

ГЕНДЕР, СЕМЬЯ, СЕКСУАЛЬНОСТЬ. ПРОДОЛЖАЯ И. С. КОНА

DOI: 10.14515/monitoring.2019.2.12

Правильная ссылка на статью:

Ожиганова А. А. «Чего хотят женщины»: мотивы отказа от роддома в пользу домашних родов // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2019. № 2. С. 263—281. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.2.12>.

For citation:

Ozhiganova A. A. (2019) "What do women want": motives of refusal of maternity hospital in favor of home birth. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 2. P. 263—281. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.2.12>.



А. А. Ожиганова «ЧЕГО ХОТЯТ ЖЕНЩИНЫ»: МОТИВЫ ОТКАЗА ОТ РОДДОМА В ПОЛЬЗУ ДОМАШНИХ РОДОВ*

«ЧЕГО ХОТЯТ ЖЕНЩИНЫ»: МОТИВЫ
ОТКАЗА ОТ РОДДОМА В ПОЛЬЗУ ДО-
МАШНИХ РОДОВ

ОЖИГАНОВА Анна Александровна — кандидат исторических наук, научный сотрудник, Институт этнологии и антропологии РАН им. Н. Н. Миклухо-Маклая, Москва, Россия

E-MAIL: anna-ozhiganova@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-2283-4925>

"WHAT DO WOMEN WANT": MOTIVES OF
REFUSAL OF MATERNITY HOSPITAL IN
FAVOR OF HOME BIRTH

Anna A. OZHIGANOVA¹ — *Cand. Sci. (Hist.), Research Fellow*
E-MAIL: anna-ozhiganova@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-2283-4925>

¹ Institute of Ethnology and Anthropology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Аннотация. В социальных исследованиях домашние роды рассматриваются как одна из форм протеста женщин против технократической модели родовспоможения и медиализации родов. Опираясь на методологию исследова-

Abstract. In social studies, home birth is considered as one of the forms of women's protest against the technocratic model of childbirth and medicalization of reproduction. In my research, I rely on the methodology of therapeutic choice

* Отсылка к известной статье Lazarus E. S. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. New Series. Vol. 8. No. 1. P. 25—46.

ния терапевтического выбора, предложенного медицинским антропологом Л. Гарро, я рассматриваю основные ситуации выбора как, где и с кем рожать: ситуацию первой беременности (в двух вариантах: женщины без опыта пациента до беременности и женщины с опытом пациента) и ситуацию повторной беременности (также в двух вариантах: женщины с опытом больничных родов и женщины с опытом домашних родов). Статья основывается на материалах глубоких полуформализованных интервью с женщинами, имеющими опыт домашних родов, а также с перинатальными специалистами (домашними акушерками, доулами, психологами и ведущими разнообразных курсов в центрах подготовки к родам). Одна часть интервью относится к пилотному этапу исследования, который проходил в Москве и Самаре в 2005—2007 гг., другая записана в Москве в 2015—2018 гг. В результате анализа интервью с женщинами, рожавшими дома, я прихожу к выводу, что основной причиной, по которой женщины выбирают домашние роды, является их убежденность в том, что в роддоме им не смогут обеспечить безопасные с их точки зрения роды. Это убеждение обычно основывается на личном негативном опыте пациента, который будущие матери приобретают в предыдущих родах, во время беременности или даже задолго до нее — в сферах медицины, не связанных с репродуктивным здоровьем. В отдельных случаях существенным фактором выбора домашних родов становится принадлежность к сообществу, в котором домашние роды являются общепринятой практикой (например, последователи здорового или естественного образа жизни).

proposed by medical anthropologist L. Garro and consider the main situations of choice how, where and with whom to give birth: situation of the first pregnancy (in two versions: women without patient experience before pregnancy and women with patient experience) and situation of the second pregnancy (also in two versions: women with the experience of hospital birth and women with the experience of home birth). The article is based on the materials of in-depth semi-formalized interviews with women who have experience of home childbirth, as well as with perinatal specialists (home midwives, doulas, psychologists and leads of courses in the centers of preparation for childbirth). One part of interviews refers to the pilot phase of the study, which took place in Moscow and Samara in 2005 - 2007 years, the other is recorded in Moscow in 2015 - 2018 years. When I have completed the analysis of interviews with women who gave birth at home, I came to the conclusion that the main reason for the home births choice was their belief that they maternity hospital couldn't provide them with safe childbirth they desired. This belief is usually based on the patient's personal negative experiences that future mothers could get during previous births, pregnancy or even long before it, in the fields of medicine not related to reproductive health. In some cases, active participation of women in the community, in which home birth is a common practice (for example, followers of a healthy or natural lifestyle), became a significant factor to choose home birth.

Ключевые слова: домашние роды, терапевтический выбор, репродуктивный выбор, медиализация, технократическая модель родовспоможения, естественные роды, альтернативное акушерство

Keywords: therapeutic choice, reproductive choice, medicalization, technocratic childbirth, natural childbirth, alternative midwifery, home birth

Введение. Домашние роды в России

Понятие «домашние роды» сегодня используется для обозначения родов, которые были запланированы и проходили вне медицинского учреждения (роддома). Фактически такие роды могут проходить не только в квартире или доме роженицы, но и на даче, в бане, в палатке, на морском берегу или даже в море. В домашних родах у женщины могут быть разного рода помощники: домашняя акушерка, специалист-медик (роддомовская акушерка или врач акушер-гинеколог), доула¹, муж, родственница или просто знакомая. В том случае, если роды проходили без специалиста (домашней или роддомовской акушерки/врача), они называются «роды-соло».

История российского движения за домашние роды восходит к 1980-м гг., связана с именем И. Б. Чарковского² и его программой «Аквакультура», в которой домашние водные роды были одним из элементов практики, направленной на создание сверхчеловека («ребенка-дельфина» или «сенситива») [Beloousova, 2002; Belousova, 2002, 2012; Ожиганова, 2011]. Последователи И. Б. Чарковского, поспешившие, впрочем, заявить о своей несогласии с его методами [Наумов, 2001], в конце 1980-х-1990-х гг. активно распространяли практику домашних водных родов, открывая семейные клубы и центры подготовки к родам. Многие из них продолжают работу и сегодня. Появляются также новые центры — не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в других крупных городах. На их базе женщины, ищущие поддержки в своем стремлении к альтернативным родам, встречаются с домашними акушерками, которые ведут курсы подготовки, консультируют во время беременности, принимают роды и помогают в послеродовый период.

