



DOI: 10.19181/inter.2024.16.1.5

EDN: WGAКTT

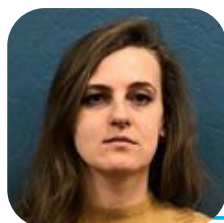
Забота женщин о своем здоровье в условиях ограниченных ресурсов

Ссылка для цитирования:

Ходоренко Д. К. Забота женщин о своем здоровье в условиях ограниченных ресурсов // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2024. Т. 16. № 1. С. 88–106. <https://doi.org/10.19181/inter.2024.16.1.5> EDN: WGAКTT

For citation:

Khodorenko D. K. (2024) Taking Care of Family Members' Health Provided by Women in Low-Resource Conditions. *Interaction. Interview. Interpretation*. Vol. 16. No. 1. P. 88–106. <https://doi.org/10.19181/inter.2024.16.1.5>



Ходоренко Дарья Константиновна

Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Санкт-Петербург, Россия

E-mail: khodasha@gmail.com

В статье анализируются практики заботы о здоровье женщин из семей с низким социально-профессиональным статусом. В исследовании используется аналитическая категория «забота», под которой понимается особый вид домашнего труда, направленного на поддержание и сохранение своего здоровья и здоровья членов семьи. Для анализа практик в отношении здоровья применена концепция «жизненного стиля в отношении здоровья», разработанная в социологии медицины. Эмпирическую основу составляют проведенные в Санкт-Петербурге 16 интервью с женщинами из семей, члены которых не имеют высшего образования и заняты на работах с неблагоприятными условиями труда (по оценке информанток). В исследовании ставился вопрос о том, в каких ситуациях и каким образом женщины, принадлежащие к данной группе, осуществляют заботу о своем здоровье. Женщины с низким социально-профессиональным статусом, заботясь о близких, редко обращаются за медицинской помощью для себя. Их отношение к собственному здоровью можно охарактеризовать как инструментальное. Обнаружено, что в контексте опыта материнства отношение к здоровью меняется,



оно становится более самосохранным, не утрачивая при этом инструментальности, но уже в интересах ребенка.

Ключевые слова: забота о здоровье; неравенство в здоровье; практики заботы; ограниченные ресурсы

Введение

Жизненный стиль в отношении здоровья

Здоровье — это состояние благополучия, физического, психологического и социального, а также результат воздействия на человека связанных между собой биологических, социокультурных и экономических процессов на протяжении человеческой жизни. То, насколько резерв здоровья истощается с возрастом по прошествии времени, зависит как от установок и поведения человека, так и от доступности социальных возможностей [Лядова, 2020; Svalastog et al., 2017; Leonardi, 2018]. Оно становится не просто характеристикой, а ценностью, целью, к которой нужно стремиться. Фиксируя и анализируя изменение отношения индивидов к своему здоровью, исследователи вводят понятие «хелсизм» — морализацию здоровья в публичном пространстве, или массовое распространение программ, направленных на пропаганду здорового образа жизни [Crawford, 2006; Гольман, 2014]. Акцент на профилактику заболеваний вообще характерен для общества поздней современности. Консюмеризм и рефлексивная субъектная позиция так же являются признаками поздней современности, они во многом определяют отношение человека к медицине и взаимодействию с врачами. Рациональный, автономный субъект использует информацию, чтобы справиться с ситуацией неопределенности в болезни и лечении, а также с чувством зависимости, которое сопровождает пациента при обращении за медицинской помощью [Lupton, 1997]. Но важно подчеркнуть, что различия условий жизни и культурных паттернов будут определять степень рациональности в отношении здоровья, что неоднократно было показано исследователями этой темы [Cockerham, 2005; Рощина, 2016; Marmot, 2005; Гольман, 2014]. Практики самосохранительного поведения в большей степени характерны для представителей высокостатусных групп [Журавлева, 1988; Шилова, 1999], а с понижением уровня образования и доходов увеличивается инструментальное отношение к здоровью: телесное здоровье в большей степени рассматривается как ресурс для осуществления повседневных практик и трудовой деятельности [Mirowsky, Ross, 2003; Шилова, 1999]. Социальное неравенство, разные объемы ресурсов, обеспечивающих доступ к здравоохранению, неодинаковая ценность здоровья для людей разного статуса формируют и различия в показателях здоровья — к ним относятся продолжительность жизни, уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и т.д. [Marmot, 2005; Ross, 1995].

Понятие стиля жизни относительно здоровья У. Кокерхем разрабатывает на основании теории Э. Гидденса и П. Бурдьё. Дебаты о том, что именно

оказывает в большей степени влияние на формирование жизненного стиля относительно здоровья — действия агента или структурные ограничения — подвигают Кокерхема на создание концепции, которая бы учитывала агентно-структурные отношения и их влияние на практики поддержания здоровья. Под стилем жизни в отношении здоровья (*health life style*) автор понимает устойчивые паттерны поведения, формируемые коллективными ценностями и установками, но являющимися при этом также результатом личного выбора индивидов, оценивающих свои ресурсы, которые могут быть затрачены на заботу [Cockerham, 2005]. Индивиды оценивают вероятность удовлетворения своих потребностей и желаний и формируют стиль жизни в соответствии с социальными условиями и оценкой доступных им ресурсов. Реальные выборы основаны на том, что именно доступно индивиду согласно его субъективной оценке. У Кокерхем описывает модель поведения рационально выбирающего индивида, для которого здоровье является ценностью. По его мнению, люди стремятся быть здоровыми, осознанно выбирая то, как относиться к своему здоровью [Cockerham, 2005].

