
Ольга Мельникова

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВ: ЗАБОТА И ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

В данной работе внимание уделяется осуществлению заботы в сфере современной медицинской помощи роженицам в условиях стационара. Забота и применение технологий предстают в исследованиях как два различных подхода к родам. Эмоциональная работа, внимание к индивидуальным особенностям пациента, создание комфортной атмосферы рассматриваются исследователями как профессиональные задачи среднего медицинского персонала. Применение технологий обезболивания в родах ставит вопрос о роли врача в осуществлении заботы, а также о распределении задач между врачом и акушеркой. Анализ материалов исследования применения эпидуральной анестезии в российских роддомах позволяет сделать некоторые выводы о значении использования обезболивающего для врачей, об уходе за пациентом как маркере позиции в медицинской иерархии, о профессиональной дифференциации медицинской помощи и альтернативах заботе и обезболиванию в роддомах.

Ключевые слова: родовспоможение, забота, медицинские технологии, эпидуральная анестезия

Современная российская система родовспоможения трансформировалась в результате реформ, проводимых с 2006 г. В рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» введена программа «Родовый сертификат», влияющая на финансирование учреждений в области репродуктивного здоровья. Программа направлена на повышение роли роженицы в выборе роддома, стимулирование качественного медицинско-

Ольга Олеговна Мельникова – научный сотрудник НОЦ «Социально-политические исследования технологий», НИ ТГУ, Россия. Электронная почта: melnikowa.olga@gmail.com

го обслуживания, создание конкуренции между учреждениями, а также на техническое усовершенствование (Послание Президента 2006).

В родовспоможении технология эпидуральной анестезии является одной из самых востребованных медицинских манипуляций¹. Анестезия особенно интересна для исследования в связи с необязательностью применения обезболивающего в родах, а также с большим различием доли родов с применением эпидуральной анестезии в роддомах одного типа². Она применяется для снятия родовой боли, которая «вшита» в родовой процесс, и в некоторых случаях воспринимается врачами и роженицами как не требующая медицинского вмешательства.

Американский антрополог Робби Дэвис-Флойд показывает, что современное акушерство опирается на применение специализированных технологий, на фрагментирующий и обезличивающий подход к женщине. Она называет этот подход «технократическая модель рождения» (*technocratic model of birth*), куда относит и применение эпидуральной анестезии. Дэвис-Флойд противопоставляет медиализованный подход холистическому (*holistic model of birth*), включающему внимание не только к отдельным органам, фрагментам рождающего тела, но к индивидуальным особенностям роженицы, эмоциональной составляющей родов (Davis-Floyd 1992). Такой подход близок к пониманию заботы в сестринском уходе за пациентами, когда забота рассматривается в качестве маркера особого подхода к оказанию медицинской помощи в отличие от технократической модели.

В качестве агентов заботы исследователями рассматривается средний медицинский персонал, тогда как работа с технологиями в первую очередь задача врача (Lupton 1998). В исследованиях взаимодействия врачей-гинекологов с беременными женщинами российскими авторами выделяется «мягкий», заботливый подход к пациенту (Бороздина 2011; Красильникова 2011). Можно предположить, что забота о пациенте со стороны врача возможна и в ситуации родов, однако, если это так, то как распределяется функция заботы между акушерками и врачами? И если врачи придерживаются заботливого подхода, то как они совмещают его с применением технологий?

В первой части статьи рассматривается понятие «забота», проблематизируется применение технологий в родовспоможении, а также дается краткая информация об эпидуральной анестезии. Затем предлагаются примеры распределения заботы, профессиональной дифференциации

¹ Статистических данных о применении эпидуральной анестезии в открытом доступе нет. В российских роддомах, где проводилось исследование автора, эксперты определяют долю таких родов до 60%.

² В исследуемых случаях разброс доли родов с применением эпидуральной анестезии от 18% до более половины родов.

в роддомах, а также немедицинских задач применения врачами обезбоживания в родах. В качестве эмпирической базы выступают данные исследования 2011–2012 гг., проведенного в шести роддомах двух российских городов¹. Для понимания представления медиками профессиональных задач и реконструкции их восприятия применения технологий или отказа от него были проведены интервью с работниками родзала (врачи акушеры-гинекологи, акушерки, анестезиологи, неонатологи), с администраторами, имеющими опыт медицинской практики – всего 26 человек. Дополнительно использовался метод включенного наблюдения. Сеансы наблюдения включают эпизоды практик родовспоможения различного типа (физиологичные роды без применения технологий медикаментозного обезбоживания, роды с применением эпидуральной анестезии, роды методом «кесарево сечение» с применением спинальной анестезии и дополнительных средств обезбоживания)².