За последние двадцать лет домашнее акушерство в России прошло большой путь от самостоятельной практики и медицинского диссидентства к профессионализации и сотрудничеству с врачами и медицинскими институтами [Ожиганова, 2019]. Домашние роды в ванной или в переносном бассейне по методу И. Б. Чарковского стали лишь одним из возможных вариантов ведения родов в домашних условиях. В то же время этот метод был принят биомедицинским акушерством и в настоящее время активно применяется в роддомах [Бороздина, 2014б].

¹ Доула — в переводе с греческого (Doula) означает «помощница», «прислужница», помощница в родах. Оказывает информационную, физическую и психологическую поддержку женщине во время беременности, родов и в ранний послеродовой период. Подробнее см.: Кто такая доула? // Ассоциация профессиональных доул. URL: <http://doularussia.ru/kto-takaya-doula/> (дата обращения: 23.02.2019).

² Чарковский Игорь Борисович (род. 1936) — автор методики раннего развития детей, популярной в 1980-х — начале 1990-х гг., включавшей в себя плавание («плавать раньше, чем ходить»), ныряние, закаливание и динамическую гимнастику. Водные роды и физическая подготовка будущих матерей рассматривались как важная составляющая развития ребенка.

В отличие от других стран (например, США, Великобритании, Нидерландов, Германии, Дании, Ирландии, Италии) домашнее акушерство в России нелегально, поскольку лицензирование акушерской деятельности вне медицинских учреждений не осуществляется, и квалифицируется как «незаконное занятие частной медицинской практикой»³. Более того, российские СМИ распространяют представление, что домашние роды крайне опасны: «Любая здравомыслящая женщина, даже будучи беременной, должна понимать — рожать дома опасно!»⁴. В популярных сериалах и телепередачах встречаются рассказы о трагических исходах домашних родов, создается негативный образ женщины, которая предпочла их больнице⁵.

Тем не менее часть женщин ежегодно отказывается от госпитализации в роддом. Число детей, родившихся в семьях сторонников домашних родов, неизвестно: официальная статистика «сознательных» домашних родов не ведется. Специалист по домашним родам и ведущая доульских курсов Дарья Стрельцова в книге о подготовке к родам, написанной совместно с американской журналисткой Алишани Акин, приводит данные, что 1,5% детей в Москве рождаются дома, при этом около 7%-10% домашних родов заканчиваются в роддоме [Акин, Стрельцова, 1999: 64]. В частной беседе Стрельцова рассказала, что эту информацию ей предоставил известный домашний акушер Александр Наумов, собиравший данные о таких родах в Москве через отделения ЗАГС, где происходит регистрация новорожденных.

В публичном дискурсе риски и преимущества домашних родов практически не обсуждаются. Исключением стала конференция с участием акушеров-гинекологов из Москвы и Томска, состоявшаяся в октябре 2011 г., на которой была озвучена статистика, обсуждены последствия домашних родов, а также перспективы легализации домашних родов в России. Оказалось, что роды вне медицинских учреждений составляют чуть более 1% от общего числа. В Москве «из 122 тысяч родов, зарегистрированных в течение года (имеется в виду 2010 г. — А.О.), на домашние роды приходится не более 1,5 тысяч, включая женщин из социально неблагополучных семей, а также рожениц, которых по тем или иным причинам просто не успели довести до роддома». Участники конференции предположили, что в московских семьях приверженцев домашних родов рождается нескольких сотен детей в год, и призвали журналистов не преувеличивать масштаб проблемы, поскольку «с точки зрения статистики, повода для опасений нет: домашние роды не оказывают серьезного влияния на показатели материнской и младенческой смертности в стране»⁶.

Сложившуюся в России ситуацию с домашними родами необходимо рассматривать в контексте исключительно высокого уровня недоверия медицине в целом [Brown, Rusinova, 2002; Аронсон, 2006] и области родовспоможения в частности [Rivkin-Fish, 2005; Здравомыслова, Темкина, 2009; Бороздина, 2011]. За послед-

³ Уголовный Кодекс РФ. Статья 235. URL: <http://www.ukrf.net/s235.html> (дата обращения: 23.02.2019).

⁴ Домашние роды: за и против // Woman.ru. 2018. URL: www.woman.ru/kids/newborns/article/50239/ (дата обращения: 23.02.2019).

⁵ См., например: сериалы «Тест на беременность» (1 сезон, 1 серия), «Женский доктор» (1 сезон, 25 серия), шоу «Беременные» (1—2 сезоны).

⁶ Алексеев М. Домашние роды: только не в России // Медновости. 27.10.2011. URL: <https://medportal.ru/mednovosti/main/2011/10/27/home/> (дата обращения: 23.02.2019).

ние десятилетия в российском родовспоможении произошли значительные изменения — прежде всего вследствие развития платного сегмента. Однако, как отмечает А. Темкина в своем исследовании стратегий будущих матерей, «для того, чтобы условия родовспоможения удовлетворяли возросшим требованиям, недостаточно просто оплатить услуги в родильном доме» [Темкина, 2018: 208—209]. Женщины проделывают большую работу по подготовке и организации своих родов, следуя стратегии «страхования рисков» [Темкина, 2014], в которой роддом призван обеспечить безопасность родов, комфортная палата — компенсировать пребывание в больничных стенах, заранее выбранные врач и акушерка — снизить вероятность недостатка внимания. Действуя таким образом, женщины стремятся обеспечить одновременно и безопасность, и «естественность» (т. е. отсутствие медицинских вмешательств) своих родов. Однако далеко не всегда они получают желанную качественную заботу и тот сценарий родов, который так долго и тщательно планировали.

Постановка проблемы и теоретические рамки

Первым врачом, с которым мне удалось записать интервью о домашних родах, была женщина акушер-гинеколог, много лет проработавшая на специализированной гинекологической «скорой помощи». Она стала свидетелем множества негативных исходов домашних родов, видела погибших новорожденных и женщин, потерявших в родах здоровье, и с горьким недоумением спрашивала меня: *«Зачем они это делают? Ведь всего этого можно было избежать, если бы женщины находились в роддоме»* (И. 1)⁷.

