

НОВЫЕ ТЕКСТЫ

А. А. Ожиганова

Официальное (биомедицинское) и альтернативное (домашнее) акушерство

Практики формализованного и неформального взаимодействия



ОЖИГАНОВА Анна Александровна — кандидат исторических наук, научный сотрудник Института этнологии и антропологии им. Н. Н. Миклухо-Маклая РАН. Адрес: Россия, 119991, Москва, Ленинский проспект, д. 32а.

Email: anna-ozhiganova@yandex.ru

В статье рассматриваются практики взаимодействия между официальной системой родовспоможения и альтернативным (домашним) акушерством, которые в совокупности представляют собой континуум формального и неформального в сфере медицинских услуг. Для анализа этих практик автор статьи обращается к критической медицинской антропологии и таким важным для этого направления понятиям, как сопротивление медиализации и медицинский плюрализм. В статье также использованы социальные исследования здравоохранения, рассматривающие его как организационное поле, на котором конкурируют и вступают в конфликт разные типы институциональных логик — профессиональная, государственная (или бюрократическая) и менеджеральная.

В первой части статьи показано, что домашние роды могут принимать как самостоятельные домашние акушерки, так и дипломированные медицинские специалисты, врачи акушеры-гинекологи и акушерки роддома, хотя в России эта деятельность квалифицируется как незаконное занятие частной медицинской практикой.

Во второй части статьи рассматривается, как в результате конфликта институциональных логик, усиленных несколькими волнами реформ здравоохранения, возникли различные варианты формализованного взаимодействия домашних акушерок с роддомами. Наиболее распространённой практикой в настоящее время является трудоустройство домашних акушерок на неполную ставку в штат роддома на внебюджетное отделение.

Третья часть статьи посвящена анализу неформального взаимодействия домашних акушерок с роддомами. В ней показано, что эти практики возникают на месте серьёзных институциональных разрывов в работе системы и представляют собой попытки организовать естественные роды в рамках бесплатной государственной медицины.

Таким образом, доминирующая биомедицинская модель родовспоможения и альтернативные акушерские практики не существуют изолированно друг от друга, но создают сложные и противоречивые отношения сотрудничества, противоборства и конкуренции.

Исследование основано на 53 глубинных интервью с домашними акушерками, врачами акушерами-гинекологами и акушерками, работающими в роддомах, а также с женщинами с опытом домашних родов.

Ключевые слова: формальные и неформальные практики в здравоохранении; система родовспоможения; домашнее (альтернативное) акушерство; недоверие медицине; медиализация; медицинский плюрализм; критическая медицинская антропология; институциональные логики; институциональные разрывы; естественные роды.

Введение

Актуальные проблемы российской системы родовспоможения

Кризисные явления в сфере родовспоможения, которые выражаются, в частности, в растущем числе жалоб со стороны пациентов и громких судебных расследованиях в отношении ряда врачей и перинатальных центров, заметны даже на фоне тотального недовольства медициной, зафиксированного опросами общественного мнения [ФОМ 2015; ВЦИОМ 2017; Левада-Центр 2017]. Точное число обращений граждан в связи с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи в сфере акушерства и гинекологии остаётся неизвестным, поскольку отсутствует единая статистика ятрогенных преступлений¹. Однако, по данным судебно-медицинских экспертов, акушерство традиционно занимает лидирующее место по количеству установленных дефектов оказания медицинской помощи: по некоторым данным, их число доходит до 70% [Лобан et al. 2015]. Следственный комитет РФ отмечает, что число таких дел очень велико: «Акушерство, гинекология и неонатология являются потенциально опасными связанными с высокими рисками медицинскими специальностями» [Петрова 2017]. Широкий общественный резонанс вызвало обсуждение так называемой акушерской агрессии, то есть необоснованных медицинских вмешательств, ведущих к росту младенческой и материнской заболеваемости и смертности². Обсуждение началось в 2016 г. в ходе флеш-моба «Насилие в родах» в социальной сети «ВКонтакте» [Насилие в родах].

Реформирование системы родовспоможения проходило постоянно в течение всего постсоветского периода, и его последствия уже получили достаточно широкое освещение в литературе (см.: [Rivkin-Fish 2005; Здравомыслова, Тёмкина 2009; Бороздина 2014a; 2014b; Тёмкина 2014; 2017; 2018; Новкунская 2019]). В результате либеральных реформ 1990-х гг. началась коммерциализация акушерской помощи — появились платные услуги, хозрасчётные палаты и отделения в государственных учреждениях. Важным этапом этого процесса стало открытие в 2006 г. в Москве первого частного роддома. Коммерциализация усилила неравенство в доступе к медицинской помощи, однако не отменила сложившуюся систему неформальных договорённостей и платежей [Тёмкина 2017; Новкунская 2019]. Реформы 2000-х гг. были направлены на усиление государственного вмешательства в регулирование и финансирование медицинских учреждений. Была принята программа «Родовые сертификаты», в соответствии с которой женщины могли свободно выбирать роддом и, таким образом, способствовать повышению конкуренции и материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи. В 2010-е гг. в ходе реализации федеральной программы модернизации здравоохранения произошло укрупнение медицинских центров, изменены стандарты оказания медицинской помощи, что, как считают специалисты, во многом осложнило работу медиков

¹ Ятрогенные преступления — разновидность преступлений против жизни и здоровья человека. Преступление становится ятрогенным и влечёт уголовную ответственность виновного только в случаях нарушения правил и (или) стандартов оказания медицинской помощи медицинскими работниками в процессе исполнения ими своих профессиональных обязанностей, вследствие которого наступают общественно опасные действия [Ятрогенные преступления 2019].

² Акушерская агрессия — ятрогенные, ничем не обоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате приносящие только вред, то есть увеличение осложнений беременности и родов; рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности. К элементам акушерской агрессии относят необоснованные родовозбуждение и родостимуляцию, рассечение промежности, необоснованное экстренное кесарево сечение [Радзинский 2011].

[Стародубов, Суханова 2012] и создало неблагоприятные условия для реализации пациентоцентричного подхода [Новкунская 2019: 72].

В настоящее время система родовспоможения остаётся бюрократизированным институтом, все отношения в котором строго регламентированы, а врачи как профессиональная группа не обладают достаточной автономией и экспертной властью [Мансуров, Юрченко 2011: 184; Чирикова 2013: 309; Тёмкина 2014: 328]. Как и в советский период, роды принимает бригада специалистов — врач акушер-гинеколог и акушерка. Однако за прошедшие десятилетия полномочия и ответственность акушерок существенно сократились: теперь они подчиняются врачам, которые самостоятельно определяют тактику ведения родов и несут ответственность за их исход. В целом ситуацию, сложившуюся в родовспоможении, специалисты оценивают как «недостаточно скоординированную для успешной реализации профессиональных проектов акушерок и акушеров-гинекологов» [Новкунская 2019: 84].

«Естественные роды» в больнице и дома: постановка проблемы

Во многих странах Запада в результате неолиберальных реформ здравоохранения было легализовано домашнее акушерство; теперь акушерки могут принимать роды в больнице, родильном центре или осуществлять помощь в родах на дому на основе государственной лицензии. Более того, в ряде стран (например, в Великобритании) появились государственные программы, целью которых является распространение акушерской модели родовспоможения, позволяющей существенно сэкономить бюджетные средства [Intrapartum Care... 2014].

Эта политика находится в полном соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Ещё в 1985 г. ВОЗ опубликовала «Рекомендации по технологии родовспоможения», в которых предлагалось предоставить каждой женщине возможность выбирать предпочтительный вариант акушерской помощи — в клинике, родильном центре или дома [WHO 1985: 436]. В новой программе ВОЗ тоже говорится о необходимости принятия решительных мер по распространению практики родовспоможения, ориентированной на женщину и основанной на правах человека: «В настоящее время растёт понимание, что существующий в родовспоможении подход, направленный на контроль и регулирование физиологического процесса родов, подрывает способность женщины рожать самостоятельно и оказывает негативное влияние на её опыт родов» [WHO 2018].

В России оказание помощи в родах на дому квалифицируется как «незаконное занятие частной медицинской практикой» (УК РФ, ст. 235), поскольку лицензирование акушерской деятельности вне медицинских учреждений не осуществляется. Домашние роды относятся к неформальным практикам в сфере медицинских услуг, «не регулируются законами, не фиксируются статистикой и не оформляются контрактами» [Барсукова 2015: 9]. Как отмечают источники, Министерство здравоохранения РФ считает нецелесообразным разработку государственной программы по введению практики домашних родов в структуру системы здравоохранения, хотя не исключает такую возможность в будущем: «Роддома в России в настоящее время не перегружены, и вычленять даже группу низкого риска среди беременных для родов дома нерационально» [Алексеев 2011].