Забота о здоровье в семьях с ограниченными ресурсами: аналитический подход

Ежедневно люди совершают действия, направленные на улучшение или поддержание условий жизни. Понятие заботы в обыденной речи используется для обозначения повседневных практик по уходу и обслуживанию себя и других. В академическом лексиконе категория «забота» также присутствует, постепенно разрабатываются различные концепции заботы. Начиная с 1980-х годов феминистскими исследователями и исследовательницами через категорию «забота» осмысляются женские практики и опыт в приватной сфере. В настоящей статье под заботой подразумевается вид работы, направленный на сохранение и поддержание физического и социального благополучия, на предотвращение болезней и физических ограничений. Из перечисленного следует, что забота предполагает комплексное расходование материальных, физических, интеллектуальных и эмоциональных ресурсов, которые, в свою очередь, связаны воедино [Hochschild, 1979; Здравомыслова, Темкина, 2015]. Повседневными практиками улучшения и поддержания здоровья в семье заняты преимущественно женщины, трудясь для себя и других членов семьи, что связано с гендерным разделением труда — традиционным представлением о семейной роли женщины и культурными моделями женственности [Здравомыслова, Темкина, 2015; Чернова, 2011; Hochschild, 2003; Crawford, 2005; Гольман, 2014]. Исследователями отмечается, что в патриархатном обществе женщины несут основную ответственность за здоровье близких. Поддержание эмоционального и физического благополучия в семье и уход в случае болезни считаются традиционно женскими обязанностями. Жены и матери выполняют эту функцию, даже если они интенсивно вовлечены в профессиональную деятельность, обладают высоким социальным статусом и вносят существенный вклад в бюджет домохозяйства. Независимо от социального положения семьи забота о здоровье ее членов сопряжена с расходованием



финансовых средств, времени, физических и эмоциональных усилий. И в то же время практики заботы о здоровье характеризуют социально-классовое положение индивидов и групп [Шилова, 2000].

Привлечем для дальнейшего рассуждения концепт гендерного контракта. В современном обществе женщина включена в публичную сферу, играя роль работающей матери [Темкина, Роткирх, 2002]. Контракт «работающая мать» имеет свои особенности в семьях с низким доходом. Часто на женщине лежит двойная нагрузка: она обеспечивает основной доход семьи и одновременно выполняет функцию заботящегося, что сопряжено с гендерными ролями жены и матери. Двойная нагрузка в сочетании с ограниченными ресурсами может сформировать особую конфигурацию дефицита заботы в семье [Чернова, 2012; Hochschild, 2012], в том числе дефицит заботы о собственном здоровье. Как же сказывается такой недостаток ресурсов на практиках заботы? Для женщин с невысоким социальным статусом и сложными условиями труда характерна значительная эксплуатация собственного здоровья. Их забота о себе сводится к набору практик для соответствия внешним предписаниям и по обеспечению минимальных потребностей. Внешний контроль на них действует как механизм, принуждающий заботиться о своем благополучии [Шилова, 2000]. Поскольку забота о членах семьи является особым видом домашней работы, связанной с расходом физических, интеллектуальных и эмоциональных сил, мы можем предположить, что представительницы рассматриваемой социальной группы следуют режиму экономии ресурсов в отношении собственного здоровья. Российская исследовательница Л. Шилова называет такое отношение инструментальным, и далее мы используем это определение. Подобное отношение предполагает, что здоровье (и здоровое тело) рассматривается человеком исключительно в качестве средства для выполнения предписаний, связанных с ролью работающей матери. На фоне общего инструментального отношения к здоровью далее выстраиваются специфические практики заботы о себе и о здоровье близких.

Предмет исследования в настоящей статье — практики заботы о здоровье, которым следуют женщины с низким социально-профессиональным статусом в семьях без высшего образования, другими словами, в условиях ограниченных ресурсов. Нами была выбрана и изучена определенная совокупность практик семейной заботы, в том числе сопряженных с материнской ролью. Термин «забота» используется в исследовании не только для анализа тех практик, которым следуют женщины для поддержания здоровья членов семьи, но и для изучения их отношения к собственному здоровью. Из научной литературы известно, что репродуктивная медицина занимает особое место в жизненном цикле женщин [Inhorn, 2006]. Поэтому было выдвинуто предположение, что именно материнская роль и связанная с ней забота о репродукции и детях может изменять отношение женщин к собственному здоровью вопреки ограниченными ресурсам. Женщины, которые прежде обращались к врачам только в исключительных или специальных (рассмотренных далее) случаях, в период беременности, под влиянием строгих предписаний репродуктивной медицины начинают интенсивно беспокоиться

о своем состоянии. Но насколько? Ведь забота, практикуемая женщинами в семьях более низкого социального положения, существенно отличается от практик, распространенных в семьях среднего класса. Мы объединяем в общей концепции исследования идеи гендерного контракта с его предписаниями норм гендерного специфичного поведения, а также модель Кокерхема, которая учитывает влияние гендерной структуры на стиль жизни в отношении здоровья и встроены в него практики. Забота о здоровье рассматривается Кокерхемом на пересечении социальной и гендерной позиции, то есть интерсекционально. Изучая заботу о здоровье на микроуровне с учетом ее контекстуальной опосредованности, можно понять, как социальная стратификация находит свое отражение в повседневных (не) самосохраняющих практиках индивидов.

Дизайн исследования

Эмпирическое исследование выполнено в качественной парадигме с применением метода глубинного интервью. Основной этап состоялся в 2015 году. Было проведено 16 глубинных интервью с женщинами, жительницами Санкт-Петербурга, в возрасте от 25 до 45 лет. Кейсы сходны по характеристикам членов семей и их жизненных ситуаций. Основным критерием отбора стало отсутствие высшего образования у взрослых членов семей информанток. Все информантки проживают с партнером (из них 7 состоят в зарегистрированном браке). В каждой семье есть один или два ребенка в возрасте до 18 лет. Важно отметить, что часто их партнеры не были в состоянии работать по разным причинам (тюремного заключения, депортации), а порой требовали к себе особого внимания или же партнерство не являлось стабильным. В таких случаях информантки увеличивали свою трудовую нагрузку для поддержания семейного дохода на приемлемом уровне.

