

ID: 2016-01-257-A-5917

Авторское мнение

Щибря А.В., Акимова О.В., Андриянова Е.А., Аранович И.Ю.

Эффективность акушерско-гинекологической помощи в России как междисциплинарная проблема*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В данной статье рассматривается существующая на сегодняшний день в России модель подготовки беременной женщины к выполнению роли матери. Обосновывается необходимость использования междисциплинарного подхода, который позволит разработать оптимальную модель подготовки к материнству с учетом как потребностей самой женщины, так и возможностей института медицины.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, материнство, беременность, междисциплинарный подход, медицина, психология

Актуальность

В настоящее время для многих людей первостепенное значение приобретает вопрос образовательного и профессионального роста, который диктуется объективными социальными процессами в современном российском обществе, в то время как создание семьи и рождение детей отходят на второй план, либо вовсе отвергаются. Таким образом, происходит возникновение таких явлений как кризис семьи, девальвация материнства на индивидуальном и социальном уровнях. Помимо этого в Российской Федерации продолжает увеличиваться число бездетных гражданских браков и неполных семей. Отмечается тенденция к росту девиантных форм материнского поведения [1]. Кроме того, по данным современных авторов, прогнозируется рост количественных показателей социального сиротства [2].

Указанные обстоятельства актуализируют необходимость медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери, с целью корректировки деятельности медицинских учреждений в данном направлении, а именно, повышения качества оказания медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, так как именно на этапе беременности закладываются основные алгоритмы поведения будущей матери.

Цель: проведение медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери и в демонстрации необходимости повышения качества медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам в условиях современного мира.

Результаты и обсуждение

Анализируя историю отечественных институтов родовспоможения, следует отметить, что до XVIII века государство принимало минимальное участие в вопросах охраны здоровья населения в целом и родовспоможения в частности. Оказанием медицинской помощи, изначально занимались бабки-повитухи. Функции повивальных бабок, помимо первого ухода за младенцем, были весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, заговоров и различных рукодействий. Обучение акушерству и образование родовспомогательных учреждений на государственных началах в России начались лишь во второй половине XVIII века как неотъемлемая задача в связи с экономическим и культурным развитием российского государства. Фигура повитухи постепенно заменялась фигурой носителя медицинских знаний, врача и акушера. Однако на попечение института клиники роды перешли достаточно поздно. Это социальное явление уже XX века, до XX века роды находились в ведении домашнего акушерства, семейной медицины.

Распространение в XX веке государственного контроля над репродукцией в сочетании с медицинским контролем позволило говорить о том, что рождение человека стало важной сферой обретающей силу биополитики.

В связи с постоянно развивающимися акушерскими технологиями в настоящее время медицинские эксперты осуществляют всё больший контроль над беременностью и родами. Если ранее история свидетельствовала о том, что беременность являлась сакральным и личным делом женщины, то в настоящее время она всё больше становится предметом озабоченности общественности. Таким образом, принимая на себя часть контроля над беременностью, медицина начинает нести всё большую ответственность за жизнь матери и ребенка.

Однако Е.А. Белоусова на основании многочисленных интервью с пациентками родильных учреждений Санкт-Петербурга заключает, что, по их мнению, «врачи проявляют полную авторитарность и безапелляционность, с раздражением отказываются отвечать на вопросы рожениц, обсуждать с ними характер необходимой медицинской помощи», даже обманывают их и производят некоторые процедуры (например, прокол плодного пузыря) без их согласия, контролируют и диктуют, нередко в резкой форме, позу роженицы и т.п. [3]. Собственно, патерналистская природа отношений в системе здравоохранения (не только в России, но и в западной традиции в целом) не раз обозначалась в научной литературе.