В то же время в самом первом интервью с женщиной, благополучно родившей дома, на мой вопрос: *«Как Вы решились рожать дома? Вам не было страшно?»*, информантка с недоумением ответила: *«Дома — не страшно. Я боялась ехать в роддом»* (И. 2).

Очевидно, что противники и сторонники домашних родов придерживаются различных мировоззренческих установок, по-разному оценивая риски и потребности женщины в родах. Одни считают роды потенциально опасным событием, в котором женщине необходимы медицинский контроль и разного рода медицинская помощь. Другие воспринимают их как естественный физиологический процесс, не требующий медицинских вмешательств, а роддом — как угрозу, категорически отказываясь от госпитализации.

Но совершают ли женщины выбор модели и места родов исключительно на основании своих мировоззренческих принципов? Чем они руководствуются в первую очередь, когда принимают решение не ехать в роддом? Почему некоторые женщины отказываются от услуг платного сегмента родовспоможения, предлагающего своим клиенткам право выбора роддома, палаты, врача и акушерки? В поиске ответа на эти вопросы я обращаюсь к существующим в медицинской антропологии исследованиям терапевтического выбора пациента.

Американский антрополог Артур Клейнман описал феномен так называемого пациентского прагматизма и показал, что нежелание обращаться к врачам отнюдь

⁷ См. приложение «Список интервью».

не является чем-то особенным. Пациенты зачастую предпочитают получать помощь дома, в кругу семьи, и только в случае острой необходимости отправляются на прием к врачу, а врачам биомедицины предпочитают специалистов народной медицины или других медицинских направлений [Kleinman, 1980; Михель, 2016].

Представитель когнитивной медицинской антропологии Линда Гарро сформулировала основные методологические принципы изучения терапевтического выбора [Garro, 1998, 2004]. Во-первых, она настаивает, что процесс принятия решения необходимо изучать, не разделяя его эмоциональную и рациональную составляющие: «Бинарные оппозиции рациональность/иррациональность и разум/эмоции в течение долгого времени играли ключевую роль в дискуссиях о человеческом познании и поведении. Тем не менее все большее число ученых начинает рассматривать эмоции как неотъемлемую часть когнитивных процессов» [Garro, 1998:324]. Во-вторых, при изучении стратегий пациента Л. Гарро предлагает придерживаться описательной модели, то есть формализованного упрощенного представления тех стратегий выбора, которым следуют сами люди, а также использовать методы, сводящие к минимуму эффект ретроспективной рационализации задним числом [Garro, 1998; Лехциер, Готтлиб, 2016: 112].

Среди множества факторов, влияющих на выбор пациентов, Л. Гарро прежде всего выделяет тяжесть заболевания, наличие домашнего (или альтернативного биомедицинскому) средства лечения, веру (или уверенность) в эффективность альтернативного средства лечения и, наконец, наличие финансовых ресурсов [Garro, 1998: 327].

Следуя методологическим принципам Л. Гарро, я рассмотрю основные ситуации выбора *как, где и с кем рожать*, в которой оказываются женщины во время беременности. Сначала я проанализирую мотивы выбора домашних родов у женщин во время первой беременности, выделив две группы информанток: женщины без опыта в статусе пациента до беременности и женщины с опытом пациента. Затем я рассмотрю ситуацию повторной беременности, также в двух вариантах: женщины с опытом больничных родов и женщины с опытом домашних родов.

Ситуация выбора: как, где и с кем рожать

В социальных исследованиях домашние роды наряду с разнообразными альтернативными методами лечения рассматриваются как форма протеста женщин против излишней *медикилизации*⁸ [Lock, 2004: 118—119]. Опыт *технократических* родов, в которых женское тело уподобляется машине, а доктор — мастеру-ремонтнику, вызывает у женщин ощущение отчуждения от собственного тела и телесной фрагментации [Jordan, 1997; Martin, 1992; Devis-Floyd, 1988, 1996]. Движение за домашние роды на Западе, поддержанное феминистским движением, развивается в контексте борьбы за *репродуктивные права*⁹ женщин и объединяет

⁸ *Медикилизация* — социальный процесс, в результате которого медицина стала основным институтом общественного контроля, заменив более «традиционные» институты религии и права, что привело к «медикизации» многих аспектов повседневной жизни во имя здоровья [Zola, 1972].

⁹ *Репродуктивные права* — законные права и свободы, связанные с воспроизводством и сексуальным здоровьем, включающие право на контрацепцию, аборт и получение информации относительно существующих способов регулирования рождаемости и сохранения репродуктивного здоровья (См.: Репродуктивное здоровье // Всемирная организация здравоохранения. URL: www.who.int/topics/reproductive_health/ru/ (дата обращения: 23.02.2019).

представителей самых разных, порой даже противоположных политических взглядов — например, консервативных религиозно-ориентированных пролайферов и левых феминисток [Devis-Floyd, 2006; Craven, 2010].

Исследования американских антропологов показывают, что женщины принимают решение *как, где и с кем рожать*, исходя из прагматических соображений: они выбирают ту форму, которая, по их мнению, наилучшим образом соответствует их интересам и интересам их семей [Lock, Kaufert, 1998]. При этом предпочтения в родах могут быть очень разными в зависимости от уровня образования и классовой принадлежности: для женщин из среднего класса важен контроль, возможность принимать участие в управлении своими родами, тогда как для женщин из низших классов важно чувствовать, что о них заботятся [Lazarus, 1994]. Исследования мотивов выбора домашних родов показывают, что женщины стремятся обеспечить свою безопасность и предотвратить ненужное медицинское вмешательство [Boucher et al., 2009]. Мировоззренческие установки оказывают сильное влияние на предпочтения женщин в родах, поскольку формируют их восприятие риска и безопасности, однако практики рождения, в конечном счете, определяются более широкими структурными категориями, прежде всего материальным положением и наличием выбора [Miller, Shriver, 2012].

Важно отметить, что домашние роды отличаются от таких форм сопротивления медикализации, как «ВИЧ-диссидентство» и «антивакцинаторство». Домашнее (или альтернативное) акушерство развивается в русле современного биомедицинского знания о родовспоможении, направленного на снижение медикализации родов. В программе Всемирной организации здравоохранения, опубликованной в 2018 г., говорится о необходимости принятия мер по изменению практики родовспоможения: «В настоящее время растет понимание, что существующий медикализированный подход подрывает способность женщины рожать самостоятельно и оказывает негативное влияние на ее опыт родов [...] Необходимо создавать такую практику родовспоможения, которая давала бы женщине ощущение контроля посредством ее участия в принятии решений и чувство личного достижения»¹⁰.