Информантки и взрослые члены их семей заняты в тех сферах, которые характеризуются физически тяжелыми условиями труда и большими нагрузками, ненормированным графиком работы, включая двенадцатичасовой рабочий день, сверхурочную работу, ночные смены, а также некомфортными бытовыми условиями (работа в холодных и сырых помещениях с отсутствием гигиенических удобств).

Женщины, с которыми проводились интервью, работают администраторами продуктовых магазинов, курьерами, уборщицами, дворниками. Все они официально трудоустроены и имеют соответствующие социальные гарантии: есть возможность оформлять больничные листы и отпуск. Однако информантки редко пользуются ими: денежная компенсация предпочтительнее отпуска (в тот период времени, когда это предусматривалось законодательством), а во время нетяжелой болезни они не обращаются за медицинской помощью и продолжают работать. Среднемесячный доход женщин варьируется от 25 до 32 тысяч рублей (в 2015 году). Мужчины в этих семьях тоже заняты физически тяжелым трудом. Они работают в охранных предприятиях, дворниками, грузчиками, водителями, сварщиками. В некоторых случаях единственным работающим членом семьи является женщина. В выборку были включены



случаи, характеризующиеся серьезными проблемами со здоровьем у мужчин (наличие инвалидности), а некоторые партнеры злоупотребляли алкоголем.

Условия проживания у семей разные. Шесть семей снимают комнату или квартиру. Две семьи проживают вместе с родителями, четыре имеют свое жилье. В четырех случаях информанты живут в собственных квартирах, которые получили, переехав в Санкт-Петербург 15–20 лет назад и устроившись на работу дворниками. За прошедшие годы работы не по профессии они потеряли квалификацию и уже не могут вернуться к работе по специальности (например, швеи или повара-кондитера). Важно отметить, что только трое из информанток родились и выросли в Санкт-Петербурге, остальные тринадцать переехали из Ленинградской области или других регионов России.

Интервью проходили дома у информанток, во время прогулки информанток с ребенком и на их рабочем месте.

Обобщенный социальный портрет информантки: женщина среднего возраста с мужем (партнером) и детьми, переехавшая в Санкт-Петербург из другого российского региона, не имеющая или утратившая специальность, без высшего образования, занятая физическим трудом или работающая в сфере услуг по официальному найму. Ее заработок (в некоторых случаях информантка является единственным добытчиком в семье) составляет около 30 тысяч рублей. Условия труда можно охарактеризовать как некомфортные. Мужья (партнеры) также заняты трудом, не требующим высокой квалификации.

Свое здоровье женщины оценивают в целом как хорошее. Хронические заболевания, которые бы затрудняли им ежедневные обязанности, у информанток отсутствуют.

Результаты исследования

Стиль жизни относительно здоровья в условиях ограниченных ресурсов

Отсутствие образования выступает структурным ограничением, снижающим жизненные шансы человека на получение социальных благ [Ross, Mirowsky, 2011]. Информантки, с которыми проводились интервью, занимают позиции с низким социально-профессиональным статусом, их условия труда можно охарактеризовать как некомфортные. Такие работники находятся в уязвимом положении. Во-первых, они выполняют трудовые задачи в условиях, которые прямо или косвенно могут наносить вред их здоровью. При этом даже такое рабочее место не является гарантированным. В интервью женщины выражают опасения потерять работу и обсуждают сложности с поиском новой. Они стараются приспособиться к условиям и имеющимся неудобствам, выстраивая свой рабочий процесс с учетом.

Представители низших социальных слоев имеют более короткую продолжительность жизни, среди них выше смертность из-за заболеваний,

требующих простой профилактики или регулярного ухода [Ross, Mirowsky, 2011; Рощина, 2016]. В этих социальных группах не получают распространение практики регулярной заботы о здоровье, отсутствуют ресурсы, необходимые для того, чтобы систематически контролировать и поддерживать свое здоровье и здоровье близких. Невнимание к своему здоровью определяется в том числе их «ценностями и нормами относительно здоровья и болезни» [Аронсон, 2009]. «Чувствовать себя хорошо» — это не самостоятельная ценность для представителей данной группы, а инструментальный ресурс, востребованный при осуществлении повседневных практик ухода и заботы за членами семьи, а также работы для поддержания финансового благополучия. Пока индивиды из этой социальной группы способны осуществлять свою повседневную деятельность, они склонны не обращаться за медицинской помощью [Шилова, 2000].

В проведенном исследовании мы получили не только подтверждение тезиса об инструментальном отношении к здоровью со стороны представительниц малообразованных групп, но и объяснение такого отношения. Оно связано с отсутствием времени и физических сил, нежеланием терять заработок, а также с второстепенной ценностью здоровья для самих женщин.

Переболеть «на ногах»

Болея, информантки отдают предпочтение «симптоматическому лечению», позволяющему им не прерывать работу и не снижать заработок:

«Я не лечу причину. Я получаю временное облегчение. Я лечу симптомы, кажется, это так называется... И все. Что мне и нужно. Мне нужно только одно — отработать свои 12 часов, свою смену, прийти домой и лечь спать. Для того чтобы отработать, я принимаю те же мази, там, таблетки» (Ольга, 35 лет).

«В больничном как-то по-особому считается, по среднему, и стаж... И проболеешь ты пять дней... потеряешь процентов тридцать от выработки за период болезни... Надо мне это? Тем более если это несерьезно, то вполне в магазине можно находиться. Дома я все равно лежать не буду» (Татьяна, 32 года).

«Нормализация» болезни

Информантки «нормализуют» свое плохое самочувствие, вследствие чего болезнь рассматривается ими как привычная часть повседневной жизни и не считается препятствием для выполнения рабочих и домашних обязанностей.

«...Мы настолько привыкли, может быть, даже не замечаем свои болячки. Но мы в принципе не боеем, за исключением пореза пальца, простудных заболеваний» (Татьяна, 32 года).



