

Наталья Валентиновна ШАЛЫГИНА

**СОВРЕМЕННОЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЕ В РОССИИ
КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН
(МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ) ***

DOI: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2019-1-17/07>

Ссылка при цитировании:

Шалыгина Н.В. (2019). Современное родовспоможение в России как социокультурный феномен (методологические подходы к изучению). *Медицинская антропология и биоэтика*, 1(17).



Шалыгина Наталья Валентиновна –

кандидат исторических наук,
старший научный сотрудник
сектора этногендерных исследований
Института этнологии и антропологии
им. Н.Н. Миклухо-Маеклая РАН
(Москва)

<https://orcid.org/0000-0001-8636-1162>

E-mail:

etgender@mail.ru

**Публикуется в соответствии с планом научно-исследовательских работ Института этнологии и антропологии РАН*

Ключевые слова: акушерство, границы телесности, родовая антропология, материнство, традиции, обычаи, обряды посвящения, запреты, психопрофилактика родов

Аннотация: Статья посвящена обзору наиболее актуальных концепций гуманизации деторождения в современном мире в целом и в России в частности. Причиной выделения российского опыта в самостоятельную проблему стало очевидное усиление в последние годы «родильного нарратива» в информационном пространстве Рунета, где молодые россияне выражают недовольство существующей практикой оказания акушерской помощи в российских родильных домах. Однако повышенная активность россиян в оценке современных акушерских процессов характеризуется высокой степенью неопределенности ценностных ориентиров. С одной стороны, молодые женщины обсуждают про-

блему медиализации родов, а, с другой стороны, в блогосфере Рунета растет осознание такого понятия, как гуманистические роды, учитывающие убеждения и чувства женщин, их достоинство и независимость при принятии решения в процессе оказания акушерской помощи.

Введение

Переживания российских женщин во время родов, проходящих в роддомах и под наблюдением врачей, за последние несколько лет стали одной из самых обсуждаемых тем русскоязычного сетевого сообщества. «Родильный нарратив» буквально переполняет информационное пространство Рунета. В сетевое обсуждение российских практик родовспоможения оказываются вовлеченными множество сайтов, таких, как Topmama.ru, BabyBlog.ru, deti.mail.ru, stranamam.ru, u-mama.ru, babyplan.ru, forum.littleone.ru, sibmama.ru, mama.ru, kidsreview.ru, materinstvo.ru, novmama.ru и др. При этом женщины не просто обсуждают практики родовспоможения в российских роддомах, но и активно создают собственные сетевые сообщества, продвигают наиболее актуальные направления этой тематики с помощью вирусного маркетинга, расширяют ее проблематику и привлекают все новых и новых единомышленников.

Очевидное повышение интереса россиянок к проблемам родовспоможения резко контрастирует с советским периодом, когда эти проблемы в нашей стране откровенно замалчивались общественным мнением или обсуждались исключительно на приватном уровне. Причины, по которым ранее “закрытая” тема стала предметом широкого и всестороннего обсуждения, на первый взгляд, лежат на поверхности: глобализация информационных потоков, неограниченные возможности обмена мнениями в социальных сетях, преимущества открытого общества, позволяющего приобретать опыт личного знакомства с медицинскими услугами в других странах и т.п. Однако коллективная рефлексия молодых женщин в рунете по поводу проблем родовспоможения имеет и более скрытые причины, связанные с трансформацией ментальности самих россиянок в современном мире и формированию у них принципиально иного восприятия своего тела.

Соотношение «духовного» и «телесного» в практиках родовспоможения

В рамках классических социо-антропологических исследований телесность человека рассматривается с точки зрения так называемого холистического подхода, сформировавшегося еще в эпоху античности и понимающего тело как неотъемлемую часть природы в целом (Kroeber and Parsons 1958: 582–583). С этими идеями перекликаются и концептуальные разработки «феноменального тела» французского философа Мориса Мерло-Понти, выявляющие непродуктивность рационалистической традиции противопоставления «духовного» и «телесного» (Мерло-Понти 1999).

Феминистские теоретики воспринимают тезис о разделении «духовного» и «телесного» как приговор женской природе, навсегда ограниченной биологиче-

ским границами своего тела и неспособной достичь абсолютных высот человеческого разума, как это происходит с мужчинами (Kurfertman 1981). Американская исследовательница Андрианна Рич предложила, например, считать роды и материнство всего лишь частью жизни женщины. Тело женщины, его возможности – это социокультурный феномен, который, в концепции Рич, должен принадлежать только ей самой, а, значит, и распоряжаться им может только она (Rich 1977: 21). Несколько иначе рассматривают женское тело представители тех направлений феминизма, которые убеждены в самоценности женской природы в целом. По их мнению, «женский голос» в обществе не должен быть искажением мужского, а, наоборот, – должен иметь собственное звучание, собственную проекцию в любой культуре. Поэтому опыт беременности, рождения ребенка и материнства должен восприниматься обществом не столько как альтернатива мужской этике, доминирующей в мире, сколько как равноценная ей самостоятельная ценностная система (Raddick 1983: 87).

Понимание проблем женского тела и деторождения в рамках такого направления, как «антропология рождения», связано с именем американской исследовательницы немецкого происхождения Брижит Джордан, имевшей к тому же и значительный опыт акушерской практики. В своей знаменитой книге «Рождение в четырех культурах: кросскультурное исследование родов на Юкатане, в Голландии, Швеции и США» (1978) Джордан утверждает, что роды в каждой стране являются «внутренне непротиворечивым» феноменом, который полностью зависит от доминирующей культурной модели. Так, пишет Джордан, в США роды воспринимаются, как сугубо медицинская процедура; на Юкатане – как стрессовая часть семейной жизни, в Голландии – как естественный процесс, в Швеции – как личный успех женщины (Jordan 1993: 48). Вмешательство любого биомедицинского механизма в культуру родов других стран (особенно стран «третьего мира») Джордан назвала формой империализма (Jordan 1993: 186) и «биомедицинской колонизацией» (Jordan 1993: 215). Отстаивая альтернативность культурно обусловленных практик родовспоможения, Джордан выступила против единой, «космополитической модели родов», которая основана исключительно на медицинских технологиях и нивелирует культурно особенное.

«За» и «против» медикализации родов

Проблема единой модели родов, основанной на медикализации процесса, остро встала к середине 1970–хх гг. В эти годы многие страны в обеих Америках фактически отказались от вагинальных родов и едва ли не полностью перешли на кесарево сечение. Например, Бразилия в это время столкнулась с настоящей эпидемией кесаревых сечений, с показателями 40% в государственных медицинских учреждениях и 84% – в частном секторе (Belizán 1999:1397–1400). Подобного рода модель родов, когда «машина заменяет человеческую вселенную», американская исследовательница Робби Дэвис-Флойд назвала «технократической» (Дэвис-Флойд 1994: 44). Именно технократическая модель родов, по мнению Дэвис-Флойд, преобладает в современных США, где доминирует принцип признания родов патологическим процессом, требующим интенсивно-

го контроля со стороны врача. По этой причине в США получают все большее распространение такие медикаментозные процедуры, как электронный мониторинг плода (EFM), эпидуральная анестезия, амниотомия, искусственные роды, эпизиотомия, а также кесарево сечение. Р. Дэвис-Флойд полагает, что преобладание культуры родовспоможения, созданной научной революцией, над естественной природой человека неизбежно начинает воспроизводить патриархатные отношения полов, делая женские тела слабыми и зависимыми от изобретаемых мужчинами технологий (Davis-Floyd 1994: 1126–1127). При этом сама технократическая модель родов может иметь несколько разновидностей, в зависимости от сложности социальной стратификации в том или ином обществе. Белые американки среднего класса, например, предпочитают максимальное применение современных медицинских технологий в процессе родов, совершенно игнорируя их ритуальную составляющую. Таким образом женщины США, считает Дэвис-Флойд, стремятся стать полноценной частью технократического американского общества в целом.