Понятие медицинской заботы и проблематизация технологий в родовспоможении

Для рассмотрения понятия «забота» в медицинском контексте используется подход Сейлы Дэвис. Для того чтобы подчеркнуть специфику заботы как элемента профессиональной деятельности медсестер, Дэвис различает заботу, осуществляемую без предварительного обучения и профессиональный уход. К первому типу относятся «заботливый уход» (caregiving) и «забота как работа» (carework). Заботливый уход осуществляется в домашних условиях близкими и родственниками; его отличает безвозмездность и эмоциональная вовлеченность заботящегося в данную практику. «Забота как работа» осуществляется как часть оплачиваемых обязанностей в сфере социальных услуг в целом и медицины в частности. Она включает в себя физический труд и «эмоциональную работу» без предварительного обучения (Davies 1995: 19).

В данной статье интересна другая форма заботы – «профессиональный уход». В отличие от «заботы как работы» он предполагает обучение профессиональной (медицинской) помощи, выработку навыков заботы и механизмов преодоления чрезмерной идентификации с пациентом, включение в сложившуюся иерархию медицинских специалистов и вознаграждение в зависимости от уровня профессионального мастерства. Компетентное участие включает умение понять чувства другого, навыки

¹ Исследование проходило в двух городах: 1) 500 тыс. населения, опрошены информанты четырех роддомов, проведено наблюдение в одном роддоме; 2) более 1 млн населения, опрошены информанты двух роддомов, проведено наблюдение в одном роддоме.

² Исследование проведено под руководством профессора Анны Тёмкиной в рамках магистерской работы в ЕУСПб. Реализовано при поддержке корпорации Novartis.

создания комфортной обстановки, эмпатии, коррекции поведения с учетом чувств окружающих (Davies 1995: 23). Эта работа, как пишет Дэвис, не предполагает столь сильной эмпатии и длительного контакта с пациентом, как первые два типа заботы. Но она требует достаточного внимания к уникальным особенностям пациента и понимания его ситуации для эффективной медицинской помощи, в том числе технологического вмешательства. Сохраняется принцип «быть для кого-то» – сосредоточение на пациенте, внимание к его особенностям и готовность откликнуться на его нужды (Davies 1995: 19, 22; Himmelweit 1999).

Одним из примеров профессионального ухода в родовспоможении является работа акушерки, адаптирующей условия современного роддома к конкретной ситуации (Davis-Floyd 2014a, 1992). Акушерка опирается не только на знания распорядка и технологических возможностей роддома, но и на опыт, интуицию и внимание к особенностям роженицы, индивидуализируя роды (Davis-Floyd 1992: 154–159).

В подходе Дэвис-Флойд акушерки, осуществляющие заботу, противопоставлены врачам, опирающимся преимущественно на технологии. Она критикует «техномедицину», которая базируется на стандартах и предполагает медикализацию через применение технологий на всех этапах родов включая эпидуральную анестезию (Davis-Floyd 1987; Davis-Floyd 2014b). Работа Бонни Фокс и Дианы Вортс также указывает на возможность такого восприятия технологий роженицами, описывая чувство неудовлетворенности родами в результате применения эпидуральной анестезии в случае отсутствия заботы о женщине (Fox, Worts 1999). В исследовании родов с эпидуральной анестезией Мадлен Акрич и Бернике Пасвир демонстрируется изменение восприятия рождающего тела как опосредованного диагностическими технологиями: схватки и рождение не принадлежат женщине, она рассматривается как «тело в родах» (body-in-labor) в противовес переживанию опыта схваток (Akrič, Pasveer 2004).

Использование технологий в родовспоможении предполагает понимание помощи в родах как медицинской процедуры с участием профессионалов, а не предопределенного природой процесса (Lupton 1998). В социологии медицины восприятие человека через призму научного знания и опосредованность взаимодействия врач-пациент артефактами и фармацевтическими препаратами характеризуются с помощью категории «медикализация» (Congrad 1992). В родовспоможении медикализация выражена в том, что называется «активным ведением родов» – применение поддерживающих препаратов (глюкоза), стимулирующих (окситоцин), обезболивающих (эпидуральная анестезия) и других средств (Davis-Floyd 1987: 484). Врач «ведет роды» и является не только экспертом, но активным участником процесса. Эпидуральная анестезия в таком контексте – это оптимальное средство рутинной борьбы врача с болью

как патологией¹. В этом контексте забота (имеющая в основе индивидуализацию и эмпатию) исключается, медицинская помощь реализуется исходя из общих детерминирующих принципов, исключающих индивидуальный подход.

