

ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
ИНСТИТУТ ЭТНОЛОГИИ И АНТРОПОЛОГИИ
ИМ. Н.Н. МИКЛУХО–МАКЛАЯ РАН

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ЖЕНСКОЙ ИСТОРИИ
Российский национальный комитет
Международной Федерации исследователей женской истории
Министерство образования и науки Российской Федерации
Смоленский государственный университет
Смоленский государственный медицинский университет

МАТЕРИНСТВО И ОТЦОВСТВО СКВОЗЬ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ И КУЛЬТУР

Материалы Девятой международной научной конференции
Российской ассоциации исследователей женской истории
и Института этнологии и антропологии
им. Н.Н. Миклухо–Маклая РАН

13–16 октября 2016 года, Смоленск

Том 1



Москва – Смоленск
2016



РАИЖИ



ИЭА РАН



СГМУ



СМОЛЕНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СмолГУ

При поддержке Российского гуманитарного научного фонда
Грант РГНФ № 16-01-14012

Редколлегия: Н.Л. Пушкарева (отв.ред.), Е.В. Кодин,
Н.А. Мицюк (отв.ред.), М.В. Каиль

Материнство и отцовство сквозь призму времени и культур. Материалы Девятой международной научной конференции РАИЖИ и ИЭА РАН, 13–16 октября 2016 г., Смоленск: В 2-х томах / отв. ред. Н.Л. Пушкарева, Н.А. Мицюк. М. Смоленск: ИЭА РАН, СмолГУ, 2016. Т. 1. – 444 с.

ISBN

Издание включает в себя материалы Девятой международной научной конференции РАИЖИ (Российской ассоциации исследователей женской истории), местом проведения которой в 2016 году избран Смоленский государственный университет.

Очередная конференция РАИЖИ посвящена исследованию различных аспектов материнских и отцовских практик, социальной политики в области родительства в прошлом и настоящем. В сборнике представлены междисциплинарные исследования материнства/отцовства историков, этнологов, антропологов, социологов, демографов, социальных работников, деятелей культуры. Проблематика докладов, присланных на конференцию, охватывает такие смысловые поля, как методологические проблемы изучения родительства, процесс социального конструирования идеалов материнства/отцовства, эмоциональные переживания матерей и отцов, медиализация родительства, культуры деторождения, отношение к семье и родительству в традиционных и современных культурах, материнство/отцовство в маргинальных контекстах, гендерные, этноконфессиональные, социальные особенности материнских/отцовских ролей и статусов, репродуктивное поведение в прошлом и настоящем, материнство в контексте феминистской идеологии, репрезентация материнства и отцовства в искусстве и литературе и др. Общероссийская конференция с международным участием призвана способствовать к объединению усилий представителей гуманитарных и социальных наук во имя создания междисциплинарной научной структуры по изучению родительских практик в прошлом и настоящем, актуализировать перспективные исследовательские поля в изучении материнства/отцовства.

УДК 39+93+882+364+314+316

ББК 60+63+74.2

© Коллектив авторов, 2016

© ИЭА РАН, 2016

© ГБОУ ВО СмолГУ, 2016

| | |
|--|-----|
| <i>Рафаева А.В.</i> Мать и отец в волшебной сказке: предварительное исследование ... | 179 |
| <i>Семенова А.С.</i> Брачный выбор и родительский контроль в фольклорных песнях. | 182 |
| <i>Самойлова Е.В.</i> Программы гендерной дифференциации в сельской культурной традиции восточных славян к. XIX–XX в. | 183 |
| <i>Текуева М.А.</i> Материнство и гендерное конструирование | 186 |
| <i>Фурсова Е.Ф.</i> Обеты и моления о ниспослании детей в сибирской деревне первой трети XX в. | 189 |
| <i>Цыбулькикова А.А.</i> Традиционные кубанские женские типы в свидетельствах казака-современника. | 193 |

