

УДК 316.4.051

О.О. Мельникова

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЗАБОТЫ В СОВЕТСКИЙ И ПОСТСОВЕТСКИЙ ПЕРИОД

Представлен обзор материалов по социальной политике, в частности в сфере репродуктивного здоровья и поведения. В советский период изменение репродуктивной сферы оказалось значимым для трансформации традиционных отношений и перераспределения власти. Сложившиеся практики лежат в основе современной системы заботы о репродуктивном здоровье и являются предметом новых изменений.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, социология медицины, здравоохранение.

Традиционные отношения в сфере репродуктивного здоровья и поведения, тесно связанные с гендерными, начинают изменяться вместе с пересмотром сложившегося гендерного порядка. Заметные изменения в патриархальных отношениях происходят в конце XIX – начале XX в. Однако наиболее динамичные изменения в России начались после революции, уже сразу после событий 17 года.

В приватной сфере значимым для изменения отношений патриархата является дефамелизация, поскольку именно традиционный семейный уклад рассматривается как гарант традиционных отношений и взглядов. На контроль репродуктивной сферы претендует государство, заменяя мужчину, происходит формирование системы заботы о «материнстве и детстве».

Меры социальной политики не носят гендерно-нейтрального характера. Именно женщина является одним из важнейших объектов воздействия новой власти и рассматривается как наименее образованная, требующая привития гигиенических навыков. На протяжении советского периода складываются основные принципы институционализированной заботы о репродуктивном здоровье, рождение ребенка выведено за пределы «традиционной медицины» и реализуется под руководством экспертов¹.

Социальная политика в советское и постсоветское время не является линейной, ее курс неоднократно меняется за советский период. Ряд исследователей условно выделяют четыре этапа изменений, логике которых следует и данная статья [см.: 1. С. 103].

Меры социальной политики в первые послереволюционные годы: социальное экспериментирование в репродуктивной сфере

Среди выделяемых четырех периодов в построении гендерных отношений одним из наиболее интересных периодов социальной политики являются 20–30-е годы XX века, когда наиболее динамично формулируются новые со-

¹ Подобные процессы происходят не только в советской России, но во многих индустриальных обществах. Однако в советское время роль государства (и проводимая политика) в данных изменениях имеет большее значение.

циальные принципы и определяют основные направления социальной политики, связанные с изменениями традиционного семейного уклада.

Забота о здоровье матерей и детей начинает институционализироваться: формируются отделы охраны материнства и младенчества, женотделы, профсоюзы, ориентированные на охрану труда, а также санпросвещение (в том числе в медицинских пунктах сельской местности). «Усилия по санпросвещению были направлены в основном на женщин, которые представлялись основными носителями предрассудков старого быта. Коммуны организовывали уход за детьми и в той мере, в которой это оказывалось возможно, создавали курсы для беременных, проводили занятия для молодых матерей» [2. С. 146].

Данные организационные меры не могли в достаточной мере охватить население, однако способствовали формированию общей концепции политики в отношении репродуктивной сферы. В этот период значимой является эмансипация женщин и привлечение их в качестве рабочей и политической силы [3. С. 29]. Происходит дефамилизация, ослабление контроля за приватной сферой, сексуальностью, воспитанием детей со стороны мужчин, что связано с трансформацией норм и принципов устройства семейных отношений в прошлом. Упрощается процедура заключения браков и разводов, фактический и формальный брак приравниваются [1. С. 102]. Одним из эффектов данных трансформаций является более уязвимое положение одиноких матерей в связи с необходимостью заботы о детях [3. С. 33]. Это требует мер контроля рождаемости и системы социальной защиты.

Одной из значимых мер, изменившей отношение к сексуальности, является разрешение в 1920 году медицинского аборта по желанию женщины¹. Контроль репродуктивной сферы женщины со стороны мужчин в значительной степени ослабевает, прежде всего, за счет предоставления более свободного выбора относительно брака и сексуальности.