Вместе с тем технологии являются средством решения ряда проблем (в первую очередь в случае осложнений). В этом смысле технологические решения также могут быть способом реализации выбора женщины и заботы. Как показывает Дэвис-Флойд, при использовании артефактов возможна их адаптация под потребности роженицы, где технологии могут являться средством реализации заботы, а не выступать её альтернативой (Davis-Floyd 1992). Однако необходимо понять, каким образом такое совмещение реализуется на практике в отношении стандартизированных процедур, таких как эпидуральная анестезия. Прежде чем перейти к вопросам ее применения и осуществления заботы, необходимо рассмотреть общие характеристики эпидуральной анестезии.

Что такое эпидуральная анестезия и кто применяет технологии в роддомах?

Эпидуральная анестезия – один из методов регионарной анестезии, при котором обезболивающие препараты вводятся через тонкую трубку (катетер) в эпидуральное пространство позвоночника. Результатом анестезии является потеря чувствительности на отдельных участках тела в зависимости от места пункции и дозы препарата (Браун 2009:417). Родовспоможение является частным случаем её использования. В результате действия эпидуральной анестезии снижается чувствительность от грудного отдела до нижних конечностей, при этом женщина остается в сознании и может оценивать ситуацию (Браун 2009: 17). В некоторых случаях она также может перемещаться, что позволяет ей ощущать схватки и переживать рождение ребенка без болезненных ощущений. В связи с этим ей необходим дополнительный уход со стороны медицинского персонала, помимо предписанного протоколом (контроль артериального давления и др.).

Существуют противопоказания к применению эпидуральной анестезии, например, она не может быть поставлена ранее определенного раскрытия шейки матки, а её действие должно быть прекращено во время полного раскрытия в момент потуг (Сидорова и др. 2006: 89). Однако противопоказания не являются строгими, и окончательное решение принимается врачом на основании его представлений о необходимой помощи в родах. Отсутствие жестких ограничений и показаний оставляет возможность выбора ситуаций использования.

¹ В интервью противники медицинского вмешательства в роды (т.н. «естественники») иронично характеризуют задачу врача как «причинить добро».

Принятие решений о назначении препаратов и технологий, оценка рисков, обращение с роженицей, забота – реализуются в контексте сложившихся правил и практик помощи в родах. Позиция врача в российском родовспоможении является наиболее значимой для принятия решений. Врач акушер-гинеколог, «ведущий роды», является тем, кто в значительной степени определяет возможность и необходимость применения технологий (Федеральный закон 2011), в том числе эпидуральной анестезии. Возможности пациентки повлиять на выбор обезболивающего формально связаны с принятием «информированного согласия» или отказом от него.

Одним из средств воздействия на ситуацию являются платные услуги, позволяющие индивидуализировать взаимодействие и выстроить доверительные отношения пациента и врача (Бредникова 2009; Здравомыслова, Тёмкина 2009; Красильникова 2011). Однако роженица не всегда обладает объективной информацией о течении родов, эффектах препаратов. Возможность применения эпидуральной анестезии в первую очередь определяет врач, который принимая решения, влияет на работу среднего медицинского персонала – акушерок, анестезистов. Акушерки обладают некоторой профессиональной автономией (например, в практиках реализации «акушерского пособия», т.е. принятия ребенка при физиологичных родах), но зависят от условий, созданных врачом.

Эпидуральная анестезия предполагает новый формат родов – особые положения тела женщины и персонала. В некоторых случаях её использование требует изобретательности от акушерки и врача, т.к. традиционные способы контроля женского тела посредством устных указаний врача затруднены, а переходы с кушетки на кровать в период схваток иногда оказываются невозможными без помощи окружающих. Одновременно использование эпидуральной анестезии способствует «механизации» родов – участие врача и акушерок становится регламентированным, необходимость вмешательства в процесс родов с их стороны и периоды взаимодействия с пациенткой определяются не потребностями роженицы (боль отсутствует), но процедурной необходимостью (см. также Akrich, Pasveer 2004). Однако в любом случае применение эпидуральной анестезии предполагает дополнительные усилия и внимание со стороны медперсонала.

