

В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ ПОД ЗАЩИТОЙ РОДДОМА»

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОЕКТА С УЧАСТИЕМ РОДДОМА №5
(КИЕВ)

«Результаты 1,5 лет работы проекта «Естественные роды под защитой роддома»



Подготовлено:

Светлана Демьянова-Пономаренко
(организатор социального проекта «Чудо в Сердце»)

Ольга Вишкина
(организатор социального проекта «Чудо в Сердце»)

август 2019

*При единении и малое растёт, при
раздоре и величайшее распадается
Гай Саллюстий Крисп*

Введение

07.09.2017 в киевском роддоме (КГРД №5) состоялся Первый круглый стол, на котором со стороны администрации КГРД №5 (Макаренко М.В. и Говсеева Д.А.) с целью заботы о здоровье рожениц и новорожденных было инициировано сотрудничество данного роддома с украинскими домашними акушерками, доулами и неравнодушными матерями. Проект получил звучное название «Естественные роды под защитой роддома».

Среди задач проекта были: создание палат семейных родов при роддоме (для естественных родов), обучение медицинского персонала сопровождению естественного деторождения, шаги по легализации домашнего акушерства.

После 1,5 лет существования данного проекта возможно и необходимо определение результатов и динамики работы в проекте согласно его первоначального вектора.

Онлайн-анкетирование проводилось проектом «Чудо в Сердце» с 1 мая по 18 мая 2019 года в формате Google Forms для эффективной работы проекта «Естественные роды под защитой роддома» [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_dtS43LsmWGHI4PMpD_MWpPXZ7vyx3D11VueAKdVEg7TfwQ/viewform].

Ответы принимались на русском и украинском языках. Результаты Анкетирования отражены на <https://proestro.com/questionnaire-2019>.

Результаты Анкетирования демонстрируют отзывы о проделанной работе и рекомендации по дальнейшей работе проекта «Естественные роды под защитой роддома» со стороны вовлечённых в проект сотрудников КГРД №5, домашних акушерок, доул и организаторов проекта «Чудо в Сердце» (в качестве активных матерей и обозревателя работы данного пилотного проекта для публичного освещения среди родительской аудитории и профессионалов в сфере родовспоможения на 5 континентах).

Указанное онлайн-анкетирование не было анонимным, однако по этическим соображениям фамилии участников не приводятся в данном отчёте. Однако они могут предоставляться лицам, серьёзно аргументировавшим своё недоверие к результатам Анкетирования, для прозрачности функционирования проекта «Естественные роды под защитой роддома».

Составители данного отчёта принимают во внимание тот факт, что в силу того, что анкетирование не являлось анонимным, сотрудники КГРД №5 могут выступать

«единым фронтом» в оценке результатов деятельности КГРД №5 в проекте, оценивая её сугубо позитивно, что не могло не повлиять на общие количественные результаты исследования. Учитывая это, а также тот факт, что преобладающее число респондентов анкетирования, принимавших роды в пилотных палатах, является именно сотрудниками КГРД №5 (45,5%), составители данного отчёта придают такую же значимость в качестве оценок каждого респондента как большинству, так и меньшинству (т.н. «особое мнение» в юриспруденции).

Необходимо отметить, что большинство вопросов было построено по закрытому типу (альтернативный (дихотомический), многовариантный выбор и шкала Лейкерта). Вопросы по открытому типу (без предложения готовых решений или их перечня) были предложены участникам для выявления их рекомендаций и недостатков в работе проекта.

Отчёт содержит 5 диаграмм, 3 таблицы и 5 приложений.

Общая информация



К участию в Анкетировании приглашались все участники проекта (врачи-сотрудники КГРД №5 и не сотрудники, психологи, домашние акушерки, доулы, равнодушные матери, правозащитники, члены рабочих групп проекта). Их общение велось в соцсети Facebook (группа «Группа Естественные роды под защитой роддома» [<https://www.facebook.com/groups/11711381899468167>] (52 участника) и группа «Домашние роды. Акушерская агрессия. Работа над ошибками» [<https://www.facebook.com/groups/1811607145548573>] (67 участников) и Google-документах, а также на нескольких очных встречах в Киеве.

Из около 120 участников в Анкетировании приняли участие 11 человек.

Среди респондентов:

- 4 врачей-сотрудников (акушеров-гинекологов) КГРД №5 (36,4% от общего количества респондентов), принимавших роды в новых палатах «семейного типа», которые создавались в течение работы проекта «Естественные роды под защитой роддома». Один сотрудник из общего количества респондентов-врачей был приглашён в штат КГРД №5 из другого города специально для участия в данном проекте;
- 2 домашние киевские акушерки, каждая из которых сопровождала до 20 родов в данном роддоме вместе с врачом/врачами роддома в новых палатах;
- 1 доула и психолог-сотрудник КГРД №5 (сопроводила более 15 родов в течение работы проекта);
- 2 независимые доулы (одна из которых не сопровождала роды в данных палатах КГРД №5, однако являлась членом малой рабочей группы проекта, и одна сопровождала 1 роды);
- 2 организатора проекта «Чудо в Сердце», которые являлись участниками разных малых рабочих групп проекта с КГРД №5 и выступали также от имени неравнодушных матерей-активисток.

Администрация КГРД №5 (которая одновременно является администрацией проекта «Естественные роды под защитой роддома» со стороны КГРД №5) не приняла участие в онлайн-анкетировании.

В Анкетировании не были задействованы женщины, рожавшие в новых палатах КГРД №5 в период работы проекта, с целью определения оценки своей деятельности именно участниками рабочих групп проекта, которыми роженицы не являлись. Составители данного отчёта полагают, что для объективной оценки деятельности проекта необходимо отдельное исследование (анкетирование) результатов удовлетворённости организации своих родов женщинами в новых палатах КГРД №5 со времени запуска проекта в соответствии с понятием «естественные роды» (Приложение В).

Географический охват анкетирования – 4 города Украины (Киев, Одесса, Харцызск, Луганск).

Для удобного и доказательного рассмотрения Результатов анкетирования в исследовании приведены цитаты из ответов респондентов (в кавычках).

Результаты данного исследования приведены на русском языке для возможности ознакомления с ними в разных странах.

Анкетирование состояло из нескольких **модулей вопросов**:

Модуль 1. Оценка выполнения первоначальных целей проекта «Естественные роды под защитой роддома» (вопросы только для всех участников проекта). Выполняются ли сейчас, по Вашему мнению, первоначальные цели и рекомендации, которые были заявлены для пилотного проекта 07.09.2017 [<https://proestro.com/rody->

pod-zashchitoj] и 05.10.2017 [<https://proestro.com/itogi-kruglogo-stola-2>]? Результаты приведены в Таблице 1.

Модуль 2. Оценка выполнения задач для работы малых групп проекта (вопросы для участников этих групп) [<https://proestro.com/itogi-kruglogo-stola-2>]. Результаты приведены в Таблице 2, Приложениях А, Б, В, Г.

Модуль 3. Оценка выполнения задач проекта относительно сопровождения родов в пилотных палатах КГРД №5 (вопросы для внебольничных акушерок и доул). Результаты приведены в том числе на Диаграммах 2, 3, 4, 5.

Модуль 4. Отзывы, предложения и рекомендации по работе проекта (вопросы для всех участников проекта). Результаты приведены в Таблице 3.

Анализ данных вопросов позволяет сделать следующие **промежуточные выводы:**

1. Из 19 первоначально поставленных перед участниками проекта целей было полностью выполнено 9, частично выполнено – 8, не выполнено – 2. Из 6 задач малых групп Проекта было полностью выполнено 3, частично выполнено – 1, не выполнено – 2.
2. Одна из наиглавнейших целей для проекта (1.4) (и функционирования всех роддомов постсоветских стран) серьезным рывком близится к достижению: 72,7% респондентов ответили, что отношение медперсонала к роженицам и родильницам в пилотных палатах КГРД №5 существенно улучшилось: вежливое отношение, отказ от запугиваний и шантажа, запрос согласия на мед.вмешательства. Это видимый явный прогресс, наблюдаемый внебольничными помощниками в родах в течение работы проекта.
3. Цели по техническому оснащению пилотных для комфортного пребывания роженицы/родильницы и её ребёнка в роддоме (1.3, 1.8, 1.10) выполнены не в полном объёме, однако они и не являются первостепенными целями проекта.
4. Внебольничный помощник в родах (независимая акушерка либо доула) за 1,5 года работы проекта на практике всё ещё остаётся квалификационным статусом ниже медперсонала роддома, хотя на деле, имея опыт сопровождения домашних родов, разбирается в сопровождении естественных родов лучше, чем персонал роддома.

Далее мы предлагаем Вашему вниманию анализ ответов на вопросы Анкетирования и цитаты из ответов, его подтверждающие.

Основная часть

Роды - это бессознательный процесс. Протеканию бессознательного процесса помочь невозможно. Главное не мешать ему... Помогать – это способ делать роды трудными

Мишель Оден, «Возрождённые роды»

1. Оценка выполнения первоначальных целей проекта «Естественные роды под защитой роддома».

Результаты анкетирования по выполнению целей 1.1-1.19 обобщены в Таблице 1.

Таблица 1: Выполнение первоначальных целей проекта

№	Цель Описание цели	Общая оценка достижения цели	Степень достижения цели
1.1	Ликвидировать постановку вопросов роженицам во время приёма в роддом (при заполнении медкарты, т.п.), поскольку все вопросы можно задать лицу, сопровождающему роженицу, либо выяснить из её обменной карты (Это доказанная базовая физиологическая потребность женщины в родах (дезактивация «думающего мозга» - неокортекса).	Частичное выполнение	Цель является выполненной частично (56,5% ответили «да»). Акушеры-гинекологи КРГД №5 единогласно ответили, что она выполнена, за исключением одного комментария: «Нет, только в случае, если беременная ответила на все вопросы и заполнила анкету до поступления в стационар». Домашние акушерки и доулы заметили, что данная цель выполнена частично.
1.2	Обеспечить организацию экскурсий в КГРД №5 для беременных.	Полное выполнение	72,7% респондентов считают, что цель достигнута. Доула-сотрудник роддома Татьяна заверяет, что «экскурсии проводятся каждый раз, когда приходит семья на знакомство. Эта экскурсия входит в программу Дня открытых дверей - каждый четвёртый вторник месяца», а домашняя акушерка Надежда отмечает, что «сначала можно было проводить экскурсии, сейчас это становится всё сложнее».
1.3	Обеспечить организацию отдельного входа для этажа с палатами пилотного проекта.	Невыполнение	Цель нельзя считать достигнутой, хотя наличие такого входа имеется: «Отдельный вход есть, но при поступлении нужно пройти

			через приёмное отделение для фиксации факта поступления в роддом» (акушер-гинеколог КГРД №5 Алина), «Дверь там отдельная есть, но мы шли через общий вход, через всё отделение» (доула Галина). Данный вход не используется так, как это позиционировалось в цели проекта.
1.4	Обеспечить ликвидацию (по крайней мере, снижение) такого отношения, которое расценивается беременными, роженицами и родильницам как акушерская агрессия и насилие (грубое, жестокое, пренебрежительное, обманное, манипулятивное, такое, которое является запугиванием или шантажом), а также ликвидацию нарушения медперсоналом права беременных, рожениц и родильниц на информированное согласие или отказ от медицинских вмешательств в течение пребывания в пилотных палатах КГРД №5. Эти изменения должны быть реализованы через тренинги для персонала)	Частичное выполнение	72,7% респондентов считают, что цель достигнута: «Тренинги проводились, работа продолжается» (психолог КГРД №5 Татьяна), «Персонал ведёт себя очень вежливо, обо всех манипуляциях предупреждает, спрашивает разрешения» (внебольничная доула Галина). В то же время одна из респонденток видит иную картину в данном аспекте: «Мы не можем (не имеем права) указывать врачам, как себя вести (мы для них никто). Вопрос решается просто в силу симпатии одних врачей и дистанции с другими».
1.5	Организовать доступ к пилотным палатам врача, специализирующегося ИМЕННО на сопровождении естественных родов (имеет опыт сопровождения в домашних родах, имеет образование на международных семинарах и стажировках по особенностям сопровождения естественных родов, в том числе с М.Оденом, Г.Брехманом, Л.Ламмерс, др.). Предоставление доступа к пилотным палатам проекта СУГУБО врачам с настроением на сопровождение естественных родов.	Невыполнение	Такая же преобладающая часть респондентов (72,7%) полагает, что цель достигнута. Абсолютно все сотрудники КГРД №5 положительно ответили касательно достижения данной цели. Однако внебольничные помощники в родах ответили, что доступ к пилотным палатам имеют и другие врачи вне зависимости от того, была ли предварительная договорённость с врачом из КГРД №5 или нет: «Когда я сопровождала роды, к нам пришёл врач, который сказал, что он просто дежурный, и не работает в этом проекте, поэтому он не очень в курсе, просил прощения заранее, если он будет делать что-то не то, и просил говорить ему об этом. В процессе он вёл себя неуверенно и волновался, но вёл себя очень вежливо» (независимая доула Галина). «В случае, когда договорной врач не успевает приехать, то может быть бы другой врач. И это уже «рулетка»: будет и грубость, и акушерская агрессия» (домашняя акушерка Надежда).