Контракт с роддомом открывает перед пациентками разнообразные возможности: пребывание в комфортной палате; выбор врача и акушерки; присутствие родственников, партнёра, доулы³; страхование множества рисков, от которых обычно не защищены женщины, рожаящие в государственных роддомах по полису ОМС [Тёмкина 2014; 2017; 2018]. Распространённой услугой стали специальные про-

³ Доула — помощница в родах; оказывает информационную, физическую и психологическую поддержку женщине во время беременности, родов и в ранний послеродовой период. Не обладает компетенциями и правом оказывать медицинскую помощь и проводить медицинские манипуляции [Кто такая доула?..].

граммы, которые обещают женщинам «естественные» роды с минимумом медицинских вмешательств. Стоимость такого контракта, который может называться «Мягкие роды» или «Домашние роды», в Москве составляет от 158 тыс. до 413 тыс. руб.⁴. Эти палаты не похожи на традиционные больничные боксы: там есть диваны, подушки, занавески, шведские стенки, ванны и даже качели, но при этом присутствует и современная аппаратура. Рекламный ролик одного из московских частных роддомов призывает женщин отказаться от домашних родов: «Мы убеждены, что рожать дома — это верх безрассудства, это абсолютно безответственно, поскольку дома нет медицинского персонала, нет возможности оказания быстрой медицинской помощи. А вот рожать в роддоме, как дома, можно и нужно» [Отделение «Домашних родов»...].

Следует ли рассматривать эти программы исключительно как маркетинговый ход или они действительно реализуют иные методы ведения родов? Как согласуется эта практика с нормами, прописанными в медицинских стандартах? Какие специалисты принимают роды у женщин, подписавших контракт на «домашние роды», — те же самые, которые стоят на потоке в других родильных отделениях, или роддома привлекают специалистов по альтернативному (домашнему) родовспоможению?

Российские СМИ и популярные сериалы воспроизводят и транслируют однозначно негативный образ домашней акушерки: невежественная женщина, не обладающая профессиональными знаниями и навыками, которая руководствуется разного рода суевериями и медицинским диссидентством⁵. Кто на самом деле принимает домашние роды? Соответствует ли действительности распространённое убеждение, что «медик никогда не согласится принимать домашние роды»?

Анализируя ситуацию, сложившуюся в настоящее время в области родовспоможения, обратимся к критической медицинской антропологии, объединившей традиционные для антропологии исследования на микроуровне с анализом «вертикальных связей» — социальных, классовых, экономических и гендерных отношений [Singer 2004: 24]. Критическая медицинская антропология рассматривает практику домашних родов, распространившуюся в странах Запада во второй половине XX века, как форму сопротивления медикализации и медицинской гегемонии [Davis-Floyd 1992; Davis-Floyd, Johnson 2006; Lock 2004]. В то же время исследователи отмечают, что в домашних родах воспроизводится существующее в обществе социальное неравенство — в доступе к акушерской помощи, получении знания о естественных родах и возможности отказа от медицинских манипуляций [Craven 2010]. Важным для критической медицинской антропологии является понятие «медицинский плюрализм», то есть присутствие в каждом обществе целого набора медицинских систем, подсистем и отдельных практик, а именно «врачей, стоматологов, фармацевтов, клинических психологов, мануальных терапевтов, социальных работников, экспертов по здоровому питанию, массажистов, учителей йоги, духовных учителей, китайских травников и т. д.» [Baer 2004: 109]. Все эти разнообразные системы выстраиваются в сложную иерархию, отражающую структуру неравных социальных отношений, в которой биомедицина занимает доминирующую позицию. Она стремится уничтожить или ограничить сферу применения любых альтернативных медицинских систем, но в то же время может их воспринять и даже поглотить, особенно если им удаётся добиться заметной легитимности [Baer 2004: 110]. Таким образом, домашнее (или альтернативное) и роддомовское акушерство допустимо рассматривать как такого рода медицинские подсистемы, которые находятся друг с другом в сложных отношениях соперничества и кооперации. Ключевым для анализа этих отношений является понятие «естественные роды», для которого нет единого общепринятого определения, и оно «функционирует не как аналитическая, а, скорее, как

⁴ Надо отметить, что это не самая дорогая программа; например, роды по программе «Всё включено» в том же роддоме составляют 960 тыс. руб. [Прейскурант ПМЦ...].

⁵ См., например, сериалы «Тест на беременность» (первый сезон, первая серия), «Женский доктор» (первый сезон, 25-я серия), телешоу «Беременные» (первый и второй сезоны).

эмпирическая и идеологическая категория, обозначающая альтернативу господствующему в развитых странах биомедицинскому подходу к родовспоможению» [Бороздина 2019: 119]. Естественные роды могут означать и минимизацию медицинских вмешательств, и приоритет предпочтений роженицы над требованиями медицинских стандартов (в частности, возможность свободного поведения в родах), и высокую степень ответственности женщины за исход родов, и активное участие в родах её партнёра или членов семьи. Именно в силу своей расплывчатости и неоднозначности категория «естественные роды» служит основой для формирования разного рода гибридных моделей родовспоможения.

В своей работе я опираюсь также на социальные исследования здравоохранения, рассматривающие его как организационное поле, на котором конкурируют и вступают в конфликт разные типы институциональных логик — профессиональная, государственная (или бюрократическая) и менеджериальная [Friedland, Alford 1991: 248; Scott et al. 2000]. С этой точки зрения, структура управления здравоохранением определяется балансом указанных институциональных логик: «качество лечения» обеспечивается профессиональными ассоциациями; «равенство доступа» — государственной бюрократией; «эффективность и прибыльность» — частными корпорациями [Скотт 2007: 39]. В условиях рыночных отношений воспроизводится постоянный конфликт между менеджериальной и профессиональной логиками: принцип эффективности конкурирует с экспертным медицинским знанием, а специалисты конкурируют друг с другом по поводу цены и качества услуг. Бюрократическое регулирование, в свою очередь, создаёт ограничения для реализации профессиональных целей и помощи пациентам; постоянные же изменения законодательного регулирования усложняют координацию организаций и акторов.

На организационных и институциональных границах постоянно возникают институциональные разрывы (или поломки) в работе системы — нарушения коммуникации, нарушения в передаче информации, нарушения в оказании медицинской помощи и заботе о пациенте и т. д. Особенно часто подобные разрывы возникают в результате побочных эффектов организационных и технологических изменений [Cook, Render, Woods 2000: 791–792]. В российском родовспоможении постоянной причиной возникновения институциональных разрывов являются неопределённость распределения функций между врачом и акушеркой, дискретность заботы в родах (например, при смене бригады дежурных специалистов) и нехватка ресурсов — организационных и временных [Новкунская 2019: 65].

В отличие от западных стран домашние роды в России это не столько протест против медиализации, сколько результат исключительно высокого уровня недоверия медицине в целом и системе родовспоможения в частности [Аронсон 2006; Бороздина 2019; Ожиганова 2019b]. В результате даже в платном сегменте, как отмечает А. Тёмкина, «существует множество ограничений, которые не позволяют сделать информированный выбор и осуществить свой “идеальный” план. Планирование родов является принудительным и дисциплинирующим, однако далеко не всегда реализуемым. Ответственность, возлагаемая на женщин, приходит в противоречие с дефицитом власти в их отношениях с профессионалами» [Тёмкина 2017: 22].

В то же время власть профессионалов в условиях бюрократизированной системы также ограничена.

Феномен домашних родов в целом можно рассматривать как результат множественных институциональных разрывов, которые в совокупности приводят к тому, что женщины отказываются от услуг роддома. Это хорошо понимают люди, имеющие отношение к организации родовспоможения:

Все эти роды, которые проходят вне стен роддомов, это не от хорошей жизни, а от нашего поведения, я имею в виду врачебное сообщество. Во многом мы сами сгенерировали эту группу, потому что роддома превращаются в такие родильно-тюремные отделения, а не в

роддома, которые, скажем, лояльны к пациентам. Многие забывают, кто для кого работает (День открытых дверей... 2019)⁶.

Рассмотрим, как разные модели акушерской помощи — госпитальная (биомедицинская) и альтернативная (домашняя) — конкурируют друг с другом и создают сложные стратегии формального и неформального взаимодействия. Как реализуется это взаимодействие в условиях конфликта институциональных логик? Р. Скотт отмечает, что институциональные логики могут дестраиваться и трансформироваться соответствующими типами институциональных акторов (индивидуальными и коллективными) [Скотт 2007: 30]. В этом контексте интересно проанализировать действия врачей акушеров-гинекологов и акушерок роддома, а также домашних акушерок, которые разными способами (официальными и неформальными) трансформируют существующую систему.

В первой части статьи будет показано, что домашние роды в России могут принимать как самодеятельные непрофессиональные домашние акушерки, так и дипломированные акушерки, и даже врачи акушеры-гинекологи. Во второй части статьи будут рассмотрены различные варианты формализованного взаимодействия домашних акушерок с роддомами, прежде всего — практики трудоустройства домашних акушерок на неполную ставку в штат роддома на внебюджетное отделение. В третьей части статьи, посвящённой анализу неформального взаимодействия домашних акушерок с роддомами, мы увидим, что эти практики возникают на месте серьёзных институциональных разрывов в работе системы и обычно представляют собой попытки организовать естественные роды в рамках бесплатной государственной медицины.

