значимо, а что нет, воплощена в фигуре медицинского работника.

Власть также реализуется через (не)информирование рожениц о ходе процесса, производимых вмешательствах и их причинах и т. п. По свидетельствам моих информанток, оно носило спорадический и формальный характер, производилось в основном в формате сообщения без объяснений «мы тебе сейчас это сделаем» или даже приказа (иди сюда, воды прокалывать будем!), и на практике зависит только от конкретных медработников. Знания по вскармливанию, пеленанию и прочим аспектам ухода за ребёнком чаще передавались в исследуемом мной учреждении от мамы к маме, нежели от медперсонала к родильницам.

Также важно отметить отношение моих информанток к домашним родам. Оговаривая, что существуют разные ситуации, сознательное решение рожать дома они всё же маркируют как «ненормальное». Процесс намеренного родоразрешения за пределами медицинского учреждения рассматриваемся ими как опасный и безответственный шаг, так как в родах «всё может случиться». Недоверие к собственному телу и страх перед маргинализированной в обществе практикой находят выражение в следующих характеристиках:

«я думаю, любая женщина нормальная — нормальная — которая хочет родить нормального здорового ребёнка, то, мне кажется, у неё даже мысли не должно быть в голове, чтобы рожать дома» (Интервью 3); «я считаю, что это ненормально, потому что, если бы ты была одна, если, грубо говоря, ты истекала кровью, потому что ... у тебя там, я не знаю, пуля 10-го калибра где-то, и ты истекаешь кровью и думаешь: «Ну, ладно, я справлюсь дома сейчас, залью это все перекисью, замочу бинтом и буду ждать чуда» (Интервью 6).

В нарративах женщин физиологические роды предстают глубоко патологическим процессом, сравнимым по степени опасности с огнестрельным ранением и немыслимым без медицинского контроля и вмешательства. Таким образом, можно заключить, что женщины интернализируют доминирующий биомедицинский дискурс и смотрят на свои тела³ и на процесс родов как на опасные, непредсказуемые вещи, для управления которыми обязательны присутствие и вмешательство медицинских работников.

В то же время крайне важно отметить, что, высказывая много претензий об обстановке роддома и эмоциональной стороне пребывания в учреждении/общения с медиками, ни одна из моих информанток не подвергает сомнению правомерность осуществлённых медицинских вмешательств. Женщины оправдывают любые вмешательства профессиональным образованием медперсонала и авторитетом медработников в стенах учреждения: *«Я же полагаюсь на врачей, они же врачи, они же высококвалифицированы, поэтому доверяла я им» (Интервью 7).*

В условиях гегемонии института медицины и высокой степени медикализации

³ Здесь намеренно избегается оборот «на себя», чтобы продемонстрировать эффект отчуждения женщин от их собственных тел и технократизированность их взгляда на процесс родов

родовспоможения наказуемым является как выбор альтернативных практик родовспоможения, так и сопротивление медикам как агентам власти. Легитимность этой власти основана на отсутствии у рожениц профессионального знания, апелляция к которому (или интернализованное отношение к нему как к авторитету) и позволяет врачам контролировать поведение женщин.

Таким образом, практики родовспоможения в роддоме города N носят во многом насильственный и репрессивный характер, утверждая власть медицинского взгляда, медперсонала как его носителей и биомедицинской модели как единственно правильной. Однако пациентки не всегда маркировали действия, производившиеся с ними в течение родов/период пребывания в роддоме как насильственные. Это может быть связано с нормализацией в патриархальном культурном контексте второстепенности, неполноценности женщины, эссенциализации её социальной роли — социальный капитал достигается путём «производства» на свет «качественного» ребёнка, в связи с чем женщины существенно менее заинтересованы в собственном благополучии.

Данные практики реализуются на всех трёх уровнях: индивидуальном (поведение медперсонала при взаимодействии с роженицами/родильницами), структурном и законодательном (недостаточное оснащение родильного дома вещами первой необходимости, плохой ремонт, нехватка платных палат и пр.). Процессы ведения родов сильно рутинизированы: ряд медицинских вмешательств (стимуляция родовой деятельности, амнио- и эпизиотомия) проводится практически с каждой роженицей и производятся врачами скорее для их собственного удобства, чем по объективной необходимости (об этом свидетельствует их распространенность).