Обезболивающие технологии и проявления заботы в российском родовспоможении

Из сказанного выше видно, что в первую очередь акушерки рассматриваются исследователями в качестве субъектов заботы в родо-вспоможении. Врачам отводится роль ответственных за трансляцию научного знания, реализацию медицинских стандартов и технологическое сопровождение родов. Обращение к эмпирическому материалу о медицинской помощи роженицам предполагает фокус на двух центральных вопросах: 1) забо-

тятся ли врачи о пациенте или это работа исключительно среднего медицинского персонала? 2) если врачи осуществляют заботу, то возможно ли совмещение заботы и технологической помощи (на примере обезболивания). В данной части будет показано как производится распределение заботы при применении технологий.

Кто заботится?

Забота и профессиональная дифференциация

В интервью, касающихся эпидуральной анестезии и применения технологий, такие черты как внимание, близость к пациенту рассматриваются средним медперсоналом как присущие в первую очередь акушеркам. Некоторые акушерки позиционируют свою работу как специфическую именно через заботу. Так, в одном из интервью разводятся профессиональная помощь акушерки и её персонализированные отношения с роженицей; работа врача, основанная на знании, и работа акушерки:

Это два полюса разных... Врач выполняет свою лечебную, врачебную функцию, корректирующую..., он учился, он знает. А акушерка, ну, кроме её профессионализма приема родов, оказания акушерского пособия и всех этих факторов, она все-таки ближе, другое звено совсем. То есть, это, можно сказать, как подруга (интервью 1, акушерка).

Акушерка «как подруга» предполагает работу по выстраиванию персонализированных отношений, при этом подчеркивается её специфический статус. «Забота как работа» приписывается именно среднему медицинскому персоналу, дифференциация профессиональных задач между врачом и акушеркой распространяются на отношения заботы. Некоторые врачи в интервью высказывают готовность сопереживания, выстраивания отношений и поиска индивидуального подхода. Такой подход связан с более осторожными оценками возможностей эпидуральной анестезии и готовностью подстраиваться под потребности роженицы, что может оцениваться коллегами-врачами негативно:

Доктор принимала роды вертикальные, ... нужно было вставать на колени перед женщиной ... для того чтобы видеть, как идет процесс. И врачи над ней откровенно насмеялись: «... Чё ты там опять перед этими бабами ползаешь?!». ... У нее было внутреннее убеждение, что так женщине легче и лучше (интервью 2, акушерка).

В данном случае нужно обратить внимание на негативную оценку со стороны коллег ситуации, в которой акушерское пособие осуществляет врач, а не акушерка, и использует нестандартный подход в принятии родов, предполагающий готовность подстроиться под женщину. Наблюдения за повседневной работой также показывают, что забота оценивается как готовность подстраиваться под рожениц и рассматривается как обязанность аку-

шерок и медицинских сестер, а не врачей. Забота оценивается как более «приземленное» занятие, нежели врачевание. Ситуации заботы (сопереживания, поглаживания, помощи в поиске удобного положения и т.п.) могут осуждаться, даже если осуществляются средним медперсоналом: «*пошла колбасу выпрашивать*» – говорят коллеги заботящейся анестезистке, «*выслушивается*» – о внимательной акушерке. Однако некоторые врачи все же берут на себя эту работу.

Осуществляется ли забота во время применения эпидуральной анестезии? Принятие решений и реализация технологии – в основном работа врачей. Материал исследований позволяет сделать вывод, что часто врач-анестезиолог подходит к процедуре формально: объяснение эффектов анестезии, предоставление на подпись информированного согласия, инструкции роженице, проведение манипуляций – все это при минимальном контакте. Работа анестезиолога при постановке эпидуральной анестезии в физиологичных родах контрастирует с его действиями в операционной: в последнем случае он взаимодействует с пациенткой (с целью контроля состояния женщины), оказывая заботу и сочувствие. Во время физиологичных родов о роженице с эпидуральной анестезией готовы проявить заботу скорее акушерки и анестезисты:

Приходится больше внимания уделять женщине, потому что она уже во многом не может элементарно встать с кровати, выйти за пределы палаты и позвать. К ней чаще (традиционно раз в 2 часа, если это не индивидуальные роды, и при большом количестве женщин), приходится обращать внимание, чаще приходиться (интервью 3, акушерка).

Такое обращение можно рассматривать как шаг в сторону «профессионального ухода»: формального мониторинга, предполагающего постоянную сфокусированность на возможных потребностях женщины. Одновременно начинают формироваться группы и особые коллективные нормы профессиональной помощи как на уровне отдельных команд, так и учреждений (например, высокотехнологичные перинатальные центры, ставящие в центр внимания семейные роды).