Описание эмпирических материалов

Статья написана на основе полевых материалов, собранных в ходе двух периодов исследования. Первая часть полевых материалов собрана в Москве и Самаре в 2005–2007 гг. Вторая часть полевых материалов собрана в Москве в 2015–2019 гг., а также в Санкт-Петербурге в апреле 2019 г. Моими информантами были домашние акушерки, женщины с опытом домашних родов, а также врачи акушеры-гинекологи и акушерки роддомов. Кроме того, полевые материалы включают записи занятий для беременных, материалы круглых столов и конференций, которые я делала методом включённого наблюдения в центрах подготовки к родам и роддомах. Первоначальное знакомство с информантами обычно происходило в центрах подготовки к родам или в роддомах во время публичных мероприятий. Далее я использовала метод «снежного кома», обращаясь к своим информантам с просьбой познакомить меня со своими коллегами и знакомыми. Я записывала углублённые интервью, средняя продолжительность которых составляет около двух часов. С некоторыми информантами интервью проходило в два-три этапа, в течение нескольких дней. Всего в ходе исследования записано более 50 интервью; 14 из них цитируются в настоящей статье.

Изначально вопросы, касающиеся взаимодействия домашних акушерок с роддомами, не были включены в интервью. Эта тема возникла совершенно неожиданно для меня, когда женщины стали рассказывать, что к ним на домашние роды приезжал врач акушер-гинеколог, а домашние акушерки начали делиться своими впечатлениями о роддомах, где они побывали в качестве доулы или индивидуальной акушерки. Начиная с 2017 г. тема формального и неформального взаимодействия домашних акушерок с врачами и акушерками роддомов стала предметом отдельного изучения; соответствующие вопросы были включены в план интервью.

⁶ Перечень полевых материалов автора и список интервью см. в приложении.

В целях анонимности все личные имена, названия роддомов, медицинских центров и центров подготовки к родам изменены либо опущены.

Кто принимает домашние роды: дилетанты и профессионалы

Е. Белоусова в своей диссертации, посвящённой российским домашним родам, отмечает, что российское родительское движение, возникшее в 1980-е гг. в СССР, «стремилось демедицилизировать и дебюрократизировать роды — вывести их из-под медицинского и государственного контроля» [Belousova 2012: 58]. Действительно, важнейшей идеей движения были роды вне больницы — дома или на природе. Белоусова приводит слова лидера движения Игоря Чарковского о том, что «любое место будет более подходящим для родов, чем роддом» [Belousova 2012: 59]. Тем не менее известно, что первые домашние роды принимали профессионалы: акушерки роддома и врачи акушеры-гинекологи⁷ (интервью № 1). Они применяли в домашних родах те знания и приёмы, которые использовали в роддоме: прокалывали плодный пузырь, делали надрез промежности, даже использовали окситоцин — всё то, что сейчас считается несовместимым с понятием «естественные роды» (интервью № 2). Мои респонденты утверждают, что изначально это было движение против роддомов, но не против медицины и медицинских специалистов. Энтузиасты домашних родов считали, что нужно искать единомышленников среди врачей и акушерок роддома и привлекать их в движение, а родителям-активистам необходимо получать медицинское образование:

Чарковский всегда говорил, что надо быть профессионалами, это значило, что надо идти учиться (интервью № 3).

Позже, в 1990-х гг., особенно в Москве, где жила бóльшая часть последователей Чарковского, домашнее акушерство стало расширяться и превратилось в преимущественно самодеятельную практику непрофессиональных акушерок. Многие из них, пытаясь противопоставить себя профессиональным акушеркам роддома, стали называть себя «духовными» акушерками. Они открывали центры подготовки к родам, где проводили разного рода занятия и тренинги для будущих родителей, а также занятия и кружки для молодых мам с маленькими детьми. Работа в этих родительских клубах стала для многих домашних акушерок основной формой официальной занятости.

Но параллельно развивалась другая история, связанная с тем, что некоторые врачи и профессиональные акушерки, разочаровываясь в существующих методах ведения родов, приходили к домашнему акушерству. В моих интервью есть десятки свидетельств о том, что на домашние роды приезжали врачи акушеры-гинекологи или акушерки роддома, а также другие медицинские специалисты. Порой речь шла об отдельных эпизодах. Например, был случай, когда на домашние роды приехала целая команда специалистов — акушер-гинеколог, реаниматолог, неонатолог и хирург:

Так врачи поддержали свою коллегу. Её сильно напугали во время первых родов, сделали кесарево. Второго хотела родить естественным путём, знала, что в роддоме не дадут. Всё прошло хорошо (интервью № 4).

Очень часто мои информанты рассказывают о медицинских специалистах, которые принимают домашние роды на постоянной основе. Кто-то работает в паре с домашней акушеркой и выезжает на роды, если она по каким-то причинам не может этого сделать, или для того, чтобы оказать роженице медицинскую помощь (интервью № 9). Кто-то работает самостоятельно. Например, в одном крупном

⁷ Первые домашние роды в 1980 г. принимала профессиональная акушерка, записавшая впоследствии свои воспоминания [Мартынова 2017].

городе врач акушер-гинеколог после травмы, полученной во время собственных госпитальных родов, ушла в домашние акушерки и открыла свой центр подготовки к родам (вебинар «Подготовка к естественным родам», 2018). В другом городе в течение ряда лет домашние роды принимал профессор, доктор медицинских наук, сторонник «естественного» родовспоможения (интервью № 3). Есть случаи, когда роддомовские акушерки приходят работать в центр подготовки к родам, где занимаются ведением беременности, но также начинают принимать домашние роды (интервью № 5).

Таким образом, можно говорить о двух различных сценариях формирования идентичности домашней акушерки. В соответствии с одним сценарием происходит эволюция от самодеятельной практики к профессиональной медицинской деятельности. Эти женщины, как правило, имеют хорошее университетское немедицинское образование и успешный опыт собственных домашних родов. Начав принимать роды, они параллельно проходят разного рода профессиональную подготовку — медицинское училище, медицинский университет, обучающие акушерские курсы в других странах и т. д. По моим данным, в настоящее время большинство домашних акушерок в Москве и Петербурге имеют среднее медицинское образование — акушерское или фельдшерское. Отношение к медицинскому образованию изменилось в середине 2000-х гг., когда даже акушерки с большим опытом домашних родов пошли в медучилище. Одна из моих информанток объясняет эту трансформацию возросшей конкуренцией:

Люди стали спрашивать: «А у вас есть медицинское образование?» В конце 80–90-х было всего несколько домашних акушерок: 5–6 человек. А уже через 10 лет их стало много. Кто-то пришёл из медицины, кто-то был врачом, кто-то — роддомовской акушеркой. На этом фоне человек, заявляющий: «Я закончила философский факультет МГУ», — мог уже просто не выдержать конкуренции (интервью № 6).

Другая информантка рассказала, что пошла в училище после восьми лет акушерской практики, потому что стала сомневаться, всё ли делала правильно:

Когда работаешь, то поневоле натыкаешься на какие-то сложные случаи. И начинаешь себя спрашивать: всё ли я сделала в этом случае правильно? А вдруг, если бы у меня был медицинский опыт, я бы сделала что-то иначе? (интервью № 7).

В соответствии с другим сценарием врачи акушеры-гинекологи или акушерки роддома, начав сомневаться в правильности существующей практики родовспоможения (а зачастую также благодаря собственному опыту материнства), становятся сторонниками естественных родов. Сначала они расширяют горизонт своих профессиональных представлений — участвуют в конференциях, семинарах и международных образовательных программах по альтернативному акушерству. Затем начинают сотрудничать с центрами подготовки к родам, которыми руководят альтернативные акушерки, и, в конце концов, принимать роды на дому. При этом врачи и акушерки могут продолжать работу в государственных или частных медицинских учреждениях. Как правило, совмещать это удаётся лишь в течение непродолжительного времени. Одна из информанток рассказывает, как её знакомой, врачу акушеру-гинекологу, пришлось уйти из роддома:

Т. А. увидела домашние роды. И была под сильным впечатлением от разницы по сравнению с тем, что она видела в роддоме. И мы стали терять её как сотрудницу роддома, потому что её тоже увлекла идея домашних родов. Тогда ведь было очень мало врачей, которые хотели изменить роды в роддоме, и я делала ставки на Т. А., чтобы она там это все разожгла. Но ситуация сложилась иначе. Она ушла в домашнее акушерство. Она ведь была внутри системы роддома, и на неё система сразу начала ехать (интервью № 3).

