

# Права женщин в беременности и родах в Беларуси

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБ УСЛОВИЯХ В  
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ, 2012-2017

МИНСК, 2017

Права женщин в беременности и родах в Беларуси: результаты пилотного социологического исследования об условиях в беременности и родах, 2012-2017 / социолог и авторка отчета Петрукович О., ред. Завьялова В.: Инициатива «Радзіны», 2017 – 79 с.

В исследовании рассмотрены несколько блоков вопросов об опыте женщин Беларуси в беременности и родах во взаимодействии с поставщиками медицинских услуг в 2012-2017 годах: Беременность и подготовка к родам. Взаимодействие с женской консультацией. Роды. Послеродовый уход. Видение перемен, потребности. Исследовалась во всех блоках вопросов: наличие и достаточность услуг, ожидания и потребности женщин, качество отношений с медицинским персоналом, реализация права информированного согласия или отказа от медицинских услуг, других прав пациента. Исследование проведено в целях подготовки и реализации проекта адвокатиования прав женщин в беременности и родах в Беларуси. Проект адвокатиования направлен на создание гражданского диалога об условиях в беременности и родах; расширение возможностей женщин в реализации своих прав; улучшение ситуации с уважением к потребностям и правам женщин в беременности и родах и членов их семей во взаимоотношениях с системой здравоохранения; развитие качества услуг и медицинской помощи в беременности и родах, основанной на результатах научных исследований, использовании рекомендаций ВОЗ.

(с) «Радзіны» radziny.by, 2017

## Содержание

<b>Преамбула</b> .....	<b>4</b>
<b>Описание методологии исследования</b> .....	<b>6</b>
<b>Результаты исследования</b> .....	<b>8</b>
Основные характеристики респонденток («портрет») .....	8
<b>Беременность и подготовка к родам</b> .....	<b>11</b>
Взаимодействие с женской консультацией.....	11
Общие сведения .....	11
Удовлетворенность женщин взаимодействием с женской консультацией.....	13
Использование платных услуг во время ведения беременности.....	16
Взаимодействие с отделением патологии .....	18
Отношение/оценка новых тактик ведения беременности .....	22
<b>Роды</b> .....	<b>26</b>
Общие сведения .....	26
Партнерские роды.....	38
Роды на дому.....	44
Использование платных услуг в родовспоможении .....	47
<b>Потребности женщин в родах</b> .....	<b>53</b>
<b>Выводы</b> .....	<b>63</b>
<b>Список литературы</b> .....	<b>65</b>
<b>Приложения</b> .....	<b>66</b>

## Преамбула

Данное исследование было инициировано группой женщин и специалистов инициативы «Радзіны» radziny.by и в частности организаторкой проекта «Права женщины в беременности и родах в Беларуси» Вероникой Завьяловой, которая составила программу исследования, руководила проектом.

Исследование проведено в марте-мае 2017 г.

Цели исследования:

- изучить общественное мнение вокруг условий в беременности и родах;
- изучить степень информированности женщин об условиях здоровой беременности и родов, о правах женщины, семьи в беременности и родах;
- исследовать удовлетворенность женщин опытом родов в Беларуси;
- выявить потребности женщин в родах и исследовать проблемы системы родовспоможения, в т.ч. акушерское насилие в родах<sup>1</sup>.

2 этапа исследования:

- количественный (Интернет-опрос)

- качественный (фокус-группы).

В онлайн-анкетировании об опыте беременности и родов приняли участие 1100 женщин; 20 женщин и 5 медицинских работников приняли участие в фокус-группах.

Исследование проведено Ольгой Петрукович, ассоциированной исследовательницей Центра гендерных исследований Европейского гуманитарного университета.

Центр гендерных исследований Европейского гуманитарного университета в лице Елены Минчени и Ольги Сасункевич давали консультации при разработке методологии исследования.

Многие люди оказывали помощь в проекте личным участием и ресурсами, в частности: Ахрамович Надежда осуществила транскрибирование фокус-групп. Надежда Фролова и Дана Ковалева — видеосъемку и другую помощь. Анастасия Хомич-Базар предоставила помещение для проведения фокус-групп.