Характеристика полевых материалов

Данная статья основывается на материалах глубинных полуформализованных интервью с женщинами, имеющими опыт домашних родов, а также с перинатальными специалистами (домашними акушерками, доулами, психологами и ведущими разнообразных курсов в центрах подготовки к родам). Одна часть интервью относится к пилотному этапу исследования, который проходил в Москве и Самаре в 2005—2007 гг., другая записана в Москве в 2015—2018 гг. Поскольку среди информанток были многодетные матери, имеющие от шести до девяти детей, а также домашние акушерки, ставшие матерями в конце 1980-х — начале 1990-х гг., в полевых материалах представлены рассказы о домашних родах с начала 1990-х гг. по 2017 г. Всего в ходе исследования записано 73 интервью, в данной статье цитируются 17 из них. В целях анонимизации первичных данных все личные имена изменены.

¹⁰ New WHO Guideline on Intrapartum Care // World Health Organization. 2018. February, 15. URL: www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/ (дата обращения: 23.02.2019).

Моими информантками были женщины, которых можно отнести к российскому среднему классу: они получили хорошее образование и располагают разнообразными ресурсами, в том числе финансовыми. В соответствии с информацией, которую они сообщили, домашние роды требуют немалых материальных вложений: в настоящее время в Москве оплата услуг домашней акушерки составляет 70 тыс. руб., а в отдельных случаях — 80 тыс. руб. Эта сумма приближается к стоимости минимального контракта: с дежурной бригадой — около 90 тыс. руб., а контракт с врачом — от 120 тыс. руб.

В соответствии с методологическими принципами, предложенными Л. Гарро, я придерживалась описательной модели выбора, то есть описывала стратегии женщин, находящихся в ситуации выбора. Для того чтобы свести к минимуму рационализацию действий задним числом, в ходе интервью я избегала прямых вопросов о причинах того или иного выбора и предлагала информанткам вспомнить, что они делали во время беременности. Как взаимодействовали с медицинскими учреждениями — женскими консультациями, частными клиниками и курсами подготовки к родам? Как и при каких обстоятельствах решили отказаться от роддома и как готовились к домашним родам? Также я просила их рассказать, как проходили роды, что делала акушерка, если она присутствовала, и как они оценивают свои роды. Часть вопросов относилась к стратегиям женщин после родов: выбор специалистов, средств и методов лечения и оздоровления для них самих и их детей.

Ситуация первой беременности без предшествующего пациентского опыта

Для многих информанток знакомство с отечественной системой здравоохранения происходило во время первой беременности. Серьезным негативным опытом могла стать госпитализация, визит в роддом или женскую консультацию. Иногда даже краткое пребывание в стационаре вызывало сильный стресс, получив который, будущие матери принимали решение больше никогда не возвращаться в роддом. При этом женщины переживали и осмыслили этот опыт по-разному. Одних возмущало нежелание врачей считаться с их потребностями и невозможность влиять на происходящее:

«Со мной обращались, как с телом, а не как с личностью. У меня было ощущение страшного оскорбления, что надо мной измываются, никак не объясняя, что именно и для чего они делают. Я боялась не боли, не неприятных процедур, а того, что ничего не говорят» (И. 2).

Другие женщины сомневались в компетентности врачей и эффективности методов лечения.

«Я повелась на домашние роды, потому что меня положили на сохранение в 25 недель беременности. Я оттуда сбежала через полтора дня, потому что увидела, что всех лечат примерно одинаково, и все равно женщины, которые там лежат, теряют детей прямо в отделении, хотя они там совсем не двигаются. Мне вдогонку врач крикнул, что вы родите недоношенного ребенка и будете с ним всю жизнь мучиться» (И. 3).

Даже кратковременный визит в роддом во время беременности, например, чтобы сделать УЗИ, мог стать причиной психологической травмы и отказа от больничных родов. Одна из информанток была напугана видом только что родивших женщин:

«Мы с мужем сидели перед кабинетом, счастливые и довольные, и тут спустились три женщины из послеродового отделения делать УЗИ. Они были в таких рубашках с пачками, держали свои прокладки руками, у кого-то пятна крови, у кого-то грудь видна... Я очень четко все это помню, хотя прошла куча лет. Я смотрела на них и думала: что же надо было сделать с этими женщинами, чтобы они стали такими, чтобы они перестали стесняться. У них были такие глаза, как у заключенных: им было все равно, что воля, что неволя. Когда мы оттуда вышли, я сказала, что не знаю, как и где, но в роддоме я рожать не буду» (И. 4).

Для многих женщин серьезным испытанием оказалось посещение женской консультации: они рассказывали о грубости врачей, о том, как падали в обморок в очереди на анализы, получали необоснованные, по их мнению, диагнозы и курсы медикаментозного лечения.

«Я пошла в женскую консультацию. И это было драматично, потому что хуже врачихи я никогда не видела. Ей было вообще все равно. Она мне сказала раздеваться, я разделась, села, и она открыла дверь. Я разрыдалась и сказала, что никогда больше я в эту дверь не войду» (И. 5).

Многие информантки, прежде чем решиться на домашние роды, рассматривали вариант родов по контракту как альтернативу родам на общих условиях по системе ОМС. Однако они не смогли найти подходящего варианта, у них не возникло доверия к врачам, работающим в платном сегменте, и они делали вывод, что «там все то же самое».

«Все сводилось к тому, что есть какие-то люди — педиатры, гинекологи — которые лучше знают, как мне рожать моего ребенка. У меня это вызывало полное отторжение. Я понимала, что знаю намного меньше, чем они, но мне хотелось, чтобы мне объяснили, показали, научили, а не решали за меня, что мне делать» (И. 4).

Женщины из «группы риска» (например, беременные двойней, с тазовым положением плода или с узким тазом) могут принять решение рожать дома, потому что врачи заранее отказывают им в возможности родить так, как они хотят, и назначают плановую операцию кесарева сечения. Одна из информанток с диагнозом «тазовое положение плода» обошла ряд роддомов в надежде заключить контракт с врачом, который бы ее поддержал. Но ее везде склоняли к операции, пока в одном из центров она не нашла домашних акушерок, которые согласились принять роды. Роды оказались очень тяжелыми — акушерке помогал остеопат, которого пришлось срочно вызвать на помощь, — однако все закончилось благополучно для женщины и ее ребенка, и она утвердилась в правоте своего решения (И. 6).