Американский антрополог Р. Дэвис-Флойд обращает внимание на постоянно меняющуюся идентичность современных, или постмодернистских, домашних акушерок, которые успешно сочетают альтернативные подходы с биомедицинской моделью родовспоможения и проявляют порой удивительную гибкость, подстраиваясь под запросы своих клиентов и избегая нападок недоброжелателей [Davis-Floyd, Pigg, Cosminsky 2001: 108–109]. Российские домашние акушерки также обладают исключительно подвижной идентичностью. В настоящее время они всё чаще называют себя *профессиональными индивидуальными акушерками*, имея в виду, что работают не «на потоке» в роддомах, а занимаются исключительно своими клиентками и обладают профессиональными знаниями и навыками, недоступными акушеркам роддома [Ожиганова 2019а]. Домашнее акушерство заявляет о себе как о профессиональном проекте. Московские акушерки договорились о едином тарифе за домашние роды (70 тыс. руб.). Активно обсуждаются проблема самоорганизации, а также гипотетическая перспектива легализации домашнего акушерства. Одни акушерки поддерживают легализацию домашних родов, другие опасаются, что это повлечёт ограничения их деятельности и стандартизацию практики, создание «новой касты со своими корпоративными интересами и жёсткой иерархией», в то время как они хотели бы сохраниться как «сообщество равных», преследующих «гуманитарные цели» [Легализация домашних родов 2011].

Практики формализованного взаимодействия домашних акушерок с роддомами: конфликт институциональных логик

Домашние акушерки «реформируют» роддома: проекты 1990-х

Когда в начале 1990-х гг. в государственных медицинских учреждениях появилась возможность открывать хозрасчётные отделения, домашние акушерки решили этим воспользоваться, чтобы изменить существующую практику и принимать роды в больнице «как дома». При активном содействии, а порой при непосредственном участии домашних акушерок стали открываться хозрасчётные отделения в разных городах: не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в Подмосковье и в других регионах.

Одним из таких проектов стало сотрудничество домашних акушерок, которые на тот момент не имели профессионального образования, с одним из подмосковных роддомов. Акушерки присутствовали на родах женщин, которых они обучали на курсах подготовки, но не выполняли медицинских манипуляций:

Мы назывались психологами. То есть ты — психолог, и ты с женщиной на родах (интервью № 15).

Кроме того, центр подготовки к родам принимал непосредственное финансовое участие в качестве спонсора в переоборудовании нескольких послеродовых палат, в которых была создана домашняя обстановка (двуспальные кровати, покрывала, занавески).

Аналогичные отношения сложились и в другом проекте, в котором домашним акушеркам удалось добиться гораздо более серьёзной перестройки:

Мы поставили такой же бассейн, какой был у нас дома. Сделали там не кровать, а помост, чтобы туда можно было лечь в любой позе, расположиться вместе папе с мамой. То есть мы меняли эту обстановку. Слава богу, нам это разрешили (интервью № 3).

Успех подобных инициатив всегда был основан на личных связях и поддержке со стороны влиятельных людей:

Как все уникальные проекты, он завязан на единственного человека — N., которая проработала порядка 15–20 лет в роддоме. У неё была поддержка — один очень влиятельный человек в здравоохранении нашего города. Он дал ей контакты и дал карт-блани. Какая была идея? Что мы готовим женщинам так же, как мы готовим их к родам дома (интервью № 3).

Домашних акушерок вдохновляла идея распространения этой практики на все российские роддома в самом ближайшем будущем:

У нас всё время в голове была мысль, как это организовать как модель, чтобы её потом размножить на все города России. Эта тема бродила в наших умах, что это можно как-то сделать. Нам казалось, что надо просто всё сделать самим, все увидят, как это здорово, и тоже начнут так делать (интервью № 3).

Как правило, подобные проекты были недолговечными: когда уходили люди, обеспечивающие лояльность системы, такие новаторские отделения либо возвращались к обычной практике родовспоможения, либо вовсе закрывались. Однако многие врачи акушеры-гинекологи, получившие этот опыт, продолжали свои усилия по изменению практики родовспоможения, но зачастую уже находясь вне системы государственного здравоохранения.

Официальный договор между центром подготовки к родам и роддомом: проекты 2000-х

Гораздо более устойчивым и воспроизводимым оказался другой вариант взаимодействия между домашними акушерками и роддомами. Образцом стал медицинский центр, созданный в начале 2000-х гг. одной из домашних акушерок, которой пришла в голову мысль, что акушерскую модель можно реализовать в больнице, если роды будут принимать индивидуальная (домашняя) акушерка и врач роддома. С помощью сочувствующих врачей она разработала собственную инструкцию в рамках государственных стандартов ведения родов, на основании которой центр мог заключать договоры с больницами об осуществлении совместной практики. Сначала был заключён договор всего лишь с одним роддомом, затем их число стало увеличиваться.

Есть роддома, где мы легко и просто осуществляем эту практику. Есть родильные дома, где только с несколькими отдельными врачами. У нас есть роддом, где зам. главного врача говорит: «Я знать вас не знаю. Работайте. Я не захожу сюда, но делегирую этим докторам», — и мы там отлично работаем. Есть роддом, где главный врач нас сам позвал, чтобы начать эту практику (Круглый стол в ИЭА РАН... 2018).

В настоящее время центр сотрудничает с 11 роддомами, частными и государственными, но исключительно на контрактной основе. В месяц в рамках этого проекта проходит около 100 родов. Всего на тот момент⁸ состоялось около 6000 родов. Также у центра есть государственная лицензия на образовательную деятельность, в соответствии с которой на протяжении последних 10 лет осуществляется программа по повышению квалификации для специалистов роддомов.

Успех проекта подтолкнул другие родительские центры к воспроизведению этой модели. Они стали открывать медицинские центры, в которых ведут приём разные специалисты (акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, остеопаты, гомеопаты и т. д.), и заключать официальные договоры с роддомами о совместной практике.

⁸ Ноябрь 2018 г.

Индивидуальный договор между роддомом и домашней акушеркой

Менее распространённым вариантом взаимодействия является индивидуальный договор, по которому домашняя акушерка, имеющая профессиональное образование, устраивается на работу в частные или государственные родильные дома на часть ставки и принимает роды у своих клиенток, заключивших с роддомом соответствующий контракт. Роддома заинтересованы в таких договорах, поскольку рассчитывают, что известная акушерка приведёт клиенток, готовых оплатить дорогой контракт. Обычно в этом случае акушерки продолжают принимать роды на дому.

Отдельным вариантом договора является официальный контракт с домашней акушеркой на сопровождение до роддома⁹. В этом случае акушерка наблюдает и поддерживает женщину у неё дома на начальном этапе родов и отвозит её в больницу (обычно на своей машине), когда родовая деятельность переходит в активную стадию. Опасаясь неадекватного отношения и необоснованной медикализации, женщины стремятся приехать в роддом как можно позже. Информантки рассказывают о виртуозной способности некоторых акушерок точно отследить момент, когда нужно выезжать, чтобы успеть родить в больнице, что особенно ценится их клиентками (интервью № 8).

По моим данным, в настоящее время 12 из 30 московских роддомов¹⁰ сотрудничают с домашними акушерками. Число индивидуальных акушерок, работающих на четверть ставки в штате некоторых московских роддомов, достигает 20–30 человек. Стоит отметить, что всего в Москве работают около 70 домашних акушерок (с кем, по словам моих информанток, «можно рожать», то есть имеющих достаточный опыт и компетентность). Стоимость таких родов определяется двумя контрактами: контракт с индивидуальной (домашней) акушеркой обычно составляет от 50 тыс. до 60 тыс. руб., но может достигать до 85 тыс. руб.; контракт с роддомом варьируется от 158 тыс. до 413 тыс. руб. в частном роддоме и от 100 тыс. до 150 тыс. в государственном.

Часто работа в роддоме вызывает у домашних акушерок кризис идентичности. Кто-то считает, что это предательство идеи домашних родов. Кто-то не может работать в роддоме, потому что не готов отказаться от самостоятельности и независимости и постоянно конфликтует с врачами. С. Ю. проработала в роддоме два с лишним года:

Это было что-то новое, хотелось посмотреть, можно ли реально в роддомах рожать по-домашнему. Но этот опыт был у меня не очень позитивный, скажем так. Там все равно в родах главный — врач. Это совершенно противоречило моим представлениям о родах. А был такой случай, когда женщина-врач выдавила ребёнка. Сказала: «Очень долгие у вас потуги», — и как надавит на женщину. И тут же ребёнка в реанимацию... После этого случая я ушла (интервью № 10).

Некоторые домашние акушерки не выдерживают самой атмосферы роддома. После окончания медучилища А. И. пошла работать в роддом, но продержалась там всего три месяца:

Я пыталась активно ломать систему, но начала ломаться сама, в домашних родах вести себя как в роддомовских, появился диктат, женщина, которая как-то не так себя ведёт, начала меня раздражать (интервью № 11).

⁹ Официальное название услуги в соответствии с контрактом. Она заключается в оказании необходимой помощи и поддержке во время первой стадии родов, которую женщина проживает дома и по дороге до роддома.

¹⁰ Данные о роддомах в Москве см.: [Как выбрать роддом в столице... 2017].