Результаты Анкетирования
 «Результаты 1,5 лет проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)
<https://proestro.com/questionnaire-2019>

			Таким образом, существуют веские основания полагать, что цель 1.5 проекта не достигнута.
1.6	Устранение врачами в пилотных палатах медицинского лексикона в коммуникациях с роженицами и родильницами в родах и послеродовом периоде, а также доступное разъяснение всех медицинских терминов, которые они употребляют.	Частичное выполнение	Цель выполнена наполовину (Диаграмма 1). При этом сотрудники КГРД№5 единогласно ответили положительно на данный вопрос.
1.7	Обсуждение плана родов, который предлагает беременная женщина, с врачом пилотных палат, предварительно до родов, за исключением случаев приезда в КГРД №5 из запланированных домашних родов.	Полное выполнение	Цель достигнута.
1.8	Обеспечение всех пилотных палат регулятором света (таким образом обеспечивая сохранение темноты/сумрака во время родов, которые являются одной из базовых физиологических потребностей роженицы).	Полное выполнение	Цель достигнута.
1.9	Обеспечение в пилотных палатах круглосуточного совместного пребывания с новорожденным ребёнком.	Полное выполнение	Цель достигнута: <i>«Так у нас во всех палатах. И теперь и после КС [Кесарева сечения] семья (Мама Дитя Папа) находятся совместно в реанимации»</i> (доула Татьяна)
1.10	Оснащение пилотных палат оборудованием для комфортных естественных родов (в том числе фитбол, неметаллические и невысокие стулья для родов, шведская стенка, шторы/ролеты на окнах и на стеклянных стенах, ванна/надувной бассейн, маленький холодильник, диван для сопровождающих лиц, кресло-груша).	Частичное выполнение	Цель выполнена не в полной мере. Не выполнены некоторые условия, которые касаются роженицы непосредственно, и являются не только факторами комфорта, но необходимости: <i>«Холодные стулья (мамы жаловались) и только один невысокий. Кроме того, только один кардиомонитор переносной»</i> (акушерка Надежда), <i>«Но бойлер не работал, не грел воду. Никто не мог помочь в этом, хотя все вежливо обещали. Нам очень не хватало воды, она [роженица] очень хотела в воду и мне пришлось греть чайникам ванну, это было довольно долго! И очень неудобно. Это была неудобная неожиданная неприятность»</i> (доула Галина) При этом сотрудники КГРД№5 единогласно ответили положительно на данный вопрос.

Результаты Анкетирования
 «Результаты 1,5 лет проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)
<https://proestro.com/questionnaire-2019>

1.11	Возможность замены врача в процессе родов в случае длительных родов.	Полное выполнение	Цель достигнута.
1.12	Возможность знакомства беременной с врачами пилотных палат до родов.	Полное выполнение	Цель достигнута.
1.13	Обеспечение отсутствия травли и ущемления гражданских прав рожениц, которые приезжают в роддом из запланированных домашних родов.	Полное выполнение	Цель достигнута.
1.14	Учреждение отдельной «горячей телефонной линии» по вопросам домашних родов. Телефон работает для всех, кому нужна помощь в домашних родах и необходим проезд в роддом. Это должно гарантировать, что женщина, которая звонит, не претерпит унижение и психологическое насилие, а наоборот - получит качественную поддержку и помощь.	Частичное выполнение	Можно считать цель выполненной на 50%, поскольку женщины, планирующие домашние роды, в анонимном варианте не сможет дозвониться врачам Проекта в экстренном случае. <i>«Одного отдельного номера для такого звонка нет. Однако весь персонал РД знает о Проекте, владеет определённой информацией и может направить к коллегам, владеющим полной информацией»</i> (доула Татьяна), <i>«Горячей» линии нет. Просто можем дозвониться врачу и, если он на связи, то решит вопрос»</i> (акушерка Надежда)
1.15	Домашняя акушерка становится союзником роддома: информирует роддом о начале родов дома, и в случае возможного приезда остаётся с женщиной до самого рождения в роддоме. От этого выигрывают все - женщина, ребёнок, роддом, акушерка и система в целом.	Полное выполнение	Все врачи роддома единогласно положительно ответили на данный вопрос. Анкетирование показало, что некоторые родители сами не позволяют домашней акушерке в домашних родах информировать роддом о начале родов дома. Однако со стороны сотрудников роддома и домашних акушеров данную цель на данный момент можно считать достигнутой.
1.16	Изучение нормативных документов, которые могут позволить легализовать «домашнее» акушерство в Украине, в том числе изучение акушерских протоколов других стран.	Частичное выполнение	Результаты анкетирования позволяют утверждать, что такие документы изучались только в начале деятельности данного Проекта. Цель достигнута не более, чем наполовину.
1.17	Родильный дом не контролирует финансовые вопросы между домашними акушерками, доулами и их клиентками.	Частичное выполнение	Результаты анкетирования показывают, что администрация роддома пыталась контролировать денежные потоки между роженицами и помощниками в родах: <i>«Пытался, сравнив акушеров и доул, и назначив цену в 5000 грн (врачу - 7000 грн). При этом «на руки» планировалось выплатить 70% от этой суммы»</i> . Однако этого не получилось. В данном случае нельзя считать цель достигнутой в полной мере.

1.18	Пилотные палаты КГРД №5 - это безопасность для беременной и роженицы, это защита их базовых потребностей в родах и раннем послеродовом периоде, это обеспечение защиты их прав на здоровье.	Частичное выполнение	Все сотрудники роддома единогласно положительно ответили на данный вопрос. В то же время, учитывая частичное выполнение вышеприведённых целей Проекта, невозможно считать данную цель достигнутой: <i>«Если есть пренебрежение базовыми потребностями роженицы, родильницы и младенца в родах и раннем послеродовом периоде, то безопасности в таком месте не может быть»</i> (активистка проекта Светлана) (Определение базовых потребностей приведено в Приложении В) <i>«Когда мы только зашли, в палату пришёл врач, который просил помощницу принести аптечку на всякий случай, на которой было написано «на случай кровотечения». Это женщину [роженницу] очень напугало»</i> (доула Галина)
1.19	Знакомство и поддержание контакта (в т.ч. посредством встреч и интернет-каналов) с коллегами (врачи, акушерки, доулы, правозащитники в области семейного и медицинского права, активисты).	Полное выполнение	Цель можно считать выполненной, хотя данное достижение держится сугубо на желании коллег по Проекту: <i>«Частично существуют встречи и обсуждения, но это больше инициатива отдельных участников»</i> (акушерка Надежда)

Цель 1.6. проекта "Естественные роды под защитой роддома" (устранение врачами в пилотных палатах медицинского лексикона в коммуникациях с роженицами и родильницами в родах и послеродовом периоде, а также доступное разъяснение всех медицинских терминов, ко



Диаграмма 1

Диаграмма 1 показывает прочную тенденцию к устранению врачами в пилотных палатах медицинского лексикона в коммуникациях с роженицами и родильницами и доступное разъяснение всех медицинских терминов, которые употребляет медперсонал для объяснения процессов, своих действий, мед.вмешательств, либо взятия информированного согласия на мед.вмешательства у роженицы и родильницы.

90% респондентов ответили, что принимали участие в работе над выполнением всех первоначальных целей проекта.

Пилотные палаты КГРД №5 - это безопасность для беременной и роженицы, это защита их базовых потребностей в родах и раннем послеродовом периоде, это обеспечение защиты их прав на здоровье (цель 1.18 Проекта). Учитывая невыполнение либо частичное выполнение целей Проекта 1.1, 1.3-1.6, 1.10, 1.14, 1.16, 1.17, не можем считать данную цель достигнутой. Перечень базовых потребностей женщины и ребёнка приведён в Приложении В (Глоссарий). **Если есть понимание базовых потребностей, но действие сугубо по мед.протоколам, то достижение безопасности для беременной и роженицы становится невозможным.**

2. Оценка выполнения задач для работы малых групп проекта «Естественные роды под защитой роддома».

Оценку работы в малых группах проекта дали 7 респондентов-участников малых групп. Круг лиц-членов малых групп проекта и задачи рабочих групп были определены на Втором круглом столе проекта 05.10.2017 [<https://proestro.com/itogi-kruglogo-stola-2>].

Результаты анкетирования по выполнению задач 2.1-2.6 обобщены в Таблице 2.

Таблица 2: Выполнение задач в малых группах проекта

№	Задача	Общая оценка выполнения задачи	Степень выполнения задачи
	Описание задачи		
2.1	Создать Программу по реализации проекта «Естественные роды под защитой роддома»: миссия, обоснование, цели, принципы, шаги по реализации.	Частичное выполнение	Был создан проект (черновик) Программы и озвучен на Втором Круглом столе Проекта в октябре 2017 года (на примере одноимённой Программы «Естественное Рождение» [http://naturalbirth.ru/natbir.php]. На руки этот документ не был получен ни одним участником Проекта, что, очевидно, повлияло на его дальнейшую разработку и воплощение в жизнь аспектов данного документа.
2.2	Обозначить задачи службы домашних родов (разработка)	Выполнение	10 мая 2018 года в рамках Проекта был утверждён, согласован и подан на рассмотрение депутату Верховной Рады Украины законопроект о легализации домашнего акушерства и создание акушерских центров

Результаты Анкетирования
 «Результаты 1,5 лет проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)
<https://proestro.com/questionnaire-2019>

	документа «Обоснование создания в Украине акушерской службы родов»).		в Украине. В Пояснительной записке к законопроекту было дано обоснование создания в Украине акушерской службы родов (Приложение А, Б). Обоснование необходимости внесения изменений в Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» приведено в рамках работы Проекта на https://proestro.com/media/libraries/presentations/Results_of_the_questionnaire_of_women_in_Ukraine.pdf (Приложение Б).
2.3	Создать программу сертификации и легализации акушерок (разработка документа «Стандарты практики для легальных акушерок»).	Невыполнение	Не выполнено. Не велось работы в этом направлении вообще.
2.4	Создать единый глоссарий определений (согласование терминологии), который является ориентированным не на врачей, а на женщин как их клиенток.	Выполнение	В Глоссарии для участников Проекта (Приложение В) определены следующие термины, демонстрирующие значимые теоретические наработки Проекта, являющиеся вкладом в создание трёхступенчатой системы организации родов в Украине (в медицинскую реформу): -естественные (нормальные, физиологичные) роды, вагинальные роды, медицинское вмешательство в роды и беременность, трёхступенчатая система организации родов, сопровождение родов, ведение родов, наблюдение беременности, родильный центр, семейный центр естественных родов, родильный отель, базовые потребности женщины и ребёнка в родах, домашняя акушерка, духовная акушерка, независимая акушерка, доула, монитрис.
2.5	Прояснить распределение беременных на группы риска по состоянию здоровья.	Выполнение	87% респондентов ответили, что такой документ (разработка) существует, однако всем участникам проекта данный документ не был представлен. Документ в сокращённом виде содержится в Приложении Г.
2.6	Подготовить кадры (домашних акушерок и персонал роддома).	Невыполнение	Не был разработан график и программа проведения тренингов для медперсонала роддома и домашних акушерок, не был определён круг приглашённых участников: «Работа с кадрами вообще не ведётся», «Я только видела одно объявление, что есть такое намерение... провести такой тренинг, однако ни результатов тренинга, ни подробностей не слышала больше» (независимые акушерки). Однако доула-сотрудник роддома отмечает, что всё-таки «были периодические рабочие встречи, разбор случаев. Обсуждались и предлагались возможные формы тренингов и других форм обучения. Дамы думают»

43% респондентов из членов рабочих групп Проекта ответили, что принимали участие в работе над выполнением данных задач для малых групп Проекта.

В рамках данного модуля респондентам был задан вопрос: «10 мая 2018 года в рамках пилотного проекта был утверждён, согласован и подан на рассмотрение депутату Верховной Рады Украины законопроект о легализации домашнего акушерства и создание акушерских центров в Украине. Знаете ли Вы об этом событии, принимали ли в нём участие, знаете дальнейшую судьбу этого законопроекта?» 75% участников ответили, что знают о нём, 100% из них принимали участие в его разработке.

Тот факт, что Программа по реализации проекта «Естественные роды под защитой роддома», с указанием миссии, обоснования, целей, принципов, шагов по реализации не была сформирована окончательно и не была представлена участникам проекта письменно, мог явиться неким тормозом в работе Проекта, поскольку участники проекта таким образом не видели полной картины и не «держали фокус внимания» на выполнении в Проекте не только своих задач, но и задач Проекта.

Разработка глоссария (унификации терминов для участников проекта) (Приложение В) показала, что термины «ведение родов» и «ведение беременности» могут быть применимы сугубо к патологической беременности и патологическим родам (в большинстве своём к женщинам высокой группы риска). Для женщин низкой и средней группы риска в родах нецелесообразны и вредны любые вмешательства извне. Физиологический процесс невозможно «вести», в нормальных родах его «ведут» только тело и сознание роженицы и её внутриутробного ребёнка, то есть они выступают главными и активными участниками родов, в то время как приглашённые специалисты (акушерка, доула, монитрис) являются пассивными участниками родов – сторонними наблюдателями.