Однако в советский период аборт был болезненной процедурой (данная операция рассматривалась как «легкая» и в то же время позиционировалась как наказание для женщины). Кроме того, с начала 30-х аборт становится платным, его стоимость растет год от года, привносит элемент ограничения единственного доступного средства контроля рождаемости. Средства контрацепции являются дефицитом, более того, не рассматриваются как значимые средства контроля рождаемости (скорее, как средства, которые необходимы в случае угрозы беременности для матери) [4]. Предполагалось, что число аборт (и, соответственно, рост рождаемости) перестанет быть проблемой с ростом благосостояния общества. Однако этого не происходит, рождаемость снижается. Так, «в 1934 году в Ленинграде в расчете на 1000 населения появилось всего 15,5 новорожденных — меньше, чем в голодном 1918» [4. С. 233]. Принципиальным в этот период является не столько формирование социальной защиты некоторых категорий населения и начало институционализации заботы со стороны государства, сколько вхождение госу-

¹ Собственно, данная мера в советский период являлась одним из шагов к новым представлениям о приватной сфере и отношениях, который Э. Гидденс называет «пластичной сексуальностью».

дарства в частную, семейную сферу и сферу репродуктивной медицины как агента контроля.

1930–1955 годы: формирование системы жесткого контроля репродуктивной сферы

После периода «большевистского экспериментирования» обозначается поворот к усилению роли государства за счет институционализированной заботы, контроля частной сферы, большей зависимости от него «работающей матери». Государственная политика направлена на повышение значимости семьи, однако внешние неорационалистские ориентации в данном контексте сочетаются со снижением возможности реализации мужской власти [1].

Значимую роль играет именно нормативный фон принимаемых решений и реформ. В 1930-х годах для обозначения девиации используется понятие «социальной аномалии» (под которым понимается прежде всего тунеядство, паразитизм, нарушение трудовой дисциплины и т.п.), что является в том числе инструментом давления на матерей с целью их вовлечения в производственную сферу.

Постепенно социальная политика переходит из формы заботы о населении в форму контроля. Еще в 1920-е годы формируется концепция «социального материнства», которая предполагает большее участие государства и общества в устройстве семьи, особую сферу патерналистской заботы о нуждающихся в дополнительной помощи (вводятся система страхования, оплата отпуска по беременности и родам, предоставляется его частичная оплата, выплачиваются пенсии инвалидам по старости, формируется система поддержки работающих матерей, а также система обучения новым гигиеническим принципам) [3. С. 30]. Фельдшеры, акушеры, работники яслей и другие специалисты должны были выполнять дополнительно функцию формирования навыков заботы населения о собственном здоровье путем поддержания санитарных норм и выработки навыков гигиенического самообслуживания. Обучение касалось как заботы о теле, способов предохранения от нежелательной беременности, источников болезней, так и сексуальных отношений (сообщения, плакаты предупреждали об опасности случайных сексуальных связей для здоровья, призывали снизить насилие в семье в отношении беременной женщины и т.п.). В дальнейшем ужесточается контроль частной сферы¹, в том числе за счет расширения функций экспертов.

Концепция «естественного материнства» поддерживается государством посредством эссенциалистского характера публичного дискурса о роли матери как естественном предназначении женщины, более того – ее общественном, гражданском долге. Таким образом осуществляется эксплуатация женской репродуктивной сферы. В публичном дискурсе мужчина почти исключен из заботы о репродуктивном здоровье и воспитании [6].

¹ Мэдисон отмечает, что регулирование сексуальной сферы женщин связано скорее с нормами в трудовой сфере: «Проститутки, как утверждается, продолжали быть антисоциальным элементом не потому, что они плохо поступали, а потому, что были “трудовыми дезертирами”» [5. С. 77]. Далее он пишет: «у коллектива ... есть вполне определенная обязанность помогать человеку, не взирая на проблемы, с которыми он сталкивается... Так, супружеские трудности не являются частным делом супругов...» [5. С. 79].

Семья начинает рассматриваться как наиболее значимое звено для общества в целом (и одной из мер для укрепления семьи является ужесточение условий развода) [3]. В 1936 году выходит закон о запрете на аборт, предусматривающий значительное наказание за немедицинский аборт (ответственность предусмотрена как для стороны, реализующей аборт, так и для женщины, согласившейся на него). Функции отслеживания правонарушений ложатся на специальные структуры, которые ранее были направлены на заботу о здоровье населения. Однако данные меры стимулируют уход абортивных практик в тень. Лебина в своей работе показывает, что численность населения не растет, доля теневого абортивного рынка очень велика (как и осложнения после них). Большое значение приобретают личные связи с медиками, которые могут дать разрешение на медицинский аборт. Число рождений продолжает снижаться [4].