Женщины, однако, воспринимают опыт своих родов в основном позитивно, выражая недовольство скорее эмоциональной стороной пребывания в роддоме, нежели медицинскими вмешательствами, что позволяет говорить об интернализации ими технократического взгляда на роды и родовспоможение, а также усвоения и нерелефлексированного подчинения власти медицинского взгляда.

5.2 Опыты рожениц Могилёвской области

В данном пункте предметом моего анализа выступает сборник историй рожениц Могилёвской области, созданный и опубликованный гендерной инициативой “Ружа”. Здесь меня интересует, как артикулируют свои опыты женщины, рожавшие в других медицинских учреждениях Беларуси, как выстроены практики и тактики помощи при родах, а также как описываются в нарративах информанток отношения власти.

Моим исследовательским ограничением в данном случае является то, что у меня нет информации о методологии сбора опубликованных историй. Не зная, как

строились конкретные вопросы и какой фокус был предложен респонденткам, я не могу с уверенностью утверждать, как они маркируют те или иные практики. Так как активистки «Ружи» проблематизируют оказание помощи при родовспоможении, можно предположить, что информанткам предполагалось рассказать свои истории, делая акцент на том, что они расценивают как насилие, что могло привести к потере информации о практиках, которые нормализованы в картинах мира респонденток сборника. С другой стороны, это может позволить выявить те особенности помощи в родах, которые были отрефлексированы женщинами как насильственные.

Сборник был опубликован в 2017 году и содержит 37 коротких историй. Респондентки рассказывают о своих опытах родов в трёх учреждениях Могилёвской области: Могилёвской больницы №1, Могилёвской городской больницы скорой медицинской помощи и роддоме г. Бобруйска. Некоторые из историй по состоянию на 2026 год можно найти на сайте проекта radziny.by

В своих историях большинство респонденток сборника не приводят свидетельств применения к ним агрессивного физического насилия (шлепки, пощечины и т.п.) Тем не менее некоторые сообщали о применении к ним приёма Кристеллера и физического воздействия: *«стали выдавливать ребёнка<...>от невыносимой боли я кричала и просила о помощи<...>внезапно почувствовала удар по лицу от своего врача, который сказал только одно слово: «Заткнись!» (с.33); «в результате [врачебной халатности] во время родов ребёнка пришлось срочно выдавливать» (с.53).* В то же время одна из женщин дискурсивно оформила данное сообщение в позитивном ключе: *«врач помогла малышу, надавив на живот».* (с.17).

Таким образом, можно предположить, что, хотя насильственные практики физического воздействия не являются рядовыми при ведении родов медперсоналом, они всё же встречаются достаточно часто, чтобы рассматривать их как важные составляющие системы государственного родовспоможения.

Медицинские вмешательства в процесс физиологических родов являются рутинной практикой, применяющейся медицинским персоналом практически без исключений. Так же как и в случае с роженицами роддома города N, в учреждениях Могилёвской области прокол плодного пузыря, рассечение промежности и стимуляция родового процесса были проведены практически каждой из женщин, рожавших через естественные родовые пути. Данные манипуляции респондентки отмечают в основном нейтрально или в терминах необходимости (*«пришлось делать прокол»*). Это может свидетельствовать об интернализации женщинами технократического взгляда на роды, где отсутствие вмешательств в априори экстремальной и патологической ситуации [8] может рассматриваться как недоработка медперсонала.

Одной из категорий, которую могилевские респондентки также проблематизировали наиболее активно, являлась организация пространства родильных отделений, не обеспечивавшая должной степени приватности. Проектировка данных отделений создавала необходимость (по требованию персонала) переодеваться в выдаваемую родильными отделениями одежду (ещё одно обязательное требование) в приёмном покое (Бобруйский роддом) или в тамбуре перед приёмным отделением (Могилёвская городская БСМП). Женщины описывают данный опыт в категориях шока и унижения: *«была шокирована тем <...> что переодеваться мне пришлось <...> в присутствии посторонних мужчин и женщин»; «унизительно до слёз <...> переодеваться в присутствии посторонних».*

Одной из респонденток, поинтересовавшейся причиной такого требования, медперсонал объяснил эту необходимость тем, что иначе за роженицами «тяжело убирать». Также женщины отмечали полное отсутствие конфиденциальности при проведении до- и послеродовых осмотров и обходов — всем родильницам приходится обнажаться ниже пояса и отвечать на личные вопросы, озвучивая, таким образом, всем окружающим информацию касательно их здоровья.