В то же время многие домашние акушерки успешно сотрудничают с роддомами на протяжении многих лет. Н. Л. говорит, что для неё нет никакой разницы, где принимать роды — в роддоме или на дому. Более того, в сложных ситуациях в роддоме она старается использовать стандарты в свою пользу:

Если я поступаю в соответствии со стандартом, то ничего со мной сделать нельзя, потому что я всё сделала в рамках закона (интервью № 6).

Врачи акушеры-гинекологи, работающие в проектах с домашними акушерками, в целом положительно оценивают этот опыт. Они признаются, что получают огромное удовлетворение от работы, но в то же время отмечают, что испытывают постоянные опасения: не был ли нарушен официальный протокол? Врач, работающая в программе «Мягкие роды» уже в течение 12 лет, рассказывает:

*Это роды без медицинских вмешательств, по минимуму. Доктор берёт всё своё сознание в руки и пытается поставить себя на место рождающей женщины. **И несмотря ни на какие протоколы** (Выделено мной. — А. О), помогает женщине в родах прекрасно родить здорового ребёнка и самой остаться здоровой (Круглый стол в ИЭА РАН... 2018).*

Другие врачи, также имеющие опыт сотрудничества с домашними акушерками, утверждают, что существующие протоколы являются достаточно гибкими и позволяют проводить минимум медицинских вмешательств. М. Т. убеждена, что врач обязан следовать стандартам медицинской практики:

Если ты считаешь, что это правильно, можешь писать научную работу, и пусть это 10 лет апробируется, применяется в научно-исследовательском институте, это будет доказано, и потом ты будешь применять. Есть выработанная тактика, и её надо придерживаться, есть какие-то регламентированные вещи, согласно приказам, сейчас это 203н¹¹. Если бы каждый по своему видению что-то делал, мы не были бы врачами (интервью № 12).

В целом появление в роддомах услуги «естественные роды», в том числе с домашней акушеркой, соответствует менеджерской логике: растёт число пациенток с контрактом, соответственно, повышается эффективность работы роддома. Информанты отмечают, что роддома с постоянным большим потоком пациентов (например, расположенные в большом спальном районе мегаполиса) ни с кем не сотрудничают и продолжают существовать в довольно закрытом режиме (интервью № 13). В то же время мои собеседники сетуют, что некоторые врачи и роддома, заинтересованные в привлечении контрактных пациентов, открывают прекрасно оборудованные палаты «домашних» родов с ванной и соответствующим интерьером, но на самом деле не соответствуют требованиям этого подхода (Круглый стол в ИЭА РАН... 2018). Таким образом, профессиональная логика испытывает постоянное давление со стороны менеджерской. Особенно драматично это может быть в тех случаях, когда требования эффективности или профессиональные представления врачей вступают в конфликт с бюрократическими нормами и бюрократическая логика начинает мешать профессиональной реализации медицинских специалистов и заботе о пациентах.

Практики неформального взаимодействия домашних акушерок с роддомами: институциональные разрывы

Неформальные практики взаимодействия домашних акушерок с роддомами реализуются в разных вариантах, с трудом поддающихся систематизации. Довольно распространённой является ситуация,

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

когда домашние акушерки проникают в роддом со своими клиентками под видом сопровождающих лиц, выдавая себя за родственницу или доулу. В соответствии со статьёй 51 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, женщина может взять с собой на роды (по полису ОМС) отца ребёнка или иного члена семьи. В некоторых роддомах есть договорённость с доулами, позволяющая им сопровождать своих клиенток. Одна из информанток, домашняя акушерка, рассказала, что время от времени ей удаётся таким образом попадать в родовую палату:

У меня ведь на лбу не написано, что я акушерка. Я периодически сопровождаю женщин. В некоторых роддомах не пускают доул. Тогда я говорю, что я родственница. Спрашивают: почему вы так много знаете? Говорю: я многодетная мать (интервью № 6).

Эта практика становится возможной лишь при наличии серьёзных институциональных разрывов, прежде всего из-за нехватки времени у персонала роддома. Бывают ситуации, когда женщина фактически рождает со своей «сестрой», а дежурная бригада прибегает только в последний момент. В других случаях акушерка роддома, увидев, что в этой палате благодаря «доуле» ситуация под контролем и её постоянное присутствие не нужно, может заняться другими женщинами.

В некоторых роддомах данная практика получила неформальное признание. В этом случае домашняя акушерка фактически принимает роды у своей клиентки, но в документах пишут, что роды принимала акушерка смены, которой платят символическую сумму (около 1000 руб.) за оформление бумаг (интервью № 13).

Совершенно особая форма неформального взаимодействия осуществляется в некоторых роддомах, где руководство или отдельные врачи оказываются настолько лояльными к домашним акушеркам, что в случае экстренной ситуации открывают для них двери роддома и позволяют им оставаться со своими роженицами до окончания родов. Домашние акушерки сообщают, что в их практике примерно 5% родов, которые планировались как домашние, заканчиваются в больнице. Обычно, договариваясь с беременными женщинами, они советуют на всякий случай заключить контракт с роддомом, но далеко не все женщины это делают. На этот случай у акушерок есть список роддомов, куда они могут поехать при необходимости. Старшая акушерка такого лояльного роддома объясняет свою позицию:

У нас есть два сценария этой истории. Один сценарий: они к нам приезжают, мы к ним выходим, вежливо разговариваем, не запугивая акушерку, она нам рассказывает, как всё было, и, возможно, даже остаётся с этой женщиной, сопровождая её дальше в родах, чтобы помочь нам и быть участницей всех дальнейших действий. Другая ситуация, другой сценарий: иди отсюда вон, я сейчас вызову прокуратуру, мы посадим тебя в тюрьму. Она убегает, она ничего нам не говорит, мы получаем эту женщину, и нам нужно в пять раз больше времени, в пять раз больше ресурсов, чтобы разобраться, нужно здесь что-то, не нужно, и если нужно, то что именно (интервью № 14).

Очевидно, что все эти практики возникают на месте серьёзных институциональных разрывов. У работников роддомов не хватает ресурсов — временных и организационных, — чтобы уделять достаточно внимания пациенткам, особенно тем, которые рожают по ОМС. Для пациенток, не готовых оплачивать контракт с роддомом и не доверяющих медицинским учреждениям, это означает менее дорогостоящий вариант обеспечить себе поддержку в родах и избежать излишней медикализации. Для врачей, стремящихся к гуманизации родовспоможения, подобные неформальные практики зачастую — единственная возможность оказать женщинам необходимую профессиональную помощь.

Заключение

С момента своего появления в 1980-е гг. домашние роды представляли собой гибридную практику, которой занимались и медицинские специалисты, и непрофессиональные акушерки. Такими они остаются и в настоящее время. Смелые проекты 1990-х гг. с участием домашних акушерок, направленные на радикальную трансформацию всей системы официального родовспоможения, оказались недолговечными и не достигли своей цели. Тем не менее в середине 2000-х гг. стали развиваться разнообразные формализованные практики взаимодействия между домашними акушерками и роддомами. С одной стороны, роддома в условиях возросшей доли самофинансирования столкнулись с необходимостью привлекать клиенток, способных оплатить дорогие контракты. Акушерки роддома, которые постоянно в течение постсоветского периода теряли полномочия и авторитет и в большинстве своём привыкли работать «на потоке», прибегая к рутинной медикализации родового процесса, не обладали достаточной привлекательностью для новых клиенток, ориентированных на *естественные* роды. Мои информантки считают, что без домашних акушерок, их знаний и навыков принимать естественные роды роддома просто не смогут привлечь таких клиенток. С другой стороны, возросшая конкуренция среди домашних акушерок и опыт несчастных случаев привели их к необходимости получения профессионального образования. Изменчивая идентичность позволила самодеятельным акушеркам плавно перейти от медицинского диссидентства к сотрудничеству с роддомами и развитию проекта индивидуального профессионального акушерства. Впрочем, обычно такие акушерки создают различные гибридные формы занятости, совмещая официальную работу в роддоме, медицинском центре или на курсах подготовки к родам с теневой деятельностью, которой являются домашние роды.

Конфликт институциональных логик в здравоохранении, умноженный непрерывным реформированием, привёл к тому, что не только пациенты, но порой сами медицинские специалисты теряют доверие к официальной медицине и уходят в альтернативные медицинские системы, в том числе в домашнее акушерство. В других случаях врачи и акушерки роддомов начинают выступать как акторы, заинтересованные в радикальной трансформации системы, и создают различные практики формализованного и неформального сотрудничества с домашними акушерками.

Наиболее распространённым вариантом формализованного взаимодействия является трудоустройство домашних акушерок в штат роддома на неполную ставку. Важно отметить, что это происходит лишь в частных клиниках или коммерческих отделениях государственных роддомов. Соответственно, услуги такой индивидуальной акушерки доступны исключительно в рамках контракта (ДМС), ими может воспользоваться лишь небольшая часть женщин. Появление этой платной услуги усиливает социальное неравенство, поскольку предоставляет свободу выбора (а также свободу поведения в родах, то есть важнейший элемент естественных родов) лишь для наиболее обеспеченных женщин и сохраняет ограничивающие методы для тех, кто рождает по полису ОМС. Возникают различного рода неформальные практики, которые представляют собой, в сущности, попытку организовать естественные роды в бюджетных отделениях роддомов в рамках бесплатной государственной медицины.

