

НА ПРИЕМЕ У ГИНЕКОЛОГА: ЗАБОТА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Мы привыкли понимать окружающий мир, исходя из ясной дуалистической картины, в которой мужское противостоит женскому, разумное — чувственному, а публичное — приватному. Еще одним элементом (пусть не столь явным) данного перечня может стать пара «профессионализм — забота». Ее первое звено прочно ассоциируется с публичным пространством, формальными отношениями и рационализмом, в то время как вторая часть отсылает нас прежде всего к семье и домашнему очагу, высокоперсонифицированным взаимодействиям и эмоциональной вовлеченности.

Однако, как отмечают исследователи [4, 8], в современном индустриальном обществе четкое разделение между сферой профессионализма и сферой заботы не представляется столь очевидным. В нем происходит «отрыв» некоторых направлений заботы от традиционного контекста дома и семьи. Забота институционализируется и коммерциализируется, если посредством мер социальной политики государство делегирует различные ее виды специализированным учреждениям и экспертам — социальным работникам, учителям, врачам. Так возникает новая модель заботы, профессиональная забота, когда уход и поддержка реализуются за пределами приватного пространства.

Подобная профессиональная забота (в отличие, скажем, от той неоплачиваемой работы и эмоциональной поддержки, которую женщины выполняют в качестве жен и матерей) оказывается чем-то «неестественным», чем-то, что необходимо специально организовывать. Настоящая статья посвящена возможности организации профессиональной заботы в такой гендерно чувствительной сфере, как репродуктивное здравоохранение, и в частности в сфере медицинской помощи беременным женщинам.

Что, с точки зрения докторов и их пациенток, представляет собой врачебная забота? Какое значение она имеет для эффективности профессиональной деятельности акушера-гинеколога? Каковы возможности для реализации заботы со стороны врачей в условиях отечественной системы репродуктивной медицины? Эти вопросы можно считать центральными.

В теоретическом плане данная работа опирается на исследования феминистски ориентированных социологов [6] и политических философов [7, 15], которые рассматривают заботу как особый вид работы и одновременно как особую этику. Вслед за В. Хелд мы будем понимать феномен заботы через обращение к следующей совокупности ее характеристик:

- 1) неусыпное внимание к нуждам и потребностям другого как уникальной и значимой личности, готовность нести ответственность за ее благополучие;
- 2) акцент на конкретных других и локальных контекстах, в которых разворачиваются отношения с ними; уход от универсальных правил и абстрактных моральных суждений;
- 3) эмоции (симпатия, сочувствие и т. п.) как важная составляющая заботы [7, с. 10—11].

Эмпирическую основу нашей статьи составляют фокусированные интервью, проведенные в г. Волгограде в январе 2008 г., а также в мае — августе 2009 г. В исследовании принимали участие 6 врачей-гинекологов, 30 беременных и недавно

родивших¹ женщин. Беседы с врачами и 17 их пациентками проходили в одной из женских консультаций Волгограда, еще 13 женщин были привлечены к проекту посредством обращения автора работы к социальной сети. Средний возраст информанток из числа пациенток составляет 25 лет. Они имеют различные уровни образования (от неполного среднего до степени кандидата наук), различные уровни дохода и matrimониальные статусы.

Логика изложения материала в работе представляет собой переход от рассмотрения сути заботы как составляющей профессиональной деятельности врача-гинеколога к попытке проанализировать возможности для ее реализации в условиях российской женской консультации.

Забота как составляющая профессии гинеколога: связь универсального знания и локального опыта

Традиционное представление о профессионализме не предполагает наличия отношений заботы в качестве составляющей. Начиная с первых работ по социологии профессий, написанных учеными Чикагской школы, выделение какого-либо занятия в профессию связывалось прежде всего с монополизацией его представителями определенной области абстрактного, универсального знания [2, с. 55]. Профессиональная практика оказывалась совокупностью действий по применению научно обоснованных суждений для решения проблем, имеющих инструментальный характер. Не эмоции и внимание к переживаниям конкретных других (что свойственно отношениям заботы), но рациональность и следование общим стандартным правилам стали восприниматься в качестве основы деятельности специалиста.

Сфера медицины не явилась в этом смысле исключением. С одной стороны, ориентация на объективное научное знание, полученное экспериментальным путем, а с другой — максимальная стандартизация проводимых процедур и их предполагаемых результатов сформировали сердцевину привычной для нас модели врачебного профессионализма. Как высказывался по этому поводу Э. Фрайдсон, «стандартизируя задания и результаты так, чтобы они были удобны для измерения и контроля, медицина одновременно стандартизирует самих пациентов и их проблемы. По сути, люди сводятся к заранее определенным категориям. Они становятся объектами, произведенными посредством надежных научных методов» [5, с. 193].