Данный опыт артикулировался уже в более широком диапазоне категорий — от смущения и непонимания до возмущения и протеста: *«невыносимо унижительно», «меня это поразило до глубины души <...> неужели я...недостойна уважения к своей личности и интимности».*

Кроме того, респондентки уделяли значительное внимание описанию проблем технического и бытового оснащения роддома/отделений, отмечая ряд негативных физических и психологических последствий для себя и/или детей: *«В послеродовой было 5 мам и 5 малышей. Поспать и отдохнуть было невозможно», «Кровати. Тут <...> как повезёт. Проваливающиеся, наклонённые, постоянно сползающие — я наблюдала, как мучаются девочки»; «Когда я рожала, в этой части города отсутствовала горячая вода <...> из-за этого наших детей не мыли, и я выписалась с огромным раздражением у своей девочки».*

Стратегией сопротивления и попыткой получить некоторый контроль над ситуацией в данном случае также являлись платные услуги (как при родовспоможении, так и в бытовых условиях в послеродовой период). Здесь респондентки также предпринимали попытки снизить оплатой услуг собственную тревогу (*«поскольку я была наслышана обо всех трудностях, то планировала лечь в платную палату»*), оправдать в собственных глазах свои ожидания от персонала и запросы к нему (*«готова заплатить деньги, чтобы за мной ходили и держали за ручку. После родов мне нужна была поддержка и тепло, а не безразличие»*). В основном респондентки данного сборника рассматривают эмоциональную заботу как необходимую на протяжении пребывания в медицинском учреждении, но выходящую за пределы базового набора обязанностей

медперсонала, а потому требующую оплаты. В то же время и здесь женщины озвучивали, что оплата не является гарантией получения необходимой эмоциональной заботы.

Так как в биомедицинской модели родовспоможения медики являются теми, кто способны и должны максимально вовлеченно и эффективно вести процесс родоразрешения, интересно рассмотреть, что делалось медперсоналом непосредственно по части медицинской поддержки. В процессе внедрения и распространения медикализированного подхода одним из основных его плюсов, согласно уверениям врачей, была возможность обезболивания. Так, после получения Н. Пироговым патента на использование хлороформа в 1847 году, началось экспериментирование с его использованием в трудных родах: врачи подчёркивали, что «направляют усилия на сострадательную помощь» [23]. В связи с этим интересно было проследить, как «сострадательная помощь» реализуется в настоящее время в нашей системе, в отсутствие системных проявлений эмоциональной заботы о роженицах и родильницах.

Респондентки отмечали неоднократное игнорирование врачами их просьб об обезболивании (как во время родов, так и в послеродовой период): *«Я просила медицинских работников вколоть мне обезболивающее, однако в такой услуге мне было отказано»; «Я просила всех сотрудников отделения...сделать мне обезболивание...его так и не сделали. Вместо этого начали делать стимуляцию для ускорения процесса родов»; «Когда терпеть стало невозможно, я попросила врача обезболить роды. Ответ врача был: <...>Боль нужно терпеть».* Последнее высказывание особенно показательно в свете советского наследия — карательной [9] гинекологии и родовспоможения, — где отсутствие обезболивания и намеренное причинение боли (например, при производстве аборта [51]) были инструментами жёсткого медицинского контроля над женскими телами. Боль представляется как необходимость, и именно в фигуре врача воплощена власть решать, *достаточно* ли больно женщине, чтобы предоставить ей медицинскую помощь в виде облегчения болевых ощущений.