Аналогичная картина, по мнению многих североамериканских исследователей, характерна и для Канады. Профессор В.Чалмерс и ее коллеги из Университета Британской Колумбии (Ванкувер, Канада) в конце нулевых годов провели опрос канадских женщин на основе случайно отобранной выборки из 8542 женщин, живущих на момент опроса в различных провинциях Канады и имеющих детей от 9 до 14 месяцев. Опрос был проведен с помощью телефонного интервью, и занимал в среднем 45 минут. Целью опроса было изучение восприятия женщинами своей беременности, родов и первых послеродовых месяцев. По мнению членов исследовательской группы, национальные показатели перинатального здоровья, получаемые Агентством общественного здравоохранения Канады (РНАС), не отражают действительного положения дел в этой области и не учитывают реальную оценку канадскими женщинами качества медикаментозного ведения их беременности и родов. По результатам опроса Чалмерс и ее коллег, почти 80% канадских женщин считают медикализацию родов (и, в особенности, метод облегчения боли) весьма полезным и необходимым для себя опытом (Chalmers 2008: 217–228).

Однако немало канадских специалистов в области репродукции придерживаются иной точки зрения, критикуя технократическую модель родовспоможения. Излишняя медикализация, по мнению этой группы исследователей, лишает женщину полноценного чувства обретенного материнства и, с другой стороны, способствует утрате ею контроля над своим телом (Hausman 2005: 23–38). Главная цель альтернативной модели родовспоможения, получившей название гуманизированной, – это сделать опыт деторождения эмоционально полноценным и в целом позитивным, как для самой женщины, так и для ее семьи в целом. Достижение этой цели обеспечивается за счет предоставления женщине права выбора формы сопровождения родов (естественные, домашние, медикализованные и др.), права принятия решения в процессе родов, права соблю-

дения уважения к себе со стороны акушерского медперсонала и др. (Wagner 2001: 25–37). Даже переживание боли признается как право выбора женщины.

Этнокультурные стратегии гуманизированных родов (японский опыт)

Важной составляющей гуманизированной модели родовспоможения является ориентация на социокультурные факторы, сопутствующие родам. Так, с точки зрения последователей этой модели родов, имеют значение вероисповедание женщины, традиции этноса, к которому она принадлежит, морально-нравственные ценности семьи, ее социальный статус и т.п. Специалисты кафедры семейной медицины канадского Университета Макгилла (Монреаль) утверждают, что гендерный подход, ориентированный на увеличение прав женщин в “мужском мире”, практически не учитывает культурный бэкграунд рожениц, их опыт социализации и ценностных ориентаций (Dillaway 2006: 16–41). Такой же точки зрения придерживается и заслуженный профессор медицинского факультета канадского Университета Британской Колумбии доктор Майкл Кляйн. В 2016 г., изучая безопасное родовспоможение в сельских условиях, Кляйн пришел к выводу, что беременные женщины ориентируются в основном на те ценности, которые доминируют в их культуре, поэтому для оказания полноценной помощи роженицам необходимо хорошо знать и учитывать конкретные историко-культурные условия (Klein 2016: 245–250).

К этому следует добавить, что канадские ученые, отстаивающие принципы гуманистических родов, проводят аналогичные исследования и в других странах, таких, например, как Япония, где глубокие историко-культурные традиции играют значительно более важную роль в жизни социума, по сравнению со странами Северной Америки. Члены исследовательской группы кафедры социальной и профилактической медицины Университета Монреаля, например, убеждены, что гуманизация родов является расширением права женщин на свой выбор, учитывает их ценности и чувства, а также сохраняет достоинство и независимость женщин в процессе родов (Behruzi 2010: 25).

В 2010 г. группа ученых этого университета провела фундаментальное исследование некоторых итогов политики сокращения медикализации родов, инициированного правительством Японии в начале 2000 гг. Исследование проводилось в 9 родильных центрах страны (префектуры Токио, Окаяма, Ацуги, Камакура, Тиба и Канагава) и основывалось на таких методах, как включенное наблюдение, неформальное и полуструктурированное интервью, а также качественный контент-анализ. Полученные данные позволили заключить, что в результате проводимой государством политики сокращения излишней медикализации родов большинство японских женщин предпочитают избегать медикаментозного вмешательства в процессе родов и, в случае нормальной беременности, отказываются от эпидуральной анестезии (Behruzi 2010: 32). Сами японские акушеры имеют довольно ограниченную причастность к неосложненным родам, так как считают рождение физиологическим, а не потенциально патологическим событием (Fiedler 1996: 195–212). Важно упомянуть, что в 2009 г. перинатальные исходы в Японии считались лучшими в мире, а уровень младенче-

ской смертности составлял 2,7 на 1000 новорожденных. И такое положение дел, как выяснилось в процессе проведенного исследования, было достигнуто именно за счет сокращения медикализации родов, активно проводившегося в стране на протяжении нескольких предыдущих лет. Десятилетием ранее, в конце 1990-х гг., частота кесарева сечения в Японии достигала 21% и была сравнима с североамериканскими показателями того же времени (в США 30%, в Канаде – 27%) (Leone 2008:1236–1246). Однако на момент проведения исследования ни один из 9 родильных центров в Японии не применял, например, внутривенную инфузию при нормальной беременности или рутинные эпизиотомии. Все указанные процедуры применялись исключительно в случаях строгих медицинских предписаний и только по поводу патологий беременности.

Важно подчеркнуть, что канадские исследователи, изучая японский опыт родовспоможения, выделили несколько групп барьеров, ранее препятствовавших снижению степени медикализации родов в этой стране. К таким барьерам, в первую очередь, были отнесены институционально принятые правила ведения родов в стране, непредвиденные обстоятельства и ситуативные факторы. Кроме того, были выявлены и так называемые фасилитаторы, снимающие эти барьеры: предотвращение ненужного медицинского вмешательства, естественные методы обезболивания, согласие женщин на тот или иной вид сопровождения родов, а также длительные сроки послеродовой реабилитации.

Российские стратегии гуманизации родов (метод И.З. Вельвовского)

Если сравнивать японский опыт успешной политики оптимизации родов с существующими практиками родовспоможения в России, то, по-видимому, следует признать, что последние фактически лишены какой-либо внятной стратегии развития. Характерно, что, как и в Японии, первое полноценное исследование репродуктивного статуса россиян полевыми методами было проведено примерно в те же годы и также иностранными специалистами. Американская исследовательница-антрополог Мишель Ривкин-Фиш, целенаправленно изучавшая в 1990-х гг. репродуктивное здоровье женщин в России, пришла к заключению, что российская модель родовспоможения характеризуется, главным образом, излишней бюрократизацией ответственности российских врачей (Rivkin-Fish 2005: 20–26.). По мнению американской исследовательницы, в России врачи не обладают в должной мере экспертной самостоятельностью и профессиональной автономией, подчиняясь медицинским чиновникам разного уровня. И главная причина такого положения дел, считает Ривкин-Фиш, заключается в зависимости российских медицинских институтов от государства (Rivkin-Fish 2005: 20–26.).