Подобная идеология стандартизации закрепляется на институциональном уровне. Действующие в пределах системы здравоохранения «механизмы легитимации» (стандартизированное образование и лицензирование) и «механизмы зависимости» (обязательное медицинское страхование, госпитализация) приводят к тому, что отношения между врачом и пациентом воспринимаются не как межличностное взаимодействие, но как отношения между разными институционально заданными позициями [14, с. 20].

Данный подход к пониманию врачебного профессионализма, несмотря на его широкую распространенность и фактическое господство на уровне институциональных правил, не раз подвергался критике. Первая линия аргументации против понимания профессиональной деятельности в качестве практической реализации некоего абстрактного, объективного знания связана с сомнением в самой возможности стандартизировать все разнообразие ситуаций, возникающих в реальной жизни. Так, рассуждая по поводу универсальной науки, составляющей ядро профессионализма, шведский социолог Х. Новотны отмечала, что она «не может удовлетворять предъявляемым к ней ожиданиям, поскольку ее связь с частным опытом и компетенцией

¹ К недавно родившим женщинам отнесены те, кто переживал опыт беременности после января 2006 г., т. е. после начала реформ в сфере отечественного репродуктивного здравоохранения, и в частности после введения родовых сертификатов.

остаётся непредсказуемой, переменчивой, фрагментированной и многообразной» [9, с. 12—13].

Применительно к интересующей нас теме можно развить этот тезис, сказав, что реальный человек сильно отличается от той упрощенной модели, на которую ориентированы медицинские стандарты. Как неоднократно подчеркивалось феминистскими авторами, в частности Э. Оукли [11, с. 163—170], жизнь конкретной пациентки, приходящей на прием к врачу-гинекологу, не может быть сведена лишь к переживанию беременности на физиологическом уровне. Учеба и трудовая деятельность, отношения в семье и дружеские связи, личные пристрастия и увлечения — всё это существует наряду с процессом ожидания ребенка и, по сути, является составной частью опыта беременности определенной личности.

В результате, в случае обнаружения врачом какой-либо проблемы, одновременно с ней поднимается комплекс прочих, взаимосвязанных с этой проблемой, факторов. Невозможность пройти госпитализацию из-за угрозы увольнения на работе; отказ сделать УЗИ из-за того, что на это не дает благословения приходской священник, — подобные ситуации не предполагаются стандартными схемами наблюдения беременных, однако встречаются в реальной жизни и в рассказах наших информанток. Таким образом, когда дело касается наблюдения конкретной женщины, медик сталкивается не с какой-то одной задачей, имеющей соответствующее ей рациональное решение, но с множеством пересекающихся вопросов.

Вторая линия критики «бюрократической» модели профессионализма относится непосредственно к сфере деятельности акушеров-гинекологов. Так, отечественные исследовательницы Е. Здравомыслова и А. Темкина подчеркивают, что существует огромная символическая разница между посещением гинеколога и любого другого специалиста (к примеру, стоматолога). В силу того, что опыт материнства оказывает большое влияние на формирование женской идентичности, сфера репродуктивного здравоохранения представляется одной из наиболее «чувствительных» в медицине, от врача здесь ожидается не только трансляция объективных научных знаний, но и сопереживание, поддержка [1, с. 184]. «Успешная» беременность, с этой точки зрения, связывается с установлением доверительных отношений между доктором и пациенткой, когда последняя испытывает и физический, и эмоциональный комфорт.

Рассказы наших информанток подтверждают тот факт, что акушеры-гинекологи — это особая категория врачей, доверие к которым проблематизируется. Следование медицинским советам в этом случае определяется доверием не только к универсальной научной компетенции, но и к конкретному врачу, формируемым в ходе межличностной коммуникации. Отсутствие же подобного доверия, как отмечают сами специалисты, ведет к тому, что женщина игнорирует врачебные рекомендации, в результате чего лечение становится неэффективным.

«Все зависит от авторитета врача. А если для нее [пациентки] доктор еще мало лично значит, еще она выводы не сделала — врачу этому стоит доверять, то она половину лекарств <...> не пьет» (Елизавета Петровна, 63 г.).