Если термины и практику «ведение родов» (labor management) и «ведение беременности» (management of pregnancy) применить к естественным родам, то уничтожится возможность и вероятность того, что роды смогут быть либо продолжать быть физиологичными: «без смены лексикона нет смены парадигмы» (Мишель Оден) [7]. Необходима смена акушерской парадигмы «помощи – поддержки – обучения – ведения» на парадигму, где ключевыми словами являются «защита» (от процессов, стимулирующих неокортекс женщины) и «понимание физиологических потребностей человеческого вида в родах и послеродовом периоде».

3. Оценка выполнения задач проекта относительно сопровождения родов в пилотных палатах КГРД №5 внебольничными акушерками и доулами.



Оценку эффективности совместной работы сотрудников КГРД №5 и независимых акушерок и доул в сопровождении родов в пилотных палатах КГРД №5 дали 4 респондентов (из них – 2 независимых акушерки и 2 доулы).

Всего было зарегистрировано около 60 сопровождений родов внебольничными акушерками и доулами в пилотных палатах КГРД №5 с декабря 2017 года по 01.05.2019 (точной статистикой располагает только КГРД №5).

75% респондентов полагают, что более 80% сопровождаемых в пилотных палатах родов были именно естественными родами (термин «естественные роды» доступен в глоссарии (Приложение В). Имеют наличие и подобные утверждения в этом ключе: *«В нашем случае в роды всё-таки вмешивались, они завершились вмешательствами, врач не мог воспринять и пережить длительный латентный период. Хотя он был очень вежлив»* (доула Галина)

Все респондентки ответили, что имели свободный доступ (при предварительном согласовании деятельности внебольничного помощника в родах) к пилотным палатам КГРД №5 для сопровождения там родов (согласно целей 1.3, 1.5, 1.19).

Диаграмма 2 демонстрирует, что в пилотных палатах проекта мнение роженицы и внебольничного помощника в родах (сопровождающей акушерки или доулы) не пренебрегается мед.персоналом КГРД №5, что косвенно свидетельствует о достижении первоначальных целей проекта 1.4, 1.7, 1.15. Тем не менее акушерка Надежда отмечает: *«Иногда врачи прислушиваются, но основная тенденция - «врач знает, что делает, а вы доверяйте и слушайте».*

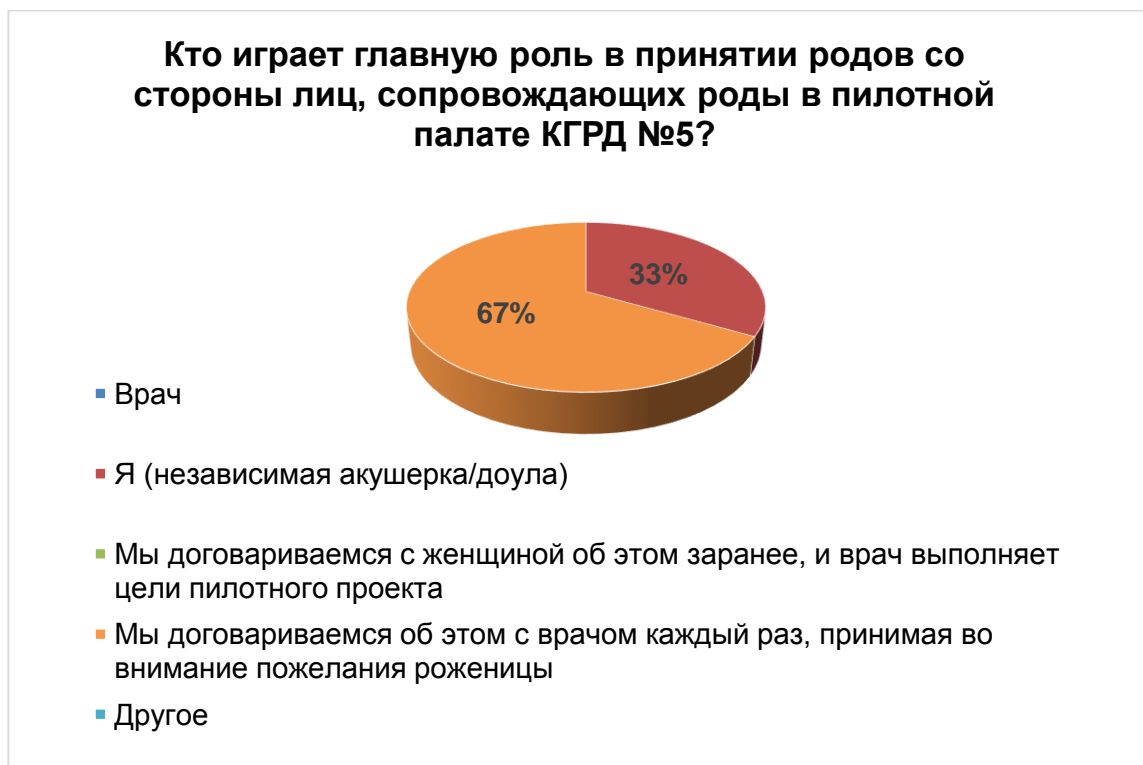


Диаграмма 2

Диаграмма 3 отражает противоречивые отзывы респонденток касательно совместного обсуждения прошедших в пилотной палате родов врачом КГРД №5 и внебольничной акушеркой или доулой. Таким образом, теряется полная картина эффективности совместной работы в проекте, заявленный паритет между врачом и независимым помощником в родах (цель 1.15 проекта), что отражается на мотивации к сотрудничеству со стороны акушерки/доулы. Поскольку каждые роды имеют свои нюансы, внебольничные акушерки и доулы выражают своё желание к их обсуждению «по горячим следам» совместно с врачом.

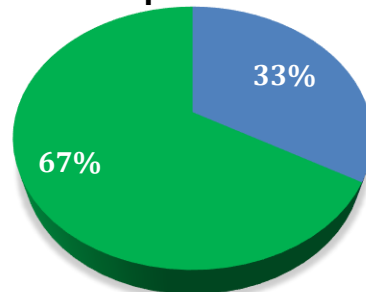
Все респондентки ответили единогласно, что не имели ситуаций, когда они сопровождали женщину в пилотную палату из запланированных домашних родов, а им отказали в приёме в КГРД №5 и проявили неуважение к состоянию роженицы, её правам и лично к сопровождающей домашней акушерке/доуле? Таким образом, косвенно выполнялись цели 1.13 и 1.15 проекта.



Диаграмма 3

Диаграмма 4 демонстрирует факт селективного предложения повышения квалификации независимым акушеркам со стороны КГРД №5. Хотя это является затруднительным, поскольку задача 2.3 (разработка документа «Стандарты практики для легальных акушерок») не выполнена, и работы в этом направлении не велось. Акушерка Надежда комментирует, что предложения по повышению квалификации именно акушерки (что соответствует задаче 2.3. и целям 1.15, 1.16, 1.18) пока не отработаны: *«Не предлагали, но предлагали взять на работу официально (у меня диплом медсестры) на ставку медсестры. Я отказалась, потому что для меня это пустая трата времени (проходить курсы, которые мне ничего по акушерству не дадут)».*

Предлагала ли Вам лично администрация пилотного проекта со стороны КГРД №5 пройти обучение/сертификацию в качестве акушерки или доулы для повышения квалификации и дальнейшей легальной работы?



- Да, я была согласна
- Да, я не согласилась
- Нет, не предлагали
- Мне лично не предлагали, но моим коллегам предлагали
- Другое

Диаграмма 4

4. Отзывы, предложения и рекомендации по работе проекта – оценка проблем и перспектив проекта.

Участникам проекта было предложено уточнить, на их взгляд, главные недостатки и достижения работы проекта за 1,5 года, и предложить свои рекомендации по улучшению его функционирования. Результаты отражены в Таблице 3.

Таблица 3: Оценка проблем и перспектив проекта

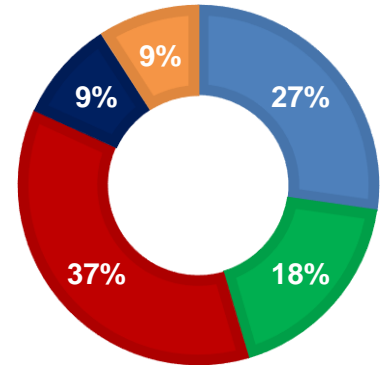
Проблемы и перспективы проекта	Цитаты из ответов респондентов
Самое значимое, на Ваш взгляд, достижение в выполнении данного пилотного проекта. Как повлиял проект на Вашу профессиональную жизнь?	<ul style="list-style-type: none"> • «выявление готовности со стороны украинского роддома сотрудничать с домашними акушерками»; • «понимание администрацией роддома №5, что есть потребность в изменении отношения к рожениц, понимание, что действительно физиологические потребности у женщины и младенца в родах, не коррелируют с медицинскими нормами в протоколах, предложенных Минздравом Украины»; • «либерализация родов»; • «увеличение доверия женщин к врачам»; • «самый главный результат – это исключение факта акушерской агрессии»; • «это революционные достижения для гос.мед.заведения: женщина имеет возможность рожать своего дитя так, как она чувствует и хочет. Для меня лично во многом профдеятельность - проведение курсов по подготовке к родам, сопровождение родов, новый формат

	<p>работы с коллегами - наполнилась радостью за новые возможности для Мамы и Семьи. Проект привнес важные приятные изменения в работу всего нашего роддома»;</p> <ul style="list-style-type: none"> • «помогает развивать систему в целом по стране, мотивирует другие роддома развиваться»; • «я вернулась в акушерство»; • «у меня появилась возможность сопровождать женщин в естественных родах в безопасных условиях. Были ситуации, когда при послеродовом кровотечении мне на помощь приходила дежурная бригада и быстро и профессионально была оказана необходимая помощь. Был успешный опыт родов после КС»; • «самое главное достижение этого проекта, на мой взгляд, - это на привнесение вежливости в родах к женщине и желание изучать природу родов»; • «этот проект познакомил меня с несколькими замечательными людьми в своем деле - акушерками, доулами, которые стали достойными экспертами моего проекта «Чудо в Сердце». Проект ещё раз выявил для меня лично факт, что изменения в отношении домашних родов и структурных изменений в системе (медицинской) реальны, но идут «со скрипом» в связи с предыдущим опытом и привычками медицинского персонала вести дела, как ему удобно».
<p>Самый значительный, на Ваш взгляд, недостаток в реализации данного пилотного проекта.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «непонимание до конца потребности в изменениях, которые были отражены в целях проекта, медицинским персоналом»; • «остаётся отношение к домашней акушерки как к такой, которую надо учить, а не у которой надо учиться медперсоналу родильного дома»; • «у врачей роддома все ещё нет желания наблюдать естественные роды, - медперсонал их форсирует! Сотрудники выступают «помогателями» с первых часов родов...»; • «страх врачей перед родами. Он никуда не делся. Но я видела только трёх врачей за своё сопровождение там»; • «проект работает в обход домашних акушерок (если она приведёт свою клиентку, то их принимают, конечно, но, если женщина обратится в больницу, никто контакты домашних акушерок не даст»; • «малое количество заинтересованных в выполнении целей проекта врачей»; • «плохое информирование женщин о проекте. Другие вопросы нужно решать внутри команды проекта»; • «недостаточно отлаженная коммуникация между участниками проекта»; • «слышала о случаях медицинского ведения, не соблюдения договорённостей»; • «мало домашних акушерок в проекте»; • «домашние акушерки и доулы не выполняют предварительные договорённости о взаимной информированности о запланированных родах дома, а также о факте рождения».
<p>Ваши рекомендации и предложения по улучшению работы проекта «Естественные роды под защитой роддома».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «со стороны администрации проекта - чётко донести цели проекта своим подчиненным»; • «реализовывать цели проекта, а не тянуть на себя (не игнорировать домашних акушерок)»; • «обеспечить контингент врачей в пилотных палатах, которые являются ДЕЙСТВИТЕЛЬНО с опытом сопровождения домашних

	<p>родов и естественных родов (прошли стажировку в родильных центрах / клиниках гуманных родов в мире; совместные тренинги больничных акушерок и врачей с домашними профессиональными акушерками). Проект «Чудо в Сердце» может помочь в привлечении таких акушерок»;</p> <ul style="list-style-type: none">• «изменение лексикона больничных сотрудников с помощью релевантных тренингов со стороны А.Д.Кобасы, доул и домашних акушерок»;• «тщательное изучение базовых потребностей женщины и ребёнка в родах и раннем послеродовом периоде (работы М.Одена, Рут Эрхардт, Робин Лим, https://proestro.com/our-mission, Приложение В)»;• «повышение квалификации участников. Оттачивание механизма работы и взаимодействия. Продолжать развитие дела»;• «улучшение коммуникации между участниками проекта»;• «расширять количество участников и партнёров, чтобы как можно больше людей развивали начатое. Увеличивать число врачей и акушерок. Проводить обучающие курсы»;• «самим врачам нужно больше профессиональной поддержки, больше информации о естественных родах, мне так показалось, и, может, какого-то консультанта, который сможет их поддерживать: некая горячая линия, психологическая поддержка. Им бывает трудно, мне так показалось, если в них исчезает уверенность, они скатываются к привычным схемам. В моём случае сопровождения родов в качестве доулы происходило так...»;• «сделать отдельный вход, работать ТОЛЬКО с дружественными врачами, проводить среди врачей роддома разъяснительную работу о важности изменения лексикона и самой философии «невмешательства» в роды».
--	---

В рамках данного модуля респондентам был задан вопрос **«Знакомились ли Вы с результатами опроса украинских женщин «Опишите своё идеальное место для естественных родов - помогите его создать!», которое проводилось специально для проекта «Естественные роды под защитой роддома»? Результаты содержатся на сайте проекта «Чудо в Сердце» [<https://proestro.com/opros-2018>]**, а также были обнародованы в соцсетях и в Facebook-группе пилотного проекта <https://www.facebook.com/groups/117113818994681>. Полученные ответы отражены на Диаграмме 5. Поскольку преобладающая часть респондентов не знала о проводившемся опросе, хотя он был достаточно широко обнародован, то не могла применить его выводы в своей профессиональной деятельности, таким образом ещё более гуманизируя роды.