Таким образом, проявление заботы о роженице ложится на плечи акушерки (иногда анестезиста). Важно, что врач также может осуществлять заботу в родах, однако, оценка его готовности учесть потребности роженицы со стороны коллег может быть негативной. Теперь рассмотрим, осуществляет ли врач заботу о пациентке во время эпидуральной анестезии, и если да, то как сочетаются забота и использование технологий.

Как заботятся врачи?

Минимизация эмоций и гуманизм врача

У врачей существуют различные способы понимания боли и заботы о женщине, обоснования применения анестезии, и целей её использования.

При изучении различных подходов к обезболиванию видно, что часто мотивацией применения эпидуральной анестезии является лечение, она выступает инструментом, позволяющим решить ряд физиологических проблем:

Эпидуральная анестезия применяется как лечебная процедура при аномалиях родовой деятельности. Если раньше мы проводили экстренные кесаревы сечения в связи с дискоординированной родовой деятельностью, то сейчас это показание, оно намного сузилось, потому что мы... корректируем родовую деятельность, и женщина рождает самостоятельно (интервью 4, врач акушер-гинеколог).

В таком случае анестезия является лекарством. Родовая боль определяется как причина медицинских проблем, а не самостоятельный повод для применения анестезии. Иногда лечебное действие обезболивающего связывается с его «побочным эффектом» – снижением артериального давления, и в этом случае боль не попадает в фокус внимания медиков. На первый план выходит оценка эффективности, медикализированное решение задачи родов, а не забота. Применение обезболивающего и забота могут соприкоснуться в двух других аспектах: проявление гуманного отношения к роженице, способ контроля, снижения эмоций. Эпидуральная анестезия может выступать как средство гуманного отношения к пациентке. Часть врачей считает проявление гуманизма неотъемлемой составляющей своей работы, и это предполагает не только борьбу за жизнь, здоровье женщин и детей, но и помощь в преодолении боли. Одна из врачей, участвовавших в исследовании, говорит о своем сопереживании роженице:

Ну конечно, я занимаюсь, извините меня, она лежит, ей больно, мне-то её жалко тоже ну. Врач же к этому тоже должен как-то привыкнуть, и себя-то тоже как-то надо защищать (интервью 5, врач акушер-гинеколог).

Является ли сочувствие признаком заботы? Врач обращает внимание как на физическую боль, испытываемую пациенткой, так и на её субъективные переживания, учитывает перспективу роженицы. В этом случае применение анестезии является следствием гуманных соображений и эмпатии (что соответствует определению «заботы как работы» в терминах Дэвис). Важно обратить внимание на «защиту себя», необходимую в результате эмпатии. То есть переживания женщины для врача важны только в связи с собственным откликом на боль роженицы.

В другом случае задачей, которую на себя берет профессионал, является не только снятие боли, а достижение некоторого общественного блага. Эпидуральная анестезия – это средство, которое позволяет женщинам почувствовать «радость материнства»:

Очень многие женщины – к вопросу о демографической политике – настолько пугаются первых родов, что их же вообще не заставить потом вообще забеременеть. ... А то, что вот именно то, что убирает вот

эти боли, спастические, ... как раз очень сильно накладывает отпечаток на впечатление женщины о родах (интервью 6, интерн).

Помещенная в контекст национальных проектов анестезия становится предметом политическим. Она создает дискурс благополучного материнства, позволяет ощутить сопричастность к самореализации конкретной женщины и решению демографических задач. Такой подход помещает беспокойство о благополучии рожениц в разряд средств, а не самоцели, унифицирует женщин.

Обезболивание может рассматриваться как средство контроля и исключения эмоций роженицы. Важной составляющей приведенной выше цитаты является вторая её часть – *«и себя-то тоже как-то надо защищать»*. Эта фраза отражает еще один мотив применения анестезии: она используется не только для снижения боли, но и для минимизации эмоциональной нагрузки на врача:

Вот у тебя десять женщин лежит в предродовой, все орут. ... У каждой есть своя проблема, и все ж это надо переварить, нужно быть спокойным, нужно быть уравновешенным. И когда есть эпидуральная анестезия... они не орут, когда они не орут – им не больно, они спокойны – я спокойна. Меньше напряжения, меньше волнения, значит, меньше торопливости, меньше кесарева сечения... (интервью 5, врач акушер-гинеколог).

Спокойствие врача является основанием применения анестезии и вероятным средством достижения его качественной работы в результате «исключения» эмоций женщины, рассматриваемых как проблема. Иногда такое состояние определяется как «истерика», с которой может справиться технология:

Когда женщина просто уже не слышит ничего, ничего не понимает, естественно, такая женщина никакому доктору не понравится. Ей сделали эпидуральную, она вновь адекватной стала. ... Контакт между женщиной и врачом, и акушеркой – это очень важно. ... Естественно, когда она адекватна и обезболена, с ней работать проще (интервью 7, врач акушер-гинеколог).