РАЗДЕЛ 5. Социальная и культурная история родов, история трансформации родильных практик, история акушерства в России и за рубежом; репродуктивная политика в прошлом и настоящем

| | |
|--|-----|
| <i>Пушкарева Н.Л.</i> Репродуктивное поведение древнерусских женщин (X–XV вв.): поведенческие нормы церковных книг сквозь призму традиций и эмоций | 195 |
| <i>Агеева О.Г.</i> Высочайшие родители и дети в европеизированных церемониях рождения детей дома Романовых XVIII в. | 199 |
| <i>Белова А.В.</i> Роды у российских дворянок в XVIII – середине XIX в. | 201 |
| <i>Никитина Н.В.</i> Организация родов и родовспоможения в российском провинциальном городе конца XVIII – первой половины XIX в. (на материалах Смоленской губернии) | 205 |
| <i>Заозерская С.В.</i> Подготовка повивальных бабок в России во второй половине XIX – начале XX в. (на примере Архангельской губернии) | 208 |
| <i>Мухина З.З.</i> Репродуктивное поведение русских крестьянок в период эрозии традиционного гендерного контракта | 211 |
| <i>Адоньева С.Б.</i> Роды в деревне. XX век. Техники тела и метис | 214 |
| <i>Дашкевич Л.А.</i> Становление акушерско-гинекологической службы на Южном Урале | 217 |
| <i>Голубева Л.В.</i> Мужчина в родильном обряде: конфликт дискурса и практики (на материале Русского Севера) | 219 |
| <i>Казарова Н.А.</i> Роды и крестины в обрядовых традициях донских армян | 221 |
| <i>Харитонова В.И.</i> «А эт(о) – мой смертный узалок...»: к восприятию родов как <i>rites de passage</i> | 224 |
| <i>Егорова О.В.</i> Институт повитух и акушерство в Чувашии | 227 |
| <i>Кабирова А.Ш.</i> Акушерско-гинекологическая помощь в Татарской АССР в условиях военного времени 1941–1945 гг. | 231 |
| <i>Кавецкая В.В.</i> Фельдшерско – акушерский пункт в системе родовспоможения и его влияние на репродуктивное поведение сельских жительниц в 1960–80-е гг. | 234 |
| <i>Кислов А.Г.</i> Архаические истоки мистификации деторождения | 238 |

претензии: нарушения режима труда и отдыха беременных и кормящих женщин, задержка сроков выдачи отпусков по беременности, медленное обустройство комнат личной гигиены женщин, отсутствие комнат, предназначенных для кормления грудничков. Указанные помещения отсутствовали, к примеру, на прядильной фабрике, льнокомбинате, на большинстве швейных фабрик, в Управлении Казанского трамвая и т.д., где число работающих женщин достигало 80–90%.

После принятия Указа от 8 июля 1944 г. несколько улучшилась и организация системы родовспоможения, увеличился средний вес нормально родившихся детей. По данным казанского роддома № 3, если во II квартале 1944 г. он составлял 2803 грамма, то в III квартале – 2910 г, IV квартале – 3140 г, I квартале 1945 г. – 3316 г.¹ Хотя недостатки, отмечавшиеся в военный период, быстро устранить было невозможно. Так, еще достаточно длительное время сохранялись высокие проценты смертности среди новорожденных и недоношенных детей. Медленно росло число койко-мест для рожениц в некоторых районах Казани, в связи с чем роженицам приходилось обращаться в соседние дальние районы. Более того, даже в родоотделениях роженицы не всегда получали своевременную квалифицированную помощь. Так, 11 июля 1945 г. из-за отсутствия врача на рабочем месте гр-ку Судареву для оказания неотложной помощи пришлось перевозить из 5-й городской больницы Ленинского района г. Казани в родоотделение соседнего района. В результате молодая женщина погибла от потери крови².

Таким образом, в военные годы ослабление материально-технической базы медицинских учреждений, общее ухудшение социально-бытовых параметров жизнедеятельности людей, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние городов и сел Татарской АССР негативно отражались на репродуктивном здоровье женщин. Стремление изменить сложившуюся в стране в результате войны неблагоприятную демографическую ситуацию заставило власти принять ряд решений (среди них и Указ от 8 июля 1944 г.), направленных на повышение статуса женщины-матери, стимулирование деторождаемости, улучшение качества акушерско-гинекологической помощи.