Подобные заключения неминуемо наводят на мысль о необходимости пересмотреть привычные представления о врачебном профессионализме, приблизить наше понимание данного феномена к реальному положению дел. В частности, английским исследователем Н. Партоном была высказана идея о том, что в действительности профессионализм сводится не только к обладанию научной компетенцией, но и к умению производить в ходе каждодневного взаимодействия с людьми иной тип знания — опытное субъективное знание, получаемое как результат внимания к уникальности конкретных случаев. Им было предложено определение профессионализма как «рефлексии в действии» (reflection-in-action), возникающей в процессе интеракции между специалистом и клиентом, обратившимся к нему за помощью [12, с. 2].

Таким образом, в реальности, где пациенты, их проблемы и возможные итоги лечения слабо поддаются стандартизации, где во взаимодействие вступают не

абстрактные, усредненные «врач» и «больной», но живые люди из плоти и крови, эффективность работы гинеколога оказывается тесно связанной с проявлением участия и эмоциональной вовлеченности в ситуацию. Врачебный профессионализм в этом смысле выступает уже не просто в качестве упражнения в практическом применении абстрактного научного знания. Как было показано финским социологом Т. Бондас, репродуктивное здравоохранение, наряду с обеспечением здоровья людей посредством медицинских технологий, неотъемлемо включает в себя компонент заботы [3, с. 62].

Развитие данной темы может быть найдено и в беседах с нашими информантками. Так, доктор с сорокалетним стажем работы в женской консультации, рассказывая об особенностях своего профессионального труда, делает акцент на значении коммуникативных навыков для успешного взаимодействия с пациенткой. Ключевую роль при этом играет категория «внимание». Она интерпретируется как эмоциональная вовлеченность врача в беседу с беременной, умение прислушиваться к потребностям конкретной пациентки, понимать ее и создавать комфортную атмосферу общения.

Тесно связанной с категорией «внимание» видится категория «врачебный опыт». Под ним подразумевается субъективное практическое знание, накопленное специалистом за годы работы в женской консультации. Именно этот опыт должен, по мнению гинеколога, подсказать, как именно следует строить интеракцию с данной беременной. По сути, подобный «врачебный опыт» представляет собой аккумулированный результат внимательного отношения к частным случаям конкретных пациенток. Само же внимание в этом смысле может быть определено как главный метод получения практического знания врача.

«Надо быть хорошим врачом, чтобы просто нравиться. Чисто человеческий фактор <...> Если будешь относиться с симпатией к больной, любая, даже с твердой кожей, она все-таки это почувствует. Когда к ней с заботой, с вниманием, не обязательно сюсюканье, я хочу сказать, но просто нормальное, доброе, хорошее лицо <...> внимание им нравится. Когда слушаешь, а не пишешь, когда говоришь добрыми хорошими словами. Некоторые любят, когда называешь: "Зайчик, как ты себя чувствуешь?" Некоторым фамильярность не нравится. Поэтому врачебный опыт должен подсказывать, что ей нравится» (Елизавета Петровна, 63 г.).

Пациентки, описывая врача, который кажется им «хорошим» специалистом, также делают акцент на комфортной межличностной коммуникации с профессионалом. При этом особое значение для женщины имеет готовность медика прийти ей на помощь в любую минуту. Таким образом, «хорошим» доктором оказывается тот, кто постоянно прислушивается к беременной и готов незамедлительно отреагировать (как на уровне медицинских рекомендаций, так и на уровне эмоциональной поддержки) на любое изменение в ее состоянии.

«Но они [врачи] молодцы, мне нравятся. Очень хороший персонал, не покидают в трудную минуту, всегда поддерживают, в любой стрессовой ситуации. Можно в любой момент зайти, если вдруг что-то не так, спросить — они всегда поддержат. Всегда и словом... даже не делом иногда. А просто иногда так важно, когда словом подбадривают» (Эльвира, 25 л.).

Как мы можем увидеть из следующего примера, важным является также и то, что врач не только стремится незамедлительно помочь пациентке, но и учитывает в своих рекомендациях предпочтения самой женщины. В случае, когда это возможно, гинеколог предоставляет беременной право выбора между принятым в медицине (медикаментозным) способом решения проблемы и какими-то альтернативными вариантами («домашними» рецептами).

«Если мучает меня изжога, она [гинеколог] мне сразу что-то говорит, конечно. Ну, если я на что-то пожалуюсь, она мне сразу. Вот изжога, я вообще с ума схожу на всем протяжении [беременности]. Конечно, сразу или лекарства, или что-то, даже вот домашнее, морковка там, семечки, говорит, погрызи. Потому что я насчет таблеток

вообще ничего. Кроме "Витрума", ничего практически не пила, только витамины. Не хочу никаких антибиотиков, ничего» (Ирина, 24 г.).