Применение анестезии является возможностью для врача контролировать ситуацию, что происходит при минимизации эмоций женщин, связанных с болью. Одним из значимых условий эффективной работы, по мнению информантов, является аффективная нейтральность. Эпидуральная анестезия используется как альтернатива эмоциональной работе, предлагаемой Дэвис как элемент заботы. Вместо усилий по управлению своими эмоциями врач нивелирует эмоции женщины медикаментозно. Забота при родовой боли скорее осуществляется там, где не применяются технологии.

Эпидуральная анестезия блокирует болевые ощущения не на все время родов. В эти небольшие «просветы» болевых ощущений возможно проявление заботы о роженице со стороны медиков в понимании «заботы

как работы» (sagework) (поскольку обученных заботе специалистов в изучаемых роддомах нет). Разрыв в ситуациях применения технологии и заботы проявляется через фрагментирование родов – «просветы» болевых ощущений, в которые возможно факультативное проявление заботы о роженице. Зоны заботы без технологий: 1) работа с болью и «истерикой» перед применением анестезии; 2) ослабление анестезии перед рождением ребенка (забота с целью настроить на роды); 3) потужной период и завершающий период родов.

Альтернативы заботе и обезболиванию

Фрагментирование предполагает временные промежутки, в которые не происходит обезболивания, роженица ощущает схватки и переживает боль. Означают ли роды (или отдельные этапы родов) без анестезии заботу о роженице со стороны врача или акушерки? На практике возможность заботы во время переживания боли реализуется не во всех случаях. Условно можно выделить два полярных подхода к медицинскому уходу во время родовой боли, помимо заботы возможны дистанцирование и нагнетание.

«Дистанцирование» от роженицы является одним из типичных вариантов «взаимодействия», характерного как для врача, так и для среднего медперсонала. Для сотрудников российских роддомов, в которых проводилось исследование, скорее характерно мягкое игнорирование ситуаций родовой боли до тех пор, пока ситуация не квалифицируется как требующая медицинского вмешательства (в том числе обезболивающего). В основном внимание роженице уделяется во время потуг или осложнений. Дистанцирование может быть как индивидуальной стратегией медика, так и коллективной нормой. Другой вариант – «нагнетание», когда эмоциональная работа может осуществляться, но не всегда является признаком заботы. Одной из характерных черт российского родовспоможения является нагнетание эмоций (что рассматривается также как эмоциональная работа (Sutton 1991)) во время потуг: рождение ребенка сопровождается негативным эмоциональным фоном, недобрительными замечаниями в адрес роженицы, причем как со стороны врача, так и среднего медицинского персонала. Примеры такой эмоциональной работы получены при наблюдениях в роддомах, а также описаны в исследованиях, где роды рассматриваются как ритуал инициации (Белосува 1999).

Таким образом, персонал роддома демонстрирует различные подходы к заботе о роженицах. В случае акушерок дифференциация видна в большей степени, т.к. некоторые из них рассматривают заботу в качестве своей работы, тогда как другие дистанцируются от роженицы. Выше отмечалось, что врачи могут осуществлять заботу, но это не является типичным для них. Важно, что забота на практике не находится

в прямом противопоставлении применению технологий. Эпидуральная анестезия является только одним из возможных вариантов обращения с роженицей. При этом фрагментация родов позволяет менять способы взаимодействия медицинского персонала с пациентами.

Итак, возможно ли осуществление заботы о роженице в случае применения эпидуральной анестезии, и осуществляется ли такая забота со стороны врачей? Применение эпидуральной анестезии имеет различные смыслы для врачей: это может быть «лечение», «гуманность», «контроль ситуации». Забота врачей проявляется в первую очередь через подчеркивание гуманности обезболивания. Однако это является лишь дополнительным мотивом применения анестезии, минимизирующей необходимость эмоциональной работы врача посредством медикаментозного контроля над переживаниями роженицы. Более важные задачи, стоящие перед медиком – предотвращение патологий в родах (не обязательно связанных с болью) и поддержание контроля над поведением роженицы. Применение эпидуральной анестезии связано не столько с заботой о конкретной роженице, сколько с решением других задач, общих для случаев разных пациенток.

Отвечая на вопрос о возможности совмещения технологий (эпидуральной анестезии) и заботы необходимо указать, что часто это взаимоисключающие элементы. Обезболивание помещает женщину в категорию не требующих заботы рожениц, исключая период до обезболивания и во время потуг. В этом смысле обезболивание и забота осуществляются в различные периоды родов.