**ЗНАКОМИЛИСЬ ЛИ ВЫ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПРОСА
УКРАИНСКИХ ЖЕНЩИН «ОПИШИТЕ СВОЁ ИДЕАЛЬНОЕ
МЕСТО ДЛЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ - ПОМОГИТЕ ЕГО
СОЗДАТЬ!», КОТОРОЕ ПРОВОДИЛОСЬ СПЕЦИАЛЬНО ДЛЯ
ПРОЕКТА «ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ ПОД ЗАЩИТОЙ
РОДДОМА»?**



- Да, это повлияло на мою работу в пилотном проекте
- Да, но это не повлияло на мою работу в пилотном проекте
- Нет, не знал, что такой опрос проводился, и о его результатах
- Нет, не было времени
- Нет, потому что не считаю подобные опросы важными и релевантными моей работе в проекте и профессиональной деятельности

Диаграмма 5

Заключение

Когда бы и где бы вы ни рожали, ваш опыт повлияет на ваши эмоции, ваше мышление, ваше тело и ваш дух на всю оставшуюся жизнь

Айна Мэй Гаскин

Основные выводы по результатам анкетирования:

1. Сотрудники роддома-участники проекта практически в полном составе приняли участие в данном анкетировании, в то время как внебольничные помощники в родах – в малочисленном составе. Это позволяет сделать вывод о **большей заинтересованности и улучшении результатов работы проекта со стороны персонала КГРД №5.**

2. Результаты Анкетирования демонстрируют хорошие наработки в сфере **оснащения новых палат «семейного типа» в КГРД №5, привлечение нескольких домашних акушерок и независимых доул** для сопровождения в данном роддоме и всё ещё **недостаточную командную работу** их с сотрудниками роддома.

3. Прорывом в современной системе родовспоможения (организации места родов и акушерской парадигме) является со стороны КГРД №5 **открытие свободного доступа** (при предварительном согласовании деятельности внебольничного помощника в родах) к пилотным палатам КГРД №5 для сопровождения там родов.

4. К **основным благоприятным изменениям в КГРД №5** можно отнести следующие:

4.1. Рожая в пилотных палатах проекта, **роженица, скорее всего, может рассчитывать на уважительное отношение врача, даже дежурного** или того, который не работает в рамках проекта.

4.2. Палаты, оснащённые для проекта, действительно имеют многое необходимое в **техническом плане** (ванна, шведская стенка, фитболы, регулятор света и т.д.).

4.3. **План своих родов** можно донести до врачей и на беременную не будут смотреть как на странную особу.

4.4. В роддоме есть **несколько врачей, которые настроены на сопровождение естественных родов**, выражают больше терпения в родах, стремятся наблюдать женщину в родах, а не вести (управлять) роды.

4.5. При благоприятном стечении обстоятельств **домашняя акушерка имеет возможность принимать роды непосредственно в палате роддома, а в экстренном случае женщине окажут всю необходимую медицинскую помощь** на высоком уровне, в том числе реанимацию ребёнка, кесарево сечение

и

т.д.

5. **Персонал роддома КГРД №5 более высокого мнения об уровне реализации проекта**, чем сторонние участники: доулы, роженицы и родильницы (по словам внебольничных помощников в родах), домашние акушерки.
6. **У домашних акушерок имеется ряд весьма существенных замечаний**, однако, по их словам, в роддоме не готовы прислушиваться к их мнению. Кроме того, по их ответам, вначале проект работал более прозрачно и доверительно, а сейчас ситуация меняется в худшую сторону.
7. В пилотных палатах проекта иногда случается форс-мажор (пример с неработающим бойлером), и **персонал роддома не может решить вопрос оперативно**.
8. Разработанный в рамках проекта законопроект (Приложение А) предлагает **путь к большей безопасности родов в Украине, независимо от места их проведения, через внедрение в существующую медицинскую систему акушерской модели ухода**. Это предполагает легализацию существующего домашнего акушерства, устанавливает основы работы независимых профессиональных акушерок в родильных центрах и в домашних родах, а также регламентирует действия по обеспечению согласованной работы всех составляющих обновленной системы родовспоможения. Однако данный документ пока «лежит на полке» у депутата, которому он был подан. В то же время при изменении политической ситуации данный законопроект имеет много шансов быть рассмотренным и оперативно принятым при согласованных действиях со стороны разработчиков законопроекта.
9. **Объединение домашних акушерок** (например, создающаяся Ассоциация Аутентичных Акушерок Украины) может стать движущей силой законодательных изменений (см. вывод 8). Сложность создания такой организации состоит в том, что зрелые акушерки не видят смысла в объединении, а молодые – не имеют достаточного авторитета для её инициации. *Подробнее о необходимости, преимуществах и путях создания объединения акушерок - на <https://proestro.com/questionnaire-2019>.
Подробнее о необходимости реформирования сферы акушерства в Украине – на <https://proestro.com/obstetrics-reform-ukraine>.*

Основные рекомендации по улучшению эффективности работы проекта:

1. **НИКАКИМИ естественными (нормальными, физиологичными) родами не должны руководить** ни акушерка, ни врач, ни муж, ни доула, ни мать, если роженица в сознании и без психических и ассоциативных расстройств. При этом состояние в родах – состояние изменённого сознания (когда в родах участвуют древние, архаичные структуры мозга, а не неокорткес) («состояние, когда женщина пребывает на другой планете» (М.Оден) – не является бессознательным либо «полубредовым», как называют его некоторые врачи, состоянием. Данное состояние является для некоторых женщин необходимым и достаточным для физиологичных родов, а не просто вагинальных.

2. При достижении целей проекта по техническому оснащению пилотных палат КГРД №5, следует помнить, что их оснащение является только второстепенной целью! **Главной целью для сотрудников проекта** является «понимание персоналом родильного дома либо родильного центра, что **главная в процессе родов – сама роженица, поэтому важно знать, понимать и оберегать её базовые потребности в родах и в первые часы после рождения** (*«Думается, что если персонал роддома подберётся такой, который искренне любит своё дело, осознаёт ценность жизни и ценность естественных родов, то многие вопросы тона, манипуляций, лексики отпадут сами собой»*) (Результаты опроса женщин Украины «Опишите своё идеальное место для родов – помогите его создать!» (2018) [<https://proestro.com/opros-2018>]).

3. В выполнении цели 1.5 (организовать доступ к пилотным палатам **врача, специализирующегося именно на сопровождении естественных родов. Предоставление доступа к пилотным палатам проекта СУГУБО врачам с настроем на сопровождение естественных родов**), на взгляд составителей данного отчёта, необходима сильная воля руководства проекта со стороны КГРД №5 в принятии мер по обеспечению:

- 1) единого понимания термина «естественные роды» и понимания своей роли как сопровождающего врача-сотрудника роддома в них (см. Приложение В - Глоссарий);
- 2) мудрого распределения имеющегося штата сотрудников для организации естественных родов в пилотных палатах с учётом того, что такие роды проходят не в таком большом количестве, как в других палатах КГРД №5, и пилотные палаты имели другую миссию, невыполнение которой сводит «на нет» все результаты работы проекта;
- 3) непрерывного обучения имеющегося штата врачей для пилотных палат сопровождению естественных родов (обеспечение тренингов от украинских домашних акушерок, международных сертифицированных акушерок и аутентичных (традиционных), а также с помощью стажировок в зарубежных родильных центрах);

4) изучению международных акушерских протоколов и **предложение изменений в МОЗ Украины в терминах «сопровождение физиологичных (естественных) родов», «нормальные роды», «вагинальные роды», которые более (и изначально) не отвечают современным знаниям о физиологии роженицы и физиологии родов.** Язык общения в роддоме и научная база в сфере материнства должны коррелировать с физиологией и должны предельно ясно выражать, каковы базовые потребности человеческих млекопитающих в родах.

4. Если термины и практику «ведение родов» (labor management) и «ведение беременности» (management of pregnancy) продолжать применять к естественным родам, то уничтожится возможность и вероятность того, что роды смогут быть либо продолжать быть физиологичными: «без смены лексикона нет смены парадигмы» (Мишель Оден) [7]. **Необходима смена акушерской парадигмы** «помощи – поддержки – обучения – ведения» на парадигму, где ключевыми словами являются «защита» (от процессов, стимулирующих неокортекс женщины) и «понимание физиологических потребностей человеческого вида в родах и послеродовом периоде». В Глоссарии (Приложение В) предложена замена указанных терминов на «сопровождение родов» и «наблюдение беременности». Термин и тактику «ведение родов» целесообразно применять сугубо к патологическим (клиническим) родам.

5. Роддом впредь не должен снова предпринимать **попытки контролировать финансовые потоки** между домашними акушерками, внебольничными доулами и их клиентками (цель 1.17 Проекта).

6. «Проестественных» врачей в проекте - считанные единицы. Однако и они всё ещё попадают в основную часть персонала, которая будет действовать стандартно (активно применяя медицинские возможности). В этой связи рекомендация, которую можно дать беременной женщине и её внебольничной акушерке в этой ситуации - **заранее договариваться с врачом, а не полагаться на дежурную бригаду.** Хотя, как показал опыт проекта, даже в случае договорных родов гарантий того, что врач будет защищать ваши естественные роды, нет. В то же время однозначно процент благоприятного исхода гораздо выше.

7. Для наилучшей реализации целей проекта можно рекомендовать КГРД №5 **вести в свою практику наблюдения беременности сугубо акушерками:** «Очевидно, нецелесообразно, а может быть, и небезопасно для женщин с физиологически протекающей беременностью находиться под наблюдением врача акушера-гинеколога, даже при наличии такой возможности» (Ассоциация акушеров-гинекологов и репродуктологов Грузии) [8].

8. **Не останавливаться,** развивать понимание, знания и умения в сфере физиологии родов и принятия женщины как главного действующего лица в её беременности, родах и материнстве.

Большая благодарность всем участникам данного пилотного проекта за включение в процесс осознания выбора женщин (даже меньшинства, даже 1%) в подготовке и организации естественных родов в домашних условиях и на базе КГРД №5, и за посильный труд в реализации проекта, который может стать «первой ласточкой» в сети украинской системы акушерского ухода!

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Законопроект о создании акушерской Службы заботы в Украине и легализации домашнего акушерства (Внесение изменений в Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» в статью 58-1).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Пояснительная записка к Законопроекту о создании акушерской Службы заботы в Украине и легализации домашнего акушерства.

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Глоссарий для работы участников пилотного проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Распределение беременных женщин по группам перинатального и акушерского риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Роль проекта «Чудо в Сердце» в проекте «Естественные роды под защитой роддома»

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Рут Эрхардт. Основные потребности женщины в родах. М.: Изд. Назаровых, 2017. – 36 с.
2. Естественные роды - волшебство Трёх Т (Тихо, Тепло, Темно). Стенограмма и перевод вебинара Мишеля Одена (Michel Odent) на Первом международном онлайн-Фестивале «Чудо в Сердце». 2014. <https://proestro.com/tri-t>.
3. Медико-правовой толковый словарь / Под ред. Сенюты И.Я. - Львов: изд-во ЛОБФ «Медицина и право», 2010. - 540 с.
4. Davis-Floyd, Robbie E., Lesley Barclay, Betty-Ann Davis, and Jan Tritten (eds.). 2009. Birth Models that Work. Berkeley: University of California Press.
5. Наказ МОЗ №620 «Про організацію та надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» від 29.12.2003.
6. Лилиана Ламмерс. Помогать – это способ делать роды трудными. 2014. <http://michel-odent.ru/pomogat-e-to-sposob-delat-rody-trudny-mi>.
7. Odent M. Childbirth and the Future of Homo Sapiens. Pinter & Martin Ltd. 2013.
8. Современные аспекты ведения физиологических родов (сокращённый перевод с английского «Care in Normal Birth» WHO-1996) / под ред. Т. Асатиани, - Тбилиси: Ассоциация акушеров-гинекологов и репродуктологов Грузии, 1998. – 27 с.
9. Odent M. The Scientification of Love. Free Association Books. 1999. (2nd ed 2001).
10. Aron, A.R., Robbins, T.W., Poldrack, R.A. Inhibition and the right inferior frontal cortex. Trends Cogn Sci. Department of Experimental Psychology. 2004.
11. Newton, N. Special issues in nurse-midwifery: A look at the past and future. Journal of Nurse Midwifery. 1986.
12. The American Heritage Dictionary of the English Language, Fifth Edition. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company. 2015.
13. Большой словарь иностранных слов/ Под ред. А.Н.Булыко – М.: изд-во МАРТИН, 2007. - 704 с.