Медперсонал также получает контроль над телом и поведением женщины благодаря возможности отказать в данном виде помощи, хотя анестезия рассматривалась как составляющая именно медицинской помощи с самого начала её применения. Вместе с тем, врачи могут использовать обезболивание как инструмент эмоционального менеджмента роженицы: в технократической модели у женщины не может быть других причин страдать, кроме физической боли [8].

Также женщины отмечают рутинность таких практик как оскорбления, обвинения, отчитывание и т.п. Диапазон реакций на данные практики также разнится: многие первородящие, не сталкивавшиеся с системой, испытывают сильный стресс, разочарование и фрустрацию, более информированные и/или опытные пытаются минимизировать риски активацией связей или оплатой услуг: *«По рассказам других*

женщин я знала, что в родильном отделении меня ждёт много негатива со стороны персонала. Я старалась быть готовой и к этому».

В ряде случаев роженицы также применяют стратегию самодисциплинирования [49], рассматривая контроль в родах как самоконтроль, чтобы избежать плохого обращения со стороны медиков/не накалять обстановку: *«...тогда мы были в неравных условиях, поэтому я как-то тактично съехала с этой темы».* Последнее также демонстрирует, что многие женщины осознают своё уязвимое положение в системе и предпочитают подчиняться врачам, тем самым легитимизируя и поддерживая воспроизводство системных практик. При этом ни в коем случае не подразумевается, что в этом есть какая-либо вина женщины — напротив, в условиях неравного взаимодействия, когда от второй стороны зависит благополучие будущего ребёнка (и, во вторую очередь, но и самой роженицы) такая стратегия адаптации видится мне наиболее конструктивной.

В ряде случаев неуважение достоинства роженицы оказывается сопряжено с её «маргинальным» (на взгляд медперсонала) положением: количеством детей (*«Зачем рождаешь четвёртого?»*), распространёнными заболеваниями (*«Врач...<...>видя, что я рожая, будучи незамужней, зная о некоторых моих стандартных для беременных болезнях (молочница)...повторял мне постоянно примерно следующее: «Ты проститутка...нагуляла ребёнка, я отправлю тебя в палату к шлюхам, у которых сифилис»*) и т. п. Следовательно, де-факто в условиях системы у медиков оказывается власть стигматизировать роженицу, применяя любые произвольные критерии и потенциально оправдывая тем самым многие (если не любые) насильственные практики, начиная с вербальной агрессии.

Ещё одной значимой системной проблемой, которую артикулируют как могилевские, так и N-ские респондентки, является (не)информирование женщин о происходящем в процессе родов и в послеродовой период. Среди практик, которые (намеренно или ненамеренно) осуществляет медперсонал, — прямое игнорирование вопросов рожениц о причинах и деталях производимых медицинских манипуляций, формальное информирование о техниках кормления и ухода за новорождённым или отказы что-либо объяснять, несвоевременное предоставление информации (в день выписки). Как и в роддоме города N, распространённой стратегией выхода из ситуации является создание внутрироддомовских сетей материнской поддержки, где более опытные мамы делятся знаниями и навыками с первородившими. Кроме того, респондентки отмечали не просто формальный, но откровенно манипулятивный подход к получению согласия на медицинские манипуляции — оно берется с рожениц на *все* потенциально необходимые вмешательства *сразу* (за исключением операций), до начала родов: *«Сказали написать заявление, что я согласна на все медицинские манипуляции. Получив это согласие, персонал уже не утруждает себя тем, чтобы объяснить смысл и цель каких-либо процедур и манипуляций».*

Таким образом, в вопросе информирования и получении информированного согласия пациенток действия медиков часто расходятся не только с базовыми стандартами этики, но и с законом «О здравоохранении» [52], согласно которому пациентки имеют право на «участие в выборе методов оказания медицинской помощи» и «уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения». Так как данную практику достаточно сложно опротестовать в условиях уязвимости и зависимости и доказать постфактум, можно заключить, что так проявляется ещё один способ осуществления медицинской власти и контроля над женщинами в стенах институции.