Наиболее распространенные среди женщин причины напряжений в отношении медучреждения – это собственный негативный опыт взаимодействия с медицинскими структурами, а также представления, сформированные под воздействием слухов; правовая безграмотность в вопросах собственных гражданских прав (касается даже профессиональных юристов, как ни странно); смешение в сознании женщины опыта личных и социальных отношений между ней и врачами, что затрудняет понимание механизмов регулирования и разрешения возникающих спорных или конфликтных ситуаций; необоснованные ожидания от медучреждения и медперсонала, основанные на непонимании их функций и назначения.

Институт медицины продуцирует практики подготовки к материнству, для которых беременная женщина выступает как объект, функционирующий в границах нормы и патологии, а не активный субъект, способный контролировать и управлять собственным телом. Это определяет необходимость медико-социологического анализа современных практик подготовки

беременных женщин к выполнению роли матери и выработки оптимальной модели данной подготовки в условиях женской консультации.

Помимо этого следует отметить, что многими женщинами беременность и роды воспринимаются как опасный, переломный период в жизни, что является следствием медиализации этой сферы. Женщина на данном этапе претерпевает изменения как в физиологическом, социальном, так и в психологическом плане. В связи с этим современные практики подготовки беременной женщины должны основываться на мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, и должны быть направлены на сохранение, укрепление и восстановление здоровья женщины и ребенка. Следует помнить, что удовлетворение психосоциальных потребностей при перинатальном уходе также важно, как и удовлетворение физических потребностей. Причем оказываемая психологическая поддержка должна принимать во внимание как потребности матерей и новорожденных, так и отцов и семей в целом.

Одной из наиболее актуальных областей исследования в социологии и психологии как в практическом, так и в теоретическом аспекте в настоящее время является проблема девиантного материнства. Она включает проблемы, связанные не только с матерями, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, но и проблемы нарушения материнско-детских отношений, которые служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрастах.

Ю.А. Пучкина, анализируя проблему отказа от новорожденных детей в современной России, в качестве основной причины проблемы указывает на то, что система профилактики отказов от новорожденных детей в рамках государственной политики на сегодняшний день не выстроена, отсутствует какая-либо работа с матерью-отказницей по преодолению ее трудностей и сопровождению матерей группы риска, забравших ребенка из родильного дома [4].

Важно отметить, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение неблагоприятных воздействий на беременную женщину, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по улучшению качества жизни беременных и формирование готовности к роли матери.

Ещё одной важной задачей в работе с беременными женщинами является выявление связанных со здоровьем социальных проблем беременных женщин и деятельности женской консультации с позиции учета данных проблем и направленности деятельности не на их усугубление, а на послынное их решение. Медико-социальная помощь предусматривает в этом случае лечение заболеваний беременных, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, медико-социальную профилактику заболеваний. Медико-социальная помощь беременным включает в себя также социальную защиту в случае болезни, первичную медицинскую помощь, лечение хронических заболеваний. Для женщин организуются следующие медико-социальные мероприятия: оздоровительные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительская работа, медико-социальный патронаж беременных.

Основная цель медико-социальной помощи должна включать в себя развитие у женщины ряда навыков, которые позволили бы на протяжении всей беременности реализовывать потребности и выполнять социальные функции и роли, необходимые для полноценной жизнедеятельности, получать от этого удовлетворение, в совершенстве владеть своим телом и чувствовать себя гармоничной частью окружающего мира [5].

Психологический аспект помощи женщинам во время беременности и в период подготовки к родам введен в медицинскую практику, что нашло свое отражение в нормативно-правовой базе, регламентирующей данный вид медицинской помощи. Так, в Приказе МЗ РФ № 50 от 10.02.2003 года «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» отмечается, что наиболее перспективной и эффективной формой занятий в «Школе матерей» является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. На занятиях рассматриваются вопросы подготовки беременной к родам, организации ухода за новорожденным, профилактики заболеваний, борьба за грудное вскармливание. В «Школе Матерей» будущие матери получают квалифицированные консультации юристов, социальных работников по вопросам социальных выплат. В каждом конкретном случае имеется взаимодействие с другими субъектами профилактики (взрослая, детская поликлиника, органы управления социальной защиты населения, органы опеки и попечительства, управление внутренних дел), что способствует предупреждению социально опасного положения беременных женщин и их детей.

