

ПРОФЕССИЯ АКУШЕРКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

Е.А. Бороздина¹, канд. социол. наук, **В.В. Кузнецова²**, старшая акушерка

¹Европейский университет в Санкт-Петербурге,

Российская Федерация, 190000, Санкт-Петербург, Гагаринская ул., 6/1А;

²Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта,

Российская Федерация, 199034 Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3

E-mail: eborozdina@eu.spb.ru

Представлен социологический взгляд на профессию акушерки. Акушерки не только оказывают медицинскую помощь, но и поддерживают пациенток эмоционально. Сделан акцент на престиже акушерской профессии в современной России.

Ключевые слова: профессия акушерки, забота, российское родовспоможение, социология.

Для цитирования: Бороздина Е.А., Кузнецова В.В. Профессия акушерки в современной России: социологический взгляд. Медицинская сестра. 2019; 21 (3): 38–40. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-03-11>

В России акушерки являются специалистами сестринского звена наряду с фельдшерами, медсестрами, лаборантами, медицинскими техниками, ассистентами стоматолога и др. Однако по сути работа акушерки отличается от работы перечисленных специалистов. Сфера компетенций акушерки связана с помощью женщине, проходящей разные стадии репродуктивного цикла – беременность, роды, послеродовой период. В ходе работы акушерка имеет дело с разными стадиями процесса деторождения. С одной стороны, она сталкивается с особенно интимными переживаниями пациенток, когда требуется эмоциональная работа медика. С другой стороны, подопечные акушерки – это обычно не больные, а женщины, переживающие вполне естественное, нормальное состояние.

В настоящий момент сестринское дело в России активно развивается. Стоит вопрос о повышении профессионального престижа среднего медицинского персонала. Эта общая тенденция затрагивает и акушерок, стимулируя их к расширению и совершенствованию профессиональных компетенций (например, ведение вертикальных родов, самостоятельная работа в школах материнства), к освоению новых рыночных ниш (например, роды с индивидуальной акушеркой). Другой фактор, мотивирующий акушерок к профессиональному росту, – запросы

пациенток. В послесоветский период произошли масштабные перемены в государстве, изменились характеристики пациентов в целом и рожаящих женщин (и членов их семей), в частности: их требования, ожидания от родов, их позиция в отношении медицины, уровень информированности о родах и вариантах помощи в них.

Благодаря реформам и появлению платных услуг женщины обрели большую свободу выбора – где находиться во время беременности, куда ходить на курсы подготовки к родам, кто должен помогать в родах, в какой позе рожать, к каким специалистам обращаться за консультацией после родов. Элементы помощи, оказываемой именно акушеркой, все чаще бывают востребованы женщинами, но самой профессии не хватает общественного признания, что осознается частью сообщества акушерок как проблема.

Попытаемся осмыслить перемены, которые сегодня претерпевает профессия акушерки в России. Наша цель состоит также в том, чтобы, опираясь на материалы социологических исследований, наметить пути повышения статуса и престижа акушерской профессии.

Профессии в здравоохранении – одна из тем, наиболее изученных в социологических исследованиях, посвященных профессиям. Собственно социология профессий зародилась в середине прошлого века в США в связи с изучением профессии врача. Поэтому к настоящему моменту социологи уже много знают о разных видах занятости в медицине – о том, как медицинские профессии зарождаются, борются за высокий статус и престиж, как складываются отношения медиков и пациентов, и как реформы в здравоохранении влияют на статус и практику специалистов.

Исследуя здравоохранение, принято выделять 2 его основные составляющие – обеспечение здоровья (health) и заботливый уход за пациентом (care). В соответствии с этим медицинские профессии также подразделяются на те, которые используют экспертное медицинское знание для диагностики и ле-

чения заболеваний, и те, чья первоочередная задача – осуществлять рутинный уход за пациентами, заботиться о них и эмоционально поддерживать. К 1-й группе относятся врачи, ко 2-й – представители профессий сестринского звена, в частности акушерки.

Подобное деление особенно важно в родовспоможении. Ведь здесь медицинские специалисты имеют дело со специфической категорией пациентов – будущими матерями, для которых беременность и роды важны не только как определенное состояние организма, но и как личный, интимный опыт, а также как семейный опыт, связанный с освоением материнских обязанностей. В этих условиях, по мнению большинства исследователей акушерства, обязанности между врачом и акушеркой должны распределяться следующим образом: врач применяет научные медицинские знания и имеет дело с патологией, отвечает за применение сложных технологий, а сфера ответственности акушерки – уход за женщиной с вовлечением эмоций и оказание помощи в случае неосложненной беременности и родов.