Еще одной значимой чертой врача, которая нравится пациенткам, является его стремление до определенной степени выравнивать информационный дисбаланс, существующий между ним и пациенткой. Специалист подробно и доступно рассказывает женщине о причинах ее болезненного состояния, а также о разнообразных средствах его преодоления. Важной особенностью такого рассказа опять-таки является его положительная эмоциональная окрашенность, доктор не просто передает беременной часть своих научных знаний, но одновременно старается ее ободрить. В результате подобный подход врача вызывает доверие со стороны пациентки, стремление следовать медицинским рекомендациям.

«Я в [больничном] комплексе лежала, и там очень хорошая врач была <...> она как-то достаточно доступно объяснила, что в принципе с этим [с токсикозом] можно справиться медикаментозно, какими-то средствами... иглотерапией или еще чем-то таким. Что это победимо, что ничего неизлечимого нет и все это проходит. Ну, как-то легче стало. Естественно, как-то их [врачей] уже слушаешь больше» (Татьяна, 27 л.).

Для сравнения кажется уместным привести рассказ той же пациентки о взаимодействии с врачом, описываемым ею в качестве «плохого». В глаза бросается тот факт, что второй специалист не воспринимает жалобы женщины всерьез и не стремится незамедлительно ей помочь. Вместо проявления внимания к переживаниям конкретной беременной доктор делает акцент на типичности ее опыта, на том, что ее проблемы не выбиваются из общей нормы, а следовательно, и не требуют принятия специальных мер. Естественно, мы не наблюдаем здесь и следов эмоциональной вовлеченности гинеколога, попыток сопереживать женщине или поддержать ее.

«А в консультации так вот врач: "Ну, токсикоз. Ну, у половины всех беременных токсикоз. Ничего страшного". Ничего утешительного не говорила то есть: ну, токсикоз и токсикоз — терпи (смеется)» (Татьяна, 27 л.).

Однако вернемся к позитивным примерам врачебной практики и ситуациям, когда врач делится с пациенткой своим знанием. Поскольку большинство гинекологов в России составляют женщины, значительная часть их владеет не только научными сведениями о беременности, но и личным опытом. Передача пациентке этого субъективного знания также становится элементом заботливого в ней отношения. Проявляя свою эмоциональную вовлеченность в коммуникацию, создавая доброжелательную атмосферу и приводя примеры из собственного опыта, врач «очеловечивает» формальное взаимодействие. И это, как отмечает одна из акушеров-гинекологов, служит залогом заинтересованности пациентки в том, чтобы регулярно ходить к врачу и выполнять ее назначения.

Таким образом, успешная профессиональная деятельность медика оказывается связанной не со следованием модели автономии и стандартизации, но с формированием эмоционально окрашенной межличностной коммуникации. В этом случае врач уделяет внимание беременной как конкретной личности и представляет себя ей также в качестве реального человека, обладающего определенным гендерно обусловленным опытом.

«С ними [беременными] надо ласково, нежно обращаться, все им рассказывать и приводить всегда пример, какой-то пример, хороший пример. Чаще всего я делаю это на себе. Их интересует всегда вес, сколько они прибавили за беременность. Я говорю: "Вот я прибавила восемь килограммов". "Ну, тогда еще можно есть". В этом плане. <...> С ними же надо общаться, их надо как-то стимулировать, чтоб они не прерывали дальнейшее лечение» (Анна Ивановна, 27 л.).

Обобщая, можно сказать, что забота о пациентке проявляется в рамках деятельности гинеколога через следующие составляющие:

- 1) восприятие женщины, пришедшей на прием, как конкретной личности, которая не может быть сведена лишь к беременному телу;
- 2) стремление врача наладить с этой женщиной эмоционально окрашенную коммуникацию, создать доброжелательную атмосферу в ходе приема;
- 3) внимание к словам пациентки как основной метод понимания ее потребностей и способ установления успешной интеракции; ориентация на диалог, производство профессионального суждения с учетом практических знаний пациентки о своем организме и в целом об особенностях своей жизненной ситуации;
- 4) акцент на контекстуальности, специфике данного случая;
- 5) позиционирование самого специалиста как конкретного человека, обладающего определенным (гендерно обусловленным) опытом и ориентирующимся на этот опыт в ходе своей профессиональной деятельности;
- 6) забота как постоянная готовность незамедлительно отреагировать на жалобы пациентки; врач как тот, кто всегда готов ответить на вопрос женщины;
- 7) стремление выравнять информационный дисбаланс в отношениях с пациенткой, объяснить особенности ее состояния и суть проводимого лечения.