Говоря о последнем виде насильственных практик по категоризации Баузер и Хилл — насильственном удержании: респондентки не сообщали о попытках оставить их в учреждении на срок больше стандартного (примерно пять дней при физиологических родах и десять при кесаревом сечении). Однако частыми являются попытки поместить женщину в институциональные условия, когда срок беременности приближается к точке в 40 недель — сроку «нормального» родоразрешения, «назначенного» системой. Так, среди форм «мотивирования» лечиться в родильный дом респондентки отмечали запугивание и угрозы: *«заведующий отделением <...> сказал, что все дети принадлежат государству и что с «таким моим отношением» ребёнка у меня заберут»; «участковый гинеколог <...> лишила меня покоя, как только прошли сорок недель моей беременности <...> говорила, что я обязана прямо сейчас отправляться в роддом, иначе сделаю хуже своему ребёнку»*. Таким образом, неподчинение врачу и самостоятельный выбор условий, сопровождающих ту или иную стадию родовспоможения, маркируется институтом медицины как безответственность, воздействие на женщину осуществляется оцениванием её в категории (а)моральности и угрозой публичной «денормализации».

В то же время респондентки демонстрировали намного более широкий диапазон практик сопротивления медперсоналу и режиму учреждения, — как до/после, так и во время родов. Так, женщины стремились отстоять возможность не лечь заранее в родильный дом по требованию медперсонала (*«отказалась от немедленной госпитализации [на 38-й неделе]»*), что может сигнализировать о более высокой степени информированности о (не)допустимости тех или иных врачебных тактик. Более того, некоторые из женщин выразили намерение изменить обстоятельства оказания им помощи в случае следующих родов ввиду негативного опыта взаимодействия с системой. Среди вариантов они называли: платные роды и послеродовой уход (*«Первое, что я сказала мужу после родов: следующего ребёнка я пойду рожать платно в другой больнице»*), смену медицинского учреждения (*«Если я приму решение родить пятого ребёнка, то постараюсь заранее определиться с другим родильным домом»*) и домашние роды (*«...если я буду рожать в третий раз, то буду делать это дома в присутствии квалифицированного помощника»*). Принимая во внимание активную маргинализацию последней практики в медиа, можно заключить, что такое

смелое решение является довольно показательной демонстрацией того, насколько травматичными для многих оказываются опыты родов внутри медицинской системы.

Таким образом, анализ свидетельств респонденток показал, что организация родовспоможения в упоминаемых родильных домах/отделениях также содержит ряд насильственных практик, направленных на контроль рожениц и ведение родов в соответствии с решениями медицинского персонала. В материалах исследуемого сборника женщины гораздо чаще рефлексировали о своих опытах как о насильственных: в своих нарративах они используют категории шока, унижения, бессилия или беспомощности и т. п.

Это может быть связано как с количественным фактором (тридцать семь историй в данном сборнике в общем дают более обширное представление о ситуации, чем восемь интервью), так и с постановкой вопроса (возможно, респонденток изначально просили рассказать о наиболее травматичных моментах их пребывания в сфере институционального родовспоможения, в то время как я в своих интервью стремилась удерживать нейтральную позицию, чтобы постараться выявить, как мои информантки артикулируют свои опыты без внешнего влияния). В своих нарративах родильницы Могилёвской области чётко артикулируют нахождение в ситуации неравной власти и игнорирование их как участниц процесса родов, что является отличительной характеристикой биомедицинской модели помощи при родах, воспроизводящей патриархальные властные отношения.

Нарративы рожениц Могилёвской области и города N позволяют заключить, что в институциональном родовспоможении, работающем по биомедицинской модели, значительную долю осуществляемых практик составляют насильственные. Ключевым фактором, определяющим насильственность производимых в рамках системы практик помощи, являются патриархальные отношения власти, встроенные в институт медицины как агента социального контроля.