Важно подчеркнуть, что это разделение в действительности предполагает неравенство врача и акушерки. Социальный статус и престиж профессии акушерки, даже в странах, где возможна независимая практика акушерок, ниже, чем статус и престиж профессии врача. Во многих системах здравоохранения профессия акушерки не является самостоятельной – акушерки лишь в ограниченной степени могут определять условия и содержание своего труда. Представители другой профессии – врачи – формируют стандарты образования акушерок и руководят их работой. Почему так происходит?

Важный вклад в ответ на этот вопрос внесли американские и английские женщины-исследователи (феминистки), изучавшие акушерскую помощь в 1970–1980-х годах. Если первые феминистки в конце XIX – начале XX века считали, что неравенство между мужчинами и женщинами можно устранить, добившись равных прав для всех граждан вне зависимости от пола (права на образование, права на собственность, политические права), то к концу XX века стало понятно, что законодательных изменений для решения проблемы неравенства недостаточно. Исследователи обратили внимание на то, что, несмотря на формальное равенство, труд представителей «женских» профессий недооценивается, а специфическим женским переживаниям – прежде всего, связанным с репродуктивным циклом, не придается достаточного значения в обществе, а иногда они считаются постыдными, чем-то, что нужно скрывать (например, осуждаются женщины, кормящие детей грудью в общественных местах).

Социологи пришли к выводу, что неравенство между медицинскими профессиями и фактически

недооценка труда акушерок связаны с тем, что это «женская» профессия. Она является «женской», с одной стороны, потому, что абсолютное большинство акушерок составляют женщины, а с другой более значимой, потому что круг обязанностей акушерки – «женский» по своей сути: ведь он связан с той ролью, которую женщина традиционно выполняет в семье. Мы привыкли, что мать и жена – это человек, который заботится о домочадцах, осуществляет уход за ними в случае болезни, эмоционально поддерживает в трудные моменты, мотивирует к преодолению трудностей. Все это считается как бы «естественными» женскими качествами. И, хотя женщины тратят на домашнюю работу и эмоциональную поддержку близких много сил и времени, это не считается трудом (в отличие от «настоящей» работы вне дома, чаще всего считающейся «мужским» делом). Когда забота и эмоциональная поддержка становятся частью профессиональных обязанностей определенного специалиста (акушерки, воспитателя, няни), на эту профессию автоматически распространяются стереотипы, сложившиеся в обществе по отношению к женам и матерям. Работа врача считается особенно уважаемой, так как он обладает научными знаниями, полученными в ходе длительного обучения, в то время как труд акушерки недооценивается, как в целом недооценивается «женский» труд.

Есть ли выход из этой ситуации? И тут на помощь нам приходит опыт «западного» акушерского движения. Первый значимый фактор – формирование сообщества акушерок, профессиональных ассоциаций, не формальных, но действительно отстаивающих интересы профессии. Акушеркам как профессиональной группе важно сформулировать свое «уникальное предложение» – определить круг вопросов, с которыми наилучшим образом может справиться именно акушерка (не врач и не какой-то иной специалист).

Второй фактор – обеспечение поддержки профессии акушерки со стороны государства. Современные государства часто заинтересованы в сокращении расходов на медицинскую помощь; в этом смысле труд акушерок для государства выгоднее труда врача, который стоит дороже (как и его профессиональная подготовка). В Великобритании такое «экономическое» обоснование позволило акушеркам получить законодательную поддержку со стороны властей – было признано, что акушерка может в случае физиологического неосложненного течения беременности вести ее и принимать роды без контроля со стороны врача.

И, наконец, важно добиться поддержки профессии акушерки со стороны общества и в первую очередь – со стороны родителей. Важно, чтобы будущие родители понимали, кто такая акушерка, чем

ее функции отличаются от функций врача и почему в некоторых случаях роды с акушеркой лучше, чем роды с врачом. Так, в некоторых штатах США важную роль в легализации независимой практики акушерок сыграли стремление женщин рожать именно с акушеркой и готовность этих матерей инвестировать ресурсы в то, чтобы получить помощь в родах в желаемом ими виде.