Возвращаясь к сказанному в начале настоящего раздела, мы обнаруживаем (со)существование двух моделей врачебного профессионализма. В рамках первой из них, которую можно назвать традиционной, бюрократической, безусловный приоритет отдается объективному научному знанию, стандартизации и автономии. Отношения между врачом и пациентом видятся безличными и формальными, а распределение власти/знания происходит в однонаправленном порядке от эксперта к обывателю.

Что касается второй, «нетрадиционной» модели, то здесь происходит дополнение привычных составляющих профессионализма отношениями заботы. Гинеколог и женщина, пришедшая на прием, воспринимаются уже не как абстрактные институциональные позиции, но как конкретные индивиды, помещенные в конкретный контекст (а вернее, контексты). Большое значение в свете этого приобретает эмоционально окрашенная коммуникация между ними. Монолог врача, транслирующего универсальное научное суждение, дополняется диалогом с пациенткой, в ходе которого происходит обмен субъективным, опытным знанием.

Как можно увидеть на материале бесед с нашими информантками, в реальной жизни эффективность профессиональной деятельности гинеколога во многом зависит от его/ее умения (желания) строить свою практику по «модели заботы». Ведь именно наличие таких отношений оказывается важным для формирования доверия к медицинским рекомендациям со стороны пациентки. В результате мы сталкиваемся с определенным противоречием, поскольку на институциональном уровне, на уровне медицинских стандартов, министерских приказов и внутренних правил, действующих в женских консультациях, всецело господствует первая, традиционная модель профессионализма.

В следующем разделе статьи мы попытаемся рассмотреть, как же в подобном контексте возможна реализация модели врачебной заботы. Наше внимание будет сосредоточено на анализе того, какие черты организации работы отечественной женской консультации препятствуют, а какие способствуют этому процессу.

Российская женская консультация: в поисках заботы

Основными медицинскими учреждениями, где российская беременная может получить амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, являются государственные женские консультации. Структурно они либо относятся к районной поликлинике, либо составляют единый комплекс с родильным домом. Оказание врачебной помощи в таких консультациях организовано по территориальному принципу. Это подразумевает, что женщина, проживающая по определенному адресу, прикрепляется к конкретному участку в рамках женской консультации. Прием на этом участке ведут врач-гинеколог и акушерка. Обязанности врача заключаются в осмотре пациентки,

постановке диагноза, назначении лечения, а также в контроле его успешности. Акушерка же выступает в качестве помощника доктора: она готовит инструменты, медицинскую документацию, измеряет артериальное давление беременным и т.п. В идеале на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде наблюдение женщины осуществляет один и тот же участковый врач.

Подобный принцип организации консультаций представляется весьма важным для интересующего нас вопроса о месте заботы в профессиональной деятельности специалиста-медика. Так, в западной феминистской критике [10] одним из наиболее проблематизируемых пунктов выступает «конвейерный» принцип работы врача, при котором пациентка посещает не одного и того же доктора на протяжении всей беременности, но каждый раз взаимодействует с новым специалистом. Авторы подчеркивают, что подобные эпизодические столкновения не дают возможности сформироваться межличностным отношениям между врачом и пациенткой. Для гинеколога, который видит женщину первый и последний раз, все многообразие ее специфического опыта сводится к изложенному в научных терминах диагнозу.

В отечественном репродуктивном здравоохранении, как мы видим, в этом смысле сложилась более благоприятная ситуация. Нормальным считается, если женщина посещает одного специалиста на протяжении всех девяти месяцев. Более того, в значительной части случаев участковый гинеколог оказывается знаком ей и до беременности, т.к. он отвечает также за лечение гинекологических больных и профосмотры женщин, живущих на подведомственной ему территории. Таким образом, некоторые пациентки, забеременев, приходят к врачу, который уже многое знает о них.

В качестве примера позитивного восприятия пациентками такой организации труда гинеколога, а также формирования доверия к участковому врачу можно привести историю одной из наших информанток, Эльвиры (25 л.). У нее с детства было серьезное искривление позвоночника, которое впоследствии стало фактором, сильно осложняющим течение беременности и приведшим к семи вынужденным абортam. Все их Эльвира пережила вместе с одним и тем же участковым врачом. В результате, как отмечает сама женщина, за годы знакомства у нее сложился эмоциональный контакт с гинекологом, которая безразлично относится к судьбе своей пациентки.

Также Эльвира особо подчеркнула, что продолжительный опыт взаимодействия позволил специалисту накопить практическое знание о специфике именно ее состояния. По этой причине информантка не испытывает желания обращаться к другим врачам, которых ей рекомендуют в качестве «хороших», ведь новый доктор не будет в курсе особенностей ее конкретной ситуации.