Данный вывод был весьма конструктивно воспринят российскими исследователями-социологами, ориентированными на использование феминистских подходов к теме рассмотрения феномена родовспоможения и, в целом, процессов репродукции (Здравомыслова, Темкина 2009; Темкина 2013а; Темкина 2013б). Одна из ведущих идей российских социологов, занимающихся

социальными проблемами родовспоможения, заключается в том, что медицина родов – это своего рода форма социального контроля, инициатива которого исходит от самих женщин, патронируется общественными движениями (в первую очередь – женскими) и полностью подчинена развитию новых технологий. По мнению отечественных гендерных социологов, многие женщины в нашей стране делают свой выбор в пользу технократического подхода к родовспоможению и в целом положительно воспринимают медикализацию родов (прежде всего – эпидуральную анестезию). Единственно, что вызывает в этой связи наибольшую озабоченность россиянок, считают российские социологи, так это ригидный бюрократический формат сопровождения родов в нашей стране, которому женщины вынуждены подчиняться (Темкина 2009: 330).

Следует признать, что негибкая институциональная политика ведения родов в России действительно существует. Более того, она сохраняется на протяжении десятилетий без каких-либо ощутимых изменений. И в этом смысле весьма показательным является пример с опытом внедрения психопрофилактических методов обезболивания родов в практику советского родовспоможения. Начиная с середины XIX в., обезболивание родовых схваток в цивилизованных странах проводилось исключительно медикаментозными средствами. В 1847 г. шотландский акушер Джеймс Симпсон предложил использовать для этой цели хлороформ. В 1902–1906 гг. для обезболивания родов впервые стал использоваться скополамин, который до этого применялся лишь в глазной и психиатрической практике (Рихард фон Штенбюхель). Еще несколько лет спустя англичанин Бернارد Кронинг начал практиковать различные модификации скополамин-морфинного обезболивания, применявшиеся вплоть до начала 1960-х гг. (Акушерство 2014: 68).

Но в 1949 г. советский психиатр И.З. Вельвовский впервые разработал глубоко обоснованное практическое руководство для медиков «Психопрофилактический метод обезболивания родов» (Вельвовский 1963: 308). Впервые было предложено не заглушать боль рожениц, не бороться с ней, а устранять причины, при которых возникает боль. Во главу угла ставились упражнения, вызывающие расслабления мышц. В какой-то мере этот метод оказался сродни традиционным практикам обезболивания в архаичных культурах, когда использовались природные ресурсы женского организма. Метод Вельвовского, названный системой психопрофилактического обезболивания родов (С.П.О.Р.), предусматривал целый комплекс мер и приемов, направленных на предупреждение нарушений физиологического течения беременности, максимальное избавление женщин от ложных тревог, страхов и связанных с ними отрицательных эмоций, а также ознакомление рожениц с основными физиологическими закономерностями родового акта и приемами, которые способствуют активному поведению в родах.

Но самое главное состояло в том, что система психопрофилактического обезболивания должна была предусматривать перестройку традиционных взглядов и

представлений о неизбежности страданий в родах. Вельвовский, по сути, предложил внедрять психопрофилактическую практику в роддомах и женских консультациях путем просвещения врачей акушеров-гинекологов и среднего медперсонала, а также с помощью повышения уровня врачебной этики в целом. Неосторожные высказывания медперсонала, делал вывод ученый, способны вызвать психопатологические реакции у беременных, вплоть до прерывания беременности, если учесть к тому же, что период раннего материнства филогенетически характеризуется повышенной ранимостью, впечатлительностью и внушаемостью женщин.

Однако рекомендации Вельвовского, предлагавшего воспитание персонала учреждений родовспоможения в духе «стерильности слова и поведения», видимо, «не вписывались» в советские традиции того времени. Статистика СССР отражала лишь такие количественные приоритеты акушерской практики, как, например, рост количества койкомест в роддомах, увеличение числа медицинского персонала, количества женских консультаций и др. (Женщины и дети в СССР 1969: 67–169). Важнейшие для будущей жизни матери и ребенка психопрофилактические показатели практически не учитывались. Мониторинг психологического состояния рожениц оказался в те годы попросту не востребован советскими практиками родовспоможения.

Сегодня метод психопрофилактики родовых болей имеет заслуженное научное признание и широко применяется в российских практиках родовспоможения. Нейрофизиологи считают, что роды являются естественным физиологическим актом и в нейродинамике не создают таких индукционных отношений, которые неизбежно вызывают переживание боли, то есть боль при родах можно предупредить. Ведение беременности в российских клиниках предусматривает целый комплекс мер, обеспечивающих недопущение так называемого «болевого озвучивания» неболевых сигналов: предупреждение нарушений физиологического течения беременности, максимальное избавление женщин от ложных тревог и страхов, ознакомление с физиологическими закономерностями родового акта, перестройка традиционных взглядов и представлений о неизбежности страданий в родах.

Для этого в практиках российского родовспоможения уже более десятка лет используются такие медицинские и общественно-просветительские методы и мероприятия, как: методика психопрофилактической подготовки беременной к родам в консультации, по возможности с первого ее обращения, с непременным усилением подготовки в последующие недели; специальные формы патронажа, направленные на создание благоприятных психологических условий в ближайшей социальной среде (муж, мать и др.); определенная психологическая тактика ведения беременных в консультации и особенно рожениц в стационаре; специальная тактика поведения персонала при руководстве родоразрешением в стационаре, основанная на сочетании современных методов акушерства с учетом психо- и нейродинамических закономерностей родового акта; воспитание персонала учреждений родовспоможения в духе «стерильности слова и по-

ведения» и построение режима этих учреждений, сочетающего принципы активирования и стимулирования личности роженицы, осуществление целенаправленного санитарного просвещения в обществе (Гайдуков, Сметанкина, Дурнов 2002: 22–65).

Все перечисленные методы, безусловно, относятся к гуманизированным практикам ведения родов. Для сравнения, в Японии, согласно канадским ученым, все 9 родильных центров, принимавших участие в упомянутом выше исследовании 2010 г., с готовностью предоставили данные о применении у них таких естественных методов обезболивания родов, как родовые пруды, аромотерапия, музыкальная терапия, массаж, изменение положения, эмоциональная поддержка не только со стороны близких роженице людей, но и акушерок. Однако существование подобных практик в России имеет одно, но существенное «но»: комплекс подобных мер применяется в нашей стране далеко не всегда и далеко не везде. Как правило, все перечисленные методы обезболивания касаются так называемых контрактных родов. Женщины, способные оплатить квалифицированное ведение своей беременности и родов, заключают контракт с клиникой, где предусмотрены все необходимые меры, включая тренинги для беременных и гарантии тактичного обращения с ними акушерского персонала. В большинстве же случаев сопровождение родов по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) в российских роддомах обходится без учета психопрофилактической поддержки, что официальная отчетность чаще всего оставляет за скобками.

Современные практики родовспоможения в России (социологический анализ)

В этой связи, начиная с 1990–х годов, отечественные социологи феминистского толка проводят специализированные исследования по выявлению несоответствия официальных цифр и действительного положения дел в сфере российских практик ведения родов. Например, исследование социолога Анастасии Новкунской, администратора программы «Гендерные исследования» Европейского университета (Санкт-Петербург, Россия), на протяжении последних двух лет в нескольких малых городах России, выявили несоответствия реформ, проводимых правительством РФ, реальным нуждам рожениц, которые проживают в отдаленных регионах. Законодательное введение в 2012 г. так называемой «маршрутизации» родов привело к тому, что женщина с осложнением беременности не может получить акушерскую помощь на месте проживания и вынуждена преодолевать сотни километров до перинатального центра более высокого уровня обслуживания (Новкунская 2017). Сокращение фельдшерско-акушерских пунктов в регионах России, кстати, резко контрастирует с советским периодом, когда количество таких пунктов на протяжении всех послевоенных (и послереволюционных) десятилетий только увеличивалось. Если, например, в 1940 г. такого рода специалистов всего по стране насчитывалось соответственно 10,6 тыс., то в 1960 г. их было уже 28,7 тыс, а к 1967 г. – 37, 4 тыс. человек, т.е. численность специалистов акушерского профиля выросла более чем в 3,5 раза. За этот же период число коек для беременных женщин в целом по стране выросло в 1,5 раза. Еще более впе-

чатляющими эти цифры оказываются в союзных республиках, где число коек для беременных в этот период, например, в Казахстане увеличилось в 530 раз (Женщины и дети в СССР 1969: 170–171).