В условиях институционализированного родовспоможения женщина оказывается на пересечении данных полюсов власти. В связи с этим насильственными, а не помогающими, (потенциально) являются любые практики, осуществлённые без учёта мнения роженицы, принятия во внимание её субъектности и необходимости быть активной участницей родов. Несмотря на то, что сами информантки не всегда распознают те или иные аспекты их пребывания в роддоме/действия медперсонала как насилие, классификации, которые я применяла для деконструкции собранных нарративов, позволили обнаружить куда более обширное поле, нежели рефлекслируемое женщинами. Отдельно необходимо упомянуть, что критике почти не подвергались собственно медицинские вмешательства, что сигнализирует об интернализации респондентками технократического взгляда на собственную телесность и на роды как на априори опасный процесс, требующий обязательного и активного управления медицинскими специалистами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ тактик и практик родовспоможения в условиях государственной монополии на *законную* помощь при родах, а также нарративов женщин, родивших детей в условиях системы институционального родовспоможения в 2011-2018 гг. показал, что биомедицинская модель родовспоможения, ориентированная на «добывание» здоровых детей из априори «проблемных» рожениц, является доминирующей в современной Беларуси, прошедшую через интенсивную медикализацию в советский период.

Альтернативные практики помощи в родах и выборы женщин маргинализируются институтами власти (государством и медициной) и дискурсивно определяются в категориях безответственности женщины как будущей матери и аморальности её личности. Так как в патриархальном обществе материнство является одним из самых надёжных способов накопления социального капитала и саморепрезентации женщины как успешной, состоявшейся личности, риторика властных институтов (особенно с учётом культурно-исторического контекста) становится действенным инструментом, работающим на интернализацию будущей роженицей технократизированного взгляда на роды.

В рамках технократической модели государственного родовспоможения родильный дом часто представляет собой конвейер, где главной задачей медперсонала становится максимально быстрое «родоразрешение» женщины здоровым ребёнком. Это создаёт интенсивно стрессовую ситуацию как для роженицы, так и для медицинского персонала. Однако поведенческие стратегии в данном случае существенно разнятся: так, медики имеют ряд легитимных способов снизить свою фрустрацию и тревожность — в том числе за счёт пациенток, что может проявляться в вербальной агрессии, дополнительных медицинских вмешательствах, удержание релевантной информации о процессе родов/состоянии ребёнка/особенностях кормления и ухода за новорождёнными и других действиях, подчёркивающих дисбаланс власти. Роженицам остаются приспособленческие стратегии в виде самодисциплинирования или оплаты определённых услуг (последнее не гарантирует получения индивидуального подхода и эмоциональной заботы, но является эффективной стратегией снижения тревожности). В институциональных условиях медицинские вмешательства любой степени инвазивности легитимизируются властью патологизирующего медицинского взгляда и представляются многим женщинам неизбежными в условиях отсутствия немаргинальных альтернатив.

В целом женщины интернализируют технократическую логику родовспоможения, рассматривая свои тела как ненадёжные и непредсказуемые, требующие в процессе родов вовлеченного менеджмента профессионалов — медиков. Дискурсивная патологизация женского тела, являющаяся одной из основных характеристик биомедицинской

модели, способствует легитимации в условиях института помощи в родах практически любых практик, представляя их как необходимые/ненужные по мнению единственной авторитетной фигуры в родильном зале – врача. Не имеющие доверия к своим ощущениям и желаниям роженицы склонны подчиняться командам медперсонала, не задавая вопросов и не высказывая протеста не только во время родоразрешения, но и после него. Решения и действия врачей, касавшиеся непосредственно физической стороны процесса родовспоможения, почти никогда не ставятся под вопрос и не оспариваются впоследствии.

Однако самой показательной закономерностью, которую я смогла выделить, в нарративах респонденток, стала следующая: восприятие той или иной практики как насильственной часто коррелирует с тем, насколько нормализована она в картине мира конкретной женщины и насколько лишенной субъектности или контроля она себя ощущает в институциональных рамках или конкретных ситуациях.

Хотелось бы также отметить, что я не ставила своей целью создать впечатление о системе родовспоможения Беларуси как о тотально насильственной и контрпродуктивной. Многие мои информантки, как и респондентки сборника «Ружи» говорили о большом количестве положительных моментов, эмоциональной вовлеченности и доступности отдельных членов медперсонала и т. п. Тем не менее собранные истории показали, что сама организация системы родовспоможения построена на патриархальной авторитарной власти и возможности злоупотребления ею в условиях института, что в итоге трансформируется в той или иной степени травматичные для женщин опыты деторождения.