Результаты Анкетирования
«Результаты 1,5 лет проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)
<https://proestro.com/questionnaire-2019>

14. International Confederation of Midwives. <https://www.internationalmidwives.org>.
15. Североамериканский Альянс Акушеров (Midwives Alliance of North America). <https://mana.org/about-midwives/types-of-midwife>
16. Free Encyclopaedia Wikipedia. <https://en.wikipedia.org/wiki/Midwife>
17. Михаил Фомин. Зимний углубленный онлайн-курс «Искусство духовного акушерства». 2015.
18. Ассоциация специалистов по естественному родительству (АФПБ): Доулы Украины. Обучение и сертификация международного уровня. http://doula.com.ua/afpb_organizatsiya.
19. Этический кодекс Европейской сети доул (EDN). <http://european-doula-network.org>.
20. Социальный проект по естественным родам «Чудо в Сердце». Новая профессия среди помощников в родах – монитрис. <https://proestro.com/novaya-professiya-sredi-v-rodakh>.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Подготовлено малой рабочей группой № 1 проекта «Естественные роды под защитой роддома»
(декабрь 2017):

Ольга Вишкина (юрист, организатор социального проекта «Чудо в Сердце»
proestro.com)

Ирина Росоха (Рынтовт) (доула, перинатальный психолог, юрист,
руководитель проекта «Perinatal project»)

Ольга Горбенко (доула, соорганизатор в «Природные Права Украина»
pryrodni.org.ua)

Юлия Бакалова (доула, doula.com.ua)

Алина Дунаевская (к.м.н., акушер-гинеколог, неонатолог, со-организатор в
«Природные Права Украина» pryrodni.org.ua)

Джамиля умм Ясин (домашняя акушерка, семейный врач-натуропат, автор
проекта rodibio.com)

ПРОЕКТ

Вносится депутатом _____
22 мая 2018 г.

ЗАКОН УКРАИНЫ

О внесении изменений в Закон Украины

«Основы законодательства Украины об охране здоровья» («Основы законодавства України про
охорону здоров'я»)

Верховный Совет Украины утверждает:

1. Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» (Ведомости Верховной Рады Украины (ВВР), 1993, № 4, ст.19) дополнить статьёй 58-1 следующего содержания:

Статья 58-1. Обеспечение акушерской помощи женщинам во время беременности и родов.

1. Помощь при беременности и родах (акушерская помощь) в Украине предоставляется на основе распределения беременности и родов по степени риска для женщины и степени перинатального риска на низкий, средний и высокий.
2. Акушерская помощь по типам делится на общую и индивидуальную.

Акушерская помощь общего типа предоставляется в учреждениях здравоохранения любого уровня аккредитованными специалистами по акушерству.

Индивидуальный тип акушерской помощи предусматривает наблюдение за беременностью и принятие родов лицензированным специалистом по акушерству по выбору женщины с учётом её пожеланий, что оформляется соответствующим договором.

Аккредитованный специалист по акушерству - специалист, имеющий необходимые знания и умения для самостоятельного принятия родов, подтверждённые документом государственного образца.

Лицензированный специалист по акушерству - аккредитованный специалист, который выполнил необходимые лицензионные условия для осуществления такого вида деятельности и получил лицензию установленного образца.

3. Выделяются три уровня оказания акушерской помощи:

первый уровень - домашние роды (любое место по выбору женщины вне учреждения здравоохранения с соблюдением расстояния для транспортировки);

второй уровень - родильные акушерские центры на территории медицинского учреждения или отдельно от него;

третий уровень - родильные дома, ПАГ и перинатальные центры.

Акушерские центры сотрудничают с акушерскими учреждениями третьего уровня, которые в случае необходимости могут предоставлять соответствующую неотложную и другие виды госпитальной помощи как женщинам, так и новорожденным. Лицензированные специалисты по акушерству по желанию женщины из группы низкого риска могут оказывать акушерскую помощь за пределами учреждения (принимать домашние роды).

В случае осложнения состояния здоровья женщины или ребёнка во время беременности, родов и в послеродовой период должна быть обеспечена безотлагательная транспортировка роженицы и ребёнка в акушерское учреждение третьего уровня, с которым заключён договор, или в ближайшее подобное учреждение.

4. Основанием для оказания акушерской помощи конкретному типу либо в конкретном учреждении является заявление женщины.

Женщины из группы низкого риска могут получать акушерскую помощь во время беременности и родов в отдельных акушерских центрах или дома с лицензированным специалистом по акушерству (акушерская помощь первого и второго уровня).

Женщины из группы среднего риска могут получать акушерскую помощь во время беременности и родов в учреждениях акушерской помощи третьего уровня.

Женщины из группы высокого риска могут получать акушерскую помощь во время беременности и родов в учреждениях акушерской помощи третьего уровня.

Любая беременная может получить акушерскую помощь в учреждении третьего уровня по собственному желанию.

5. Предоставление акушерской помощи в учреждениях оказания акушерской помощи всех уровней осуществляют аккредитованные специалисты по акушерству.

Лицензированные специалисты по акушерству могут оказывать акушерскую помощь в учреждениях всех уровней оказания акушерской помощи на договорных началах с соответствующим учреждением.

Лицензированные специалисты по акушерству, которые оказывают акушерскую помощь на уровне учреждений первого уровня или на дому, имеют соответствующее образование и являются членами Ассоциации специалистов по акушерству.

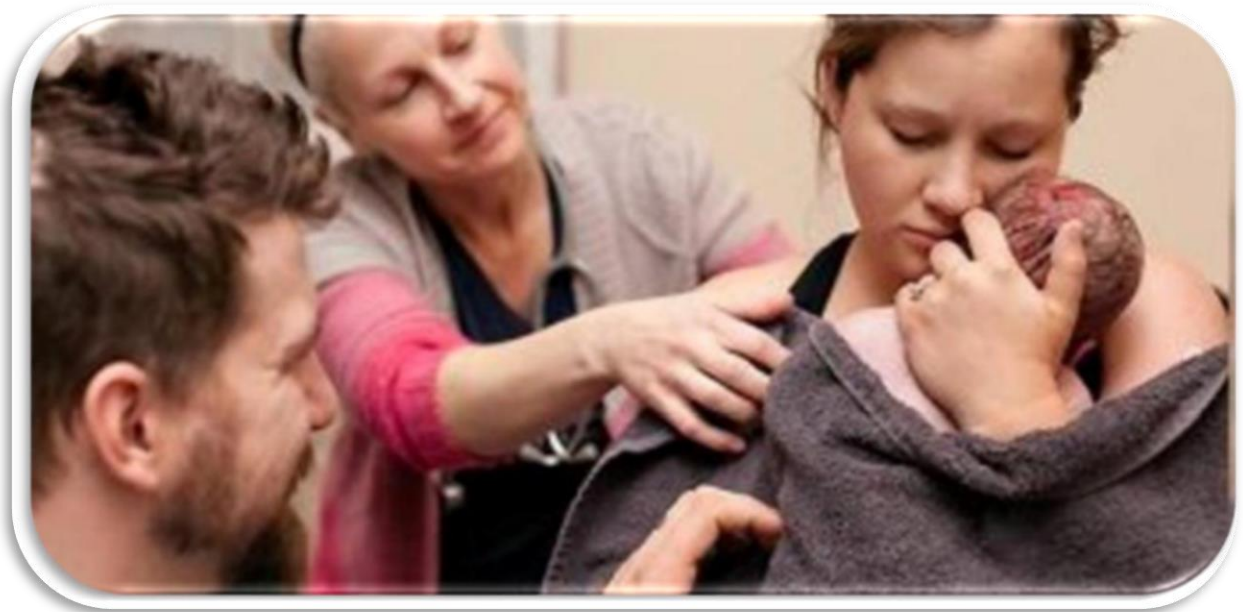
2. Настоящий Закон вступает в силу с 1 января 2019 года.

Председатель Верховного Совета Украины

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Пояснительная записка к Законопроекту (Приложение А)

Обоснование необходимости внесения изменений в Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» **Об акушерской службе родов в Украине**



Подготовлено Малой рабочей группой № 1 Проекта «Естественные роды под защитой роддома»:

Ольга Вишкина (юрист, организатор социального проекта «Чудо в Сердце» proestro.com)

Ирина Росоха (Рынтовт) (доула, перинатальный психолог, юрист, руководитель проекта «Perinatal project»)

Ольга Горбенко (доула, соорганизатор в «Природные Права Украина» pryrodni.org.ua)

Юлия Бакалова (доула, doula.com.ua)

Алина Дунаевская (к.м.н., акушер-гинеколог, неонатолог, соорганизатор в «Природні Права Україна» pryrodni.org.ua)

Джамиля умм Ясин (домашняя акушерка, семейный врач-натуропат, автор проекта rodibio.com)

Признаком благополучного развития общества является обеспечение со стороны государства безопасности здоровья матери и ребёнка, свобода выбора места и способа родов, гуманный подход и высокое качество помощи в родах.

Обоснование необходимости внесения поправок в Закон

К сожалению, на принципы организации акушерской помощи нашей страны наложило сильный отпечаток проведение тотальной коллективизации жизни человека в советский период.

Произошла подмена индивидуального подхода к наблюдению беременности и сопровождению родов стандартизацией поточного метода. Из естественного физиологического процесса роды превратились в медицинский акт, а роженицу в пациента, где врач стал необходим, как лицо спасающий женщину. Место родов у женщин осталось только одно – роддом (больница) и альтернатив в стране не существует.

Исчезло искусство акушерской помощи, на смену которому пришло медикаментозное управление родами. Акушеры-гинекологи всё больше стали использовать лекарственные средства и другие вмешательства в роды, что, как известно, имеет множественные побочные воздействия на последующее развитие ребёнка, а некоторых случаях и на маму малыша, что приводит к снижению доверия, удовлетворённости женщин ходом родов и к качеству оказания медицинской помощи.

Государство вынуждено оплачивать высококвалифицированную медицинскую помощь по сопровождению родов, хотя наблюдать за беременностью без осложнений и принимать физиологичные роды способны профессиональные независимые акушерки - средний медицинский персонал. Ряд исследований показывают, что именно такая модель наиболее эффективна (Flint et al 1989, MacVicar et al., 1993, Waldenström and Nilsson 1993, Hundley et. al 1994, Rowley et al 1995, Waldenström et al 1996).

По результатам социальных опросов, женщины Украины, готовящиеся к родам без медицинских вмешательств, в роддомах часто сталкиваются с медицинской агрессией (которая показывает в первую очередь, нарушение прав женщин), а также неуважительным отношением со стороны медицинского персонала (Первый Национальный Отчёт Украины по правам человека в родах подготовлен для Европейского саммита по правам человека в родах (HRiC) в г. Страсбург, Франция <https://proestro.com/national-report>).

По результатам исследований, на которые ссылается в своем отчёте «Place of Birth» («Место для родов») Всемирная организация здравоохранения, женщины в больничных родах остаются в одиночестве без реальной моральной поддержки большую часть времени (Ходнетт и Осборн 1989b).

Это приводит к длительному и тяжелому послеродовому периоду, послеродовой депрессии, трудностям или полному отказу от грудного вскармливания, нарушениям психологического взаимодействия между матерью и ребенком, сложностям в адаптационном периоде для новорожденного и его матери, страху повторных родов.

Систематичность таких последствий приводит к снижению рождаемости в Украине и глобальному ухудшению психологического и физического здоровья нации в целом.

Выходом может являться внедрение в Украине опыта наиболее развитых государств Европы, таких как Великобритания, Германия, Нидерланды, а также Новой Зеландии, который показывает эффективность применяемой ими современной модели акушерской помощи будущим матерям и детям – «Midwifery Model of Care» («Акушерская модель ухода»). Также

эта модель принимается и поддерживается в Северной и Южной Америке, и заявлено о введении похожей модели в Китае.

Акушерская модель ухода - это модель непрерывного акушерского ухода, когда одна и та же независимая акушерка наблюдает за беременностью женщины и принимает у неё роды, как в роддоме, так и вне медицинского учреждения. Часто эта же акушерка осуществляет и послеродовое наблюдение за матерью и младенцем. Это модель, где физиологические роды принимают акушерки, а врачи занимаются только значительными (патологическими) отклонениями от нормы. То есть квалифицированный врач (по уровню образования высший мед. персонал) не должен заниматься и тратить время на НЕ патологические роды, с этим может справиться любая акушерка (средний мед. персонал).