«Я, может быть, с детства привыкла, что я в одной поликлинике. То есть это врачи, с которыми я на протяжении определенного времени уже сложила какой-то портрет о себе и о них. Потому что по месту жительства, я считаю, что мне окажут большую помощь, чем если я поеду куда-то там, отдам какие-то деньги либо по договоренности, сами знаете, как сейчас. <...> А когда врач знает меня действительно с детства, знает мои болячки, ему легче в трудную минуту сразу быстро среагировать, что нужно делать» (Эльвира, 25 л.).

Интересно также и то, что гинеколог, работающий долгое время на определенном участке, оказывается врачом, наблюдающим всех женщин одной семьи (живущих по одному адресу). Личностный контакт с доктором, налаженный одной женщиной за годы посещения, может быть впоследствии передан «по наследству» дочери или невестке. В этом случае создается потенциал для формирования у гинеколога еще более глубокого и разностороннего знания об особенностях ситуации конкретной пациентки.

«В декабре прошлого года было двадцать лет, как я работаю в поликлинике номер N в женской консультации и на одном участке. То есть это мой. То есть у меня мамы рожали, а теперь уже приводят своих детей ко мне» (Екатерина Алексеевна, 45 л.).

Однако вполне ясно, что наличие подобной системы далеко не всегда гарантирует формирование отношений заботы между врачом и пациенткой. Во-первых, могут возникать случаи, когда врачи на одном участке часто меняются и не успевают хорошо познакомиться с пациенткой, вникнуть в ее ситуацию. Во-вторых, очевидно, что появление межличностного контакта с врачом не может быть гарантировано даже длительным сроком регулярного посещения гинеколога.

На следующем примере мы можем увидеть, как проявляются оба эти фактора «сбоя» в построении отношений заботы. При этом показательно, что следствием подобной неудачи становится недоверие к медицинским рекомендациям со стороны пациентки. Не встретив внимания и эмоциональной поддержки гинекологов, женщина обращается к тем людям, которые наряду с некоторыми знаниями о беременности могут предложить ей и свою заботу, т. е. к близким родственникам.

«Врач мой постоянный, гинеколог, она ушла в декрет еще раньше меня. Поэтому меня вел потом с другого участка... семидесятилетняя женщина, которая все путала меня с другой (усмехается). А потом на наш участок пришла другой врач. Она уже меня доводила. Ну, мне врач очень не нравилась. Она была очень грубая. И акушерка на нашем участке грубая. Я туда ходила с неохотой. А большие, конечно, родственники. Сестра у меня, мама рассказывали. Большие им доверяла» (Екатерина, 24 г.).

Тот факт, что женщину по различным причинам может не устраивать ее участковый гинеколог, был учтен на законодательном уровне. В 2006 г., после вступления в силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 701 от 28 ноября 2005 г. «О родовом сертификате», беременные получили право выбирать женскую консультацию и врача. Что касается женских консультаций, то они стали получать от государства плату за каждую состоящую у них на учете беременную.

Если продолжать тему значения темпорального фактора для формирования отношений заботы между врачом и пациенткой, то стоит обратиться и к другому ее измерению — принять в расчет не только весь срок взаимодействия с гинекологом, но и длительность каждого конкретного визита. И здесь, надо заметить, мы сталкиваемся с проблемой, о которой говорят и доктора, и наблюдаемые ими женщины.

Во-первых, время, отводимое на прием одной пациентки, в принципе невелико и составляет в среднем 12—15 минут (предполагается, что в течение рабочего дня врач должен принять 30 посетительниц). Во-вторых, кроме непосредственного взаимодействия с пациенткой, доктору приходится тратить массу времени на заполнение медицинских карточек и ведение журналов учета. В результате одним из повторяющихся мотивов в интервью участковых гинекологов является жалоба относительно нехватки времени на полноценный, качественный прием каждой пациентки.

«А времени, на самом деле, катастрофически не хватает. Потому что существуют определенные правила внутренние, то есть вот поликлиника дает внутренний какой-то устав, указ. И в результате страдаем и мы, и женщины, которые стоят в коридоре. Допустим, у нас прием по записи, и на каждого человека выделяется пятнадцать минут. Это тяжело. <...> Не хватает, конечно. Очень много журналов, <...> после [приема] одного человека нужно занести [записи] в три, в четыре журнала. Очень много анализов, бывает — в разные лаборатории. Нужно объяснить, что это так, это так. Но, действительно, мы все это объясняем. И очень много писанины, больше, нежели работы с пациентами» (Ольга Игоревна, 33 г.).