Рекомендуемая литература

Темкина А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. Экономическая социология. 2017. 18(3): 14–53.

Freidson E. Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. University of Chicago Press. 1970.

Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books. 1982.

Bondas T. Finnish Women's Experiences of Antenatal Care. Midwifery 18(1):61–71. 2002.

Witz A. Professions and Patriarchy. London: Routledge. 1992.

THE TRANSFORMATION OF THE PROFESSION OF A MIDWIFE IN MODERN RUSSIA

E. A. Borozdina¹, Cand. Sociology Sci., V.V. Kuznetsova², senior midwife

¹European University at St. Petersburg
Russian Federation, 190000, St. Petersburg,
Gagarinskaya str., 6/1A.

²Research Institute of obstetrics, gynecology and reproduction. D.O. Ott

Russian Federation, 199034, St. Petersburg,
Mendeleevskaya Liniya, 3

A sociological view on the profession of midwife is presented. Midwives not only provide medical care, but also support patients emotionally. Special emphasis has been made on the question of the prestige of the midwifery profession in contemporary Russia

Key words: midwife profession, care, Russian obstetrics, sociology

For reference: Borozdina E., Kuznetsova V. The transformation of the profession of a midwife in modern Russia. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (3): 38–40. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-03-11>

ИНФОРМАЦИЯ

Международный медицинский кластер. О проекте «Бундан» в Москве

Госпиталь Сеульского национального университета «Бундан» («Seoul National University Bundang Hospital», «SNUBH», Республика Корея) – многопрофильное медицинское учреждение, созданное 15 апреля 2003 г. Это первая полностью безбумажная больница. В нем работают около 800 докторов и 2000 медсестер. Лучший госпиталь Южной Кореи, по данным рейтинга Korea Brand Power Index.

Сегодня южнокорейская медицина признана одной из лучших в мире, однако активно развивается она последние 15 лет. Пациенты из многих стран едут за уникальными, технологичными методами лечения и высоким качеством сервиса. Бундан – флагман корейской медицины.

Больница Сеульского национального университета (SNUH) была основана в 1885 г. и начала свою деятельность как первая современная государственная клиника по западному образцу. Именно в ней началась практика западной медицины в Южной Корее. В 1946 г. она стала частью больницы Медицинского института государственного университета. А в 1978 была создана специальная корпорация «Госпиталь Сеульского национального университета». В 2003 г. впервые в Корее был открыт НИИ Биомедицины – первый многофункциональный корпус современного госпиталя, настоящий биомедицинский кластер. В 2013 г. произошло расширение госпиталя за счет открытия нового здания, в котором расположен Центр онкологии и нейрохирургии. Затем через 3 года был создан Медицинский инновационный парк, который стал первым в Корее централизованным медицинским кластером.

Этапы развития проекта в Москве:

✓ 22 июня 2018 г. - подписан Меморандум о взаимопонимании между Правительством Москвы и

Госпиталем «Бундан» в присутствии Президентов РФ и Южной Кореи;

✓ 26 декабря 2018 г. – подписано Соглашение о статусе участника между Фондом международного медицинского кластера (ММК) и Госпиталем «Бундан».

Разработанная Госпиталем Бундан уникальная медицинская информационная система Bestcare 2.0 планируется к реализации в клинике на территории ММК.

Инвестором проекта выступает ГК «Ташир».

Учреждение, которое начнет работу в 2022 г. на территории ММК, будет копией южнокорейского госпиталя.

На территории в 47 500 квадратных метров пациенты смогут получить очень широкий спектр услуг: в госпитале будут представлены такие направления, как ранняя диагностика (чек-ап), онкология, кардиология, ортопедия и травматология, реабилитация, профилактическое медицинское обследование в соответствии со стандартами, принятыми в Республике Корея. Кроме этого здесь будут палаты интенсивной терапии, поликлиника, аптека, научно-исследовательский центр, конференц-зал и симуляционный центр.

Филиал южнокорейской клиники будет активно заниматься не только медицинской, но и научной и образовательной деятельностью. Важно отметить, что в своей образовательной деятельности представители из Южной Кореи делают акцент не только на медицинской помощи, но также и на предоставлении высокого уровня сервиса для максимального комфорта пациентов. Программой тренингов будет охвачено 100% персонала. 15% нового персонала будут ежегодно проходить курсы повышения квалификации.

(подробнее о госпитале смотри на стр.24-25, 28)