Информантки рассказывают, что до своего опыта домашних родов они были обычными женщинами: у них не было каких-либо предубеждений против врачей и медицины, и они собирались в роддом, «как все».

«Я никогда не была адептом чего-то суперстранного, и само решение рожать дома было для меня удивительным. Я очень доверяла врачам, у меня не было вопроса, где рожать: конечно, в роддоме!» (И. 7).

Однако после беседы с анестезиологом, который в рамках контракта с роддомом должен был рассказать ей про разные методы анестезии, информантка Полина резко изменила свое мнение.

«В какой-то момент я сказала, в шутку: “Наверно, есть такие женщины, которые так мешают рожать, что хочется их вырубить”. А он мне: “Да-да! Очень хочется!” Меня это очень травмировало, такое откровенное признание. Я понимала очень хорошо, что у меня не будет возможности в родах сказать: “Знаете, я прочитала вот эту книгу, там написано по-другому, и мне кажется, вы сейчас сделаете что-то, что не соответствует Федеральному стандарту, протоколу ведения родов и прочее”, и это, конечно, не все-ляло в меня спокойствия и уверенности» (И. 8).

Она не отказалась от контракта, но стала активно искать варианты альтернативной помощи, в итоге решила рожать дома с домашней акушеркой.

Среди моих информанток были женщины с религиозным мировоззрением: православные верующие, члены пятидесятнических церквей и последовательницы российского нью-эйдж движения «Анастасия». Рассказы этих женщин практически ничем не отличались от остальных интервью: к домашним родам их привел негативный опыт, приобретенный в роддоме или женской консультации, а не религиозные мировоззренческие установки.

В то же время женщин, входящих в сообщество приверженцев «естественного» или «здорового» образа жизни, или, как они сами себя называют, «альтернативщиков», отличали принципиально иные стратегии организации своих родов. Информантка Оксана, преподаватель йоги с большим стажем, много лет практиковавшая вегетарианство и различные альтернативные методы оздоровления и лечения, рассказывает о своей первой беременности:

«Когда мы забеременели, мы сразу знали, что будем рожать дома, потому что все у нас рожали дома. Мы это даже не обсуждали. В женскую консультацию я никогда не ходила, никогда не стояла на учете по беременности, мне не нужно было медикаментозное ведение беременности, мне не нужны были все эти анализы, УЗИ, скрининги. Мы за три беременности не сделали ни одного УЗИ» (И. 8).

Перед Оксаной не стояла проблема выбора между роддомом и домашними родами, однако ей нужно было выбирать курсы подготовки, акушерку и форму родов. В первый раз она рожала дома, но не в воду, потому что в ванной ей не понравилось. Для вторых родов она отправилась в Таиланд, где прошла суровую школу подготовки беременных, которой руководит одна из учениц И. Б. Чарковского (занятия включали ежедневные тренировки в спортзале, упражнения в бассейне и езду на велосипеде). В третьих родах она использовала технику самогипноза (гипнороды) и осталась ими довольна в наибольшей степени. Случай Оксаны является примером последовательного медицинского диссидентства, понимаемого как «здоровый образ жизни». Это своего рода идеология, поддерживаемая определенными сообществами и подкрепленная общей практикой — «у нас все так делают» [Bobel, 2002: 165].

Женщины с опытом пациента до беременности

Среди информанток были женщины, которые приняли решение рожать дома под влиянием пациентского опыта, полученного иногда за много лет до беременности. Некоторые из них испытывали недоверие к профессиональной компетентности врачей, поскольку побывали в ситуации, когда те долго не могли поставить диагноз. Кроме того, пугали грубость врачей и невнимание к состоянию и потребностям.

«В возрасте 20 лет я плохо себя чувствовала где-то на протяжении полугода. Я ходила в поликлинику, мне все время ставили ОРВИ. Наконец, однажды я пришла и сказала, что мне ничего не помогает, что таблетки я пью, но лучше не становится. Меня отправили на рентген, и выяснилось, что у меня пневмония. А врач считала, что я симулирую, чтобы больничный получить. Главное, я поняла, что врачу было совершенно все равно, что со мной» (И. 9).

Информантка Марина рассказала, что эта история определила ее отношение к врачам на всю жизнь. Когда она забеременела, негативный опыт пациента стал решающим фактором для обращения не в женскую консультацию, а в центр подготовки к родам, где занятия вели домашние акушерки.

«У меня было огромное доверие к акушеркам из центра, ведь они знали мою беременность, мои анализы, они меня всему научили: как питаться во время беременности, какую делать гимнастику, что надо делать, что не надо делать... Я поняла, что хочу с ними рожать» (И. 9).

Аналогичный случай произошел с информанткой Евгенией: врачи не смогли поставить диагноз и, как она считает, давали ей наугад разные лекарственные препараты, то есть «залечивали» в больнице. Негативный опыт пациента заставил ее искать альтернативных специалистов для ведения беременности и в итоге привел к домашним родам.

«Был опыт общения с врачами — очень тяжелый, поставили под вопрос кучу диагнозов просто страшных: менингит, энцефалит и прочее (меня укусил клещ в походе). А на самом деле было просто переутомление. Полтора месяца я провела в больнице. Потом, когда забеременела, я понимала, что буду рожать как угодно, только не с врачами, потому что была очень напугана этой ситуацией» (И. 10).

Среди женщин, принявших решение рожать дома, встречались пациентки с опытом хронического заболевания. В этом случае именно хорошее знание условий стационара, в котором они неизбежно окажутся со своим заболеванием, стало фактором отказа от госпитальных родов. У этих женщин нет недоверия медицине — напротив, они охотно рассказывали о положительном опыте лечения, хорошо отзывались о врачах. Причиной выбора домашних родов для них стало желание избежать унижительно тяжелых условий роддома.

«Акушерка когда узнала, что у меня пиелонефрит, позвонила моему врачу, они с ней обсуждали, насколько это безопасно. Мы прорабатывали и с ней, и с врачом какие-то варианты больниц, в которые я могла бы отправиться... Но поскольку я уже лежала в больнице с пиелонефритом, было только три роддома, куда меня могли бы взять, и они все были трэшковые, надо сказать» (И. 5).