Таким образом, можно говорить об определённом медицинском плюрализме, или, если обратиться к социальным исследованиям экономики, о континууме формального и неформального секторов сферы медицинских услуг [Барсукова 2015: 30]. Доминирующая биомедицинская модель родовспоможения и альтернативные акушерские практики не существуют изолированно друг от друга, они создают сложные и противоречивые отношения сотрудничества, противоборства и конкуренции. Более того, можно говорить о том, что происходит «неформальная коррекция» официальной практики: альтернативное (домашнее) акушерство дополняет и способствует развитию официальной биомедицинской модели родовспоможения. В свою очередь, официальное родовспоможение вводит регулирование в неформальный сектор, предъявляя свои требования к профессиональному статусу домашних акушерок (специальное образование, регулярное подтверждение квалификации, медкнижки и т. д.).

Я рассмотрела практики формализованного и неформального взаимодействия официальной системы родовспоможения и домашних акушерок преимущественно на примере Москвы с привлечением отдельных фактов по другим крупным городам России, прежде всего по Санкт-Петербургу. Однако на основе моих данных можно утверждать, что в российских регионах, где в результате последних реформ по повышению эффективности здравоохранения сложилась особенно сложная ситуация с обеспечением женщин акушерской помощью [Новкунская 2019], подобного рода практики также существуют. Возможно даже, что именно в регионах они получили наиболее широкое распространение. Но эта тема заслуживает отдельного пристального внимания и детального изучения с учётом ситуации, сложившейся в том или ином регионе.

Приложение

Таблица П.1

Полевые материалы автора (ПМА)

Название мероприятия	Тема мероприятия	Место проведения и дата
День открытых дверей	Встреча с будущими родителями	Клинический госпиталь «Лапино». 2019. 5 февраля
Круглый стол	Новые практики в российском родовспоможении: вызовы и перспективы	Институт этнологии и антропологии (ИЭА) РАН. 2018. 2 ноября
Вебинар	Подготовка к естественным родам. Спикер: А. Р., врач акушер-гинеколог	2018. Март

Таблица П.2

Список интервью

№ интервью	Информант	Возраст информанта (полных лет)	Род деятельности информанта	Место и дата интервью
1	Е. П.	59	—	Москва, 2019
2	Е. А.	71	Психолог, ведущая курсов подготовки к родам	Санкт-Петербург, 2019
3	Т. И.	51	Врач акушер-гинеколог, домашняя акушерка	Санкт-Петербург, 2019
4	Т. А.	46	Домашняя акушерка	Самара, 2006
5	О. А.	35	Старшая акушерка	Москва, 2017
6	Н. Л.	48	Домашняя акушерка	Москва, 2018
7	Ю. А.	50	Домашняя акушерка	Москва, 2019
8	С. Л.	40	Домашняя акушерка	Москва, 2017
9	Т.	49	Домашняя акушерка	Москва, 2018
10	С.Ю.	48	Домашняя акушерка	Москва, 2017
11	А. И.	53	Домашняя акушерка	Москва, 2016–2017
12	М. Т.	38	Врач акушер-гинеколог	Москва, 2018
13	Е. И.	54	Доула	Москва, 2018
14	М. А.	42	Старшая акушерка	Москва, 2018
15	Н. А.	49	Домашняя акушерка	Москва, 2019

Литература

- Алексеев М. 2011. Домашние роды: только не в России. *Медновости*. 27 октября. URL: <https://medportal.ru/mednovosti/main/2011/10/27/home/>
- Аронсон П. 2006. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 9 (2): 120–131.
- Барсукова С. Ю. 2015. *Эссе о неформальной экономике, или 16 оттенков серого*. М.: Изд. дом ВШЭ.
- Бердышева Е. С. 2012. Социологи о ценности и цене рыночных товаров. Рецензия на книгу: Aspers P., Beckert J. (eds). 2011. *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. *Экономическая социология*. 13 (3): 134–145. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/mffja5xu9l/direct/58959249>
- Бороздина Е. А. 2014а. Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода). *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 413–428. URL: <https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2950>
- Бороздина Е. А. 2014б. Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России. *Laboratorium*. 6 (1): 30–59. URL: http://www.intelros.ru/pdf/Laboratorium/2014_1/2.pdf
- Бороздина Е. А. 2019. Создавая естественность: модели естественных родов в современной России. В кн.: Бороздина Е. А., Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. (ред.) *Критическая социология заботы: перекрёстки социального неравенства*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 117–138.
- ВЦИОМ. 2017. *Эффективность российского здравоохранения и система ОМС*. Пресс-выпуск. 3516 (17 ноября). URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534>
- Заявление Следственного комитета Российской Федерации. 2018. 1 февраля. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1199822/?pdf=1>
- Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. 2009. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. В кн.: Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 179–210.
- Как выбрать роддом в столице. 2017. *Мосгорздрав*. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/1531.html>
- Кто такая доула? Ассоциация профессиональных доул. URL: <http://doularussia.ru/kto-takaya-doula>
- Левада-Центр. 2017. *Институциональная коррупция и личный опыт*. 28 марта. URL: <https://www.levada.ru/2017/03/28/institutsionalnaya-korruptsiya-i-lichnyj-opyt/>
- Легализация домашних родов. 2011. *ВКонтакте: страница сообщества «Домашний ребёнок»* URL: https://vk.com/topic-6081957_24799711
- Лобан И. Е. et al. 2015. Статистическая характеристика экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях и преступлениях медицинских работников (по материалам СПб ГБУЗ «БСМЭ» 2009–2014 гг.). *Медицинское право: теория и практика*. 1 (1): 264–274.

- Мансуров В. А., Юрченко О. Ю. 2011. Российские врачи: профессионализация сверху или саморегулирование профессии? В кн.: Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. (ред.) *Антропология профессий, или Посторонним вход разрешён*. М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ; 171–187.
- Мартынова И. А. 2017. *Родиться по собственному желанию. Летопись повивального дела*. Изд. 2-е, доп. СПб.: Изд-во Яблоков С. Ю.
- Насилие в родах. За роды без насилия. *ВКонтакте: страница сообщества #насилие_в_родах*. URL: https://vk.com/humanize_birth
- Новкунская А. А. 2019. Институциональные разрывы преемственности в российском родовспоможении. В кн.: Бороздина Е. А., Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. (ред.) *Критическая социология заботы: перекрёстки социального неравенства*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 58–87.
- Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи. 2017. *Приказ Министерства здравоохранения*. № 203н. 10 мая URL: <https://bazanpa.ru/minzdrav-rossii-prikaz-n203n-ot10052017-h2993143/prilozhenie/3/3.15/3.15.11/>
- Ожиганова А. А. 2019а. Забота о себе, забота о других: практики взаимодействия женщин и акушерок в домашних родах. В кн.: Бороздина Е. А., Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. (ред.) *Критическая социология заботы: перекрёстки социального неравенства*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 139–167.
- Ожиганова А. А. 2019б. «Чего хотят женщины»: мотивы отказа от роддома в пользу домашних родов. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2 (150): 143–161. URL: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.2.12>
- Отделение «Домашних родов» ПМЦ «Мать и дитя». URL: <https://www.youtube.com/watch?v=F9SGvrp1rj4>
- Петрова Т. Н. 2017. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. *Consilium Medicum*. 19 (6): 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9-31
- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»*. URL: <http://docs.cntd.ru/document/902379345>
- Прейскурант ПМЦ «Мать и дитя». URL: <https://mamadeti.ru/clinics/moscow/perinatal-medical-centre-pmc/birth/>
- Радзинский В. Е. 2011. *Акушерская агрессия*. М.: StatusPraesens.
- Скотт Р. 2007. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная. *Экономическая социология*. 8 (1): 27–44. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2011/12/08/1208204939/ecsoc_t8_n1.pdf#page=27
- Стародубов В. И., Суханова Л. П. 2012. *Репродуктивные проблемы демографического развития России*. М.: Изд. дом «Менеджер здравоохранения».