В то же время развивается система социальной помощи и обучения матерей заботе о своем здоровье и уходе за младенцем (что позволяет государству в большей степени брать на себя работу по уходу за детьми и вовлекать женщину в трудовую сферу). В 1938 году сокращается срок отпуска по беременности и родам и ряд других мер, способствовавших заботе о детях со стороны матерей. Укрепляется гендерный контракт работающей матери, который начинает заметно проявляться в 1930–1940-е годы [1; 3. С. 51].

Происходит «медикализация материнства» – фактически именно специалисты начинают определять нормы реализации заботы о женском здоровье и принципы реализации материнской функции – а значит, осуществлять контроль и надзор за телом женщины и её поведением [3. С. 48]. Медицинские работники в советской системе здравоохранения наделяются особым статусом, в соответствии с которым они должны заниматься «профилактическим и социально-гигиеническим направлением» [6. С. 250]. Перед врачами ставилась задача не только заботы о здоровье, профилактической работы среди населения, но и «систематического санитарного просвещения» и до 1950-х годов, и после [7. С. 548].

Именно в период 1930–1940-х годов начинают формироваться массовые институты, реализующие заботу о репродуктивном здоровье женщин и уход за детьми. Но массовое использование медицинской помощи становится доступно только к 1950-м годам, когда был проведен ряд реформ в сфере здравоохранения и доля врачей значительно увеличилась. Фактически же социальная поддержка матерей и других категорий среди значительной части сельского населения была незначительной [8], там во многом сохраняется традиционный уклад и практики заботы о здоровье и родовспоможении. Как и ранее, медицинская помощь в этот период не соответствовала в полной мере нормам «государства всеобщего благоденствия», так как уровень здоровья населения был крайне низок (хотя в сфере здравоохранения произошли серьезные перемены в обеспечении населения медицинской помощью, включая сельские районы, в качестве медицинского обслуживания) [7].

1955 – конец 1980-х годов: «либеральная» социальная политика и меры стимулирования рождаемости

В период «политической оттепели» женский вопрос поднимается в контексте проблемы демографического кризиса и необходимости применения новых технологий стимулирования рождаемости. Одним из наиболее значимых событий является отмена в 1955 году запрета на искусственное прерывание беременности по желанию [1. С. 102]. Это повлекло за собой либерализацию репродуктивной социальной политики и снижение числа детей в семье. Однако и на этом этапе аборт по-прежнему остаются травмирующим опытом для женщин фертильного возраста вплоть до 1980-х годов (т.к. по-прежнему обезболиванию уделялось незначительное внимание). Аборт являлся одним из основных способов контрацепции, в связи с чем Е. Здравомыслова и А. Темкина в своей работе говорят об особом поколении женщин, которое связано особым опытом [1].

Средства стимулирования рождаемости не слишком влияли на ее рост, пособия по уходу за ребенком не были высокими. Однако инфраструктура, способствовавшая возможности активного участия в трудовой сфере, в данный период всё же развивалась [1]. Кроме того, были приняты меры, способствовавшие более длительному уходу за детьми (отпуск по уходу за ребенком до 3 лет, включение этого срока в стаж и т.п.).

В этот же период происходит «частичная реабилитация личной жизни (приватной сферы)» за счет массового строительства и частичного решения жилищной проблемы – у семьи появляется приватное пространство, в котором усложняется контроль за реализацией гендерных ролей, включая интимные отношения. В официальном дискурсе поднимается проблема двойной нагрузки, однако, как и ранее, женственность связана с материнством, а мужественность – с ролью кормильца [1]. И в постсоветское время традиционные представления продолжают доминировать (с некоторыми модификациями, в том числе связанными с отказом женщины от самореализации как в сфере занятости, так и в сфере материнской заботы) [9].

