



АКУШЕРКИ

НА ПУТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ

ИТОГИ СИМПОЗИУМА ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ
И АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



■ **Серебренникова Н.В.**

Директор по международному сотрудничеству РАМС, канд. полит. наук, г. Санкт-Петербург



■ **Саитова Т.В.**

Главная акушерка Перинатального центра БУЗОО «ОКБ» г. Омск, член специализированной секции РАМС «Акушерское дело»



■ **Швецова Н.С.**

Главный специалист по сестринскому и акушерскому делу Департамента здравоохранения Тюменской области, руководитель специализированной секции РАМС «Акушерское дело»



■ **Аганова Ю.В.**

Акушерка ФГБОУВО «СПбГПМУ», преподаватель СПбГБПОУ «Акушерский колледж», член секции РАМС «Акушерское дело», г. Санкт-Петербург

ции акушеров – Мерви Йекинен, членами правления ЕМА – Евой Мантинтой и Барбарой Финдерл, акушерками из профильной ассоциации Хорватии, мы хотели узнать о многом, но прежде всего о том, что сегодня представляет из себя акушерская практика в Европе, каковы ее границы, где ответственность лежит на акушерке, где на врача, какими нормативными документами все это регламентировано, как проходит подготовка специалистов и над чем они работают в практическом плане, к каким вершинам стремятся...

Нормативное регулирование практики – один из основных вопросов, над решением которого сегодня работает РАМС. Открывая симпозиум, В.А. Саркисова рассказала о создании профессионального стандарта, о том, как лидеры профессии отстаивают в этом документе каждую функцию, каждое полномочие, и о том, как сложно всего этого достигать на политическом уровне, как необходима поддержка самих профессионалов и их голос в защиту своей профессии.

В Европе тоже бушевали такие бури, правда, более 35 лет назад. А затем в здравоохранении случился переломный момент – страны начали и быстро научились считать деньги, начали и также быстро научились анализировать, исследовать, оценивать эффективность помощи, а еще поняли, что имея единое политическое пространство и единый рынок труда, не-

Профессиональное самоопределение сегодня является одной из наиболее острых и актуальных тем – как для российского здравоохранения, так и для мирового. Уникальная возможность обсуждения профессиональной роли акушерки представилась нам в сентябре – в рамках Европейского конгресса по перинаталь-

ной медицине прошел акушерский симпозиум, точнее, симпозиум Европейской ассоциации акушеров, объединяющей 36 профессиональных организаций из 29 стран, а основным организатором мероприятия выступили, конечно же, мы – Ассоциация медицинских сестер России.

Получив возможность пообщаться с президентом Европейской ассоциа-

мыслимо тратить средства впустую на повторное обучение специалистов, которые стали частью европейских и глобальных миграционных процессов. Подготовленные кадры здравоохранения – это ценный ресурс, использовать который необходимо максимально ответственно!

Так, в рамках Европейского союза появились Директивы по акушерству, иными словами, общеевропейские законодательные акты, регламентирующие уровень компетенций, квалификации, образования и практики специалистов. Основными из действующих являются Директива 2005/36/ЕС и Директива 2013/55/EU.

Как отметила Ева Мантинтупа, допуск на образовательные программы по акушерству предоставляется по окончании 12 классов школы, т.е. при наличии полного общего образования. Обучение проводится на университетском уровне в течение трех лет – выпускники получают квалификацию бакалавр. Объем учебных часов не может быть менее 4600, и как минимум треть этого времени отводится на клиническую практику. Есть и иной путь в профессию. Если акушеркой захочет стать дипломированная медсестра, то она сможет получить образование за два года, набрав 3600 часов, а если это медсестра с опытом работы не менее года, то продолжительность учебной программы составит 18 месяцев.

В ходе обучения специалист приобретает теоретические знания – изучает такие общие дисциплины, как основы анатомии, физиологии, патологии, фармакологии и прочих дисциплин, а также специальные, связанные со здоровьем матери и ребенка, беременностью, родами, послеродовым периодом.

Практика студентов обширна и предполагает как совместное, под руководством наставника участие в ведении беременных, ведении и приеме родов и оказании помощи в послеродовый период, так и самостоятельная – студент должен принять как минимум 40 физиологических родов. Желательно, чтобы студент также был задействован в родах с тазовым предлежанием. И только если таких ситуаций не возникает, клиническую практику можно заменить на симуляционную.

Столь тщательная подготовка и практика необходимы для достижения необходимого уровня автономии профессии – возможности выполнять свою роль самостоятельно и в рамках квалификации, которая по Европейской рамке квалификаций относится к шестому квалификационному уровню. На практике это означает, что акушерка является основным медицинским работником при ведении физиологической беременности и родов. Например, в Великобритании в связи с установлением беременности женщина может обратиться либо к акушерке, либо к врачу общей практики, которые, оценив ее риски и состояние здоровья, далее направят ее для ведения беременности либо акушеркой, либо мультидисциплинарной командой специалистов. В отсутствие патологий женщина будет наблюдаться акушеркой, в случае их выявления на более поздних сроках – будет направлена акушеркой к специалистам. В процессе же ведения беремен-

БУДУЩИЕ МАМЫ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В последние годы значительное внимание уделяется проблемам беременных женщин с ограниченными возможностями здоровья. По состоянию на 2017 год, в Томской области проживает около 60 000 таких граждан. Оказание акушерской помощи женщинам с инвалидностью организовано в ОГАУЗ «Областной перинатальный центр». Здесь наблюдаются и получают акушерскую помощь женщины с абсолютной и частичной слепотой, в том числе на фоне сахарного диабета, с ДЦП, с нарушением слуха, опорно-двигательного аппарата, олигофренией и другими формами умственной отсталости.

Медицинская помощь предоставляется через формирование доступной среды для будущих мам с ограниченными возможностями. Не последнюю роль играет фактор доступности зданий и сооружений: пандусы с перилами, палаты повышенной комфортности со специальными приспособлениями для инвалидов, осуществления приема пищи, забора анализов, проведения медицинских исследований непосредственно в палате, возможности немедленного вызова медицинского работника с помощью экстренной кнопки. Имеется «социальное такси» для транспортировки женщин с ОВЗ.

Однако самое важное и значимое – это психологическое и социальное сопровождение женщин: эмпатия, толерантное отношение со стороны медиков, консультации специалиста по социальной работе (возможность оформления документов в палате), психолога, юриста и специалиста по грудному вскармливанию. При необходимости – услуги сурдопереводчика.

Наиважнейшую роль в помощи и поддержке пациенткам оказывают акушерки и медицинские сестры. Они ответственны за организацию всех процессов: консультативных, диагностических, лечебных... Именно они 24 часа в сутки находятся рядом и сопровождают будущих мам с ограниченными возможностями в дородовом, родовом и послеродовом периодах медицинской помощи.

Нет более важного и чудесного события на этой Земле, чем рождение ребенка – появления нового человека в этот мир! И первыми свидетелями этого чуда становятся акушерки – настоящие лидеры и волшебники своей профессии!



“Our midwives are skilled in caring for women with disabilities. Our midwives and nurses are there for these women 24 hours a day, helping them to give birth in the most comfortable way so that they, too, can experience motherhood and happiness.”

–Svetlana Bardovskaya,
head midwife,
Tomsk Regional Perinatal
Centre, Russian Federation