Самолечение

Имея проблемы со здоровьем, женщины предпочитают самолечение, ориентируясь на рекомендации фармацевта в аптеке и на свой опыт.

«Если что-то неизвестно, вот у меня были на лице какие-то пятна, я подхожу в аптеку, спрашиваю: „Не знаете, у меня какое-то раздражение...“ Советуют» (Ольга, 35 лет).

«Желудок болит — тоже знаю, что жирное поела. Чего по врачам идти? То, что у меня гастрит, я и без врачей знаю» (Елена, 28 лет).

Информантки прибегают к практикам самолечения и стараются избежать посещения медицинского учреждения. Если все-таки они обращаются к врачу и оформляют больничный лист, то следуют медицинским назначениям избирательно, полагая, что последние могут иметь отдаленные непредвиденные последствия для их здоровья.

Фатализм

В целом информантки склонны фаталистически воспринимать собственную жизнь и здоровье — рассматривать здоровье как естественный, генетически заданный, истощаемый в течение жизни из-за работы ресурс.

«У меня очень сильно болит спина, тем более я сейчас набрала такой вес... Я не смогу делать так, как они [врачи] говорят: соблюдать диеты, не есть того, не есть этого. У кого-то хватает сил, воли — у меня не хватает. Я считаю, сколько мне отведено — столько я отживу. Прожить больше не смогу. [Независимо от того] стану ли я жить на одной манке или жрать килограммами сало! Если дано два месяца прожить, то хоть тонну манки съешь, все равно через два месяца... Я не любитель — я не обращаюсь к врачам» (Ольга, 35 лет).

Избегание врача

В рассматриваемой группе не было обнаружено ни одного случая, когда бы женщины говорили об обеспечении здоровья в долгосрочной перспективе или о профилактике заболеваний. Они активно используют словосочетание «плохое самочувствие», обозначая им разнообразные недомогания, которые, по их мнению, не требуют врачебного вмешательства. Подобная интерпретация заболеваний позволяет им считать себя «здоровыми». Женщины продолжают питаться привычным образом (хотя не считают такое питание полезным и здоровым), не посещают медицинские учреждения и работают в условиях, которые наносят постоянный вред их здоровью.

«У меня общая [рабочая] площадь 640 квадратных метров. Это все не отапливается. Туалета у нас нет. Нет отопления, это складское

помещение. Ты приходишь — это склад, где выставлен товар, где можно купить» (Ольга, 35 лет).

«С 6 утра в согнутом состоянии... И погреться не всегда есть [возможность], если на улице холодно. А еще перебрасывают с участка на участок, особенно если проверки... вот и увеличивается нагрузка. А сказать „нет“ не можешь...» (Вера, 39 лет).

«Смена ночная с 10 вечера до 6 утра. И ты все это время проводишь на ногах, следя за торговым залом. Иногда бывает тихо, а иногда не присесть...» (Елена, 28 лет).

Однако существуют ситуации, в которых женщины обращаются за медицинской помощью, а порой даже вкладывают деньги в поддержание своего здоровья. Можно выделить следующие факторы, способствующие изменению отношения информанток к собственному здоровью: 1) внешнее принуждение, чаще всего со стороны работодателя; 2) беременность, роды и уход за новорожденным.

Внешнее принуждение к обращению за медпомощью

Рассмотрим первую из этих групп обстоятельств. Информантки прикладывают усилия и изыскивают возможности, чтобы улучшить состояние своего здоровья, если такие действия способствуют сохранению работы и заработка. Стигма больного, ненадежного работника может привести к затруднениям во взаимодействиях с начальством и в конечном счете к потере дохода. Угроза лишиться работы вынуждает информанток тщательнее следить за своим здоровьем и прибегать к медицинской помощи.

Наряду с этим обращение к врачу происходит, когда необходимо предоставить медицинскую справку по месту работы. Однако в этом случае взаимодействие с медицинским персоналом нередко остается формальностью, если женщина сама не стремится получить качественные медицинские услуги.

«Естественно, от работы комиссию проходим, положено, все-таки магазин, сфера обслуживания. Комиссию прохожу, врачей всех полностью» (Татьяна, 32 года).

«Это галочка, правильно. Руководство заключает с медицинским учреждением какой-то договор, и они начинают оплачивать. Руководство только исключительно для галочки... Если ты такой человек, который любит справедливость, знает свои права... ты приходишь и говоришь: вы обязаны мне, и все тут... Но я так не делаю» (Марина, 35 лет).

Обращение к медикам (стоматологу) может быть вызвано и другими требованиями организации, где работают информантки, например, ожиданиями касательно внешнего вида работников.



«Зубы я сделала только из-за того, что, грубо говоря, начальство на работе замечание сделало. Сказало, что пора... Ну, взяла денежку, поехала. Туда ездила... домой. Я поставила себе три зуба всего за семь с половиной тысяч. Это здесь бы я три зуба поставила за двадцать семь, а там я делала в частной клинике... Я не делала в общей. Сделала зубы за две недели... то есть я в отпуск ездила и поставила себе зубы. И если бы мне начальство на работе в открытую не стало намекать, что пора сделать рот, то я не пошла бы...» (Ольга, 35 лет).

Таким образом, для заботы о здоровье в данной социальной группе важен внешний агент. Именно давление и контроль со стороны нанимателя или непосредственного начальника выступают в качестве механизма, стимулирующего женщин к заботе о своем состоянии. Работоспособность — это важный инструмент поддержания статуса наемного работника. Избегание увольнения заставляет информанток в условиях ограниченных ресурсов находить способы восстанавливать свою работоспособность, здоровье.

Практики заботы о репродуктивном здоровье

Разительный контраст с общим инструментальным отношением информанток к собственному здоровью представляют практики заботы о будущем ребенке во время беременности. Общее пренебрежение здоровьем контрастирует с более внимательным отношением к здоровью будущих детей. Здоровье ребенка становится для женщин значимой ценностью, связанной с материнской идентичностью и предписаниями традиционной гендерной роли [Inhorn, 2006]. Информантки подчеркивают значимость здоровья детей — в отличие от своего собственного.