- [1] ПУШКАРЁВА, Н., и МИЦЮК, Н. ПОВИВАЛЬНЫЕ БАБКИ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ РОССИИ (XVIII – сер. XIX в.). *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*, 2018, Т17, №1, с. 179-189.
- [2] DONNISON, J. *Midwives and medical men: a history of the struggle for the control of childbirth*. Phillimore & Company, 2007. 259 p.
- [3] JOHANSON, R., NEWBURN, M., and MACFARLANE, A. *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* [online]. Available from Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122835/>
- [4] CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 1992, 18.1, pp. 209-232.
- [5] LUPTON, D. *Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies*. SAGE publications, Ltd, 2003. 202 p.
- [6] VAN TEIJLINGEN, E.R. *Midwifery and the medicalization of childbirth. Comparative perspectives*. Nova Publishers, 2004.т
- [7] ФУКО, М. *Рождение клиники: Археология врачебного взгляда*. М.: Смысл, 1998. 298 с.
- [8] DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, Nov; 75 Suppl. 1, pp.5-23.
- [9] ЗДРАВОМЫСЛОВА Е. А., ТЕМКИНА А. А. Государственное конструирование гендера в советском обществе. *Журнал исследований социальной политики*, 2003, Т.1, № 3/4, с.299-321
- [10] ФУКО, М. *Рождение клиники: Археология врачебного взгляда*. М.: Смысл, 1998. 298 с.
- [11] PARSONS, T. *The social system. With a new preface by Bryan S. Turner*. Routledge, 1991. 404 p.
- [12] ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 1972, 20.4 pp. 487-504.
- [13] ROTHMAN, B.K. *In Labor: Women and the Power in the Birthplace*. Norton, 1982.
- [14] VAN TEIJLINGEN, E. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, July 2005, vol. 10, Issue 2, pp.1-15.
- [15] ANNANDALE, E. Missing Connections: Medical Sociology and Feminism. *Medical Sociology online*, June 2014, vol.8, is.2. pp.61-72.

- [16] DAVIS-FLOYD, R. *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine, and Birth Activism*. Waveland Press, 2017. 438 p.
- [17] World Health Organization. *Appropriate technology for birth*. Lancet, 1985.[online]. Available from Internet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext)
- [18] ZEITLIN, J., MOHANGOO, A. *European Perinatal Health Report*, 2008.[online]. Available from Internet: <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
- [19] ПУШКАРЁВА, Н., И МИЦЮК, Н. РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И КУЛЬТУРА ДЕТОРОЖДЕНИЯ В НОВЕЙШЕЙ ЗАРУБЕЖНОЙ ИСТОРИОГРАФИИ (1975–2015) *Этнографическое обозрение*, 2017, №. 4, С. 147-163.
- [20] BORGES, M.T.R. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal*, vol. 67:827. pp. 827-862.
- [21] ELMIR, R. et al. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), pp. 2142–2153.
- [22] ПУШКАРЁВА, Н., и МИЦЮК, Н. ОТ ПОВИВАЛЬНОГО ИСКУССТВА К АКУШЕРСКОЙ НАУКЕ: АНАЛИЗ АКУШЕРСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, ИЗДАННОЙ В РОССИИ В 1760-1860 гг. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*, 2017, Т. 16, №. 3, с. 151-164.
- [23] ПУШКАРЁВА, Н., и МИЦЮК, Н. У ИСТОКОВ МЕДИКАЛИЗАЦИИ: ОСНОВЫ РОССИЙСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ (1760–1860 гг.) *Журнал исследований социальной политики*, 2017, Т. 15, №. 4, с. 515-530.
- [24] ЛЕВИ, М.Ф. *История родовспоможения в СССР*. М.: Госиздат, 1950. 204 с.
- [25] ТЕМКИНА, А., РОТКИРХ, А. Советские гендерные контракты и их трансформация в современной России. *Социологические исследования*, 2002, № 11, с.4-14.
- [26] ТАРТАКОВСКАЯ, И. *Личное как политическое: вторая волна феминизма как эхо 1968* [online]. Доступ через Интернет: <https://magazines.gorky.media/nz/2008/4/lichnoe-kak-politicheskoe-vtoraya-volna-feminizma-kak-eho-1968-go.html>
- [27] ГАПОВА, Е. *Феминизм в постсоветской Беларуси* [онлайн]. Доступ через Интернет: https://www.academia.edu/677515/Feminism_in_Post_Soviet_Belarus
- [28] *Права женщин в беременности и родах в Беларуси. РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБ УСЛОВИЯХ В БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ, 2012-2017.* [онлайн]. Доступ через Интернет: http://radziny.by/wp-content/uploads/2018/11/001Radziny_humanrightsinchildbirth_Belarus2017.pdf