Что касается состояния большинства современных российских роддомов, считает А. Новкунская, то сегодня они фактически наследуют советские традиции: «Это происходит потому, что сами здания остались теми же, а с ними – и технические возможности. Многие профессионалы работали еще в советском роддоме и продолжают воспроизводить советский подход, потому что они именно его считают верным. Это и про централизованную систему, и про отношение к пациенту. На всех уровнях воспроизводится советская модель» (Новкунская 2017). Интервьюирование врачей-акушеров различных ЦРБ (центральных районных больниц) позволило А. Новкунской прийти к заключению, что у всех врачей этих больниц были кардинально противоположные взгляды на то, кто такой врач, как именно он должен взаимодействовать с пациентом, что такое естественные роды и как их следует принимать, какая модель родовспоможения идеальная и т.д. (Новкунская 2018).

Подобного рода выводы косвенно подтверждаются и другими исследованиями в России. Одно из таких исследований, проведенное автором данной статьи в 2016 г. методом глубинного интервью 25 молодых женщин г.Реутова (Московская область), показало, что основная причина их дискомфорта во время пребывания в роддомах связана с высокой степенью ориентации акушерского медперсонала на общепринятые в отечественном здравоохранении правила и нормы ведения родов, а не на реальные потребности самих рожениц (МПА). Аналогичные выводы были сделаны и несколько ранее, в результате социологического опроса, проведенного в 2014 г. сотрудниками Благотворительного фонда «Новая жизнь» совместно с Лигой акушеров России. Согласно данным этого исследования, медперсонал современных российских роддомов – это женщины около 45 лет и старше, которые получили профессиональное медицинское образование еще в советское время и сегодня не склонны учитывать современные технологии родовспоможения. Подчеркивается, что сама схема подготовки врачей-акушеров в советское время распределяла учебный материал следующим образом: изучение патологий беременности (28,3%), оказание хирургической помощи женщинам во время родов (25,8%), изучение способов реанимации матери и плода (14,5%). (Акушерство сегодня 2014).

Воспроизведение прошлого опыта в современных условиях приводит к сложной и не всегда однозначной рефлексии со стороны российских женщин. Старшие поколения женщин свидетельствуют, например, о том, что сама беременность в советское время зачастую интерпретировалась медицинским персоналом как результат совершенного греха, который врачам-акушеркам приходится устранять: «Отношение ужасное, все разговаривают свысока, всем некогда. Нас воспринимают как грешниц, которые своими страданиями должны искупать факт соития..., а уж про незамужних и говорить нечего» (Ужасы... 2017). Кро-

ме того, роженица по умолчанию оказывалась виновной во всех проблемах роддома – нехватке медикаментов, перегрузке акушерок и технического персонала, несовершенстве юридически прописанных правил и т.д. «Зима 1984 г. ... Никакой своей одежды иметь не разрешалось, белья тоже. Жуткий больничный халат на завязочках и омерзительные тапочки – вот что нам, быдлу немывому, было положено... Средства гигиены после родов – больничные многоразовые салфетки-пелёнки, зажатые между ног.... Было очень холодно, на улице –25. Воды горячей не было, кипятильник передавать родственникам не разрешали. Мне мама передала в пачке сахара, пользовались тайком всей палатой. В палате нас было 12 человек. Ванной нет, в туалете все на честном слове. Страшно вспоминать...» (Ужасы... 2017).

Молодые россиянки, если сталкиваются с недостаточно благополучным бытом в роддоме и пренебрежительным отношением к себе со стороны акушерского медперсонала, воспринимают такое положение дел уже более осознанно и квалифицируют его как формы проявления насилия. В 2003 г. была опубликована статья российского культуролога Е. А. Белоусовой «Родильный обряд», где подробно анализируются случаи проявления насилия в российских роддомах по отношению к роженицам. Автор, используя этнометодологический подход, предложила рассматривать данную практику как видоизмененный обряд инициации, в рамках которого происходит бессознательное воспроизведение ритуальных ролей всеми участниками родильного процесса на основе вербальных коммуникаций. Автор оговаривается, правда, что подобного рода подход к изучению насилия в роддомах не является чем-то принципиально новым, так как в 1990–х гг. уже использовался американской исследовательницей Робби Дэвис-Флойд. Методологически, как отмечает Белоусова, ее собственный подход к рассмотрению данной проблематики отличается от американского тем, что при анализе эмпирического материала акцент делается на вербальном канале коммуникаций, а не на техниках ритуальных действий, характерных для так называемого американского обряда инициаций в роддомах (Белоусова 2003: 19).

Несмотря на логически стройный ряд аргументов и богатейший эмпирический материал, интерпретация Е. Белоусовой актов насилия в роддомах на основе обрядовых практик вызвала серьезные возражения среди исследователей. Так, социолог Зира Наурзбаева в статье «Советский роддом как инициация» (Наурзбаева 2014) высказала опасение, что с помощью ритуальной обрядности можно объяснить какие угодно девиантные действия, включая, например, дедовщину в армии, законы тюремной культуры и т.п. И, если пойдет «культурологическая волна» подобного рода объяснений, «волшебным образом» преобразовывающих откровенную жестокость и хамство в ритуальные действия, считает Наурзбаева, то неизбежно появится очередная версия об «особом, третьем пути России», не подвластном естественному ходу развития мировой цивилизации. В своем заключении о статье Е. Белоусовой автор критических замечаний предположила даже возможность исполнения на ее основе некоего социального заказа, нацеленного на дискредитацию русской культуры в целом.

Междисциплинарный подход к изучению российского родовспоможения

Столь резкие высказывания в адрес ритуальных интерпретаций насилия в родах, хотя, возможно, и выглядят несколько преувеличенными, однако, с другой стороны, ярко характеризуют остроту проблем, связанных с родовспоможением в современной России. Очевидно, что только социологического или только культурологического (антропологического, психологического, демографического и др.) подхода к решению созревших на сегодняшний день проблем в этой сфере будет недостаточно. Необходим междисциплинарный подход, учитывающий самые различные концепции. И в этом случае вывод о том, что введение в практику российского родовспоможения гуманизированных принципов тормозится только из-за бюрократизации медицинской системы в стране, явно не учитывает множество других, социокультурных факторов. Канадские исследователи, например, разрабатывая программу внедрения гуманизированных родов в той или иной стране, предлагают опираться на культурные традиции, обычаи, обряды ее народов. Концепция гуманизированных родов, которой придерживаются многие канадские ученые, основана и на том, в частности, что территория рождения и ее социокультурные ценности и убеждения, касающиеся деторождения, могут оказать глубокое влияние на практику родов (Behruzі 2010).

К этому можно добавить, что не только этнографическая фактография должна учитываться при разработке соответствующих программ, но и знания более высокого, антропологического уровня. В советское время сугубо антропологические теории, разработанные учеными других стран, как правило, не принимались в расчет (а, скорее всего, в советское время и вовсе не были известными). Между тем, именно антропологические теории, глубоко вскрывающие тонкие пласты воспроизводства человека как такового, способны добавить ясности проблемам родовспоможения. Так, например, вне зоны внимания советской медицинской науки оказалась универсальная схема обрядов перехода, разработанная в 1909 г. французским этнографом Людвигом ван Геннепом (1873–1957).