---

<sup>1</sup> Акушерское насилие – необоснованные действия медицинских работников, направленные якобы на пользу, но приносящие вред. Под акушерским насилием подразумевают открытое физическое насилие, глубокое унижение и словесные оскорбления, принудительные или несогласованные с женщиной медицинские процедуры (в том числе стерилизацию), несоблюдение конфиденциальности, отсутствие в полной мере информированного согласия, отказ предоставить медикаментозное обезболивание, случаи грубого нарушения приватности, отказ в госпитализации, невнимательное отношение к женщинам во время родов, что подвергает их опасности возникновения угрожающих жизни осложнений, которых можно было бы избежать, ранняя выписка женщин с новорожденными из-за неплатежеспособности.

Неуважительное и жестокое обращение с женщинами может наблюдаться во время беременности, родов и в послеродовой период, но следует отметить, что именно во время родоразрешения женщины наиболее уязвимы. Такая практика может иметь непосредственное негативное воздействие как на мать, так и на младенца. **Заявление ВОЗ. Предупреждение и устранение неуважительного жестокого обращения с женщинами во время родов в медицинских учреждениях.**

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/20/WHO\\_RHR\\_14.23\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/20/WHO_RHR_14.23_rus.pdf?ua=1)

## Введение

Согласно «индексу материнства», который ежегодно составляется международной организацией «Save the Children», Беларусь находится 25-ом месте (среди 179 стран мира), благоприятных для рождения ребенка, и лидирует среди государств-участников Содружества Независимых Государств<sup>2</sup>. Часто такой результат объясняют наличием в стране благоприятных условий для материнства, и, в частности, уровнем системы родовспоможения. Однако, как и любой рейтинг, «индекс материнства» составляется на основе определенных критериев, которые оказывают непосредственное влияние на итоговый балл. При составлении «индекса материнства» большое внимание уделяется таким индикаторам как здоровье матерей и детей (показатели материнской и младенческой смертности), образовательные возможности матерей и детей, экономический статус, возможности участия в принятии политических решений<sup>3</sup>. Таким образом, место в данном рейтинге имеет мало отношения к наличию реальных благоприятных условий для материнства, и еще меньше – к тому, насколько система родовспоможения хороша или дружелюбна женщинам и детям.

Можно сказать, что актуальная ситуация в белорусской системе родовспоможения характеризуется противоречивыми процессами. С одной стороны, институт медицины постепенно меняется под влиянием процессов либерализации и коммерциализации. С другой же – родовспоможение современной Беларуси унаследовало не только устройство советской системы (в которой ведение беременности и роды находились в компетенции разных структур (женских консультаций и роддомов), но также и безразличие к запросам и нуждам пациенток<sup>4</sup>.

Надо заметить, что система родовспоможения Беларуси претерпела значительные изменения с начала 1990-х гг. В частности, при женских консультациях и роддомах были созданы курсы подготовки к родам, появились частные курсы и консультанты, в роддомах практикуется совместное пребывание матери и ребенка, практикуются партнерские роды, есть возможность размещения в платной палате и услуги индивидуального послеродового ухода, существует практика посещения в роддомах (хотя у каждого из перечисленных пунктов существуют определенные оговорки и/или исключения). И даже несмотря на значительность данных изменений, надо заметить, что система родовспоможения не успевает адаптироваться к новым веяниям и потребностям женщин в беременности и родах.

Как и всякая система, система родовспоможения в Беларуси имеет определенные алгоритмы, которые регламентируются протоколами и инструкциями Министерства здравоохранения. Эти документы регулируют действия медицинских сотрудников, которые, в свою очередь, должны предлагать пациентам ту или иную медицинскую помощь и услуги в определенных обстоятельствах и в определенном порядке. Однако есть один важный момент, который не стоит упускать из виду: протоколы и инструкции Министерства здравоохранения написаны для медицинских сотрудников, пациенты же не обязаны им подчиняться. К тому же согласно закону

---

<sup>2</sup> По состоянию на 2015 г. The Complete Mothers' Index 2015. Save the Children.  
[http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM\\_MOTHERS\\_INDEX.PDF](http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_MOTHERS_INDEX.PDF)

<sup>3</sup> Т. Щурко. «Индекс материнства» в Беларуси: что осталось «за кадром»?  
<http://nmnby.eu/news/analytics/5487.html>

<sup>4</sup> А. Новкунская. «Безответственные» роды или нарушение норм российской системы родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения // Журнал исследований социальной политики. Т. 12. № 3. 2014. С. 353–366.