Как отметила в интервью гинеколог Екатерина Алексеевна (45 л.), на прием одной беременной у нее уходит минимум полчаса. Очевидным следствием подобного несоответствия нормативных постановлений реальному положению дел становится возникновение очереди к врачу². Самим же докторам из-за этого приходится регулярно

² Чаще всего, в соответствии с «Инструкцией по организации работы женской консультации» (приложение № 1 к приказу № 50 Министерства здравоохранения Российской

задерживаться после официального окончания своего рабочего дня, продлевая прием на час или полтора.

Еще одним фактором, усугубляющим ситуацию с недостатком времени, является то, что не все врачи ведут прием совместно с акушеркой. Большинство докторов, с которыми были проведены беседы, отмечают острую нехватку в консультации младшего медперсонала. Таким образом, если гинеколог ведет прием одна, на ее плечи также ложится нагрузка по заполнению всей документации, подготовке инструмента, оформлению направлений на анализы и пр. В результате длительность приема в 12—15 минут становится уже вовсе недостижимым идеалом.

Чрезмерная загруженность врачей часто служит причиной невыполнения на практике благих законодательных начинаний. Так, беременная, выбрав гинеколога, которого она хочет посещать, рискует столкнуться с неформальным отказом с его/ее стороны. Несмотря на то что консультация в целом финансово заинтересована в увеличении числа наблюдаемых в ней беременных, каждый отдельный специалист может считать объем своей работы и так слишком большим, чтобы дополнительно увеличивать его за счет постановки на учет новых пациенток.

«Я, допустим, не могу брать с другого участка, у меня с моего участка очень много беременных. Просто объясняем, что как-то надо найти точки соприкосновения со своим доктором. Стараюсь с других участков вообще не брать» (Ольга Игоревна, 33 г.).

Для того чтобы как-то компенсировать недостаток времени, в ряде случаев врачи, работающие с акушерками, принимают двух пациенток одновременно. При этом в кабинет гинеколога фактически существуют две очереди — гинекологических больных и беременных, по одной представительнице из которых приглашают на прием. Акушерка или медсестра измеряет вес беременной, ее артериальное давление, проверяет анализы. Врач же «бегает» от одной пациентки к другой, проводя первой женщине гинекологический осмотр и пытаясь давать рекомендации второй.

«Приходишь, там есть по записи [больные] и есть беременные. Через одного ходят беременные. И все. Запись... они сами вызывают. Беременные заходят вместе с "по записи". То есть пока врач делает осмотр, кто по записи, медсестра вес взвешивает [у беременной], анализы проверяет, то есть какие-то записи делает, что там был; когда потом этот [гинекологическая больная] выходит, и врач выходит и начинает с тобой заниматься» (Яна, 25 л.).

Очевидно, что подобная организация принципиально нарушает атмосферу интимности и конфиденциальности, столь важную во время приема у врача-гинеколога. Кроме того, самому доктору трудно сосредоточиться на случае каждой из женщин, уделить им достаточно внимания, не говоря уже о том, чтобы оказывать эмоциональную поддержку или устанавливать доверительные отношения.

Единственная возможность уложиться в жесткие временные рамки связана для врача с максимальной стандартизацией всех действий, а также (как это ни печально) со стандартизацией самой коммуникации с пациентками. Обратив внимание на то, как информантки описывают типичный прием у гинеколога, мы увидим на редкость схожую картину: одинаковая последовательность измерительных процедур плюс возможные назначения. Беседа же между врачом и беременной женщиной сводится к обмену универсальными фразами: «Как Вы себя чувствуете?» — «Отлично я себя чувствую».

Федерации от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»), посещение врача акушера-гинеколога в отечественных женских консультациях осуществляется по записи, т. е. женщины могут заранее записаться на прием к специалисту, выбрав удобные для них день и время. Однако расчет количества записанных происходит исходя из нереалистичного норматива 12—15 минут на пациентку.

«Взвешивают, меряют давление, анализы смотрит врач. И, собственно говоря, все. Десять-пятнадцать минут. Ну, у меня, слава Богу, все в порядке — никаких ни патологий, ни отклонений нет. Поэтому все очень быстро происходит» (Зоя, 36 л.).

«Ты приходишь к врачу. Первый же вопрос: “Как Вы себя чувствуете?” “Отлично я себя чувствую”. — “Спина болит?” — “Нет, не болит”. — “Живот тянет?” — “Нет, не тянет”. Давление меряют — нормальное. В весе прибавляешь нормально. То есть, если беременность протекает абсолютно планомерно, как должна протекать, здесь лишних вопросов не задают. И рекомендаций особенно не дают» (Ольга, 27 л.).