Психологическая помощь беременным женщинам должна включать в себя следующие задачи: воспитание родительской ответственности; формирование социально-психологических навыков оказания поддержки в семье, регулирования отношений семьи с социумом; повышение психолого-педагогической компетентности; ознакомление с информацией о внутриутробном развитии ребенка и психологическом значении процесса родов для ребенка, матери и отца; приобретение знаний о развитии и обучении ребенка раннего возраста, воспитании, в том числе половом воспитании; приобретение навыков саморегуляции, то есть овладение различными техниками произвольного регулирования функционального состояния организма и душевного состояния личности.

В настоящее время необходимо более интенсивное внедрение в систему здравоохранения специалистов по психологической и социальной работе, деятельность которых координировала бы усилия всех учреждений, направленных на поддержку беременных женщин и их семей. Помимо этого должна происходить разработка и внедрение единой системы комплексного ведения беременных женщин и их семей, включающей финансирование не только медицинской, но и социальной, психологической помощи данной группе населения.

Медико-социальная эффективность психологического сопровождения беременности позволит «перезагрузить» сложившуюся годами практику амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Очевидно, что сегодня необходимо сконцентрировать внимание специалистов на работе с ценностями, мотивациями, установками беременной женщины. Эта работа позволит добиться уравновешивания эмоционального состояния беременной женщины, обучить саморегуляции функциональных и психических состояний с использованием различных психологических методик, сформировать навыки и умения адекватного поведения в родах.

Подготовка беременной женщины к выполнению роли матери – сложный процесс, успешная реализация которого зависит от целой системы факторов, направленных на актуализацию биологического, психологического и социального благополучия женщины.

Осуществленный анализ проблемы позволил выделить несколько подходов к изучению беременности: физиологический, психопрофилактический, психотерапевтический и социально-психологический. При этом только два первых подхода представлены и реализуются в современных российских медицинских учреждениях. Реализация психотерапевтического и социально-психологического подходов лишь номинально включена в задачи женской консультации.

Заключение

К сожалению, на сегодняшний день в России отсутствуют государственные структуры, перед которыми стоит задача решения комплексных задач социально-психологической, медико-социальной и правовой помощи беременной женщине. В данных условиях деятельность женской консультации, направленная на защиту материнства и детства, оказание реальной комплексной помощи матери и ребенку, улучшение демографической ситуации, возрождение и укрепление семейных ценностей, является остро востребованной.

Изменение существующего положения возможно только на основе междисциплинарного подхода к акушерским проблемам. Необходимо формирование новой парадигмы медицинского мышления допускающего, что не только заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, утомление, тревога могут являться этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений. Реализация данной задачи будет наиболее эффективной в рамках междисциплинарного изучения проблемы, что позволит разработать оптимальную модель подготовки беременной женщины к выполнению роли матери с учетом как потребностей самой женщины, так и возможностей института медицины.

Литература

1. Брутман В.И., Варга А.А., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал.- 2000.- Т. 21.- №2 - с. 79-87.
2. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии.- 2002.- №1.- с. 59–68.
3. Белоусова Е. А. Наши современницы о родовспоможении в России / Е. А. Белоусова // Корни травы: сб. статей молодых историков.– М., 1996. – С. 216-228.
4. Пучкина Ю. А. Профилактика ранних отказов от детей в контексте проблемы социального сиротства / Ю. А. Пучкина // Вестник Томск. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология.– 2009.– № 1 (5).– с.43-52.
5. Лебедева Л. Ф. Проблемы формирования семейно-ориентированных программ / Л. Ф. Лебедева // Семья в России.– 1996.– № 2.– с.102-113.