«О здравоохранении»<sup>5</sup>, пациент имеет ряд прав, описанных в статье 41 Закона и, в частности, право на информированное согласие и отказ от оказания медицинских услуг. Однако на практике реализация этих прав часто затруднена.

## Описание методологии исследования

Данное исследование состояло из двух этапов: количественного (анонимный Интернет-опрос) и качественного (фокус-группы). В ходе онлайн-анкетирования мы опрашивали женщин, родивших младшего ребенка за последние 5 лет (2012-2017 гг.) об их опыте беременности и родов. Также, чтобы узнать больше об ожиданиях и потребностях в беременности и родах было проведено 4 фокус-группы (три из них с женщинами, родившими младшего ребенка за последние 5 лет (2012-2017 гг.) и одна – с медицинскими работниками).

Метод опроса через Интернет для данного исследования был выбран по ряду причин. Формат Интернет-опроса как нельзя лучше подходил для пилотного исследования темы, которая пока весьма слабо проработана в Беларуси, чтобы «прощупать почву» прежде, чем задумываться о проведении большого социологического исследования. Также опрос через Интернет в данном случае был хорош тем, что тема исследования – опыт беременности и родов – является весьма деликатной, поэтому анонимность Сети располагала к доверию со стороны информанток и подробным ответам. К тому же, формат Интернет-опроса позволял легко выйти на целевую аудиторию (женщины с опытом родов в последние 5 лет), в то время как в случае проведения face-to-face интервью это могло оказаться не самой простой задачей. И, забегая вперед, нужно заметить, что респондентки весьма ответственно и охотно делились своим опытом не только в рамках закрытых вопросов, но и давали подробные и развернутые ответы на открытые вопросы.

Помимо очевидных плюсов, использование метода Интернет-опроса, безусловно, имеет определенные ограничения, как, например, отсутствие репрезентативности выборки. Данный критерий, безусловно, является важной составляющей любого опроса, однако в связи с тем, что исследование является пилотным, мы скорее рассчитывали получить некоторый срез информации об условиях беременности и родов в Беларуси. Т.е. мы не ставили себе цели добраться до всех (разных по социально-демографическим характеристикам) женщин Беларуси, т.к. нас, скорее, интересовали женщины с активной жизненной и гражданской позицией, способные тем или иным образом заявлять и/или отстаивать о своих потребностях и пожеланиях в беременности и родах.

Опрос для заполнения респондентками был доступен для заполнения 2 месяца – с 5 марта по 5 мая 2017 г., и за это время анкету заполнили 1100 женщин. Данный показатель является достаточно высоким, что свидетельствует об актуальности темы и сильном интересе к исследованию со стороны респонденток (желание высказаться).

При составлении анкеты учитывались актуалии и проблемы белорусской системы ведения беременности и родовспоможения. В ходе работы над опросником частично принималось во внимание исследование, которое проводилось в Украине в 2015 г. Ознакомиться с вопросами анкеты можно в Приложении 1.

Как уже было упомянуто ранее, вторым этапом исследования было проведение четырех фокус-групп (с женщинами и медицинским персоналом). Данный метод было решено использовать в рамках общего исследования как дополнительный, т.к. он дает возможность оперативно получить «глубинную» информацию в небольших группах об отношении к определенным условиям и/или

---

<sup>5</sup> Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении».  
<http://pravo.levonevsky.org/bazaby09/sbor86/text86972/index5.htm>

мотивацию тех или иных действий. В случае данного исследования основной темой являлся опыт взаимодействия информанток с системой здравоохранения в беременности и родах.

В фокус-группах о беременности и родах приняли участие 20 женщин. 19 из 20 женщин, принимавших участие в фокус-группах, имели высшее образование, 1 – средне специальное; у 9 участниц (из 20) рожали младшего ребенка в роддоме одни (без участия родных или близких), у 11 участниц роды были партнерскими (5 из них рожали в роддоме, 6 – дома).