В.В. Кавецкая

г. Владивосток, Дальневосточный федеральный университет

**Фельдшерско – акушерский пункт в системе родовспоможения
и его влияние на репродуктивное поведение сельских жительниц
в 1960–80-е гг.**

Парадоксальность ситуации, сложившейся в российском социуме в 1960-х годах, заключалась в том, что несмотря на постепенное улучшение

¹ НА РТ. Ф. Р-3959. Оп. 1. Д. 739. Л. 18.

² Там же.

условий жизни (массовое строительство жилья, повышение уровня жизни населения, вступления в брачный возраст послевоенных поколений) неуклонно снижалась рождаемость и количество детей в семьях. Причем в 1970–80-е гг. такая тенденция стала характерна не только для городов, но и для сельской местности. В опубликованной в 1968 г. монографии А.Г. Волков отмечал, что только за последние 7 лет, (т.е. 1960–1967 гг.), общий коэффициент рождаемости снизился с 25,0 до 18,2 % – практически на треть, без надежды на повышение или стабилизацию. Автор также отметил значительные различия в уровне рождаемости между городом и деревней и разными регионами страны¹.

Тревожная тенденция вызвала не только научный, но и государственный интерес к такому значимому фактору рождаемости, как репродуктивное поведение. На основе обобщения большого количества работ О.Н. Калачикова и А.А. Шабунова определили репродуктивное поведение как «систему действий и отношений, опосредующих рождение определенного числа детей или отказ от деторождения, регулирующийся биологическими, экономическими, психологическими и социальными факторами»².

Очевидно, что создавая определенные условия, государство имело возможности влиять на оба аспекта детородной активности граждан репродуктивного возраста. И прежде всего через специализированные акушерско-гинекологические учреждения в системе организации помощи сельскому населению.

Помимо основного назначения – родовспоможения, перед учреждениями такого рода была поставлена задача вести профилактическую и санитарно-просветительскую работу (преимущественно – с женщинами).

Как отмечает Р.С.Гаджиев, основной особенностью системы оказания медицинской помощи сельскому населению в СССР была ее этапность: сельский врачебный участок, районные и областные медицинские учреждения³. Территория сельского района была разделена на сельские врачебные участки – комплексы учреждений по оказанию внебольничной и стационарной лечебно-профилактической помощи, включающие: сельскую участковую больницу с амбулаторией/ самостоятельную амбулаторию; фельдшерско-акушерский пункт (ФАП); фельдшерские здравпункты; колхозные (межколхозные) родильные дома; молочные кухни; детские дошкольные учреждения (сады-ясли). Районный уровень представляли: центральная районная (ЦРБ) и районные (номерные) больницы с поликлиниками и отделениями скорой и неотложной помощи, районные диспансеры и другие медицинские учреждения. На областном уровне действовали областная больница с консультативной поликлиникой и стационаром, отде-

¹ Рождаемость и ее факторы/ Под ред. А.Г. Волкова. М.: Статистика, 1968. С.8.

² Калачикова, О.Н. Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы [Текст]: монография / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2015. С.5.

³ Гаджиев Р.С. Фельдшерско-акушерский пункт. М.: Медицина, 1986. С.8.

лением экстренной и планово-консультативной помощи, лечебно-диагностическими отделениями, диспансеры и т.д.

Г.А. Митерева выделила три этапа оказания акушерско-гинекологической помощи в зависимости от ее близости сельчанам, специализации и квалификации, а также уровня материально-технического оснащения в рамках названной этапности: 1 этап, включающий доврачебную и первую врачебную помощь, осуществлялся на периферии района, в учреждениях сельских врачебных участков. 2 этап – в районном центре, в акушерско-гинекологических отделениях ЦРБ и женских консультациях. 3 этап – на уровне регионального центра обеспечивал сельчанок в случае необходимости высококвалифицированной (специализированной) акушерско-гинекологической помощью в отделениях и женских консультациях республиканских, областных или краевых больниц или самостоятельных роддомах со своими женскими консультациями¹.