Таким образом, принцип организации работы отечественных женских консультаций скорее препятствует, чем способствует формированию столь важных для эффективного лечения отношений заботы. Ключевыми составляющими последней являются эмоционально окрашенный личностный контакт пациента с врачом и наличие у специалиста опытного знания о специфике случая конкретной беременной. Формирование двух этих элементов крайне затруднительно в условиях, когда время, отводимое на прием одной женщины, ограничено так, что доктор даже при желании не может себе позволить тратить его на продолжительную коммуникацию с беременной.

Законодательно закреплённые принципы: организация труда гинеколога (один и тот же участковый врач наблюдает женщину и до беременности, и во время ее) и право женщины на выбор врача, по идее, должны были способствовать развитию составляющей заботы в профессиональной деятельности гинеколога. Однако это происходит далеко не во всех случаях. Нереалистичный план приема больных, большое количество бумажной работы, нехватка младшего медперсонала, а также общая перегруженность врачей практически не оставляют возможности для общения с пациентками, для предоставления каждой из них достаточного внимания со стороны специалиста.

Заключение

Подводя итог, можно сказать, что как врачам, так и пациенткам, участвовавшим в нашем исследовании, забота представляется значимой составляющей профессиональной деятельности акушера-гинеколога. Умение специалиста учесть особенности каждой женщины, проявить к ней участие, наладить эмоциональный контакт — именно эти элементы становятся основой доверия к медику и его советам. Они побуждают пациентку следовать рекомендациям и регулярно посещать консультацию.

Однако на уровне нормативных актов, регулирующих работу отечественной системы здравоохранения, господствует идеология «традиционного», бюрократического профессионализма, ориентированного на плановые задания и стандартные схемы. В результате, несмотря на необходимость отношений заботы для успешного оказания врачебной помощи, их возникновение не предполагается правилами данного института и оказывается скорее счастливой случайностью, чем закономерностью.

Не вполне легитимным, но всем хорошо известным выходом из подобной ситуации для пациенток становится поиск врача «по знакомству». Ощущая недостаток в заботе, осуществляемой доктором в рамках публичной сферы, женщины пытаются «переместить» специалиста в исконное пространство отношений заботы — сферу частного. Пациентки стремятся создать сети знакомых в сфере медицинской помощи для того, чтобы обеспечить компетентный уход и приверженную заботу [13, с. 154]. Другим следствием недостатка заботы со стороны врача может стать предпочтение советов родственников и друзей медицинским рекомендациям. Если нет возможности найти знакомого врача, для женщины оказывается важным просто получать те знания, которые не были бы универсальной, стандартизированной истиной, но предназначались лично ей и отражали специфику конкретного опыта.

Библиографический список

1. Здравомыслова Е., Темкина А. «Врачам я не доверяю», но... : преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. СПб. : Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 179—210.
2. *Abbot A.* The System of Professions : an Essay on the Division of Expert Labor. Chicago ; L. : University of Chicago Press, 1988. 452 p.
3. *Bondas T.* Finnish Women's Experiences of Antenatal Care // *Midwifery*. 2002. Vol. 18. P. 61—71.
4. *Carol T.* De-constructing Concepts of Care // *Sociology*. 1993. Vol. 27 (4). P. 649—669.
5. *Friedson E.* Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy. Chicago : University of Chicago Press, 1994. 248 p.
6. *Graham H.* The Concept of Caring in Feminist Research: the Case of Domestic Service // *Sociology*. 1991. Vol. 25 (1). P. 61—78.
7. *Held V.* The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. N. Y. : Oxford University Press, 2006. 222 p.
8. *Hochschild A.* The Commercialization of Intimate Life : Notes from Home and Work. Berkeley : University of California Press, 2003. 322 p.
9. *Nowotny H.* Transgressive Competence: the Narrative of Expertise // *European J. of Social Theory*. 2000. Vol. 3. P. 5—21.
10. *Oakley A.* Becoming a Mother. Oxford : Martin Robertson & Company Ltd, 1979. 328 p.
11. *Oakley A.* The Ann Oakley Reader. Gender, Women and Social Science. Bristol : Polity Press, 2005. 320 p.
12. *Parton N.* Rethinking Professional Practice: the Contributions of Social Constructionism and the Feminist «Ethics of Care» // *British J. of Social Work*. 2003. Vol. 33. P. 1—16.
13. *Rivkin-Fish M.* Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention. Bloomington ; Indianapolis : Indiana University Press, 2005. 272 p.
14. *Starr P.* The Social Transformation of American Medicine. N. Y. : Basic Books, 1982. 514 p.
15. *Tronto J. C.* Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of Care. N. Y. : Routledge, 1993. 240 p.