«Для меня нет давно понятия “мое здоровье”. — “А что есть?” — “Здоровье дочери”» (Ольга, 35 лет).

Из ранее проведенных исследований известно, что регулярная забота о детях начинается с заботы о своем репродуктивном здоровье в период беременности. Помимо явной функции лечения или наблюдения медицинские институты имеют также латентную функцию социального контроля, и этим обеспечивают усвоение населением представлений о том, что такое болезнь и в каких случаях без профессиональных медиков не обойтись. На стадии беременности женщины стараются выполнять предписания врача, чтобы не навредить ребенку до родов и после них. Появляется чувство ответственности, связанное с ролью матери. Материнство воспринимается информантками как предназначение женщины, а беременность в качестве первой стадии материнства ассоциируется с более осознанным отношением к своему здоровью.

Опрошенные нами информантки наблюдались в женской консультации по месту жительства и посещали врача после рождения ребенка. Такой дисциплинирующий эффект объясняется еще и тем, что все расходы на медицинскую

помощь беременным берет на себя государство. Поэтому женщины из малоресурсных групп следуют предписанной «карьере» беременной в рамках государственных медицинских учреждений.

«Забеременела, встала на учет. ...Дали мне срок в январе — 15 января. Я родила пораньше, 28 декабря. Уехала сразу — забрала “скорая”. Роды быстро прошли, сразу родила» (Елена, 28 лет).

Подготовка к родам предполагает обращение не только к гинекологу, но и к медицинским специалистам разного профиля.

«Когда с ней ходила беременная, и то, потому что это было необходимо. По назначению. Есть врачи, которых обязательно надо пройти за всю беременность хотя бы раз» (Ирина, около 27 лет).

Как показывают другие источники, к платным услугам женщины из малоресурсных групп обращаются только в тех случаях, когда не удается получить бесплатный минимум, положенный по законодательству и оплачиваемый за счет ОМС. Так, исследовательница А. Рочева показывает, что трудности в доступе к медицинской помощи возникают у трудовых мигрантов при переезде из одной страны в другую. [Рочева, 2014]. Аналогичную историю рассказывает информантка, которая переехала из Казахстана обратно в Санкт-Петербург к родителям.

«Там [в Казахстане] пошла в консультацию примерно на 6-й неделе, встала на учет. Когда через 3 месяца вернулась [в Санкт-Петербург] на 14-й неделе, я не могла встать на учет в местную консультацию, потому что бумажная волокита. Надо иметь прописку питерскую и так далее. А когда уже на 30-й неделе беременности сделали прописку, на 32-й я уже пошла в нашу консультацию. Но ходила в платную клинику “Феликс”, сдавала там анализы, УЗИ делала» (Ирина, 27 лет).

Во время беременности практики заботы женщин о собственном здоровье претерпевают существенные изменения. Однако, как показывают исследования, их действия отличаются от тех, которые предпринимают будущие матери с более высоким совокупным капиталом. Отношение женщин среднего класса к бесплатному сегменту репродуктивной медицины и к работающим в нем специалистам в целом характеризуется недоверием — они тщательно планируют беременность и роды, склонны выбирать врачей и роддом, порой готовы платить за это [Темкина, 2016]. Информантки, участвовавшие в нашем исследовании, напротив, оценивают такие связанные с родами практики выбора как «причуды». Обращение к сегменту медицинских услуг, покрываемому ОМС, создает социально и экономически символическую границу, отделяющую женщин из малоресурсных групп от привилегированных слоев. Никто из информанток не упоминал посещение каких-либо платных или даже



бесплатных курсов по подготовке к родам, посещение бассейна перед родами или желание рожать в более комфортных условиях (отдельной палате, в присутствии партнера и т.п.).

«У нас нет таких причуд: платный — не платный [роддом]. Мы не вели платное акушерство. Был свободный роддом — туда мы и поехали на ул. В. на „скорой“. Без причуд...» (Ирина, 27 лет).

«Я не жалею, нормальный роддом. Особо много их и не видала — у меня первые роды, первый ребенок, первая беременность. В принципе, нормально, родила быстро» (Елена, 28 лет).

«А я с ней родила бесплатно, тьфу-тьфу-тьфу, сказочно. У меня была классная бригада — реально очень хорошая» (Марина, 35 лет).

Приведенные цитаты подчеркивают неизбирательность информанток по отношению к медицинским учреждениям и врачам. В этом их отличие от образованных представительниц среднего класса, которые зачастую готовы платно рожать в том медицинском учреждении, которое отвечает их требованиям. Информантки в течение беременности стремились повысить степень своей информированности о предстоящем опыте деторождения: активно пользовались интернет-ресурсами, с тем чтобы найти информацию и пообщаться на форумах с женщинами, которые уже рожали или тоже готовятся к родам. Такое обращение к источникам информации в сети сходно с поведением образованных женщин, но есть существенное отличие. Когда дело доходит до источников, требующих инвестиций (деньгами или временем), женщины из рассматриваемой группы не обращаются к ним.

«...Первая беременность, я не знаю, что, куда идти... В этом плане я общалась на форумах, с девчонками переписывались, у кого как проходили роды, всякие симптомы — это само собой» (Елена, 28 лет).

В период беременности женщины готовы менять свой стиль жизни и практики относительно здоровья. Например, шесть информанток с началом беременности отказались от курения.

«Курить — не курила, бросала во время беременности. Когда узнала, что я точно беременная, сразу же резко бросила курить. За всю свою беременность я выкурила только одну сигарету, муж сам дал, чтобы я смогла успокоиться. А до этого я уже курила четыре года. Я начала курить, мне было 16 лет» (Ольга, 35 лет).