В Советском Союзе действовала разветвленная сеть акушерских стационаров, и беременных распределяли по степени риска родов в определенный тип стационара: а) без врачебной помощи – колхозные роддома и фельдшерско-акушерские пункты с акушерскими койками; б) с общей врачебной помощью – участковые больницы с акушерскими койками; в) с квалифицированной врачебной помощью – родовспомогательные отделения ЦРБ, городские роддома, областные акушерско-гинекологические больницы; г) с многопрофильной квалифицированной специализированной помощью – родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, акушерские отделения областных больниц, межрайонные акушерские отделения на базе крупных ЦРБ, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединения с кафедрами акушерства и гинекологии, отделения научно-исследовательских институтов акушерства и гинекологии².

Самым близким к сельскому населению был сельский врачебный участок, где прием вел главврач сельской больницы или врач общего профиля (при наличии двух врачей). Он руководил акушеркой, которая помогала и в ведении родов в стационаре, и в амбулаторном наблюдении за беременными, родильницами и лечении гинекологических больных. Число родильных коек в сельской больнице (роддоме) планомерно сокращалось (одновременно с увеличением в ЦРБ) и обычно не превышало 3–5 единиц. При числе коек 8 и более в участковой больнице вводилась должность акушера-гинеколога. При его отсутствии беременные и роженицы с патологиями и сложными случаями беременности направлялись на районный уровень и выше³.

Однако, даже при наличии стационара, основной объем акушерско-гинекологической помощи на периферии района оказывал сельчанкам

¹ Митерева Г. А. Средний медицинский персонал в современной акушерско-гинекологической службе: монография. Л.: Медицина, 1982. 144 с.

² Савельева Г.М., Серов В.Н., Старостина Т.А. Акушерский стационар. М.: Медицина, 1984. С.6

³ Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Руководство для сельской акушерки. Л.: Медицина, 1987. С.12-13.

фельдшерско-акушерский пункт. В его задачи по Положению о фельдшерско-акушерском пункте (Приложение № 53 к приказу Минздрава СССР от 23 сентября 1981 г. № 1000¹) входили: организация патронажа детей и беременных женщин и проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности. Кроме того, на ФАП возлагались функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптекарских товаров, в том числе – контрацептивов.

ФАП имел самостоятельную смету, которая ежегодно разрабатывалась заведующим ФАП и утверждалась исполкомом сельского Советов народных депутатов, в ведомстве которого ФАП находился. В распоряжение работников ФАП исполкомом предоставлялось бесплатное транспортное средство. Во многих колхозах и совхозах были построены по типовому образцу специальные здания для размещения ФАП, оснащенные в соответствии с приказом Минздрава СССР № 1187 от 29 декабря 1975 г.² Причем, наряду с медицинским инструментарием и оборудованием для стационарного обслуживания, был предусмотрен набор инструментов для акушерской помощи на дому и набор патронажной сестры, а также оборудование для санитарно-просветительной работы: аллоскоп (диапроектор), выставка (витрины) по санитарно-просветительной работе, подборка диафильмов (не менее 10 лент), трансляционный динамик. Кроме того, ФАП обеспечивался массовой санитарно-просветительной литературой: плакатами, памятками, брошюрами.

Штатный состав учреждения определялся в соответствии с приказом Минздрава СССР № 900 от 26 сентября 1978 г. и предусматривал наличие следующих должностей: независимо от численности жителей – заведующий (фельдшер, акушерка, медсестра) и санитарка. Дополнительная должность среднего медицинского работника (акушерка, патронажная сестра) вводилась в зависимости от количества жителей: 0,5 ставки – от 900 до 1,3 тыс. жителей; 1 ставка – от 1,3 до 1,8 тыс. жителей; 1,5 ставки – от 1,8 до 2,4 тыс. жителей; 2 ставки – от 2,4 до 3 тыс. жителей³.