- Тёмкина А. А. 2014. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 321–336.
- Тёмкина А. А. 2017. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. *Экономическая социология*. 18 (3): 14–53. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14
- Тёмкина А. А. 2018. Будущая мать как социальный исследователь. *Антропологический форум*. 37: 197–230. URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf>
- Уголовный кодекс РФ. Ст. . URL: <http://www.ukrf.net/s235.html>
- ФОМ. 2015. *О врачах и качестве медицинской помощи: как оцениваются доступность медпомощи, квалификация врачей и оснащённость медучреждений?* 13 октября. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/12346>
- Чирикова А. Е. 2013. Врачи как профессиональная группа: воспроизводство и поддержание врачебного профессионализма. *Журнал исследований социальной политики*. 11 (3): 307–320.
- Ятрогенные преступления. 2019. *Словарь эксперта*. Центр экспертиз при Институте судебных экспертиз и криминалистики. URL: <https://ceur.ru/library/words/item316495/>
- Aspers P., Beckert J. (eds) 2011. *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press.
- Baer H. A. 2004. Medical Pluralism. In: Ember C., Ember M. (eds) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Vol. I: Topics. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 109–116.
- Beckert J. 2011. The Transcending Power of Goods: Imaginative Value in the Economy. In: Beckert J., Aspers P. (eds) *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press; 106–130.
- Belousova E. 2012. *Waterbirth and Russian-American Exchange: From the Iron Curtain to Facebook*. Doctoral Dissertation. Houston.
- Cook R. I., Render M., Woods D. D. 2000. Gaps in the Continuity of Care and Progress on Patient Safety. *BMJ: British Medical Journal*. 320 (7237): 791–794.
- Craven Ch. 2010. *Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*. Philadelphia: Temple University Press.
- Davis-Floyd R. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd R., Pigg S. I., Cosminsky Sh. 2001. Introduction. Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. *Medical Anthropology*. 20 (2–3): 105–139.
- Davis-Floyd R., Johnson Ch. B. (eds) 2006. *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*. New York: Routledge.

- Friedland R., Alford R. 1991. Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In: Powell W., DiMaggio P. (eds) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press; 232–267.
- Intrapartum Care for Healthy Women and Babies. 2014. *NYCE (National Institute for Health and Care Excellence)*. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Lock M. 2004. Medicalization and the Naturalization of Social Control. In: Ember C., Ember M. (eds) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Vol. I: Topics. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 116–125.
- Rivkin-Fish M. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Scott R. W. 2004. Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial. In: Dobbin F. (ed.) *The Sociology of the Economy*. New York: Russell Sage Foundation; 267–287.
- Scott R. et al. 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Singer M. 2004. Critical Medical Anthropology. In: Ember C., Ember M. (eds) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Vol. I: Topics. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 23–30.
- WHO. 1985. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*. 326(8452): 436–437. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- WHO. 2018. *Human Reproduction Program*. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

NEW TEXTS

Anna Ozhiganova

Official (Biomedical) Obstetrics and Alternative (Home) Midwifery: Formalized and Informal Interaction Practices

OZHIGANOVA, Anna — PhD

in Anthropology, researcher at the Institute of Ethnology and Anthropology Russian Academy of Sciences.

Address: 32a Leninsky prospect, Moscow, 119991, Russian Federation.

Email: ozhiganova@yandex.ru

Abstract

The article discusses the interaction practices between the formal system of obstetric aid and alternative (home) midwifery, which together constitute a continuum of formal and informal in the sphere of medical services. For the analysis of these practices, I turn to critical medical anthropology and such important concepts for this research area as resistance to medicalization and medical pluralism. I also rely on the social studies of public health that regard it as an organizational field in which different types of institutional logics compete and come into the conflict: professional, state (or bureaucratic), and managerial.

In the first part of the article, I show that the care in a home birth can be provided by both amateur midwives and certified medical specialists, such as obstetrician-gynecologists and midwives of the maternity hospitals, although in Russia, this activity qualifies as illegal.

In the second part of the article, I discuss how, as a result of the conflict of institutional logics reinforced by several waves of health care reforms, various options have emerged for the formalized interaction of home midwives with maternity hospitals. At present, the most common practice is the part-time employment of midwives in the commercial departments of state maternity hospitals.

The third part of the article is devoted to the analysis of the informal interaction of domestic midwives with maternity hospitals. I show that these practices arise in place of serious institutional gaps in the system and represent attempts to organize natural childbirth within the framework of the free-of-charge state medicine.

In general, it can be argued that the dominant biomedical models of obstetric care and alternative midwifery do not exist in isolation from each other, but instead create complex and contradictory relationships of cooperation, confrontation, and competition.

The study is based on in-depth interviews with home midwives, obstetrician-gynecologists and midwives working in maternity hospitals, as well as with women with home birth experience.

Keywords: formal and informal health care practices; maternity system; home (alternative) midwifery; distrust of medicine; medicalization; medical pluralism; critical medical anthropology; institutional logics; institutional gaps; natural childbirth.

References

- Alekseev M. (2011) Domashnie rody: tol'ko ne v Rossii [Home Birth: Only not in Russia]. *Mednovosti*. October, 27. Available at: <https://medportal.ru/mednovosti/main/2011/10/27/home/> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Aronson P. (2006) Utrata institutsional'nogo doveriya v rossiyskom zdravookhranении [The Loss of Institutional Trust in the Russian Health Care]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii = The Journal of Sociology and Social Anthropology*, vol. 9, no 2, pp. 120–131 (in Russian).
- Aspers P., Beckert J. (eds). (2011) *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*, New York: Oxford University Press.
- Baer H. A. (2004) Medical Pluralism. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, vol. I: Topics (eds. C. Ember, M. Ember), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 109–116.
- Barsukova S. (2015) *Esse o neformal'noy ekonomike, ili 16 ottenkov serogo* [Essays on Informal Economy, or Sixteen Shades of Grey], Moscow: HSE Publishing House (in Russian).
- Beckert J. (2011) The Transcending Power of Goods: Imaginative Value in the Economy. *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy* (eds. J. Beckert, P. Aspers), New York: Oxford University Press, pp. 106–130.
- Belousova E. (2012) *Waterbirth and Russian-American Exchange: From the Iron Curtain to Facebook*. Doctoral Dissertation. Houston.
- Berdysheva E. (2012) Sociologists on Value and Price of Market Goods. A Book Review on: Aspers P., Beckert J. (eds). 2011. *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 13, no 3, pp. 134–145. Available at: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/mffja5xu9l/direct/58959249> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Borozdina E. (2014a) Sotsial'naya organizatsiya estestvennykh rodov (sluchay tsentra akusherskogo ukhoda) [The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of Center for Midwifery Care]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*, vol. 12, no 3, pp. 413–428. Available at: <https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2950> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Borozdina E. (2014b) “Yazyk nauki i yazyk lyubvi”: legitimatsiya nezavisimo akusherskoi praktiki v Rossii [Language of Science and Language of Love: The Legitimation of Independent Midwifery Practice in Russia]. *Laboratorium: zhurnal sotsial'nykh issledovaniy = Laboratorium: Journal of Social Studies*, vol. 6, no 1, pp. 30–59. Available at: http://www.intelros.ru/pdf/Laboratorium/2014_1/2.pdf (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Borozdina E. (2019) Sozdavaya estestvennost': modeli estestvennykh rodov v sovremennoy Rossii [Creating Naturalness: Models of Natural Childbirth in Modern Russia]. *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva* [Critical Sociology of Care: The Crossroads of Social Inequality] (eds. E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, pp. 117–138 (in Russian).

- Bykhovskaya O. (2015) Sudebno-meditsinskaya otsenka defektov okazaniya meditsinskoy pomoshchi [Forensic Evaluation of Medical Care Defects]. *Materialy III Natsional'nogo kongressa "Diskussionnyye voprosy sovremennogo akusherstva"* [Materials of the III National Congress "Discussion Issues of Modern Obstetrics"], May 28–30, St. Petersburg: Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D. O. Otto, pp. 163–178 (in Russian).
- Chirikova A. (2013) Vrachy kak professional'naya gruppy: vosproizvodstvo i podderzhanie vrachebnogo professionalizma [Physicians as a Professional Group: Production and Maintaining of Medical Professionalism]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*, vol. 11, no 3, pp. 307–320 (in Russian).
- Cook R. I., Render M., Woods D. D. (2000) Gaps in the Continuity of Care and Progress on Patient Safety. *BMJ: British Medical Journal*, vol. 320, no 7237, pp. 791–794.
- Craven C. (2010) *Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*, Philadelphia: Temple University Press.
- Davis-Floyd R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd R., Pigg S. I., Cosminsky Sh. (2001) Introduction. Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives. *Medical Anthropology*, vol. 20, no 2–3, pp. 105–139.
- Davis-Floyd R., Johnson Ch. B. (eds) (2006) *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*, New York: Routledge.
- FOM (2015) O vrachakh i kachestve meditsinskoy pomoshchi: Kak otsenivayutsya dostupnost' medpomoshchi, kvalifikatsiya vrachey i osnashchennost' meduchrezhdeniy? [About Doctors and the Quality of Medical Care: How is the Availability of Medical Care, the Qualifications of Doctors and the Equipment of Medical Institutions Evaluated?], October, 13. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/12346> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Friedland R., Alford R. (1991) Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (eds. W. Powell, P. DiMaggio), Chicago: University of Chicago Press, pp. 232–267.
- Yatrogennyye prestupleniya [Iatrogenic Crimes] (2019) *Slovar' eksperta. Tsentri ekspertiz pri Institute sudebnykh ekspertiz i kriminalistiki* [Expert Dictionary. Center of Expertise at the Institute of Forensic Expertise and Forensic Science]. Available at: <https://ceur.ru/library/words/item316495/> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Intrapartum Care for Healthy Women and Babies (2014) *NYCE (National Institute for Health and Care Excellence)*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth> (accessed 1 June 2019).
- Kak vybrat' roddom v stolitse [How to Choose a Hospital in the Capital] (2017) *Mosgorzdrav*. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/1531.html> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Kto takaya doula? [Who is Doula?] *Assotsiatsiya professional'nykh doul* [Association of Professional Doulas]. Available at: <http://doularussia.ru/kto-takaya-doula> (accessed 1 June 2019) (in Russian).