Информантка Татьяна в первую беременность приняла решение рожать дома. Уже во время второй беременности, оказавшись в отделении патологии в роддоме своего профиля, она решила, что в первый раз приняла правильное решение:

«Это было просто бесчеловечно. Это такое специфическое отделение, где все лежат с больными почками, и все постоянно ходят в туалет, и там на 30 палат 2 туалета. Вот как это? Там были женщины, у которых уже начались схватки, и они сидели на КТГ, все обвешанные этими датчиками, полуголые, прямо на проходе. Зачем это делать в таком унижительном формате, не очень понятно» (И. 5).

Ситуация повторной беременности. Негативный опыт роддома

В ходе интервью было озвучено немало историй, похожих на те, которые женщины рассказали в ходе флешмоба «Насилие в родах»¹¹. В одном случае у женщины во вторых родах погиб ребенок.

«Я спросила врача, которая его смотрела: почему вы не откачиваете ребенка, а она ответила, что уже поздно. Толком мне никто ничего не сказал. Вскрытие делали, и оно показало, что ребенок был здоров. Я так и не знаю, что произошло. Погиб ли он во время родов или раньше» (И. 11).

Когда информантка Ирина снова забеременела, она не знала, что ей делать, к кому обратиться за помощью: «Я боялась за ребенка, я понимала, что ничем не управляю, и ничего не могу сделать». Совершенно случайно она наткнулась на объявление в газете, в котором было написано «Роды в воду» и номер телефона. Это определило ее выбор не только в текущей беременности, но и на всю жизнь. Ирина родила дома пятерых детей и стала довольно известным перинатальным специалистом.

Другая женщина¹² рассказала о страшном стрессе, который она пережила еще в приемном отделении роддома, когда у нее отняли всю одежду и грубо провели унижительные процедуры. У нее поднялось давление, схватки прекратились, ей кололи разные лекарства, а потом были очень тяжелые роды.

«У меня отключился мозг, потому что я поняла, что просто сойду с ума. Они орали, шлепали, взяли огромный тампон и опять всю разрисовали йодом, это жгло, и дальше я уже плохо помню. Они давили на меня, потом показали ребенка и закричали: кто? кто? Я смотрю: девочка. И все. Ребенка унесли. У меня был шок. Я ничего не чувствовала без всякого обезболивания» (И. 12).

После родов у нее начался сепсис, и три месяца она провела в больнице без ребенка. По ее словам, в ходе этих родов у нее было ощущение, что она умерла: настолько это было бесчеловечно.

В гораздо менее драматичных случаях женщины жалуются на излишнюю, по их мнению, медикализацию: стимуляцию родовой деятельности при помощи окситоцина, амниотомии, рассечение промежности, а также на то, что их разделили с ребенком. Женщин возмущает, что врачи с ними совершенно не считались, несмотря на контракт на «естественные роды», в котором были прописаны отказы от стимуляции, обезболивания и т. д., и сомневаются, что в этих медицинских интервенциях была необходимость. Они делают вывод, что в родах по контракту «все то же самое, что и по ОМС» (И. 13), что «контракт ни от чего не спасает» (И. 14) и даже: «чем дороже контракт, тем хуже будет — слишком много ненужных услуг» (И. 15). Тем, кто боится рожать дома, опытные женщины советуют отправляться в роддом как можно позже, в активной стадии родов, чтобы в роддоме не успели сделать «ничего лишнего». Таким образом, недоверие сохраняется даже в отношении тех врачей, которых женщины сами выбрали и с которыми заключили контракт.

¹¹ Проект «Насилие в родах» стартовал в социальной сети «ВКонтакте» осенью 2016 г. и вызвал широкий общественный резонанс. В ходе флешмоба, продолжающего до настоящего времени, сотни женщин, пострадавших от психологического и физического насилия в роддомах, поделились своими историями (см. https://vk.com/humanize_birth).

¹² Это интервью опубликовано здесь: [Ожиганова, 2017].

Повторные домашние роды

Совсем другая ситуация у женщин с положительным опытом домашних родов: практически все они повторно рожают дома.

«Во вторых родах, поскольку уже был опыт положительный, я даже представить себе не могла, что можно еще где-то рожать, кроме как дома» (И. 9).

Изменяется и само отношение к родам: они начинают восприниматься как что-то обыденное.

«Знаете, что такое домашние роды? Это когда женщины в схватках пекут пироги, делают с детьми домашние задания. Это просто самая обычная жизнь. Когда это видишь, уже потом иначе ко всему относишься» (И. 16).

Можно сказать, что происходит своего рода рутинизация выбора домашних родов. Так, одна из информанток, мать девяти детей, шесть из которых родились дома, заметила, что у нее роды обычно начинаются ночью, и она думает лишь о том, что ей надо успеть родить к утру, чтобы отправить детей в школу (И. 17).

Многих женщин опыт домашних родов так впечатлял, что они резко меняли жизненную траекторию и становились акушерками, доулами, перинатальными психологами. Большинство из них потом рожали уже сами, не прибегая к чьей-либо помощи. Они рассказывают, что в своих родах-соло стали как бы сами себе акушерками.

«С этими родами не было ничего интересного. Для меня как акушерки эти роды были понятны. Я понимала, что может быть, и я очень хорошо понимала, что я с этим буду делать. Единственное, у меня было странное ощущение, что я принимаю роды у самой себя. Муж был рядом, но он ничего не делал. Мне не нужна была моральная поддержка, мне не нужна была успокоительная речь, мне вообще ничего не было нужно» (И. 4).

Таким образом, как заметила А. Темкина, «собственный опыт — важнейшая система референции, относительно которой женщины формируют свои запросы, в том числе решают, что им необходим другой подход, если в прошлый раз ведение родов их не устроило, или потребовало слишком больших затрат. Неудовлетворенность медицинской помощью в предшествующих родах становится важной мотивацией поиска новых, более оптимальных возможностей» [Темкина 2018: 214].