Согласно этой схеме, все культурное разнообразие практик родовспоможения подчиняется некоему общему ритму, который представляет из себя логически выстроенную последовательность церемоний, сопровождающих переход из одного состояния в другое, из одного мира (космического или общественного) – в другой. Сам переход (или лиминальность) всегда связан с утратой структуры, иерархии и статуса элементов, составляющих ту или иную целостную систему, то есть с разрушением первоначального состояния этой системы. Неопределенность и многослойность процесса разрушения (перехода, трансформации) делает его особенно трудным для осознания. Геннеп выделил три категории обрядов перехода: *обряды отделения (прелиминальные)*, *обряды промежуточные (лиминальные)* и *обряды включения (постлиминальные)*. Первая категория обрядов перехода (прелиминальные) имеет своей целью сделать привычное необычным, вторая (лиминальные) создает игру с абстрактными смыслами, а тре-

тья (постлиминальные) предусматривает монтаж нового смыслового комплекса (Геннеп 1999: 64–107).

Обряды, связанные с беременностью и родами, согласно классификации Геннепа, могут быть отнесены к категории промежуточных (лиминальных), которые представляют собой автономный, самостоятельный этап в общей схеме обрядов перехода. Одной из наиболее характерных особенностей этого этапа является высокая степень их абстрагированности и, как правило, неизбежная, по этой причине, сопряженность церемоний, обеспечивающих сам переход в новое состояние, с функциями других обрядов (предохранительными, предсказательными, защитными, искупительными, очистительными, инициационными, функциями приобщения к божеству и т.д.). Например, с помощью предохранительных обрядов (освящение амулетов для беременной, проведение церемоний, защищающих от воздействия злых сил, наложение запретов т.п.) женщину стараются максимально обезопасить от раннего прерывания беременности и уберечь от патологий; действие предсказательных обрядов (сообщение о половой принадлежности ребенка, его здоровье, судьбе и т.д.) направлено на создание психологической связи матери и будущего ребенка; очистительных обрядов – на опосредованное очищение от первородного греха, во избежание его перехода на ребенка; искупительных – на имитацию выкупа за ребенка, умиловление таким образом высших сил, отвечающих за благополучие ребенка.

Акушерские практики в российских роддомах и сегодня наполнены плохо осознаваемыми, архетипическими представлениями. В русской традиции функции повивальных бабок были вообще весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, поверий и заговоров. Так, чтобы «развязались» (ускорились) роды, повитуха расплетала роженице косы, развязывала на одежде все узелки, ходила с роженицей до полного изнеможения последней, подвешивала ее за руки, встряхивала, била по гениталиям, опрыскивала «с уголька» (кипятком), разминала ей живот для «правления» плода и пр. При этом, чем более бабка-повитуха знала подобных приемов, якобы ускоряющих роды, тем более опытной и знающей она считалась в «бабичьем деле» (Развитие акушерства в России 2010). Малороссийские повитухи, например, при затянувшихся родах, когда уже сравнительно безвредные приемы были исчерпаны, по традиции могли начать тянуть за пуповину, приговаривая «цып-цып», как будто кур зовут (Развитие акушерства в России 2010). Реакция современных девушек на такого рода акушерские практики чаще всего бывает следующая: «...Можете смеяться, но не далее, как 2 недели назад посередь стольного града, развеселые акушерки натурально пытались ускорить выход плаценты, потягивая её за пуповину. Хотелось убить, но сил не было даже на схватку. Но если бы они ещё сказали "цып-цып", я б постаралась... Благо пришёл нормальный доктор, расслабил и выдавил» (Народное акушерство 2011).

При всей критичности восприятия молодыми россиянками народных обычаев, последние продолжают сохранять свой авторитет. Правда, то, что сформирова-

лось в далеком прошлом, сегодня уже фактически не поддается рациональному осмыслению. Укорененность в сознании обрядовых практик происходит на бессознательном уровне носителей культуры и сохраняется в нескольких поколениях, но, как правило, постепенно утрачивая рациональный смысл происходящих действий. В каждом обществе или социальной группе обычай – это привычно соблюдаемая часть бытового поведения, которая, хоть и утратила свое первичное назначение, но сохранила функцию регулятора норм повседневной жизни. Обрядовая практика российского родовспоможения, несмотря на существенные трансформации, по-прежнему сохраняет многие свои культурные и исторические особенности (Шалыгина 2017: 49).

Например, и сегодня в российских роддомах принято «выкупать» ребенка, то есть давать нянечке, которая выносит младенца из роддома и передает его отцу, некую сумму денег (которая, кстати, негласно индексируется и соответствует текущему валютному курсу). Сами роженицы (любого возраста) стараются соблюдать никем не писанные, но «принятые» правила вынашивания ребенка – не стричь волосы (чтобы ребенок не оказался лысым), не заниматься вязанием (иначе ребенок может запутаться в пуповине), не удалять зубы (чтобы ребенок не вырос беззубым), не пинать кошку или собаку (в этом случае ребенок может родиться с волосами по всему телу, что в русской традиции называется «родиться со щетинкой») и т.п. Т.е., по традиции, будущая мама должна с помощью множества ограничений и примет как бы смоделировать портрет и даже судьбу своего будущего ребенка.

Помимо народных примет, россиянки все активнее интересуются и традициями деторождения, принятыми как у народов самой России, так и за ее пределами. Особенно ярким примером в этом отношении, по-видимому, можно считать постепенно возрастающий интерес женщин к народным традициям так называемого «закрытия родов», или обеспечение психофизиологического комфорта женщины после рождения ребенка. Несмотря на то, что состояние послеродовой депрессии (ПРД) затрагивает около 20% молодых матерей, российская медицина, как и советская, продолжает его игнорировать (Терехов 2015:48–51).

Между тем, послеродовой период – это особый период в жизни женщины, который характеризуется весьма существенными биологическими, физическими, социальными и эмоциональными изменениями. Если не принимать никаких мер непосредственно после родов, то велика вероятность возникновения у роженицы таких психических расстройств, как блюз родильниц, депрессия и психоз (Tatano 2011: 427–435). Принятые медицинские критерии определения психических заболеваний (DSM IV) чаще всего не относят, например, блюз родильниц к категории именно психических расстройств. Но у 80% молодых мам, как правило, все-таки наблюдаются тревожные расстройства, такие, как паника, фобии (сильный, но не обоснованный страх за ребенка), расстерянность, «чувство нереальности» происходящего, частый плач, подавленность и т.п. Кроме того, существуют неопровержимые доказательства того, что материнская де-

прессия может оказывать негативное влияние на познавательное, социальное и поведенческое развитие ребенка (Chaudron 2003:154–161). Но, как уже было сказано, симптоматика ПРД сегодня все еще не учитывается акушерским медперсоналом в большинстве российских роддомов. Не удивительно поэтому, что среди молодых женщин все чаще возникает желание обратиться к различным техникам послеродового восстановления, таким, например, как «закрытие семи ключей», пеленание и обертывание.