Модель непрерывного акушерского ухода поддерживается Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) как оптимальная модель наблюдения беременных, т.е. ВОЗ рекомендует комитетам здравоохранения во всех странах применять именно эту модель, а не какую-либо другую (Care in Normal Birth WHO/FRH/MSM/96.24).

Эксперименты с непрерывным акушерским уходом в больницах Великобритании, Австралии и Швеции показали, что удовлетворенность женщин таким бережным сопровождением намного выше, чем при стандартной медицинской помощи. Количество вмешательств, как правило, было ниже, особенно в отношении акушерской анальгезии, индукции и стимуляции родов. (Flint et al 1989, MacVicar et al., 1993, Waldenström and Nilsson 1993, Hundley et. al 1994, Rowley et al 1995, Waldenström et al 1996).

Также нужно отметить, что особенностью этой модели является легальность принятия родов на дому и/или в акушерских родильных центрах независимыми акушерками. Такой вариант доступен женщинам, не относящимся к группе повышенного риска.

Ещё одним аргументом в пользу легализации домашнего (независимого) акушерства в Украине служит тот факт, что сопровождение акушерками родов вне медицинского учреждения (на дому) уже легализовано в соседних с нами Латвии, Венгрии и Польше. В настоящее время Министерство здравоохранения Китая также рассматривает закон о регистрации независимых акушерок, которые смогут практиковать вне стационара и принимать роды вне медицинского учреждения (домашние). Ассоциация Акушерок Китая в ближайшие 10 лет планирует обучить и подготовить 100 000 таких акушерок.

Цель и пути её достижения

Целью законопроекта является создание в Украине эффективной системы родовспоможения, где независимые профессиональные акушерки имеют право наблюдать женщин с нормальной беременностью и сопровождать физиологические роды в любом месте по выбору женщины, а высококвалифицированный медицинский персонал в роддомах сосредоточен на оказании помощи женщинам высокой группы риска или тем, чьи роды проходят с осложнениями.

Законопроект предполагает дополнение существующей системы родовспоможения акушерской моделью ухода для женщин из группы низкого риска, что при правильной организации позволит обеспечить безопасность родов, независимо от места их проведения. Таким образом, станут возможны:

1. **Домашние роды для женщин из группы низкого риска**, где наблюдение в период беременности и роды в домашних условиях сопровождает профессиональная независимая акушерка.
2. Роды в **акушерских родильных центрах** с домашней обстановкой для женщин из группы низкого и среднего риска. Такие родильные центры оснащены медицинским оборудованием для реанимации и оказания первичной медицинской помощи и расположены так, чтобы иметь возможность в течение небольшого периода времени (например, 15 минут) доставить женщину или новорожденного в медицинское учреждение для оказания высококвалифицированной медицинской помощи.
3. **Госпитальные роды с участием врача для женщин из группы среднего и высокого риска**, а также из группы низкого или среднего риска, если таково желание женщины. Такие роды проходят в специализированном медицинском учреждении (роддоме или перинатальном центре) с надлежащим оснащением и под наблюдением высококвалифицированного медицинского персонала.

Сейчас в Украине присутствует домашнее акушерство, поскольку есть женщины, сознательно выбирающие роды вне медицинского учреждения, реализуя свое законное право на такой выбор.

Однако деятельность домашних акушерок в нашей стране законодательно не урегулирована, и государство не обеспечивает медицинскую безопасность родов вне медицинских учреждений.

Понятие «акушерский родильный центр» является новым для Украины. Такой родильный центр представляет собой небольшое медицинское учреждение на территории больницы или недалеко от нее, которое специализируется на сопровождении физиологических родов акушерками. Там наблюдают беременность и принимают роды только специально обученные профессиональные акушерки, которые являются специалистами в области нормальных родов. Родильные центры работают в тесном сотрудничестве с ближайшим медицинским учреждением, но акушерки непосредственно не подчинены врачам, а работают автономно.

Преимущества родильного центра для женщин: по-домашнему уютная обстановка, спокойная атмосфера, наличие больших ванн для родов, а также других приспособлений, которыми могут пользоваться роженицы: мягкий мат, кресло-груша, фитбол, подушки, специальные стулья для родов, другие атрибуты. В родильных центрах активно применяют такие немедикаментозные методы обезболивания, как ароматерапия, теплая вода и массаж. Семья круглосуточно может быть с женщиной. При нормальном состоянии матери и ребенка после родов ранняя выписка происходит уже через 6 часов. Исследования показывают, что роды в родильных центрах значительно уменьшают вероятность медицинских вмешательств, повышают удовлетворенность женщин, не увеличивая при этом риск для матери и ребенка.

Такой акушерский уход был описан в обширном отчете о рождаемости в США в альтернативных родильных центрах на территории больниц и за их пределами (Rooks et al 1989).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, акушерки, работающие в таких родильных центрах, в случае необходимости должны оказать первичную медицинскую помощь и обеспечить быструю транспортировку роженицы и/или младенца в медицинское учреждение, сотрудничающее с данным центром (Care in Normal Birth WHO/FRH/MSM/96.24).

После прибытия в медицинское учреждение независимая акушерка может продолжить сопровождение родов либо, в случае показаний, сообщить о необходимости медицинских вмешательств.

Данный Законопроект предлагает путь к большей безопасности родов в Украине, независимо от места их проведения, через внедрение в существующую медицинскую систему акушерской модели ухода.

Это предполагает легализацию существующего домашнего акушерства, устанавливает основы работы независимых профессиональных акушерок в родильных центрах и в домашних родах, а также регламентирует действия по обеспечению согласованной работы всех составляющих обновлённой системы родовспоможения.

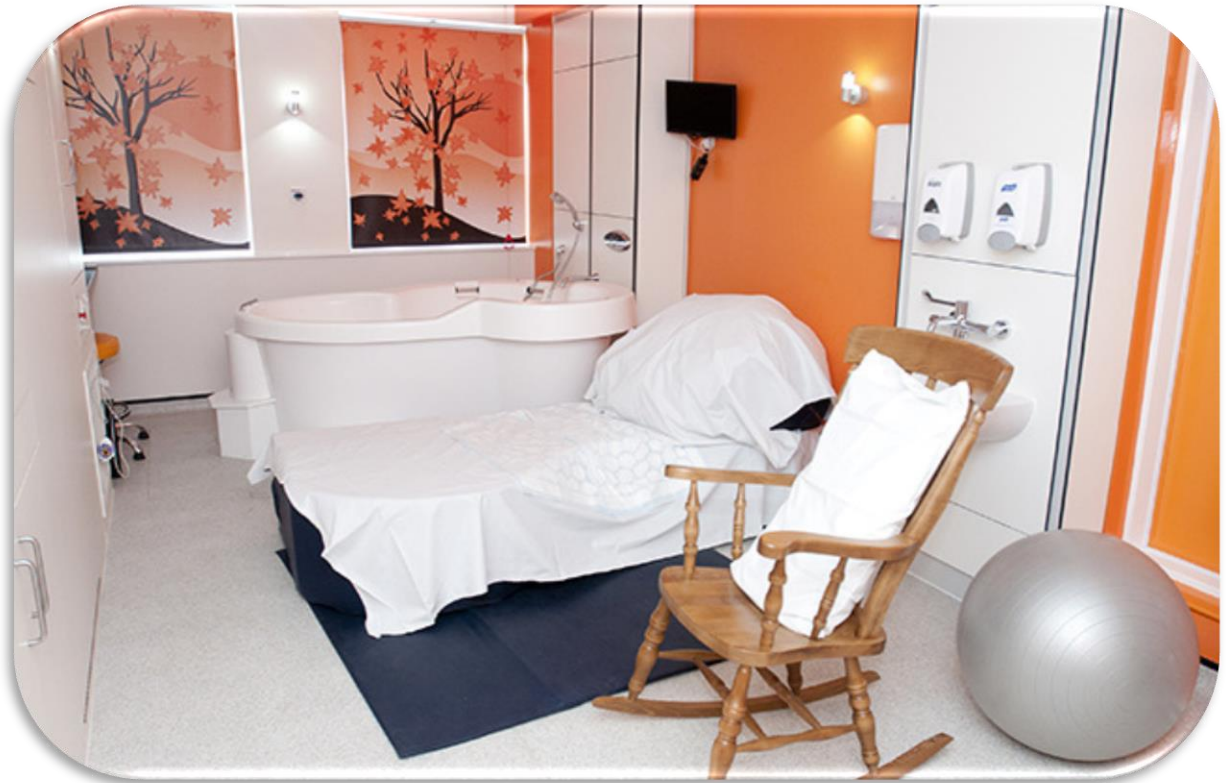
Правовые аспекты

В соответствующей сфере правового регулирования действуют Конституция Украины, Основы законодательства Украины об охране здоровья и другие законы и подзаконные нормативно-правовые акты.

Для реализации данного Законопроекта необходимо внесение изменений в Основы законодательства Украины об охране здоровья, Основы законодательства Украины об общеобязательном государственном социальном страховании, Закон Украины «О страховании», Закон Украины «О защите персональных данных» и Закон Украины «О государственной службе».

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Глоссарий для работы участников пилотного проекта «Естественные роды под защитой роддома» (Украина)



Подготовлено Малой рабочей группой № 2 проекта «Естественные роды под защитой роддома»:

Александр Кобаса (акушер-гинеколог, перинатальный психолог zhovten.org)

Надежда Зелёная (домашняя акушерка)

Ольга Вишкина (юрист, организатор социального проекта «Чудо в Сердце» proestro.com)

Роман Ворона (акушер-гинеколог Киевского родильного дома №5)

Джамиля умм Ясин (домашняя акушерка, семейный врач-натуропат, автор проекта rodibio.com)

Елена Ярощук (гинеколог Киевского родильного дома №5)

Ольга Горбенко (доула, соорганизатор в «Природные Права Украина» pryrodni.org.ua)

Юлия Бакалова (доула, doula.com.ua)

Светлана Демьянова-Пономаренко (контактное лицо международной организации Midwifery Today Inc. в Украине, организатор социального проекта «Чудо в Сердце» proestro.com)

Естественные роды (синонимы: **нормальные, физиологичные**) – это естественный процесс.

Естественный процесс в человеческом организме – это то, что дано человеку природой, заложено физиологически, обусловлено генетически, происходит всегда само по себе, бесконтрольно на уровне инстинктов и рефлексов, не терпит вмешательств извне. Физиологический (естественный) процесс происходит без боли, по ощущениям комфортен для человека (хотя иногда может быть с определённым дискомфортом). Естественный процесс не терпит вмешательств. Вмешательство нарушает течение физиологического процесса. Роды женщины являются сексуальным и выделительным процессом.

Таким образом, **естественные роды** – это физиологичные роды через родовые пути без каких-либо вмешательств извне (в том числе медицинских). При этом процесс начинается и заканчивается спонтанно под действием «коктейля родовых гормонов», этому процессу не требуется помощь и коррекция, как и другим физиологическим процессам, до тех пор, пока по каким-то причинам он не станет патологическим. В нормальных (естественных) родах допускаются немедицинские средства помощи, такие как: массаж, ароматерапия, психологические практики, изменения позы, прогулки, водные процедуры, приём нелекарственных препаратов.

Поскольку роды являются крайне интимным действием, они очень уязвимы, и для их благополучного (физиологичного) протекания необходимо создавать условия базовой безопасности [1, 2]:

- полное уединение;
- «правило трёх Т» по М. Одну (тихо, темно (или приглушённый свет), тепло);
- отключение мыслящего мозга (неокортекса): не разговаривать, не отвлекаться на чьи-то вопросы;
- отсутствие ощущения, что наблюдают;
- отсутствие адреналина.

Вагинальные роды – это роды, которые окончились рождением ребёнка через родовые пути матери, при этом каждые естественные роды являются вагинальными, но не каждые вагинальные роды являются естественными (нормальными, физиологичными). Вагинальные роды могут начаться физиологично (спонтанно), а могут быть индуцированы. Вагинальные роды могут проходить без медицинских вмешательств, а могут с применением инвазивных техник родоразрешения.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности [3].

Медицинское вмешательство в процесс беременности/родов – это активное действие квалифицированного специалиста, цель которого вернуть процесс в естественное русло или завершить его медицинскими средствами, если восстановление естественного течения невозможно. Медицинское вмешательство проводится по информированному согласию женщины (или доверенного лица, если женщина потеряла сознание) и строго по медицинским показаниям. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения.

Поскольку беременность и физиологичные роды – это естественный процесс и не медицинский акт, то беременная/роженица/родильница становится пациентом только тогда, когда обращается за медицинской помощью устно или письменно (либо за неё это делает её доверенное лицо) в медицинское учреждение, либо к медработнику. В физиологичных родах медицинское вмешательство допустимо сугубо в случае, когда оно направляется на корректировку естественного хода родов, который по каким-то причинам по мнению матери стал выходить за рамки безопасного для матери и ребёнка.

Когда медицинское вмешательство имеет рутинный характер, то несёт ятрогению и создает обстоятельства, которые впоследствии приведут к необходимости иных вмешательств (каскад вмешательств). Если патологическая ситуация в ходе беременности была полностью скорректирована, то женщина имеет право находиться в группе низкого риска и иметь право на сопровождение своих родов как для группы низкого риска.