- Legalizatsiya domashnikh rodov [The Legalization of Home Birth] (2011) Stranitsa soobshchestva «Domashniy rebenok» VKontakte [Community Page “Home child” VKontakte]. Available at: https://vk.com/topic-6081957_24799711 (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Levada Center (2017) *Institutsional'naya korruptsiya i lichnyy opyt* [Institutional Corruption and Personal Experience], March, 28. Available at: <https://www.levada.ru/2017/03/28/institutsionalnaya-korruptsiya-i-lichnyj-opyt/> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Loban I. E., Isakov V. D., Lavrentyuk G. P., Bykhovskaya O. A., Filatov A. I. (2015) Statisticheskaya kharakteristika ekspertiz po delam o professional'nykh pravonarusheniyakh i prestupleniyakh meditsinskikh rabotnikov (po materialam SPb GBUZ «BSMJ» 2009–2014 gg.) [Statistical Characteristics of Examinations in the Cases of Professional Offenses and Crimes of Medical Workers (On the Materials of the St. Petersburg Forensic Bureau in 2009–2014)]. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika = Medical Law: Theory and Practice*, vol. 1, no 1, pp. 264–274 (in Russian).
- Lock M. (2004) Medicalization and the Naturalization of Social Control. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, vol. I: Topics (eds. C. Ember, M. Ember), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 116–125.
- Martynova I. (2017) *Rodit'sya po sobstvennomu zhelaniyu. Letopis' povival'nogo dela* [Born on Their Own. Chronicle of the Midwifery], 2nd ed., Ext., St. Petersburg: Yablokov S. Y. Publishing House (in Russian).
- Mansurov V., Yurchenko O. (2011) Rossiyskie vrachi: professionalizatsiya sverkh ili samoregulirovanie professii? [Russian Doctors: the Professionalization of the Top or Self-Regulation of the Profession]. *Antropologiya professii, ili Postoronnim vkhod razreshen* [The Anthropology of Professions, or Not Only for Personnel], Moscow: Variant, CSPGS, pp. 171–187 (in Russian).
- Nasilie v rodakh. Za rody bez nasiliya [Violence in Childbirth. For Childbirth Without Violence]. *Stranica soobshchestva VKontakte* [VKontakte Community Page]. Available at: https://vk.com/humanize_birth (accessed 01.06.2019) (in Russian).
- Novkunskaya A. (2019) Institutsional'nye razryvy preemstvennosti v rossiyskom rodovspomozhenii [Institutional Discontinuities in Russian Obstetric Care]. *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva* [Critical Sociology of Care: the Crossroads of Social Inequality] (eds. E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, pp. 58–87 (in Russian).
- Ob utverzhdenii kriteriev otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi. Prikaz N 203n, ot 10 maya [On Approval of Criteria for Assessing the Quality of Medical Care. Order No. 203n, May 10] (2017) Available at: <https://bazanpa.ru/minzdrav-rossii-prikaz-n203n-ot10052017-h2993143/prilozhenie/3/3.15/3.15.11/> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Otdelenie «Domashnikh rodov» PMC «Mat' i ditya» [The “Home Birth” Department in the “Mother and Child” Medical and Rehabilitation Center. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=F9SGvvp1rj4> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Ozhiganova A. (2019a) «Chego hotyat zhenshhiny»: motivy otkaza ot roddoma v pol'zu domashnikh rodov [“What do Women Want”: Motives of Refusal of Maternity Hospital in Favor of Home Birth]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny = Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, no 2, pp. 143–161. Available at: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.2.12> (accessed 1 June 2019) (in Russian).

- Ozhiganova A. (2019b) Zabota o sebe, zabota o drugikh: praktiki vzaimodeystviya zhenshchin i akusherok v domashnikh rodakh [Taking Care of the Self, Taking Care of the Others: The Interaction Practices between Women and Midwives in Home Births]. *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo neravenstva* [Critical Sociology of Sare: The Crossroads of Social Inequality] (eds. E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, pp. 139–167 (in Russian).
- Petrova T. N. (2017) Osobennosti rassledovaniya prestupleniy, svyazannykh s nekachestvennym okazaniem meditsinskoy pomoshchi pri rodovspomozhenii [Features of the Investigation of Crimes Related to Poor-Quality Medical Care during Childbirth]. *Consilium Medicum*, vol. 19, no 6, pp. 9–31. DOI: [10.26442/2075-1753_19.6.9-31](https://doi.org/10.26442/2075-1753_19.6.9-31) (in Russian).
- Poryadok okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu “akusherstvo i ginekologiya (za iskljucheniem ispol'zovaniya vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij)”* [The Procedure for Providing Medical Care in the Profile of “Obstetrics and Gynecology (Except for the Use of Assisted Reproductive Technologies)”]. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/902379345> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Preyskurant PMC “Mat’ i ditya”* [Price List of the “Mother and Child” Medical and Rehabilitation Center]. Available at: <https://mamadeti.ru/clinics/moscow/perinatal-medical-centre-pmc/birth/> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Radzinsky V. E. (2011) *Akusherskaya agressiya* [Obstetric Aggression], Moscow: StatusPraesens (in Russian).
- Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*, Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Scott R. W. (2004) Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial. *The Sociology of the Economy* (ed. F. Dobbin), New York: Russell Sage Foundation, pp. 267–287.
- Scott R. W. (2007) Konkuriuyushhie logiki v zdravookhranении: professional'naya, gosudarstvennaya i menedzheral'naya [Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 8, no 1, pp. 27–44. Available at: https://ecsoc.hse.ru/data/2011/12/08/1208204939/ecsoc_t8_n1.pdf#page=27 (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Scott R., Ruef M., Mendel P., Caronna C. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago: University of Chicago Press.
- Singer M. (2004) Critical Medical Anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, vol. I: Topics (eds. C. Ember, M. Ember), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 23–30.
- Starodubov V. I., Sukhanova L. P. (2012) *Reproduktivnye problemy demograficheskogo razvitiya Rossii* [Reproductive Problems of the Demographic Development of Russia], Moscow: Health Manager Publishing House (in Russian).
- Temkina A. (2014) Medikalizatsiya reproduktsii i rodov: bor'ba za kontrol' [Medicalization of the Childbirth: A Struggle for Reproduction and Control]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*, vol. 12, no 3, pp. 321–336 (in Russian).

- Temkina A. (2017) «Ekonomika doveriya» v platnom segmente rodovspomozheniya: gorodskaya obrazovannaya zhenshhina kak potrebitel' i patsientka ["Economy of Trust" in Commercial Obstetric Care: Educated Urban Women as Consumers and Patients]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 18, no 3, pp. 14–53. Available at: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14 (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Temkina A. (2018) Budushchaya mat' kak sotsial'nyy issledovatel' [Mother-to-be as a Field Researcher: The Strategies of Private Obstetrics Provision in Urban Russia]. *Antropologicheskij forum = Forum for Anthropology and Culture*, no 37, pp. 197–230. Available at: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/temkina.pdf> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- Ugolovnyy kodeks RF. St. 235* [Criminal Code of the Russian Federation. Article 235]. Available at: <http://www.ukrf.net/s235.html> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- VCIOM (2017) *Effektivnost' rossiyskogo zdravookhraneniya i sistema OMS* [The Effectiveness of Russian Health Care and the System of Compulsory Health Insurance]. Press Release, no 3516, November 17. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534> (accessed 1 June 2019) (in Russian).
- WHO (1985) Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, vol. 326, iss. 8452, pp. 436–437. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3).
- WHO (2018) Human Reproduction Program. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/> (accessed 1 June 2019).
- Zayavlenie Sledstvennogo komiteta Rossiyskoy Federatsii* [Statement of the Investigative Committee of the Russian Federation] (2018) February 1. Available at: <https://sledcom.ru/news/item/1199822/> (accessed 01.06.2019) (in Russian).
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) "Vracham ya ne doveryayu, no... Preodolenie nedoveriya k reproductivnoy meditsine ["I don't Trust Doctors, but... Establishing Trust in Reproductive Medicine]. *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproductivnoy meditsine* [Health and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine] (eds. E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, pp. 179–210 (in Russian).

Received: July 31, 2019

Citation: Ozhiganova A. (2019) Ofitsial'noe (biomedicinskoe) i al'ternativnoe (domashnee) akusherstvo. Praktiki formalizovannogo i neformal'nogo vzaimodeystviya [Official (Biomedical) Obstetrics and Alternative (Home) Midwifery: Formalized and Informal Interaction Practices]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 20, no 5, pp. 28–52. doi: 10.17323/1726-3247-2019-5-28-52 (in Russian).