В том или ином виде все перечисленные техники можно наблюдать у представителей самых различных культур, так как корни этих традиций глубоко уходят в общее прошлое человечества. В русской традиции послеродовое восстановление (закрытие семи ключей или пеленание льняным полотенцем) начинали с 7-го дня после родов и проводили по определенной схеме, в которой основная роль отводилась пропариванию во влажной бане на дровах. Однако предварительно женщине несколько дней полагалась фруктовая диета, настои трав и шиповника, а также тщательное очищение кишечника. Заходов в баню было несколько (обычно до четырех), во время которых под паром и веником снизу вверх проводился лимфодренажный массаж, расслабляющий массаж (например, морскими камушками), которые чередовались с контрастным обливанием и обливанием настоем из трав. Расслабление тела женщины во время всех этих процедур сопровождается разговорами о тяжелых моментах родов, что приводит к сильному выплеску эмоций и последующему облегчению. Каждая процедура заканчивается обертыванием полотенцем и дает возможность женщине отдохнуть.

Аналогичное воздействие на женский организм после родов способны оказать и мексиканские техники ребозо. Массаж ребозо выполняется специальным шарфом (который, собственно, и называется ребозо) на различных сроках беременности, а также для пеленания роженицы после родов. Непосредственно при подготовке к родам массаж ребозо помогает улучшить кровообращение (создается эффект стимулирования гормонов), способствует расслаблению тела женщины и возникновению у нее чувства любви к своему телу, помогает принять наиболее удобную позу во время родов, создает позитивное настроение роженице. Считается, что ребозо – это одна из самых мягких техник сопровождения родов, потому что в ней нет непосредственного контакта между руками доулы (женщина, помогающая при родах) и телом роженицы. Шарф ребозо, обернутый вокруг тела женщины, создает лишь легкие покачивания, помогая принять телу наиболее удобную позу. Массаж ребозо является традиционной техникой родоспособности мексиканцев, корни которой уходят еще в доиспанскую культуру. Обучение массажу ребозо, как и многим другим традиционным техникам родовспоможения, мексиканские акушерки получают в единственной школе, созданной в 1998 г. неправительственным центром CASA в г. Сан Мигель де Альенде, в 300 км от Мехико, штат Гуанахуато (Escuela de parteras de San-Miguel-de-Allende). Признания со стороны официальной медицины школа не получила, однако сами мексиканские акушерки активно пропагандируют традиционные техники родовспоможения на международных конференциях и в

социальных сетях. Можно сказать, что массаж ребозо сегодня становится международной практикой сопровождения беременности и родов.

Итак, обращение женщин к традиционным техникам сопровождения родов и, что не менее важно, причины, которые приводят к увеличению заинтересованности женщин в их использовании, сегодня становится важной составляющей всего родильного процесса и не могут не учитываться при его анализе.

Статистические данные форумов рунета о восприятии женщинами современных российских роддомов

Однако в целом недовольство россиянок положением дел в отечественных роддомах не является повсеместным и тотальным. И речь, в данном случае, идет не о государственной политике в этой сфере, а именно о личностно-субъективном восприятии женщинами родильных практик в России. На специализированном сайте «RODDOMA.RU», например, к концу августа 2017 г. было зарегистрировано 55131 отзыв о 765 роддомах нашей страны из общего числа около 2.500 родовспомогательных учреждений (Атласов 2012). Результаты проведенного нами контент-анализ отзывов на форуме позволили выяснить, как именно женщины, рожавшие в Челябинском роддоме №7 (ЧГМА) с 2003 по 2017 годы (платное и бесплатное отделения), оценили отношение к себе врачей-акушеров, среднего и технического медперсонала, условия пребывания в роддоме, качество оказанных услуг. Платные услуги роддома в целом за указанный период оценили всего 22 женщины: на 5 баллов – 16 человек, на 4 балла – 2 человека, на 3 балла – 3 человека, на 2 балла – 1 человек. Бесплатные услуги роддома за этот же период времени оценили 56 человек: на 5 баллов – 33 человека, на 4 балла – 10 человек, на 3 балла – 3 человека, на 2 балла – один человек, на 1 балл – 3 человека. Средняя оценка платных услуг составила, таким образом, 4,5 балла, а средняя оценка бесплатного отделения за тот же период 3,9 балла. Общая оценка по роддому № 7 ЧГМА, таким образом, составила 4,1 балл. Оценку от 1 до 3 баллов поставили 9 женщин из 78 – одна из платного отделения и восемь из бесплатного (Форум Роддома.ру). Наибольшие нарекания среди «недовольных» вызвали неудачные случаи ведения родов и невнимательность отдельных лиц медицинского персонала. Все случаи недовольства женщин, как правило, имели в своей основе либо субъективно-поведенческий фактор, либо осложненный случай родов. Кстати говоря, именно этот блок барьеров (субъективно-поведенческий фактор), препятствующих гуманизации родов, выделили и канадские исследователи в Японии.

Важно подчеркнуть и тот факт, что абсолютное большинство российских женщин не склонны воспринимать отечественный роддом как источник насилия и унижения человеческого достоинства. Напротив, мэйн-стрим авторского контента на форумах рунета ориентирован на выражение чувства благодарности медицинскому персоналу роддома за ту помощь, которую роженицы там получают. К этому можно добавить, что Челябинский роддом в топ лучших роддомов России не входит, первое место в этом рейтинге занимает роддом г. Великий Новгород (5 бал-

лов), последнее Новосибирский роддом №7 (4,75 баллов). И в общем рейтинге российских центров родовспоможения за 2017 г. Челябинский роддом занимает далеко не первое место – 17-ая позиция из 74 региональных участников (средний балл – 4,06). Для сравнения: первое место в рейтинге регионов принадлежит Мурманской области (4,33 балла), а последнее – республике Северная Осетия-Алания (3,50 баллов) (Топ 10 лучших роддомов в России).

Таким образом, отношение россиянок к практикам родовспоможения не является гомогенным и инертным. На сегодняшний день сетевое сообщество рунета, судя по динамике интереса к проблемам гуманизации родовспоможения, пока хаотично, но все-таки достаточно заметно распределяется между двумя смысловыми полюсами, ориентированными либо на технократичные роды, т.е., подчиненные прогрессирующей медикализации родового процесса, либо на гуманизированные роды, устанавливающие партнерские отношения между самой роженицей и всеми другими действующими лицами этого процесса.

Выводы

За последние несколько десятков лет у российских женщин отмечены некоторые изменения во взглядах на ведение беременности и родов:

- появление открытости и желания публично обсуждать ранее табуированные проблемы в этой сфере;
- расширение смыслового пространства обсуждения беременности и родов. В отличие от советского времени, когда женщин, в первую очередь, беспокоили условия пребывания в роддомах, сегодня в социальных сетях и на форумах популярных сайтов все чаще возникают дискуссии, связанные с возможностями проведения альтернативных родов, с правами самих рожениц, с нарушением границ их телесности в родах, компетенцией акушерского персонала в роддомах и т.п.;
- обращение женщин к традиционным практикам родовспоможения и адаптация их к современным условиям (формирование рынка услуг по проведению ритуала закрытия родов, мексиканского массажа беременных ребозо и др.).

Указанные трансформации означают, что молодые россиянки заинтересованы в процессах гуманизации родовспоможения, расширения прав самих рожениц и возможностей выбора форм ведения родов. Однако, препятствиями на пути гуманизации российского родовспоможения следует признать такие факторы:

- достаточно ощутимый разрыв между сложившейся в России системой профессиональных установок акушерского медперсонала и взглядами молодых женщин на современные практики родовспоможения;
- невнятность государственной политики относительно расширения ресурсной базы репродуктивной активности в стране (содержание родильных домов, закрытие акушерских пунктов в регионах и др.);
- неготовность разработчиков социальных программ в сфере родовспоможения учитывать позитивную составляющую народных традиций и обычаев родиль-

ных практик, а также бессознательные ориентации женщин на опыт предыдущих поколений.