Также в рамках исследования была проведена фокус-группа с медицинскими работниками из системы родовспоможения. Всего в ней приняли участие 5 человек, 3 из которых имеют опыт работы в поликлинике, и 4 – опыт работы в роддоме (некоторые участницы в разное время их профессионального пути успели поработать как в роддоме, так и в поликлинике).

## **Рекрутинг участниц**

В ходе отбора участниц на фокус-группы были применены разные способы:

- Случайный отбор участниц по имеющейся базе данных (некоторые женщины стали участницами фокус-групп потому, что они высказали готовность поделиться своими историями беременности и родов, оставив свои контакты при заполнении анкеты).
- Метод «снежного кома» (при котором женщины, вовлеченные в инициативу «Радзіны» или же симпатизирующие ее деятельности, приглашали к участию в фокус-группах других знакомых им женщин, которые соответствовали необходимым базовым критериям отбора).
- Стихийный отбор участниц через информационные объявления в социальных сетях (несколько информанток откликнулись на объявления на странице инициативы «Радзіны» и ее партнеров).

Общим условием для всех участниц было наличие недавнего опыта родов (в течение последних 5 лет – с 2012 по 2017 гг.). Другие возможные критерии (например, возраст, образование, способ родоразрешения и др.) также принимались во внимание при отборе участниц фокус-групп, однако не имели решающего значения.

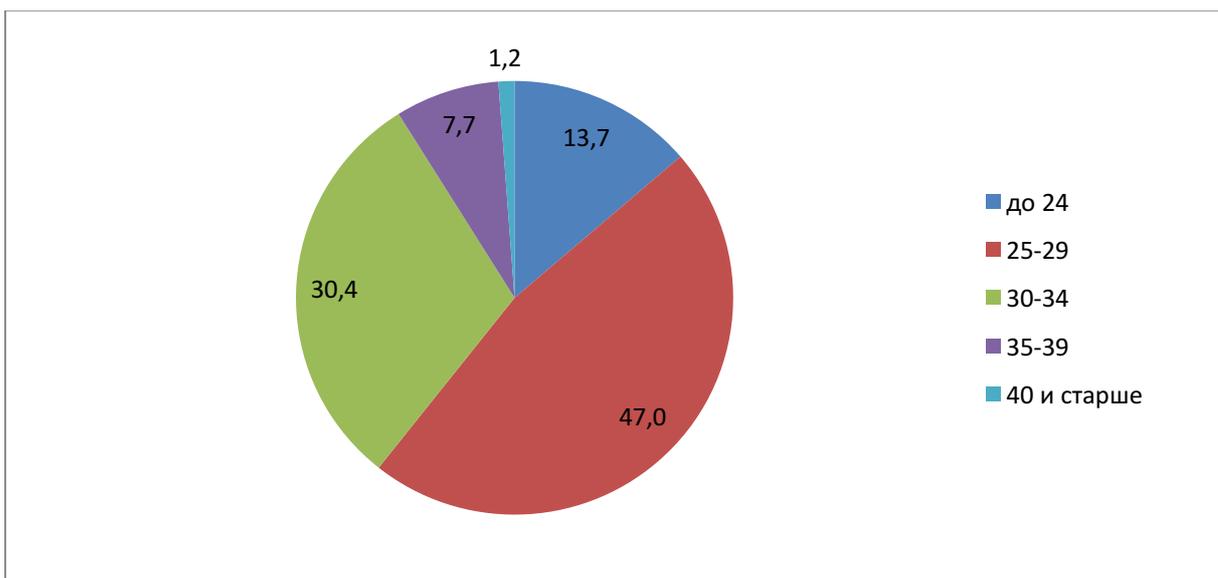
Что же касается фокус-группы с медицинскими работниками, то в данном случае для рекрутинга использовался только метод «снежного кома».