Таким образом, репродуктивное здоровье выделяется ими в отдельную сферу, в рамках которой забота по отношению к себе и будущему ребенку осуществляется интенсивнее, внимательнее. Во время беременности все

информантки обращались за медицинской помощью. Некоторые их практики сходны с практиками женщин, занимающих более высокие социальные позиции: они обращаются к источникам за дополнительной информацией, через интернет общаются с другими женщинами по вопросам ухода за ребенком и перепроверяют назначения врачей.

Данная тенденция сохраняется далее и в практиках заботы о здоровье детей младшего возраста. Исходя из доступных ресурсов, информантки выработывают тактики заботы о детях, совмещая такую заботу с оплачиваемой работой. Они стараются найти заработок, позволяющий не разлучаться с ребенком (организуют дома совместную детскую группу, устраиваются на работу курьером, что дает возможность гулять с ребенком, и т. п.). Другой способ найти баланс между оплачиваемой занятостью и заботой о ребенке — выбор ночных смен. В это время ребенок спит, а присмотр за ним осуществляют старшие дети или соседи по квартире.

Опрошенным матерям недоступны способы выстраивания баланса профессиональной и семейной роли, которые получают распространение в ресурсных группах среднего класса. У информанток отсутствует возможность оплачивать работу няни или частного детского сада. Они не могут даже временно отказаться от заработка, чтобы всецело посвятить себя материнству, поскольку их зарплата является основным вкладом в небольшой бюджет домохозяйства, а иногда и единственным источником дохода.

Заключение

Мы представили результаты исследования заботы малоресурсных женщин о своем здоровье. Условия труда и недостаток ресурсов оказывают влияние на их жизненный стиль в отношении здоровья и, как следствие, инструментализируют его. Отсутствие образования и квалификации приводят к тому, что информантки заняты на малооплачиваемой работе с тяжелыми условиями труда.

Причины, по которым информантки вынуждены увеличивать свою трудовую нагрузку, это неработающий партнер, нередко требующий к себе особого отношения, или условия нестабильного партнерства. Именно интенсификация занятости поглощает основные физические и временные ресурсы опрошенных женщин. Данная группа отличается не столько «бедностью» (их доход, часто хотя и ниже, но в целом приближается к среднему по Петербургу), сколько неблагоприятным режимом и условиями труда, а также отсутствием возможности следовать практикам обеспечения жизненного стиля в отношении здоровья, получившим распространение в среднем классе.

Представители малоресурсных групп в большей степени демонстрируют инструментальное отношение к собственному здоровью: для них оно выступает ресурсом, позволяющим получить (малоквалифицированную) работу и обеспечить доход. Такое отношение к здоровью обуславливает стратегию



избегания обращения к услугам медицинских учреждений. Женщины всеми доступными способами стараются решить возникающие проблемы самостоятельно, без отрыва от трудовой деятельности. Задействовав агентно-структурный подход, мы видим, что в условиях жестких структурных ограничений опрошенные женщины не имеют намерений и возможностей инвестировать в свое здоровье, полагая его не терминальной, а инструментальной ценностью. Итак, что именно может их заставить преодолевать или обходить структурные ограничения, сообщая ценность собственному здоровью?

Их оценки состояния своего здоровья зависят от того, могут ли женщины продолжать работать в обычном режиме, кроме того, ими выделяется особое состояние — «плохое самочувствие», или «недомогание». Это состояние, однако, не рассматривается информантками как серьезная проблема, требующая перерыва в работе и обращения за врачебной помощью. Они находят альтернативное лечение, обращаясь за советом к родственникам и знакомым, к фармацевтам, к доступной информации в интернете. Причинами обращения в медицинские учреждения становятся либо кризисные состояния здоровья, либо внешние требования, предъявляемые по месту работы. Женщины делают флюорографию, чтобы оформить санитарную книжку, и проходят ежегодный медицинский осмотр. В целом практики информанток не предполагают профилактики заболеваний, долгосрочных инвестиций в здоровье или изменения стиля жизни.

Отношение к здоровью меняется, когда наступает беременность: женщины начинают следовать как социально-культурным нормам материнской роли, так и предписаниям институциональной репродуктивной медицины. В этот период они особенно тщательно контролируют свое состояние, ассоциируемое ими со здоровьем будущего ребенка, и это тоже проявление инструментального отношения к своему телу.

Если поразмышлять о тех способах, которыми можно было бы переломить подобную несамосохранную практику, то, возможно, включение в школьную программу образовательных элементов, связанных с аспектами здоровья и заботы о нем, могло бы сформировать его более высокую ценность как у мужчин, так и у женщин. Знания о повседневных практиках заботы и достоверная информация о них позволят сохранять и поддерживать здоровье людей в долгосрочной перспективе. Более того, знания у мужчин и их включенность в заботу о своем здоровье и здоровье детей могли бы снизить нагрузку на женщину как основного агента заботы в семье. Высокая ценность здоровья и знания о нем могут иметь важное значение для человека, оказавшегося в уязвимом положении, в сложной жизненной ситуации, в условиях ограниченных ресурсов.

Необходимо оговориться о важном ограничении проведенного нами исследования. Интервью с информантками проводились в далеком 2015 году. Пандемия COVID-19 внесла изменения в устройство системы здравоохранения и практики заботы о здоровье для всех слоев населения. Тем не менее на сегодняшний день в России мало исследований, которые бы были сфокусированы

на здоровье такой уязвимой группы, как женщины без высшего образования (в условиях ограниченных ресурсов). Поэтому, несмотря на отсроченную публикацию результатов наше исследование вносит вклад в обсуждение мотивов того или иного несамосохранного поведения людей в период пандемии (например, отказ от ношения масок, (не)соблюдение режима изоляции, отношение к вакцинации и т.д.).

Благодарность

Выражаю огромную благодарность Анне Темкиной и Екатерине Бороздиной, которые в далеком 2015 году обсуждали со мной текст, критиковали и поддерживали мое исследование.

Литература

Аронсон П. Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / Под ред. Е. А. Здравомысловой, А. А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского Университета, 2009. С. 155–178.