Библиография

Акушерство: национальное руководство (2014) М.: ГЭОТАР-Медиа.

Акушерство сегодня (2014) Социологическое исследование российских врачей, акушеров и рожениц (<http://www.midwifery.ru/today/opros.htm>) (18.04.2019).

Атласов, В.В. (2012) *В России всего 184 родильных дома* (<http://www.online812.ru/2012/09/24/006/>) (18.04.2019).

Белоусова, Е. (2003) Родильный обряд, *Современный городской фольклор*, М.: РГГУ, с. 339–369.

Брайан, Т. (1994) Современные направления развития теории тела, *THESIS*, Вып. 6, с. 137–167.

Вельвовский, И.З. (1963) *Система психопрофилактического обезболивания родов*, М.: Медгиз.

Гайдуков, С.Н., Сметанкина, А.А., Дурнов, О.В. (2002) *Новые технологии подготовки беременных женщин к родам*, Учебно-методическое пособие, СПб.: Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (<http://service.biosvyaz.com/website/lit/novye-tekhnologiii-podgotovki-k-rodam.pdf>)

Геннеп, А., ван (1999) *Обряды перехода*, М.: Изд-во Восточная литература.

Женщины и дети в СССР (1969) Статистический сборник, с. 167–169.

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

Мерло-Понти, М. (1999) *Феноменология восприятия*, М.: Наука.

Народное акушерство и педиатрия в Российской империи (<https://nashenasledie.livejournal.com/1149585.html>) (18.04.2019).

Наурзбаева, З. (2014) *Советский роддом как инициация* (<http://otuken.kz/lr-14/>) (18.04.2019).

Новкунская, А. (2018) Изменение подходов к родовспоможению в малых городах России: профессиональные возможности и ограничения, *Национальный конгресс «Дискуссионные вопросы современного акушерства» 15-17 июня 2017 г.*, с. 55–62.

Новкунская, А. (2017) Родовспоможение в России: реформы и последствия (<https://eu.spb.ru/news/17879-rodovspomozhenie-v-rossii-reformy-i-posledstviya>) (18.04.2019).

- Темкина, А.А. (2013а) Гинекологи и пациентки в борьбе за дисциплину: медиализация контрацепции в современной России, *Профессии социального государства*, ООО «Вариант», с. 40–74.
- Темкина, А. А. (2013б) Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики, *Журнал исследований социальной политики*, Том 11, №1, с.7–24.
- Терехов, М.А. Послеродовая депрессия. Что должна знать акушерка? *Образование и воспитание*, 2015, №5, с. 48–51.
- Топ 10 лучших роддомов по России* (2018) (<http://www.roddoma.ru/roddoma/>) (18.04.2019).
- Форум Роддома.ру* (<http://www.roddoma.ru/roddoma/chelyabinskaya-blast/859/otzyvy/>) (18.04.2019).
- Ужасы советского роддома (как рожали наши мамы и бабушки) (<http://razumama.opk.ru/viewtopic.php?id=118#p565>) (06.10.2017)
- Шальгина, Н.В. (2017) Магические практики стимулирования зачатия в традиционных культурах, *Научно-практический журнал «Современная наука. Актуальные проблемы теории и практики» (Серия Гуманитарные науки)*, № 8, с. 47–53.
- Cardwell, C.N. (2000) *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Chaudron L. H. (2003) Postpartum depression: what pediatricians need to know *Pediatric Review*, Vol. 24, p. 154–161.
- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Gaulet, L., Li, M., Misago, Ch. (2010) Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan, *British Medical Journal Pregnancy & Childbirth*, 27 May, 10(1), p. 25–43.
- Belizán, JM., Althabe, F., Barros, FC., Alexander, S. (1999) Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study, *British Medical Journal*, 319(7222), p. 1397–400.
- Chalmers, B., Dzakpasu, S., Heaman, M., Kaczorovski, J. (2008) The Canadian maternity experiences survey: an overview of finding, *Journal Obstet Gynaecol Canada*, Mar, N 30(3), p. 217–228.
- Davis-Floyd, R. (1994) The Technocratic Body: American childbirth as cultural expressions, *Social Science Medical*, Vol. 38, N 8, p. 1125–1140.
- Jordan, B. (1993) *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press.
- Dillaway, H., Brubaker, S.J. (2006) Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use, *Race, Gender & Class*, N 13(3–4), p.16–41.
- Fiedler, D.C. (1996) Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan, *Medical Anthropology*, N 10(2), p. 195–212.

- Hausman, B.L. (2005) Risky business: framing childbirth in hospital settings, *Journal Medical Humanit*, N 26 (1), p. 23–58.
- Klein, M., Sacata, C., Simkin, P., Davis-Floyd, R., Rooks, JP., Pincus, J. (2006) Why do women go along with this stuff? *Birth*, 33 (3), p. 245–250.
- Kroeber, A.L., Parsons, T. (1958) The Concepts of Cultura and Social Systems, *American Sociological Review*, Vol.23, p. 582–583.
- Kupferman, J. (1981) *The Mistaken Body. A Fresh Perspective of the Women's Movement*, London.
- Leone, T., Padmadas, SS., Matthews, Z. (2008) Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries, *Social Science Medical*, N 67, p.1236–1246.
- Raddick, S. (1980) Maternal Thinking, *Feminist Studies*, N 6(2), p. 342.
- Rich, A. (1977) *Of Woman Born*, Virago Press.
- Rivkin-Fish, M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*, Indiana University Press.
- Tatano, B.C., Gable, R.K., Sakala, C. (2011) Postpartum Depressive symptomatology: results from a two-stage US national survey *Midwifery Womens Health*, Vol.56(5), p.427–435
- Wagner, G. (2001) Fish can't see water: the need to humanize birth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25– 37.

References

- Akusherstvo: natsional'noye rukovodstvo* [Obstetrics: national leadership] (2014) M.: GEOTAR-Media.
- Akusherstvo segodnya* [Midwifery today] (2014) Sotsiologicheskoye issledovaniye Rossiyskikh vrachey, akusherok i rozhenits [A case study of Russian doctors, midwives and women in childbirth] (<http://www.midwifery.ru/today/opros.htm>) (18.04.2019).
- Atlasov, V.V. (2012) *V Rossii vsego 184 rodil'nykh doma* [In Russia there are only 184 maternity hospitals] (<http://www.online812.ru/2012/09/24/006/>) (18.04.2019).
- Belousova, Ye. (2003) Rodil'nyy obryad [Maternity Rite], *Sovremennyy gorodskoy fol'klor* [Modern urban folklore], Moscow: Russian State Humanitarian University, p. 339–369.
- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Gaulet, L., Li, M., Misago, Ch. (2010) Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan, *British Medical Journal Pregnancy & Childbirth*, 10(1), p. 25–43.
- Belizán, JM., Althabe, F., Barros, FC., Alexander, S. (1999) Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study, *British Medical Journal*, 319(7222), p.1397–400.
- Brayan, S.T. (1994) Sovremennyye napravleniya razvitiya teorii tela [Current trends in the development of body theory], *THESIS* [THESIS], Vol. 6, p. 137–167.