Трёхступенчатая система организации родов – это система организации родов, где физиологичные роды сопровождают акушерки (на дому, в родильном центре или в любом другом месте по желанию женщины), а врачи (в медицинском учреждении) принимают роды с патологиями, у женщин группы высокой степени риска. Данная система направлена на минимизацию количества госпитальных родов для женщин группы низкого риска и передачу таких женщин в область ответственности сертифицированных акушерок, которые смогут непрерывно сопровождать роды дома либо в родильном центре, а также в случае необходимости клинических родов – в роддоме на правах ассистента врача. Таким образом, врачи акушеры-гинекологи, изначально обучавшиеся вести патологические процессы, в данной системе выполняют свою работу с патологическими родами, а акушерки сопровождают нормальные роды.

Три составляющие данной модели:

1. Роды с профессиональной акушеркой для женщин из группы низкого риска в домашних условиях.
2. Акушерские родильные центры (при роддомах или недалеко от них) для женщин из группы низкого и среднего риска.
3. Госпитальные роды с участием врача для женщин из группы высокого риска.

Такая система позволяет каждой женщине реализовать своё право на комфортное и безопасное для неё и её ребенка место для родов, уважительное отношение к её потребностям (прежде всего, базовым потребностям в родах) и избежания излишней медикализации родов. Система хорошо зарекомендовала себя в высокоразвитых странах: Нидерланды, Норвегия, Япония, Великобритания, Дания, Канада, Израиль, Новая Зеландия, и уже внедрена в Польше и Латвии [4].

Сопровождение родов – это наблюдение специалистом (акушеркой, доулой, монитрис) естественных родов женщины в родильном доме, родильном центре, на дому либо в другом месте по желанию женщины, где каждый из участников сопровождает роженицу в силу своих полномочий, при этом роженица является активным и главным участником своих родов, даже если это Кесарево сечение. Эту роль и полномочия роженицы понимают и уважают все участники родов. Приказ МОЗ Украины №620 от 2003 года предписывает относиться к роженице «не как к объекту медицинских манипуляций с целью её родоразрешения, а как к личности и главному участнику важного момента в своей жизни – родов» [5].

Любой присутствующий на родах специалист может только сопровождать процесс родов, если он происходит естественно. Быть рядом, не мешать и при необходимости и согласия женщины проконсультировать или предоставить помощь в том виде, который просит роженица. В случае, когда необходимы активные действия специалиста, имеет место отклонение от нормы (нормы именно для данной женщины) и вмешательства, коррекция процесса родов (*см. Медицинское вмешательство*). Цель вмешательства – вернуть процесс в естественное русло или завершить его медицинскими средствами, если восстановление естественного течения невозможно.

Учитывая выявленные физиологами и подтверждённые традиционными (аутентичными) акушерками базовые потребности женщины и ребёнка в родах и раннем послеродовом периоде [1, 2], *сопровождать роды должно как можно меньшее количество лиц, в том числе квалифицированных специалистов*: «Помогать — это способ делать роды трудными» (доула Лилиана Ламмерс, жена М.Одена) [6].

Ведение родов – это совокупность психологической и медицинских вмешательств, которые осуществляет врач либо акушерка в случае патологических родов. Ведение родов может производиться врачом в родильном доме либо акушеркой в родильном центре в случае клинических (патологических) родов.

Термины «ведение родов» и «ведение беременности» могут быть применимы сугубо к патологической беременности и патологическим родам (в большинстве своём к женщинам высокой группы риска). Для женщин низкой и средней группы риска в родах нецелесообразны и вредны любые вмешательства извне. Физиологический процесс невозможно «вести», в нормальных родах его «ведут» только тело и сознание роженицы и её внутриутробного ребёнка, то есть они выступают главными и активными участниками родов, в то время как приглашённые специалисты (акушерка, доула, монитрис) являются пассивными участниками родов – сторонними наблюдателями.

Если термины и практику «ведение родов» (labor management) и «ведение беременности» (management of pregnancy) применить к естественным родам, то уничтожится возможность и вероятность того, что роды смогут быть либо продолжаться быть физиологичными: «без смены лексикона нет смены парадигмы» (Мишель Оден) [7]. Необходима смена акушерской парадигмы «помощи – поддержки – обучения – ведения» на парадигму, где ключевыми словами являются «защита» (от процессов, стимулирующих неокортекс женщины) и «понимание физиологических потребностей человеческого вида в родах и послеродовом периоде».

Наблюдение беременности – это сопровождение течения беременности лицензированной или независимой акушеркой, либо врачом акушером-гинекологом, при этом активными участниками процесса являются беременная женщина и её внутриутробный ребёнок. Указанные специалисты с согласия или по просьбе матери могут фиксировать объективные показатели состояния матери и ребёнка (прослушивание сердцебиения, измерение высоты стояния дна матки, пальпация положения ребёнка, проведение дополнительных анализов и обследований, пр.), а также давать рекомендации по улучшению здоровья и самочувствия матери.

Если процесс отклоняется от нормы (нормы для данной женщины), то возникает необходимость вмешательства, коррекции, лечения – «вмешательство в ход беременности».

Женщина остаётся в максимально возможной активной позиции и принимает все решения с консультацией специалистов, если ей это необходимо.

Таким образом, термины «наблюдение беременности» и «сопровождение родов» применяются, когда речь идет о физиологическом, природном процессе, происходящем самими собой. А термины «медицинское вмешательство», «вмешательство в процесс родов», «коррекция процесса родов» «ведение родов» – если речь о патологии.

При этом в мировой практике доказана эффективность наблюдения беременности именно акушерками: «Очевидно, нецелесообразно, а может быть, и небезопасно для женщин с физиологически протекающей беременностью находиться под наблюдением врача акушера-гинеколога, даже при наличии такой возможности» (Ассоциация акушеров-гинекологов и репродуктологов Грузии) [8].

Родильный центр (birth centre/birthing centre/natural birth centre) – это обособленное учреждение с домашней обстановкой на территории родильного дома либо недалеко от него (часто не более чем в 20 минутах езды на автомобиле), где организована акушерская модель сопровождения родов с минимальным технологическим и медицинским вмешательством и максимальным вниманием к роженице и её пожеланиям. В родильном центре работают только лицензированные и/или независимые акушерки (возможно присутствие доул), нет врачей.

В родильном центре возможно совместное проведение как семейных родов (с присутствием членов семьи), так и полное уединение женщины (при этом роды принимает незаметная «оденовская» акушерка с возможным участием доулы, по выбору женщины).

Таким образом, главными особенностями родильного центра являются:

- акушерско-доульский персонал (нет врачей);
- предназначение для женщин, не относящихся к группе высокого риска (только низкого и среднего риска);
- домашняя обстановка (немедицинский интерьер);
- соблюдение защиты базовых потребностей роженицы и ребёнка в родах и раннем послеродовом периоде (см. «Базовые потребности»);
- наличие родильных девайсов/атрибутов (надувной бассейн, мячи, маты, слинги/лианы, родильные стульчики и пр.);
- оборудование для оказания первой реанимационной помощи матери и новорожденному;
- психологическая подготовка к родам матери или семейной пары;
- возможно наблюдение беременности, включающее, по желанию женщины, направление на минимальный пакет лабораторных исследований (в том числе УЗИ), интерпретацию результатов обследований;
- возможность пребывания роженицы с членами семьи, включая старших детей;
- наличие альтернативы: ранний отъезд родильницы (в день родов) либо наоборот – бережный послеродовой уход акушеркой и доулой в течение периода по желанию (оплате) родильницей.

Родильный центр – это второй уровень из трёхступенчатой модели организации родов в стране. В нём можно оказать первую реанимационную помощь матери и ребёнку, которая не требует высшего специализированного медицинского образования, с прописанным чётким маршрутом до специализированного медицинского учреждения (родильного дома). С этой

целью возможно обеспечение каждого родильного центра в Украине собственным реанимобилем и организация договорных условий родильного центра с ближайшим роддомом для ускоренного принятия рожениц.

Семейный центр естественных родов – это отделение в здании родильного дома, нацеленное на приём родов без осложнений (80-90% естественных), с возможностью оказания высококвалифицированной медицинской помощи при возникновении необходимости.

Особенности семейного центра естественных родов:

- данное отделение может быть с отдельным входом;
- предназначение для женщин, не относящихся к группе высокого риска (только низкого и среднего риска);
- сопровождение родов осуществляется больничной или независимой акушеркой и партнёром (муж, доула) с привлечением альтернативных средств акушерской помощи (слинги, шведская стенка, ванная, мяч, массаж, ароматерапия и т.д.) без применения классической акушерской помощи;
- обстановка, приближенная к домашним или отельным условиям;
- возможна ранняя выписка (в день родов);
- направленность на защиту базовых потребностей роженицы и ребёнка в родах и раннем послеродовом периоде (см. «Базовые потребности»).

Для пилотного украинского проекта «Естественные роды под защитой роддома» целью является создание подобного центра.

Родильный отель (birth hotel/maternity hotel) – это малая гостиница семейного типа, предоставляющая свои комнаты (все или часть из них) для пребывания женщины в родах и после них.

Особенности родильного отеля:

- отельная, весьма комфортабельная, немедицинская обстановка (многие родильные отели имеют слоган: «Роды в нашем отеле – это всё равно, что родить в доме своей акушерки!»);
- локация недалеко от госпиталя (часто не более чем в 20 минутах езды на автомобиле);
- большие площади комнат номера отеля;
- сопровождение родов акушеркой из отеля либо своей акушеркой. Доула, как правило, предоставляется родильным отелем (можно пригласить и свою доулу);
- в штате родильного отеля нет врачей;
- возможность пребывания роженицы с членами семьи, включая старших детей. Для семьи или партнёров обычно есть кафе-ресторан с открытой террасой;
- наличие большой ванны (джакузи), родильного стульчика как атрибутов именно для родов;
- заблаговременное бронирование (обычно не позже чем за 45 дней до предполагаемой даты родов) и возможность приехать во время родов также;
- наличие альтернативы: ранний отъезд родильницы (в день родов) либо наоборот – пребывание в течение периода по желанию (оплате) родильницей (обычно до 7 дней).

Родильные отели получили широкое распространение в Нидерландах, США, Канаде, Израиле.

Базовые потребности женщины и ребёнка в родах – это основные потребности рожавшей женщины и её новорожденного, которые коррелируют с потребностями в родах других млекопитающих [1, 9, 10, 11]. Непонимание и игнорирование базовых потребностей роженицы в родах затрудняет и пролонгирует роды, влечёт каскад медицинских вмешательств. Базовые потребности не равны индивидуальным потребностям женщины (например, повышенный комфорт помещения для родов, специальная еда и напитки, специальные атрибуты для родов: водные роды, ароматы, музыка, родильный стульчик, мячи, массаж, др.).

Базовые потребности рожавшей женщины:

- ощущение безопасности (полное уединение);
- отключение мыслящего мозга (неокортекса) – не разговаривать, не отвлекаться на чьи-то вопросы;
- тишина;
- темнота или приглушённый свет;
- тепло;
- отсутствие ощущения, что наблюдают;
- отсутствие адреналина.

Базовые потребности женщины после родов (в течение 1-3 часов):

- родившегося ребёнка необходимо положить маме на голый живот или грудь, кожа к коже, оставить их наедине и не беспокоить как минимум в течение часа;
- никакой суеты вокруг! Никто не должен разговаривать. Никто не должен фотографировать;
- матери и ребёнку должно быть тепло;
- не трогать пуповину по крайней мере в течение первого часа после родов.

Независимая акушерка (Independent Midwife/Private Midwife) – это специалист в акушерстве, имеющий частную практику вне государственного финансирования и госучреждений. Это наиболее общий термин, который включает в себя всех внедродомовских акушерок. Независимая акушерка сопровождает роды на дому (продолжая сопровождение в роддоме, если того требует ситуация, ассистируя врачу), в частном родильном центре, родильном отеле либо другом месте по выбору беременной женщины.

Слово происходит от древнеанглийского mid («with») и wif («woman»), и поэтому изначально означало «with-woman», то есть человека, который находится с матерью (женщиной) при родах [12]. В другой версии – от французского accoucher — «помогать при родах» [13]. Слово используется для обозначения акушерок как мужчин, так и женщин.

Независимая акушерка признана ответственным специалистом, который работает в партнёрстве с женщинами для оказания необходимой поддержки во время беременности, родов и послеродового периода. Она также обеспечивает уход за новорожденным и младенцем. Эта помощь включает профилактические меры, сопровождение нормальных родов, выявление осложнений у матери и ребёнка, доступ к медицинской помощи или альтернативной релевантной помощи, а также проведение неотложных мер [14].