Избирательная по отношению к определенным категориям населения социальная политика является неотъемлемой чертой советской системы помощи населению. Рабочие обладают большими возможностями в использовании благ, в том числе относящихся к медицинской помощи женщинам [3]. Доступ к социальной помощи выступал в том числе инструментом поощрения или наказания и являлся механизмом роста различий населения, но не социальной защиты (эту особенность отмечает такой классик, как Р. Титмус [по 10]).

Меры социальной политики в репродуктивной сфере с 1990-х годов (основные изменения в отношении семьи и воспроизводства)

Социальная политика в начале 1990-х почти не реализовывалась. До 1996–1997 года основной фокус был направлен на экономическую сферу и структурные преобразования социальных отношений. Но показатели уровня жизни, здоровья, уровня смертности населения и т.п. указывали на необходимость выработки мер социальной политики. Во второй половине 90-х го-

дов, после достижения финансовой стабилизации и торможения процессов инфляции, происходят более активные изменения в социальной сфере, в частности в сфере медицинского страхования, увеличения продолжительности жизни, поднимается проблема депопуляции. Одной из центральных в политике государства социальная сфера становится только к 2005 году [11].

В 2000-х годах появляется ориентация социальной политики на изменение медицинской помощи в сфере репродуктивного здоровья и поведения. Ключевым для репродуктивной сферы изменением стал официально объявляемый пронаталистский характер семейной политики [12]. Прежде всего, выражено это в мерах по стимулированию рождения детей, в том числе повторного: увеличение пособий по уходу за ребенком (до 1,5 лет) для всех категорий (в том числе неработающих), материнский капитал, выплата части затрат на государственные и муниципальные ДОУ. Кроме того, в рамках Национального проекта «Здоровье» вводится система сертификатов, направленная на стимулирование лучшего обеспечения медицинской помощью путем создания конкурентных отношений между учреждениями [13].

Некоторые итоги реализации принятых мер получены в результате исследований «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РидМиЖ) в 2004 и 2007 годах (до и после введения мер социальной политики). Эти данные дают возможность оценить влияние мер социальной политики (прежде всего, материнского капитала и увеличения детских пособий) на репродуктивное поведение населения [14].

В итоге анализа данных авторы исследования делают вывод о том, что репродуктивное поведение взрослого населения (женщины ограничены фертильным возрастом) за 3 года изменилось: увеличилась доля населения с позитивной установкой на рождение ребенка. За эти годы возросла роль финансового положения семьи для планирования репродуктивного поведения, что также могло быть простимулировано мерами социальной политики. Отмечается, что наибольшую вероятность позитивных намерений родить ребенка высказывают женщины до 30 лет, имеющие профессиональное образование (после 35 лет женщины почти все отказываются от рождения детей) [14]. Они же являются более информированными о существующих программах, что оказывает влияние на принятие решения о рождении (авторы отмечают особенность при реализации мер поддержки населения – недостаточная информированность населения для достижения целей стимулирования рождаемости) [12].

Итог финансового стимулирования описывается разными авторами со ссылкой на А. Готье и Д. Филиппова: оно порождает не столько увеличение числа намерений родить ребенка, сколько стимулирует отложенное рождение. Поведение же населения, не планировавшего ранее родить, остается без существенных изменений [12].

Сегодняшняя социальная политика по-прежнему непоследовательна. И. Григорьева отмечает, что Национальные проекты фокусируются на определенных отраслях, но многие заявленные цели необходимо решать комплексно, с просчетом долгосрочного эффекта. В том числе требуются пересмотр и определение целей социальной политики государства в отношении репродуктивного поведения и семьи: «...поддержка семьи как наилучшей

среды воспитания детей или поддержка рождаемости...» [10]. Принципиальная позиция определяет и последующие шаги.

Противоречивость современной социальной политики в отношении рождаемости связана и с изменениями в федеральном законодательстве: с одной стороны, длительной время в масс-медиа провозглашается поддержка семьи и детей, с другой стороны, появляются и обсуждаются изменения в ФЗ, предполагающие иной порядок расчета, и в итоге сокращение пособий по беременности, родам и по уходу за ребенком¹.