- Cardwell, C.N. (2000) *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Chalmers, B., Dzakpasu, S., Heaman, M., Kaczorovski, J., (2008) The Canadian maternity experiences survey: an overview of finding, *Journal Obstet Gynaecol*, 30(3), p. 217–228.
- Chaudron, L. H. (2003) Postpartum depression: what pediatricians need to know *Pediatric Review*, Vol. 24, p. 154–161.
- Davis-Floyd, R. (1994) The Technocratic Body: American childbirth as cultural expressions, *Social Science Medical*, Vol. 38, N 8, p. 1125–1140.
- Dillaway, H., Brubaker, S.J. (2006) Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use, *Race, Gender & Class*, 13 (3–4), p.16–41.
- Fiedler, D.C. (1996) Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan, *Medical Anthropology*, 10 (2), p. 195–212.
- Forum Roddoma.ru* [Roddoma.ru forum]
(<http://www.roddoma.ru/roddoma/chelyabinskaya-blast/859/otzyvy/>) (18.04.2019).
- Gaidukov, S.N., Smetankina, A.A., Durnov, O.V. (2002) *Novyye tekhnologii podgotovki beremennykh zhenshchin k rodam* [New technologies for preparing pregnant women for childbirth], The Manual, St. Petersburg State Pediatric Medical Academy (<http://service.biosvyaz.com/website/lit/novye-tekhnologii-podgotovki-k-rodam.pdf>) (18.04.2019).
- Gennep, A., van (1999) *Obryady perekhoda* [Rites of passage], Moscow: Publishing House of Oriental Literature.
- Hausman, B.L. (2005) Risky business: framing childbirth in hospital settings, *Journal Medical Humanit*, 26 (1), p. 23–58.
- Jordan, B. (1993) *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press.
- Klein, M., Sacata, C., Simkin, P., Davis-Floyd, R., Rooks, JP., Pincus, J. (2006) Why do women go along with this stuff? *Birth*, 33 (3), p. 245–250.
- Kovalenko, N.P., Smagin, S.F. (2001) Depressivnyye rasstroystva v period beremennosti i posle rodov [Depressive disorders during pregnancy and after childbirth], *AMCU materials*, p. 53–61.
- Kroeber, A.L., Parsons, T. (1958) The Concepts of Cultura and Social Systems, *American Sociological Review*, V.23, p. 582–583.
- KupFerman, J. (1981) *The Mistaken Body. A Fresh Perspective of the Women's Movement*, London.
- Leone, T., Padmadas, SS., Matthews, Z. (2008) Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries, *Social Science Medical* (67), p.1236–1246.

- Merlo-Ponti, M. (1999) *Fenomenologiya vospriyatiya* [Phenomenology of Perception], Moscow: Science.
- Narodnoye akusherstvo i pediatriya v Rossiyskoy imperii* [Folk obstetrics and pediatrics in the Russian Empire] (<https://nashenasledie.livejournal.com/1149585.html>) (18.04.2019).
- Naurzbayeva, Z. (2014) *Sovetskiy roddom kak initsiatsiya* [The Soviet hospital as an initiation] (<http://otuken.kz/lr-14/>) (18.04.2019).
- Novkunskaya, A. (2018) *Izmeneniye podkhodov k rodovspomozheniyu v malykh gorodakh Rossii: professional'nyye vozmozhnosti i ogranicheniya* [Changing approaches to obstetric care in small cities of Russia: professional opportunities and limitations], *Natsional'nyy kongress «Diskussionnyye voprosy sovremennogo akusherstva»* [National Congress "Discussion issues of modern obstetrics."], p. 55–62.
- Novkunskaya, A. (2017) *Rodovspomozhenie v Rossii: reformy i posledstviya*. [Obstetrics in Russia: reforms and consequences] (<https://eu.spb.ru/news/17879-rodovspomozhenie-v-rossii-reformy-i-posledstviya>) (18.04.2019).
- Raddick, S. (1980) Maternal Thinking, *Feminist Studies* 6(2), p. 342.
- Rich, A. (1977) *Of Woman Born*, Virago Press.
- Rivkin-Fish, M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention*, Indiana University Press.
- Shalygina, N.V. (2017) *Magicheskiye praktiki stimulirovaniya zachatiya v traditsionnykh kul'turakh* [The magical practices of stimulating conception in traditional cultures], *Nauchno-prakticheskiy zhurnal «Sovremennaya nauka. Aktual'nyye problemy teorii i praktiki (Seriya Gumanitarnyye nauki)»* [Scientific and practical journal "Modern science. Actual problems of theory and practice" (Humanities Series)], N 8, p. 47–53.
- Tatano, B.C., Gable, R.K., Sakala, C. (2011) Postpartum Depressive symptomatology: results from a two-stage US national survey, *Midwifery Womens Health. Vol.56(5)*, p. 427–435.
- Temkina, A.A. (2013a) *Ginekologi i patsiyentki v bor'be za distsiplinu: medikalizatsiya kontratseptsii v sovremennoy Rossii* [Gynecologists and patients in the struggle for discipline: the medicalization of contraception in modern Russia], *Professii sotsial'nogo gosudarstva* [Professions of the social state], p. 40–74.
- Temkina, A. A. (2013b) *Sovety ginekologov o kontratseptsii i planirovanii beremennosti v kontekste sovremennoy biopolitiki* [Gynecologists' advice on contraception and pregnancy planning in the context of modern biopolitics], *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, [Journal of Social Policy Studies], Vol. 11, N 1, p. 7–24.
- Terekhov, M.A. (2015) *Poslerodovaya depressiya. Chto dolzhna znat' akusherka?* [Terekhov M.A. Postpartum depression. What should a midwife know? Education and training], *Obrazovaniye i vospitaniye*, N 5, p. 48–53.
- Top 10 luchshikh roddomov po Rossii* (2018) [Top 10 best maternity hospitals in Russia] (<http://www.roddoma.ru/roddoma/>) (18.04.2019).

Vel'vovskiy, I.Z. (1963) *Sistema psikhoprofilakticheskogo obezbolivaniya rodov* [The system of psychoprophylactic analgesia for childbirth], Moscow: Medgiz.

Wagner, G. (2001) Fish can't see water: the need to humanize birth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25–37.

Zdravomyslova, Ye.A., Temkina, A.A. (2009) «Vracham ya ne doveryayu, no...» Preodoleniye nedoveriya k reproduktivnoï meditsine. [“I don't trust doctors, but ...” Overcoming distrust of reproductive medicine], *Zdorov'ye i doveriyе: gendernyï podkhod k reproduktivnoï meditsine* [Health and trust: a gender approach to reproductive medicine], St. Petersburg: European University in St. Petersburg, p. 179–210.

Zhenshchiny i deti v SSSR [Women and Children in the USSR] (1969) *Statisticheskii sbornik* [Statistical Digest], p. 167–169.

Key words: obstetrics, boundaries of physicality, birth anthropology, motherhood, traditions, customs, obstetrics, rites of passage, prohibitions, psychoprophylaxis of childbirth.

Abstract: The article is devoted to a review of the most relevant concepts of the humanization of childbearing in the modern world as a whole and in Russia in particular. The reason for the separation of Russian experience into an independent problem was the obvious strengthening in recent years of the “maternity narrative” in the Runet’s information space, where young Russians express dissatisfaction with the existing practice of providing obstetric care in Russian maternity hospitals. However, the increased activity of Russians in assessing modern obstetric processes is characterized by a high degree of uncertainty in value guidelines. On the one hand, young women discuss the issue of medicalization of childbirth, and, on the other hand, there is a growing awareness in the Runet blogosphere of such a concept as humanistic childbirth, taking into account the beliefs and feelings of women, their dignity and independence when deciding in the process of obstetric care.

Author info:

Natalya Valentinovna Shalygina is Cand. Sc. and Senior Research Fellow at the Ethnogender Studies Sector of the Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences (Moscow).

Citation link:

Shalygina, N.V. (2019) Contemporary Obstetrics in Russia as Sociocultural Phenomenon (Methodological Approaches for Studies). *Medicinskaja antropologija i bioetika* [Medical anthropology and bioethics], 1(17).