Виды независимых акушерок:

- **Лицензированная независимая акушерка (Licenced Midwife)** – это специалист в акушерстве, отвечающий понятию «независимая акушерка», который имеет государственную лицензию на частную практику.
- **Сертифицированная независимая акушерка (Certified Midwife)** – это специалист в акушерстве, отвечающий понятию «независимая акушерка», который прошёл обучение с сертификацией.
- **Традиционная (аутентичная) независимая акушерка (Authentic/True Midwife), повитуха** – это помощница в родах, отвечающая понятию «независимая акушерка», которая обучалась «из рук в руки» наблюдению беременности, сопровождению родов и уходу за женщиной и младенцем в послеродовом периоде, и сертификацию и лицензирование не проходила. Она/он может со временем сделать это добровольно. Аутентичная акушерка, как правило, является женщиной с позитивным опытом рождения своих детей, многодетной матерью.

В некоторых странах (США, Канада, Великобритания, Китай, др.) существуют организации, занимающиеся регистрацией акушерок, поддержанием стандартов обучения и практики.

В США существуют следующая градация независимых акушерок Direct-entry midwife (приходящих акушерок, чьё обучение нацелено в первую очередь на сопровождение родов вне медучреждений) [15]:

- сертифицированная акушерка (Certified Midwife (CM)) – специалист с околomedicalным образованием, прошедший дополнительную программу по акушерству;
- сертифицированная профессиональная акушерка (Certified Professional Midwife (CPM)) – специалист, чьё обучение направлено на сопровождение вне госпиталя и в независимых родильных центрах. В некоторых штатах они могут также практиковать в клиниках;
- традиционная (аутентичная) акушерка (Traditional Midwife) – акушерка, которая по каким-то причинам решает не проходить сертификацию и лицензирование.

Независимые акушерки часто работают в партнёрстве или имеют тесные связи с другими акушерками, что позволяет им обеспечивать беспрепятственный уход за женщинами, которые пользуются их услугами.

Домашняя акушерка – это вид независимой акушерки, которая принимает роды на дому (в том числе в воду) и на природе (в море, океане, в лесу, в горах и т.д.). Может быть женского и мужского пола.

Домашняя акушерка может иметь или не иметь медицинское образование. Традиционно она не является врачом и часто не имеет мед. образования. Обучение у опытной акушерки "из рук в руки", самообучение и собственный опыт (как правило, сначала на своих родах, а потом на родах близких и друзей) дают домашней акушерке возможность распознавать нормальный прогресс родов и понимать, как справляться с незначительными отклонениями от нормы.

Очень часто домашние акушерки заранее встречаются с женщиной и готовят её к родам (в группах и индивидуально) по своим методикам: дают рекомендации по питанию,

очистительным процедурам, режиму дня, дыхательные и физические упражнения, психологические практики и т.д.

Домашняя акушерка может сопровождать роды на дому в ситуации низкого и среднего риска. Некоторые домашние акушерки берутся (под ответственность роженицы) за сопровождение родов с высокой степенью риска (например, роды в тазовом предлежании, рождение близнецов, вагинальные роды после Кесарева сечения) с использованием неинвазивных методов. Когда беременной женщине требуется уход, выходящий за рамки практики акушерки, она направляет беременную или роженицу в родильный дом к акушерам-гинекологами или перинатологам, которые являются медицинскими специалистами при осложнениях, связанных с беременностью и родами, включая клинические роды (хирургические и инструментальные) [16].

Основные инструменты домашней акушерки – это опыт, навыки и интуиция. Современные домашние акушерки стремятся обладать теоретической базой и практическими навыками в наблюдении беременности, сопровождении в родах, уходе в послеродовом периоде. Отличием является то, что они не создают «роддом на дому» с многочисленными осмотрами, опросами и запретами, а поддерживают женщину в состоянии родового потока и верят, что природная сила женщины позволит ей родить наилучшим способом.

Домашней акушеркой может быть:

- традиционная акушерка,
- лицензированная и
- сертифицированная акушерка.

Недостатком института домашнего акушерства в России, Украине и некоторых стран постсоветского пространства является то, что эта тема государством никак не урегулирована, складывается и развивается спонтанно. В этой связи отсутствуют прозрачные стандарты и критерии качества обучения и профессионализма, нет процедур сертифицирования и лицензирования.

Духовная акушерка (spiritual midwife) – это вид независимой акушерки (в т.ч. домашней и аутентичной). Существуют широкое и узкое понимание «духовного акушерства».

Духовный акушер (в широком понимании) – это человек (специализирующийся на энергоинформационных взаимодействиях), помогающий другому человеку пройти сложные судьбоносные периоды в жизни («трансформации», «личностное перерождение»), при этом максимально сохранив себя (социально-психологически и физиологически адаптируясь). Среди судьбоносных процессов следующие: момент зачатия, начало беременности, роды, отлучение от материнской груди, первое посещение детского учебного заведения, окончание школы или вуза, свадьба, рождение первого ребенка, потеря близких, развод, сложный жизненный кризис, выход на пенсию, смерть). Духовный акушер сначала должен «переродить самого себя», чтобы помогать другим (от успешности данной трансформации зависит, насколько смогут сам духовный акушер и тот, кому он помогает («новорожденный»), использовать свои новые возможности).

Духовный акушер (в узком понимании – это духовный акушер в родах) – это человек, который осуществляет последовательную деятельность (помощь) будущим родителям в осознанном зачатии, благополучном вынашивании и рождении здорового ребёнка, послеродовом периоде.

Духовный акушер должен уметь принимать роды в любых условиях и обстановке. Если больше никто не участвует, он удерживает в необходимом состоянии «пространство», помогает женщине войти в родовый поток и активно взаимодействовать с ним. Таким образом, духовный акушер может физически не находиться в месте, где происходят роды, а сопровождать их дистанционно.

Так, с точки зрения духовного акушера в процессе родов можно выделить четыре ключевых момента: смерть плода, рождение младенца, смерть беременной женщины, рождение кормящей матери [17].

Само значение духовного акушерства в узком понимании близко к понятию «служение», «предназначение» и означает знание физиологии беременности, физиологической системы родов, ведение духовно–нравственной подготовки семьи в дородовый период, сопровождение в родах и в дальнейшем по мере необходимости (в послеродовом периоде).

Термин «духовное акушерство» (spiritual midwifery) был введён в западном мире американской акушеркой Айной Мей Гаскин (Ina May Gaskin) в конце 60-х годов XX века преимущественно посредством книги «Духовное акушерство» (1977). Гаскин считается «матерью возрождённого акушерства в США» и до сих пор читает лекции по всему миру на акушерских конференциях и медицинских школах для студентов и врачей. В постсоветском пространстве (с 80-х годов XX века) данный термин (наравне с термином «движение духовного оздоровления») возник как противопоставление государственному «бездуховному» акушерству родильных домов. Немногие представители духовного акушерства в постсоветских странах являются духовными акушерами в широком смысле, а также немногие духовные акушеры с 80-х годов XX века являются последователями «русского метода» И.Чарковского.

Доула (дула) (doula) – это женщина, обученный профессионал, который может не иметь медицинского образования, часто с позитивным опытом рождения собственных детей. Она полностью сосредоточена на психологическом и физическом комфорте беременной и рождающей женщины в любых условиях: дома, в роддоме, родильном центре, в том числе и родах оперативным путем, а также обеспечивает непрерывную информационную и моральную поддержку женщины на всех этапах её материнства: беременность, роды, послеродовый период по запросу женщины. Доула не выполняет функций монитрис и акушерок.

Это отдельная профессия, которая стала востребована во всём мире изначально в родильных домах (госпиталях) как посредник между роженицей и мед.персоналом родильного дома. Более всего роль доулы ощутима как партнёра в клинических родах и послеродовом периоде, так как это наиболее уязвимые и сложные этапы жизни женщины, когда одиночество очень пагубно для психо-эмоционального состояния.

«Доула не даёт никаких рекомендаций, не назначает и не отменяет препараты. Все решения клиенты принимают самостоятельно, доула не имеет права руководить их действиями или давать какие-либо указания. Доула не является медработником, не проводит никаких медицинских процедур (в частности осмотры и любые исследования), не делает и не отменяет назначения. Доула оказывает помощь клиентам в овладении необходимыми знаниями для принятия решения, основанного на праве информированного согласия. Доула разъясняет суть и последствия тех или иных процедур или действий, которые могут иметь место в родах. Доулы, которые являются одновременно представителями другой профессии (например, врач,

акушерка, т.п.), не имеют права выполнять действия, выходящие за рамки кодекса и стандартов практики доул, в то время, когда они работают с клиентами как доула. Если специалист осуществляет такие действия или планирует их осуществлять, значит он не имеет права называть себя доулой и предлагать свои услуги как доулы» [18, 19].

Монитрис (monitrice) – это человек с медицинским образованием (фр. «тот, кто внимательно наблюдает, мониторит»), который предоставляет женщинам те же услуги, что и доула, но кроме этого она обладает достаточной квалификацией, чтобы наравне с медицинскими специалистами отслеживать состояние матери и ребёнка в родах (осмотр шейки матки, отслеживание сердцебиения ребёнка, измерения давление и т.д.), имеет навыки оказания первой медицинской помощи и реанимации новорожденного. Она ассистирует акушерке, проводит послеродовые патронажи, помогает наладить грудное вскармливание и обучает уходу за новорожденным. Таким образом, в задачи монитрис входит мониторинг состояния матери и ребёнка, передача данных акушерке или врачу и выполнение стандартных инвазивных процедур в родах. Внимательно отслеживая состояние мамы и ребёнка, монитрис подсказывает, можно ли ещё побыть дома или уже пора отправляться в роддом (или вызывает акушерку на дом) [20].

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Распределение беременных женщин по группам перинатального и акушерского риска

Подготовлено Малой рабочей группой проекта «Естественные роды под защитой роддома»:

Алина Дунаевская (к.м.н., акушер-гинеколог, неонатолог, со-организатор в «Природные Права Украина» prurodni.org.ua)
Роман Ворона (акушер-гинеколог Киевского родильного дома №5)
Елена Яроцук (гинеколог Киевского родильного дома №5)
Надежда Зелёная (домашняя акушерка)

Примечание: Данная шкала оценки перинатального и акушерского риска является условной и, по словам её разработчиков, подлежит обсуждению в каждом конкретном случае, когда беременная женщина приходит на консультацию с врачом либо своей акушеркой.

ФАКТОРЫ РИСКА	Оценка в баллах
СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ	
Эмоциональные нагрузки	1
Рост и весовые показатели матери рост 158 см и меньше	2
масса тела на 25% выше нормы	2
СУММА БАЛЛОВ	
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ	
Паритет 4-7	1
8 и более	2
Аборты и внутриматочные вмешательства	3
Мертворождения, невынашивание, замершая беременность	3
Смерть в неонатальном периоде	2
Масса доношенных детей до 2500г и 4000 г и больше	2
Рубец на матке после операции	4
Опухоли матки и / или яичников	4
ИЦН (истмико-цервикальная недостаточность), доброкачественные заболевания, деформация, перенесена деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, ВМК (внутриматочная контрацепция)	3
СУММА БАЛЛОВ	
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ	
Сердечно-сосудистые пороки сердца без нарушения гемодинамики	3
пороки сердца с нарушением гемодинамики	10
хроническая артериальная гипертензия 1-2-3 стадии	2-8-12
варикозная болезнь	2
гипотензивный синдром	2
Заболевания почек (хр. и острый пиелонефрит, гломерулонефрит, аномалии развития почек)	4
Эндокринопатии	
заболевания надпочечников	5-10
диабет	10
заболевания щитовидной железы с гормонотерапией	7
ожирение	2
Анемия Hb 90-100-110 г/л	4-2-1
Коагулопатии	2
Миопия и другие заболевания глаз	2
Хронические специфические инфекции (туберкулёз, бруцеллез, токсоплазмоз и др.)	3
СУММА БАЛЛОВ	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Роль социального проекта «Чудо в Сердце» в проекте «Естественные роды под защитой роддома»



В качестве члена рабочих групп проекта «Естественные роды под защитой роддома» социальный проект «Чудо в Сердце» принял участие в:

- двух круглых столах, которые проводились в КГРД №5 07.09.2017 та 05.10.2017 [<https://proestro.com/rody-pod-zashchitoy>, <https://proestro.com/itogi-kruglogo-stola-2>],
- проведении и анализе опроса украинских женщин «Напишите свое идеальное место для естественных родов - помогите создать его», которое проводилось специально для проекта «Естественные роды под защитой роддома» [<https://proestro.com/opros-2018>],
- составлении и пересылке письма В.Г. Гинзбург в Министерство охраны здоровья Украины (Департамент охраны здоровья исполнительного органа Киевского городского совета) с целью показать запрос со стороны беременных и матерей Украины о необходимости изменений в области национального родовспоможения: необходимость реформирования системы родовспоможения в Украине и объясняют актуальность инициативы по созданию родильных центров и легальной службы домашнего акушерства [<https://proestro.com/letter-to-MH>],
- работе над законопроектом по легализации домашнего акушерства и созданию акушерских центров в Украине, предоставленным в Верховную Раду Украины в мае 2018 года (Приложение Б к результатам 1,5 лет работы проекта «Естественные роды под защитой роддома»).

В своей работе в лице проекта «Чудо в Сердце» мы стремимся донести сотрудникам роддомов и чиновникам от медицины на всех уровнях базовые потребности Женщины и Ребёнка в родах и раннем послеродовом периоде, которые должны быть понятны, оценены и защищены!