- [29] RIVKIN-FISH, M. *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 2005. 253 p.
- [30] *Советские роддома* [онлайн]. Доступ через Интернет: <https://germanych.livejournal.com/139656.html>
- [31] БОРОЗДИНА, Е. Логика оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях. *Sociology of Power*, Vol. 29 № 3 (2017) с.82-102.
- [32] ТЁМКИНА, А. МЕДИКАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКЦИИ И РОДОВ: БОРЬБА ЗА КОНТРОЛЬ. *Журнал исследований социальной политики*, Т. 12, №3, с.321-336
- [33] ТЁМКИНА, А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. *Экономическая социология*, Т. 18, № 3, май 2017, с. 14-53.
- [34] ТЁМКИНА, А. Оплачиваемая забота и безопасность: что продаётся и покупается в родильных домах? *Социология власти*, Т 28, № 1, с. 76-106.
- [35] *Уголовный кодекс Республики Беларусь. Ст. 335 «Незаконное врачевание»*. [онлайн]. Доступ через Интернет: <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=hk9900275>
- [36] САСУНКЕВИЧ, О. Медиализация дискурса о материнстве в белорусских медиа. *Журнал исследований социальной политики*, Т.7, №3, с. 405-418
- [37] *Роды дома. Домашние роды*. [онлайн]. Доступ через Интернет: <https://doktora.by/bolezni/rody-doma>
- [38] MARTIN, E. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press; Revised edition, 2001. 312 p.
- [39] D'GREGORIO, P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Special Editorial. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [online]. Available from Internet: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- [40] SADLER, M. et.al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence, *Reproductive Health Matters*, 2016, 24:47, pp. 47-55.
- [41] BOWSER, D. and HILL, K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*. [online]. Available from Internet: https://coregroup.org/wp-content/uploads/media-backup/documents/elluminates/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- [42] FREEDMAN, L. et. al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 2014, pp.915—917.

- [43] SHABOT, S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 2016, Т. 39, №. 2. pp. 231-247.
- [44] LACLAU, E and MOUFFE, C. «Postmarxism without Apologies». (1987) In: *New Left Review*, Vol. 166, pp. 79-106.
- [45] ЙОРГЕНСЕН, М.В., и ФИЛЛИПС, Л. *Дискурс-анализ: теория и метод*. М: Харьков, Гуманитарный Центр, 2004. 350 С.
- [46] Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Постановление от 19 февраля 2018 №17, Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии».[онлайн]. Доступ через Интернет: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21833049p>
- [47] HOCHSCHILD, A.R. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press, 1983.
- [48] МЕЛЬНИКОВА, О. Медицинская помощь во время родов: забота и обезболивающие технологии. *Журнал исследований социальной политики*, Т.12, №3, с.337-352.
- [49] ФУКО М. *Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы*. Ad Marginem, 1999. 205 с.
- [50] МИЦЮК Н., и ПОКУСАЕВА В. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ: ОТ ТРАДИЦИОННЫХ ПРАКТИК К МЕДИЦИНСКОМУ ЗНАНИЮ. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*, 2016, Т. 15, №. 2, с. 85-93.
- [51] ЛЕБИНА, Н. «Навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин...» Абортная политика как зеркало советской социальной заботы В: *Советская социальная политика 1920-1930-х годов: идеология и повседневность*. Под. ред. П. Романова. АНО CSPGS, 2007. 430 с. С. 228-241
- [52] Закон “О здравоохранении” Республики Беларусь. Доступ через Интернет: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>