Заключение

Основной причиной, по которой женщины выбирают домашние роды, является их недоверие медицине, а точнее — убежденность в том, что в роддоме им не смогут обеспечить безопасные, с их точки зрения, роды. Это недоверие основано на личном негативном пациентском опыте, который будущие матери могли получить в различных ситуациях: в предыдущих родах, во время беременности или даже задолго до нее — в сферах медицины, не связанных с репродуктивным здоровьем.

Отказ от роддома в пользу домашних родов вовсе не является следствием безответственного поведения женщин. Подготовка к домашним родам — это, как правило, долгий и трудоемкий процесс, требующий, к тому же, серьезных материальных вложений. Женщины тщательно изучают ситуацию, опрашивая знакомых, имеющих опыт домашних родов, выбирают курсы подготовки к родам, посещают разнообразные занятия и тренинги (обычно вместе со своим партнером), занимаются поиском подходящей домашней акушерки. Кроме того, им приходится

заниматься организацией предстоящих родов: договариваться с родственниками, готовить план действий на случай экстренной ситуации.

Во многом их действия похожи на стратегии женщин, занимающихся поиском подходящего варианта родов по контракту, чьи усилия А. Темкина сравнила с проведением масштабного социального исследования. Точно так же женщины, выбравшие домашние роды, протестуют прежде всего против грубости медицинских работников и плохих бытовых условий государственных роддомов, а также против обезличивающей и непрозрачной системы здравоохранения [Темкина, 2018: 201]. Однако для женщин, выбравших домашние роды, в гораздо большей степени характерно недоверие медицине в целом и сопротивление доминированию медицинского знания и экспертной власти врачей, чем для женщин, ориентированных на контрактные роды — «амбициозных потребителей различных сервисов» [Темкина, 2018: 224]. Женщины, выбравшие домашние роды, не хотят, чтобы медицинские специалисты контролировали «работу» их тела, и понимают, что контракт их от этого не избавит.

Само понятие «контроль» не подходит для объяснительной модели выбора домашних родов, ведь она основана на нарративе «естественного» [Бороздина, 2014а], описывающего роды как физиологический процесс, а не болезнь. Женщины, рожаящие дома, отказываются от стратегии «страхования рисков».

«Подстраховаться, потом еще подстраховаться, от того, от другого, непонятно от чего еще, потому что все равно непонятно, что происходит, потому что процессом управляем не мы. Это излишний контроль» (И. 10).

Успешный опыт домашних родов еще больше укрепляет женщин в их недоверии к медицине и в дальнейшем сам становится фактором отказа от медицинской помощи. Для подавляющего большинства моих информанток домашние роды стали своеобразной инициацией в мир нетрадиционной медицины, альтернативных оздоровительных и целительских практик. Многие женщины, рожавшие дома, являются проводниками антивакцинаторства, сторонниками гомеопатии и других альтернативных медицинских и целительских систем, а также практики самолечения. Для одних это превращается со временем в основной род деятельности: они становятся домашними акушерками, доулами, специалистами в области нетрадиционной медицины. Другие остаются неформальными экспертами, носителями знания о домашних средствах лечения и альтернативной медицине [Аронсон, 2006: 5—6].

Исключительный интерес в контексте выбора домашних родов представляет вопрос о том, как этот выбор связан с гендерным самосознанием и самовосприятием женщин: восприятием тела, отношением к боли, представлениями о пространстве семьи (дома) и семейных ролях. Эти темы, так же, как и вопрос о влиянии мировоззренческих установок на формирование предпочтений женщин в родах, требуют отдельного пристального изучения.

Список литературы (References)

Акин А., Стрельцова Д. Девять месяцев и вся жизнь. Роды нового тысячелетия. СПб. : Б.&К, 1999.

Akin A., Streltsova D. (1999) Nine Months and all Life. Child-Bearing in the New Millennium. SPb.: B. & K. (In Russ.)

Аронсон П. Я. Отказ от профессиональной медицинской помощи как следствие утраты доверия экспертному знанию врача и институциональной среде здравоохранения // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2006. Т. 3. № 20. С. 5—9.

Aronson P. Ya. (2006) Refusal of Professional Medical Care as a Result of Loss of Trust in the Expert Knowledge of the Doctor and the Institutional Healthcare Environment. *Scientific Journal of Herzen University*. Vol. 3. No. 20. P. 5—9. (In Russ.)

Бороздина Е. Медицинская помощь беременным: в поисках заботы // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы / под ред. Е. Здравомыслова, А. Темкина. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2011. С. 54—83.

Borozdina E. (2011b). Medical Care of Pregnant Women: In the Search of Care. In: *E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) Health and Intimate Life: Sociological Approaches*. SPb.: Publishing House of the European University at St. Petersburg. P. 54—83. (In Russ.)

Бороздина Е. Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России // *Laboratorium*. 2014a. № 6(1). С. 30—59.

Borozdina E. (2014a) Language of Science and Language of Love: the Legitimation of Independent Midwifery Practice in Russia. *Laboratorium*. No. 6(1). P. 30—59. (In Russ.)

Бороздина Е. Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода) // Журнал исследований социальной политики. 2014б. Т. 12. № 3. С. 413—428.

Borozdina E. (2014b). The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of Center for Midwifery Care. *The Journal of Social Policy Studies*. Vol. 12. No. 3. P. 413—426. (In Russ.)

Здравомыслова Е., Темкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / под ред. Е. Здравомыслова, А. Темкина. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 179—210.

Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) "I don't Trust Doctors, but." Establishing Trust in Reproductive Medicine. In: *E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) Health and Trust: the Gender Approach to Reproductive Medicine*. SPb.: Publishing House of the European University at St. Petersburg. P. 179—210. (In Russ.)

Михель Д. В. Философия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. № 2. С. 155—161. <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2016-16-2-155-161>.

Mikhel D. V. (2016) Philosophy of Therapeutic Choice: Medical Decision Making in the Context of Social and Cultural Transformations. *Izvestiya Saratovskogo Universiteta. New Seria. Seria Philosophy. Psychology. Pedagogics*. Vol. 16. No. 2. P. 155—161. <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2016-16-2-155-161> (In Russ.)

Лехциер В. Л., Готлиб А. С. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: опыт качественного анализа // *Mixtura verborum'* 2017: человек и время: философский ежегодник / под общ. ред. С. А. Лишаева. 2017. С. 108—136. Lekhtsier V. L., Gotlib A. S. (2017) Medical Choice of Chronic Patients in a Large Russian City: Experience of Qualitative Analysis. In: *Mixtura verborum'* 2017: Man and Time: Philosophical Yearbook / Ed. by S. A. Lishaev. P. 108—136. (In Russ.)