Гольман Е. А. Новое понимание здоровья в политике и повседневности: истоки, актуальные направления проблематизации // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 4. С. 503–523. EDN: [TMZWZL](#)

Журавлева И. В. Здоровье и самосохранительное поведение // Население и общественное развитие / Под. ред. Т. Д. Иванова. М.: Ин-т социологии РАН, 1988. С. 156–167. EDN: [VLWPHD](#)

Здравомыслова Е. А., Темкина А. А. 12 лекций по гендерной социологии: учебное пособие. СПб.: Издательство Европейского Университета, 2015. EDN: [YWPCTY](#)

Лядова А. В. Социальное неравенство в отношении здоровья: сущность, источники и особенности проявления в современном обществе: Дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04. М.: МГУ имени М. В. Ломоносова, 2020.

Рочева А. Л. «Понаехали тут» в роддомах России: исследование режима стратифицированного воспроизводства на примере киргизских мигрантов в Москве // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3. С. 367–380. EDN: [TMZWQF](#)

Рощина Я. М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? // Экономическая социология. 2016. Т. 17. № 3. С. 13–36. DOI: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2016-3-13-36> EDN: [WCOIRV](#)

Темкина А. А. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // Социология власти. 2016. Т. 28. № 1. С. 76–106.

Темкина А. А., Роткирх А. Советские гендерные контракты и их трансформация в современной России // Социологические исследования. 2002. № 11. С. 4–14.

Чернова Ж. В. Кто, о ком и на каких условиях должен заботиться? Гендерный анализ режимов заботы и семейной политики // Журнал исследований социальной политики. 2011. Т. 9. № 3. С. 295–318. EDN: [OIVUJR](#)

Чернова Ж. В. Баланс семьи и работы: политика и индивидуальные стратегии матерей // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. 10. № 3. С. 295–308. EDN: [PFEWNP](#)

Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2000. № 11. С. 134–140. EDN: [WLCUOP](#)

Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84–92. EDN: [XSFVXT](#)



Cockerham W. C. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure // Journal of Health and Social Behavior. 2005. Vol. 46. № 1. P. 51–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Crawford R. Health as a Meaningful Social Practice // Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine. 2006. Vol. 10. № 4. P. 401–420. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>

Hochschild A. R. The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work. London: University of California Press, 2003.

Hochschild A. R., Machung A. The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home. London: Penguin Books, 2012.

Hochschild A. R. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure // American Journal of Sociology. 1979. Vol. 85. № 3. P. 551–575. DOI: <https://doi.org/10.1086/227049>

Inhorn M. C. Defining Women's Health: a Dozen Messages from More than 150 Ethnographies // Medical Anthropology Quarterly. 2006. Vol. 20. № 3. P. 345–378. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.3.345>

Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives // International Journal of Health Services. 2018. Vol. 48 № 4. P. 735–748. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

Lupton D. Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter // Social Science & Medicine. 1997. Vol. 45. № 3. P. 373–381. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00353-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00353-X)

Marmot M. Social Determinants of Health Inequalities // The Lancet. 2005. Vol. 365. № 9464. P. 1099–1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Mirowsky J., Ross C. E. Social Causes of Psychological Distress. New York: Routledge, 2003. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315129464>

Ross C. E., Mirowsky J. The Interaction of Personal and Parental Education on Health // Social Science & Medicine. 2011. Vol. 72. № 4. P. 591–599. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.11.028>

Ross C. E., Wu C. L. The Links Between Education and Health // American Sociological Review. 1995. Vol. 60. № 5. P. 719–745. DOI: <https://doi.org/10.2307/2096319>

Svalastog A. L., Donev D., Kristoffersen N. J., Gajović S. Concepts and Definitions of Health and Health-Related Values in the Knowledge Landscapes of the Digital Society // Croatian Medical Journal. 2017. Vol. 58. № 6. P. 431–435. DOI: <https://doi.org/10.3325%2Fcmj.2017.58.431>

Сведения об авторе:

Ходоренко Дарья Константиновна — младший научный сотрудник, сектор социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН; аналитик, научно-учебная лаборатория «Социология образования и науки», Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Санкт-Петербург, Россия. **E-mail:** khodasha@gmail.com. **РИНЦ Author ID:** 940437; **ORCID:** 0000-0001-7162-7511; **ResearcherID:** P-5083-2017.

Статья поступила в редакцию: 16.08.2023

Принята к публикации: 17.09.2023

БАК: 5.4.4

Taking Care of Family Members' Health Provided by Women in Low-Resource Conditions

DOI: 10.19181/inter.2024.16.1.5

Daria K. Khodorenko Sociological Institute of the RAS — Branch of the FCTAS RAS;
HSE University, St. Petersburg, Russia
E-mail: khodasha@gmail.com

The article analyzes the practices of caring for the health of women from families with low socio-professional status. The study uses the analytical category of “care”, which is understood as a special type of household work aimed at maintaining and preserving one’s health and the health of family members. To analyze health practices, the concept of “health lifestyle”, developed in the sociology of medicine, is used. The empirical basis consists of 16 interviews conducted in St. Petersburg with women from families whose members do not have higher education and are employed in jobs with unfavorable working conditions (according to the informants). The study asked the question in what situations and how women belonging to this group take care of their health. Women with low socio-professional status, caring for loved ones, rarely seek medical help for themselves. Their attitude towards their own health can be described as instrumental. It was found that in the context of the experience of motherhood, the attitude towards health changes, it becomes more self-preserving, without losing its instrumentality, but in the interests of the child.