## Результаты исследования

### Основные характеристики респонденток («портрет»)

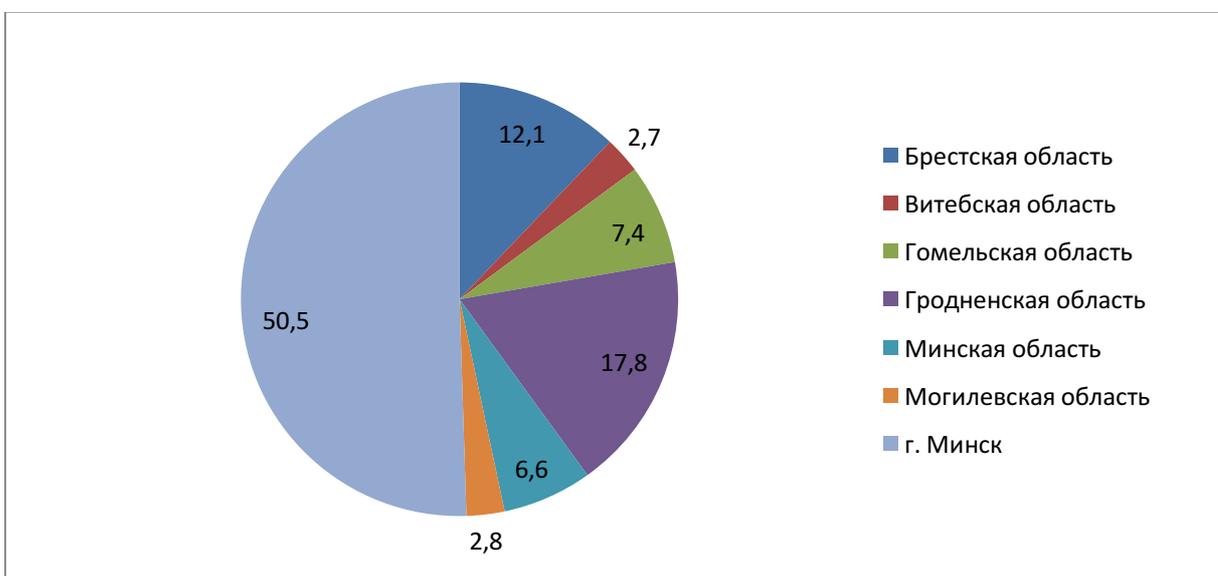
В связи с тем, что по причинам, которые были приведены выше, данный опрос был проведен через Интернет без выдержки выборки, а также прежде, чем переходить непосредственно к результатам исследования, хотим представить некоторые данные о женщинах, которые принимали участие в опросе.

**График 1. Распределение ответов на вопрос «Сколько Вам было полных лет на момент последних родов?», в %**



13,7% респонденток было до 24 (включительно) лет на момент последних родов, 47% были в возрасте 25-29 лет, 30,4% – в возрасте 30-34, 7,7% – 35-39 лет, и 1,2% – в возрасте 40 лет и старше. Как видим, более 91,1% от количества всех женщин, которые приняли участие в опросе, находились на момент родов младшего ребенка в активном репродуктивном возрасте (20-34 года).

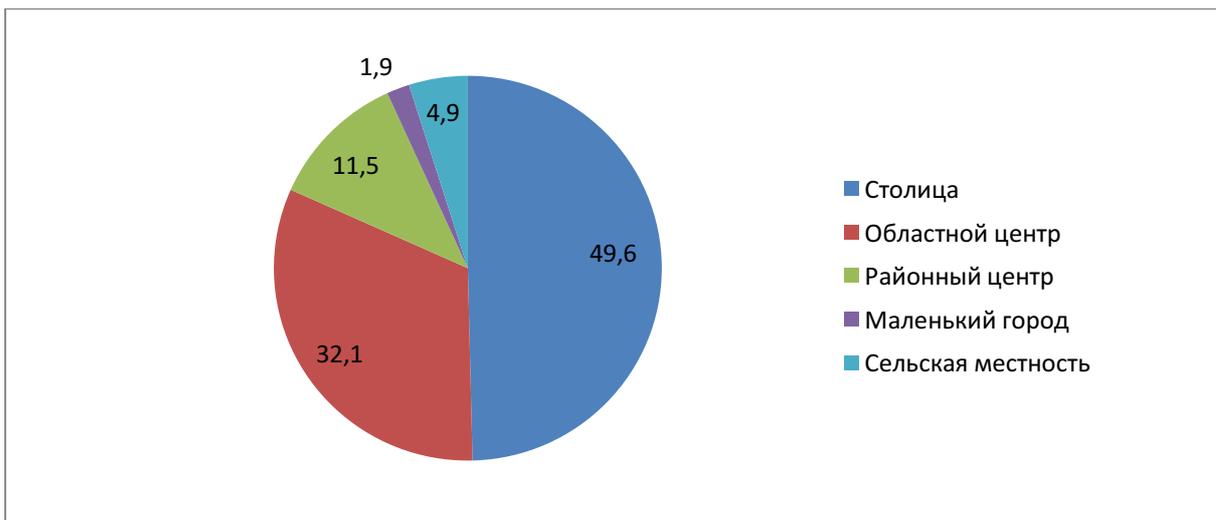
**График 2. Распределение ответов на вопрос «В каком регионе Беларуси Вы проживали в период последней беременности?», в %**