Наумов А. Домашние водные роды. Современное состояние проблемы. М. : Современник, 2001. Naumov A. (2001) Home Water Birth. The Current State of the Problem. Moscow: Sovremennik. (In Russ.)

Ожиганова А. А. Рождение «нового человека»: утопический проект движения за естественные роды // *Конструируя детское: филология, история, антропология* / под ред. В. Безрогова, М. Балиной и др. М. : Азимут ; СПб. : Нестор-История, 2011. С. 444—460.

Ozhiganova A. (2011) The Birth of «New Man»: an Utopian Project of the Natural Childbirth Movement. In: *The Construction of Childhood: Philology, History, Anthropology.* / Ed. by V. Bezrogov, M. Balinoy and others. Moscow: Azimut; SPb.: Nestor-History. P. 444—460. (In Russ.)

Ожиганова А. А. Становление и практика независимого акушерства // *Медицинская антропология и биоэтика*. 2017. № 2. URL: www.medanthro.ru/?page_id=3223 (дата обращения: 23.02.2019).

Ozhiganova A. (2017) Development and Practice of Independent Midwifery. *Medical Anthropology and Bioethics*. No. 2. URL: www.medanthro.ru/?page_id=3223 (accessed: 23.02.2019). (In Russ.)

Ожиганова А. Забота о себе, забота о других: практики взаимодействия женщин и акушерок в домашних родах // *Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства*. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2019. (В печати).

Ozhiganova A. (2019) The Care of the Self, the Care of the others: the Practice of Interaction between Women and Midwives in Home Births. In: *Critical Sociology of Care: the Crossroads of Social Inequality*. St. Petersburg.: Publishing House of the European University at St. Petersburg. (In Press). (In Russ.)

Темкина А. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль // *Журнал исследований социальной политики*. 2014. Т. 12. № 3. С. 321—336.

Temkina A. (2014). Medicalization of the Reproduction and Childbirth: a Struggle for Control. *The Journal of Social Policy Studies*. Vol. 12. No. 3. P. 321—336. (In Russ.)

Темкина А. Будущая мать как социальный исследователь: стратегии организации платных родов в российском крупном городе // *Антропологический форум*. 2018. № 37. С. 197—230.

Temkina A. (2018) Mother-to-Be as a Field Researcher: The Strategies of Private Obstetrics Provision in Urban Russia. *Antropologicheskij Forum*. No. 37. P. 197—230. (In Russ.)

- Belousova E. (2002) The 'Natural Childbirth' Movement in Russia: Self-Representation Strategies. *Anthropology of East Europe Review*. Vol. 20. No. 1. P. 11—18.
- Belousova E. (2002) The Preservation of National Childbirth Traditions in the Russian Homebirth Community. *Journal of the Slavic and East European Folklore Association*. Vol. 7. No. 2. P. 50—77. <http://dx.doi.org/10.17161/folklorica.v7i2.3724>.
- Belousova E. (2012) Waterbirth and Russian-American Exchange: From the Iron Curtain to Facebook. Doctoral Dissertation. Houston.
- Bobel C. (2002) The Paradox of Natural Mothering. Philadelphia: Temple University Press.
- Boucher D., Bennett C., McFarlin B., Freeze R. (2009) Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol. 54. No. 2. P. 119—126. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.006>.
- Brown J., Rusinova N. (2002) "Curing and Crippling": Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Vol. 583. No. 1. 160—172. <https://doi.org/10.1177/000271620258300110>.
- Craven C. (2010) Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Davis-Floyd R.E. (1988) Birth as an American Rite of Passage. In: Michaelson K. (ed.) *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. Beacon Hill, MA: Bergin & Garvey. P. 153—172.
- Davis-Floyd R.E. (1996) The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices. In: Sargent C. F., & Brettell C. B. (eds.) *Gender and Health: An International Perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. P. 123—166.
- Davis-Floyd R. (2006) ACNM and MANA: Divergent Histories and Convergent Trends. In: Davis-Floyd R., & Johnson Ch. B. (eds.) *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*. N.Y., London: Routledge. P. 29—80.
- Garro L. C. (1998) On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 12. No. 3. P. 319—355. <https://doi.org/10.1525/maq.1998.12.3.341>.
- Garro L. C. (2004) Cognitive Medical Anthropology. In: *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*. N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers. P. 12—23.
- Jordan B. (1997) Authoritative Knowledge and Its Construction. In: Davis-Floyd R., & Johnson Ch. B. (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press. P. 55—79.
- Kleinman A. (1980) Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Lazarus E. S. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 8. No. 1. P. 25—46. <https://doi.org/10.1525/maq.1994.8.1.02a00030>.

Lock M., Kaufert P. (1998) *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lock M. (2004) Medicalization and the Naturalization of Social Control. In: Ember C. R., & Ember M. (eds.). *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers. P. 116—125.

Martin E. (1992) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Miller A. C., Shriver T. E. (2012) Women's Childbirth Preferences and Practices in the United States. *Social Science & Medicine*. Vol. 75. No. 4. P. 709—716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.051>.

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

Zola I. (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*. Vol. 20. No. 4. P. 487—504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>.

Приложение. Список интервью

1. М.Л., 58 лет, врач акушер-гинеколог. Москва, 2006.
2. Наташа, 32 года. Москва, 2007.
3. Лиза, 32 года. Москва, 2007.
4. Наталья, 47 лет, домашняя акушерка. Москва, 2017.
5. Татьяна, 34 года. Москва, 2017.
6. Анастасия, 35 лет. Москва, 2017.
7. Полина, 34 года, доула. Москва, 2018.
8. Оксана, 34 года. Москва, 2018
9. Марина, 38 лет. Москва, 2016.
10. Евгения, 27 лет. Самара, 2006.
11. Ирина. 49 лет. Москва, 2018.
12. Елена, 53 года, домашняя акушерка. Москва, 2016—2017.
13. Маша, 26 лет. Москва, 2016.
14. Оля, 35 лет. Москва, 2016.
15. Инга, 37 лет. Москва, 2016.
16. Анна, 35 лет, акушерка. Москва, 2017.
17. Александра, 45 лет, Москва, 2016.