В деятельности ФАП по медицинскому обслуживанию женщин и детей Р.С. Гаджиев выделяет ряд видов, которые напрямую касаются родовспоможения и влияют на репродуктивное поведение сельчан: наблюдение за беременными и роженицами; психопрофилактическую подготовку бе-

¹ Приказ Минздрава СССР от 23 сентября 1981 г. № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» (с изм. и доп. от 16 апреля, 21 декабря 1984 г., 22 января, 30 мая 1986 г., 24 февраля 1988 г., 22 декабря 1989 г.) (утратил силу) - Электр. ресурс – Режим доступа - <http://www.jurbase.ru/posttr/docum873/part4.htm> (дата обращения 14.05.2016)

² Приказ Минздрава СССР от 29.12.1975 № 1187 « Об утверждении табеля оборудования фельдшерско-акушерских пунктов» (утратил силу) - Электр. ресурс – Режим доступа - http://www.lawrussia.ru/texts/legal_574/doc574a888x486.htm (дата обращения 14.05.2016)

³ Приказ Минздрава СССР от 26 сентября 1978 г. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов» (с изм. и доп. от 24 июля 1979 г., 10 апреля, 24, 25 июня, 23 октября 1981 г., 11 октября 1982 г., 11 июля 1985 г., 30 мая, 23 декабря 1986 г.) - Электр. ресурс – Режим доступа - <http://www.jurbase.ru/posttr/docum1217/part5.htm> (дата обращения 14.05.2016)

ременных к родам; оказание помощи роженицам и родильницам; организацию школы матери и ребенка¹.

Кроме сопровождения беременности и родов, ФАП ориентировали на работу по профилактике непланируемой беременности, определяя задачи изучения потребности района в противозачаточных средствах для своевременного предоставления заявок в аптеку; учет женщин, нуждающихся в обязательном использовании контрацептивов; организацию использования женщинами внутриматочного введения контрацептивов после искусственного аборта и обеспечение выездных акушерско-педиатрических бригад для проведения таких операций; индивидуальных бесед с родильницами накануне выписки из роддома; анализ частоты и прогноз снижения абортов по району; лечебную работу и санитарное просвещение населения о вреде абортов и возможностях контрацепции, особенно – путем применения внутриматочной спирали и гормональных средств².

Таким образом, можно констатировать, что комплексный подход к оказанию акушерско-гинекологической помощи сельским жительницам в СССР позволил выстроить трехэтапную систему лечебных учреждений, позволяющую предоставлять дифференцированную помощь женщинам в зависимости от медицинских показаний. ФАП как низовое, самое приближенное к населению, звено сельской системы родовспоможения оказывал значительное влияние на собственно репродуктивное поведение жительниц сельской местности, предоставляя амбулаторную и стационарную помощь беременным и роженицам в процессе их медицинского и социально-психологического сопровождения. Но также в 1980-е гг. ФАП был способен влиять и на абортивно-контрацептивное поведение сельчан путем санитарно-просветительской и профилактической работы по предотвращению непланируемой беременности и обеспечения сельского населения контрацептивными средствами.

А.Г. Кислов

г. Екатеринбург, ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»

Архаические истоки мистификации деторождения

Разрыв/неразрыв с архаикой остается не только теоретической проблемой. Архаика обнаруживает себя повсеместно, в том числе в моделях отношения к зачатию, беременности, деторождению, детству, родительству³. Знакомство с этими моделями быстро разрушает все еще распростра-

¹ Гаджиев Р.С. Фельдшерско-акушерский пункт. М.: Медицина, 1986. 256с. С.12.

² Организация работы по профилактике непланируемой беременности в сельской местности: Методические рекомендации (с правом переиздания местными органами здравоохранения), утвержденные зам.министра здравоохранения РСФСР 26.04.1988. М.: Минздрав, 1988. 12с. С.6-7

³ См.: Кислов А.Г. Архаическое в отношении к деторождению // Научный диалог. 2015. № 4 (40). С. 19–30.