Социальная политика в отношении семьи сосредоточена в основном на «молодой семье», носит пронаталистский и патерналистский характер. Поддержка семьи рассчитана, прежде всего, на стимулирование рождения детей в «благополучной» семье (тогда как другие проблемы, связанные с планированием семьи, воспитанием ребенка, совмещением родительских и профессиональных ролей и т.п., в основном находятся вне фокуса государственной политики) [15]. Как в советский период, так и после него именно женщины фертильного возраста находятся в фокусе социальной политики: именно женское здоровье, связанное с непосредственным воспроизводством населения, представляется наиболее значимым для будущего поколения и общества в целом. Мужскому репродуктивному здоровью и женщинам до фертильного возраста и после выхода из него уделяется заметно меньше внимания [16]. Государство позиционируется как важнейший источник поддержки семьи. В публичном дискурсе доминирует представление о «благополучной» семье как о полной семье (что не соотносится как с опытом европейских стран, так и с ростом числа монородительских семей в России) [15].

В то же время медицинские практики, сформированные в советское время, постепенно изменяются. За двадцатилетний период была создана база для более гибких форм взаимодействия врач – пациент, во многом за счет возможности платных услуг, а также теневого рынка. Однако ряд изменений (в том числе в результате реализации Национального проекта) открыли принципиальную для осознанного родительства и медицинской помощи возможность выбора учреждений и врачей для помощи. Возможность изменений появляется в результате воздействия клиентов, которые пересматривают «традиционное» поле медицинской помощи и добиваются выполнения индивидуальных сценариев.

Литература

1. Здравомыслова Е., Темкина А. Советский этатератический гендерный порядок // Российский гендерный порядок: социологический подход: Кол. монография / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2007. 306 с.
2. Дюран Д. Коммунизм своими руками: образ аграрных коммун в Советской России / Пер. с фр. и науч. ред. И. В. Утехин. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2010. 246 с.
3. Лебина Н., Романов П., Ярская-Смирнова Е. Забота и контроль: социальная политика в советской действительности, 1917–1930-е годы // Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ИСПГИ, 2007. С. 21–68.

¹ Данные изменения вызвали ряд акций протеста со стороны родителей (прежде всего матерей). На данный момент реализация поправок в ФЗ была приостановлена.

4. *Лебина Н.* «Навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин...». Абортная политика как зеркало советской социальной заботы // Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ИСПГИ, 2007. С. 228–241.
5. *Мэдисон Б.* Достоинства и проблемы советских учреждений социального обеспечения // Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ИСПГИ, 2007. С. 68–83.
6. *Градскова Ю.* Культурность, гигиена и гендер: советизация «материнства» в России в 1920–1930-е годы // Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ИСПГИ, 2007. С. 242–261.
7. *Бартон К.* Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945–1953 годы // Журнал исследований социальной политики. Т. 5, №4. С. 541–558.
8. *Заславская Т. И.* Социальные факторы развития России // SPERO. 2010. № 12. С. 7–12.
9. *Роткирх А., Темкина А.* Советские гендерные контракты и их трансформация // Российский гендерный порядок: социологический подход: Кол. монография / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2007. 306 с.
10. *Григорьева И.* Социальная политика в России: поиски вариантов // Социальная политика в современной России: реформы и повседневность / Под ред. П. Романова, Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ИСПГИ, 2008. С. 19–42
11. *Обзор* социальной политики в России. Начало 2000-х / Под ред. Т.М. Малевой / Н.В. Зубаревич, Д.Х. Ибрагимова и др.; Независимый институт социальной политики. М.: НИСП, 2007. 432 с.
12. *Синявская О.В., Головляница Е.Б.* Новые меры семейной политики и население: будет ли длительным повышение рождаемости? [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0421/print.php>
13. *Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики* / Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой и М.А. Ворона (Библиотека ЖИСП). М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. 278 с.
14. *Детерминанты репродуктивного поведения населения и факторы семейного неблагополучия: результаты панельных исследований* / Под ред. Л.Н. Овчарова и др. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». № 211. М.: Московский общественный научный фонд. НИСП, 2010. 248 с.
15. *Чернова Ж.* Молодая семья как объект / субъект семейной политики // Polit.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://polit.ru/analytics/2010/11/30/family.html>
16. *Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность* / Отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. 288 с., ил.