Keywords: health care; health inequality; caring practices; limited resources

References

- Aronson P. (2009) Strategii obrascheniya za medetsinskoy pomoschyu i sotsialnoe neravenstvo v sovremennoy Rossii [Strategies of Health-Care and Social Inequality in Modern Russia]. In: E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds.) *Zdorove i doverie: Genderny podkhod k reproduktivnoy medetsine* [Health and Trust: a Gender Perspective in Reproductive Medicine]. St. Petersburg: European University Press. P. 155–178. (In Russ.)
- Chernova Z.V. (2011) Kto, o kom i na kakikh usloviyakh dolzhen zabotitsya? Gendernyy analiz rezhimov zaboty i semeynoy politiki [Who Should Care for Whom and Under Which Conditions? Gender Analysis of Care Regimes and Family Policy]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 9. No. 3. P. 295–318. (In Russ.)
- Chernova Z.V. (2012) Balans semi i raboty: politika i individual'nye strategii materei [The Work-Family Balance: Policy and Individual Mothers' Strategies]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoi politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 10. No. 3. P. 295–308. (In Russ.)
- Cockerham W.C. (2005) Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 46. No. 1. P. 51–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Crawford R. (2006) Health as a Meaningful Social Practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. Vol. 10. No. 4. P. 401–420. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Golman E.A. (2014) Novoe ponimanie zdorovia v politike i povsednevnosti: istoki, aktual'nye napravleniia problematizatsii [New Health Consciousness in Policy and Everyday Life: Origins, Main Directions for Problematicization]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoi politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 12. No. 4. P. 503–523. (In Russ.)



Hochschild A.R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*. Vol. 85. No. 3. P. 551–575.

Hochschild A.R. (2003) *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work*. London: University of California Press.

Hochschild A.R., Machung A. (2012) *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. London: Penguin Books.

Inhorn M.C. (2006) Defining Women's Health: a Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 20. No. 3. P. 345–378. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.3.345>

Leonardi F. (2018) The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*. Vol. 48. No. 4. P. 735–748. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

Lupton D. (1997) Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science & Medicine*. Vol. 45. No. 3. P. 373–381. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00353-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00353-X)

Lyadova A.V. (2020) *Sotsialnoe neravnstvo v otnoshenii zdorovya: sushchnost, istochnik i osobennosti proyavleniya v sovremennom obshchestve: Diss. ... kand. sots. nauk: 22.00.04.* [Social Inequality in Relation to Health: Essence, Source and Features of Manifestation in Modern Society. Thesis for the Degree of Candidate of Sociological Sciences. 22.00.04.]. Moscow: Lomonosov Moscow State University.

Marmot M. (2005) Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*. Vol. 365. No. 9464. P. 1099–1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Mirowsky J., Ross C.E. (2003) *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315129464>

Rocheva A.L. (2014) "Ponayekhali tut" v roddomakh Rossii: issledovaniye rezhima stratifitsirovanogo vosproizvodstva na primere kirgizskikh migrantov v Moskve ["A Swarm of Migrants in our Maternity Clinics!": The Study of Stratified Reproduction Regime in the Case of Kyrgyz Migrants in Moscow]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoi politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 12. No. 3. P. 367–380. (In Russ.)

Roshchina Y.M. (2016) Stil zhizni v otnoshenii zdorovya: imeet li znachenie sotsialnoe neravnstvo? [Health-Related Lifestyle: Does Social Inequality Matter?]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 17. No. 3. P. 13–36. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2016-3-13-36>

Ross C.E., Mirowsky J. (2011) The Interaction of Personal and Parental Education on Health. *Social Science & Medicine*. Vol. 72. No. 4. P. 591–599. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.028>

Ross C.E., Wu C.L. (1995) The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*. Vol. 60. No. 5. P. 719–745. DOI: <https://doi.org/10.2307/2096319>

Svalastog A.L., Donev D., Kristoffersen N.J., Gajović S. (2017). Concepts and Definitions of Health and Health-Related Values in the Knowledge Landscapes of the Digital Society. *Croatian Medical Journal*. Vol. 58. No. 6. P. 431–435. DOI: <https://doi.org/10.3325%2Fcmj.2017.58.431>

Shilova L.S. (1999) Transformaciya samosohranitelnogo povedeniya [Transformation of Self-Preservation Behavior]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 5. P. 84–92. (In Russ.)

Shilova L.S. (2000) Transformaciya zhenskoj modeli samosohranitelnogo povedeniya [Changes in the Female Model of Self-Care Behavior]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. [Sociological Studies]. No. 11. P. 134–140. (In Russ.)

Temkina A.A. (2016) Oplachivaemaya zabota i bezopasnost: chto prodatsya i pokupaetsya v rodil'nykh domakh? [Paid Care and Safety: What Is on Purchase in Maternity Hospitals?]. *Sotsiologiya vlasti* [Sociology of Power]. Vol. 28. No. 1. P. 76–106. (In Russ.)

Temkina A.A., Rotkirkh A. (2002) Sovetskie gendernye kontrakty i ih transformaciya v sovremennoj Rossii [Soviet Gender Contracts and Their Transformation in Contemporary Russia]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 11. P. 4–14. (In Russ.)

Zdravomyslova E. A., Temkina A. A. (2015) *12 leksii po gendernoi sociologii: uchebnoe posobie* [12 Lectures on Sociology of Gender: a Tutorial]. St. Petersburg: Izdatelstvo Evropeiskogo Universiteta. (In Russ.)

Zhuravleva I.V. (1998) Zdorove i samosokhranitelnoe povedenie [Health and Self-Preserving Behavior]. In: T.D. Ivanova (ed.), *Naselenie i obshchestvennoe razvitie* [Population and Social Development]. Moscow: Institut sociologii RAN. P. 156–167. (In Russ.)

Author Bio:

Daria K. Khodorenko — Junior Researcher, Department on Sociology of Health, Sociological Institute of the RAS — Branch of the FCTAS RAS; Analyst, Laboratory of Sociology in Education and Science, HSE University, St. Petersburg, Russia.
E-mail: khodasha@gmail.com. **RSCI Author ID:** [940437](#); **ORCID:** [0000-0001-7162-7511](#); **ResearcherID:** [P-5083-2017](#).

Received: 16.08.2023

Accepted: 17.09.2023