«Забота как работа» реализуется скорее в те моменты, когда не используется анестезия. Отказ от обезболивающего не всегда предполагает заботу медиков. Внимание к потребностям роженицы, поддержка и эмпатия характерны в основном (хотя и не исключительно) для среднего медицинского персонала. Готовность специалистов проявить заботу в качестве элемента медицинской помощи является одним из оснований профессиональной дифференциации. На практике помимо технологического вмешательства и заботы для медиков возможны и другие стратегии работы с роженицей, переживающей родовую боль (например, «игнорирование ситуации» или «нагнетание»), то есть забота не является единственной альтернативой эпидуральной анестезии.

Описание полевых данных

Интервью 1. Акушерка, 54 года, стаж работы 20 лет.

Интервью 2. Акушерка, 43 года, стаж работы 10 лет.

Интервью 3. Акушерка, 25 лет, стаж работы 4 года.

Интервью 4. Врач акушер-гинеколог, женщина, 32 года, стаж работы 6 лет.

Интервью 5. Врач акушер-гинеколог, женщина, 50 лет, стаж работы 25 лет.

Интервью 6. Интерн, женщина, 24 года, практика работы в трех роддомах.

Интервью 7. Врач акушер-гинеколог, женщина, 28 лет, стаж работы 2 года.

Список источников

Белоусова Е. А. *Современный родильный обряд. Фольклор и постфольклор: структура, типология, семиотика* 1999 // <http://www.ruthenia.ru/folklore/belousova4.htm> (дата обращения: 29.05.2014).

Бороздина Е. Медицинская помощь беременным: в поисках заботы // Е. А. Здравомыслова и А. А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы*. СПб: Изд-во ЕУ СПб, 2011: 54–83.

Браун Д. Л. *Атлас регионарной анестезии*. М.: ООО «Рид Элсивер», 2009.

Бредникова О. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов // Е. А. Здравомыслова и А. А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб: Изд-во ЕУ СПб, 2009: 211–233.

Здравомыслова Е., Тёмкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Е. А. Здравомыслова и А. А. Тёмкина (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб: Изд-во ЕУ СПб, 2009: 179–210.

Красильникова Д. На приеме у гинеколога: «техническая» и «персонализированная» модели исполнения роли врача. Эссе // Е. А. Здравомыслова и А. А. Темкина (ред.) *Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы*. СПб: Изд-во ЕУ СПб, 2011: 54–83.

Послание Президента Федеральному Собранию Российской Федерации, 10.05.2006 // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60109/ (дата обращения: 29.06.2014).

Сидорова И. С., Кулаков В. И., Макаров И. О. *Руководство по акушерству*. Учебное пособие. М.: «Медицина», 2006.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 23.11.2011 г. // Российская газета. Федеральный выпуск. 2011. (5639).

Akrich M., Pasveer B. Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives // *Body & Society*. 2004. 10 (2–3): 63–64.

Conrad P. Medicalization and Social Control // *Annual review of Sociology*. 1992. (18): 209–32.

Davies C. Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited // *Acta Sociologica*. 1995. 1 (38): 17–31.

Davis-Floyd R. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.

Davis-Floyd R. *Daughter of Time: The Postmodern Midwife* 2014a // <http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/daughter-of-time-the-postmodern-midwife/> (дата обращения: 26.05.2014).

Davis-Floyd R. *From Technobirth to Cyborg Babies* 2014b // <http://www.davis-floyd.com/uncategorized/from-technobirth-to-cyborg-babies/> (дата обращения 26.05.2014).

Davis-Floyd R. The Technological Model of Birth // *The Journal of American Folklore*. 1987. 398 (100): 479–495.

Fox B., Worts D. Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth // *Gender and Society*. 1999. 3 (13): 326–346.

Himmelweit S. Caring Labor // *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1999. (561): 27–38.

Lupton D. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*. London; Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

Sutton R. I. Maintaining Norms About Expressed Emotions: The Case of Bill Collectors. *Administrative Science Quarterly*. 1991. (36): 245–268.

MEDICAL HELP IN OBSTETRICS: CARE AND TECHNOLOGY

Olga Melnikova

This article focuses attention on how care is carried out in the modern Russian obstetrics system in the case of a maternity clinic. In research done on this question, care and the application of technological methods of treatment appear as two opposing approaches to childbirth. Researchers have identified emotional labour, attention to the specifics of the individual giving birth and the creation of a comfortable atmosphere as the key professional qualities of nurses and midwives. The utilisation of analgesic technologies in childbirth raises the question of the doctor's role in providing care, as well as issues over the separation of job duties between the doctor and the midwife. An analysis of the use of epidural anaesthesia in Russian birth clinics allows us to draw fresh conclusions on a variety of issues. These include the meaning of anaesthesia for doctors, the value of care for the patient as a marker within the medical hierarchy, professional differentiation in medical care and the alternatives on offer in care and anaesthesia at Russian birth clinics.

Keywords: obstetrics, care, medical technologies, epidural anaesthesia

References

- Akrich M., Pasveer B. (2004) Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives. *Body & Society*, 10 (2–3): 63–64.
- Belousova E. A. (1999) Sovremennyy roditel'nyy obryad. Fol'klor i postfol'klor: struktura, tipologiya, semiotika [Modern Childbirth Rites. Folklore and Post-Folklore: Structure, Typology, Semiotics]. Available at: <http://www.ruthenia.ru/folklore/belousova4.htm> (accessed 29 May 2014).
- Borozdina E. (2011) Meditsinskaya pomoshch' beremennym: v poiskakh zaboty [Medical Care for Expectant Mothers: Looking for Care]. E. A. Zdravomyslova, A. A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches]. SPb: EUSP Press: 54–83.
- Brown L. David. (2009) *Atlas regionarnoy anestezii* [An Atlas of Regional Anesthesia]. Moscow: "Rid E'lsiver".
- Brednikova O. (2009) Pokupaya kompetentsiyu i vnimanie: praktiki platezhey vo vremya beremennosti i rodov [Buying Competence and Heed: Payment Practices During Pregnancy and Childbirth]. E. A. Zdravomyslova, A. A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and Credibility: Gender Approach to Reproductive Medicine]. St. Petersburg: EUSP Press: 211–233.
- Conrad P. (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, (18): 209–32.
- Davies C. (1995) Competence Versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 1 (38): 17–31.
- Davis-Floyd, R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.

- Davis-Floyd R. (2014a) *Daughter of Time: The Postmodern Midwife*. Available at: <http://www.davis-floydresents.com/uncategorized/daughter-of-time-the-postmodern-midwife/> (accessed 26 May 2014).
- Davis-Floyd R. (2014b) *From Technobirth to Cyborg Babies*. Available at: <http://www.davis-floydresents.com/uncategorized/from-technobirth-to-cyborg-babies/> (accessed 26 May 2014).
- Davis-Floyd, R. (1987) The Technological Model of Birth. *The Journal of American Folklore*, 398 (100): 479–495.
- Federal'nyy zakon Rossiyskoy Federatsii ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» (2011) [Federal Law of the Russian Federation, 21 November 2011 N 323-FZ «On the Principles of Health Protection for Citizens in Russian Federation»]. *Rossiyskaya gazeta. Federal'nyy vypusk*. [Russian Newspaper. Federal Issue] (5639).
- Fox B., Worts D. (1999) Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender and Society*, 3 (13): 326–346.
- Himmelweit S. (1999) *Caring Labor. Annals of the American Academy of Political and Social Science*, (561): 27–38.
- Krasil'nikova D. (2011) Na prieme u ginekologa: "tekhnicheskaya" i "personalizirovannaya" modeli ispolneniya roli vracha [Gynecologist Consultation: "Technique" and "Personal" Models of the Doctor Roles]. E. A. Zdravomyslova, A. A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and Intimate Life: Sociological Approaches]. St. Petersburg: EUSP Press: 54–83.
- Lupton, D. (1998) *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*. London; Thousand Oaks: Sage Publications.
- Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu Rossiyskoy Federatsii* (2006) [Presidential Address to Russian Federation Federal Assembly], 10.05.2006. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60109/ (accessed 29 June 2014).
- Sidorova I. S., Kulakov V. I., Makarov I. O. (2006) *Rukovodstvo po akusherstvu* [A Handbook on Obstetrics]. Moscow: Meditsina.
- Sutton R. I. (1991) Maintaining Norms about Expressed Emotions: The Case of Bill Collectors. *Administrative Science Quarterly*, (36): 245–268.
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) «Vracham ya ne doveryayu, no...» Preodolenie nedoveriya k reproduktivnoy meditsine [«I Don't Trust Physicians, But...» Establishing Trust in Reproductive Medicine]. E. A. Zdravomyslova, A. A. Temkina (eds.) *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and Credibility: The Gender Approach to Reproductive Medicine]. St. Petersburg: EUSP Press: 179–210.