Более половины опрошенных женщин (50,5%) проживают в г. Минске. 12,1% – в Брестской области, 7,4% – в Гомельской, 17,8% – в Гродненской, 6,6% – в Минской. Меньше всего участниц было из Витебской и Могилевской областей – 2,7% и 2,8% соответственно. Такое непропорциональное распределение количества участниц обусловлено особенностями распространения информации через Интернет.

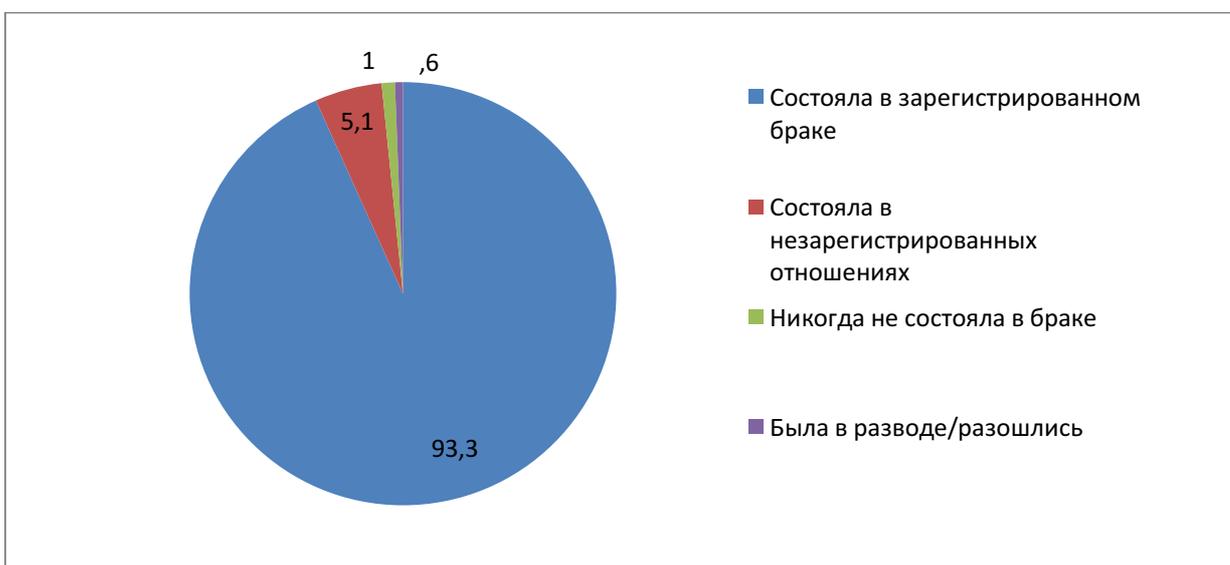
Если же посмотреть на распределение количества участниц опроса в зависимости от размера населенного пункта, где они проживали, то очень отчетливо видно, что преимущественно в опросе принимали участие жительницы крупных городов.

**График 3. Распределение ответов на вопрос «В каком (по размеру) населенном пункте Беларуси Вы проживали в период последней беременности?», в %**



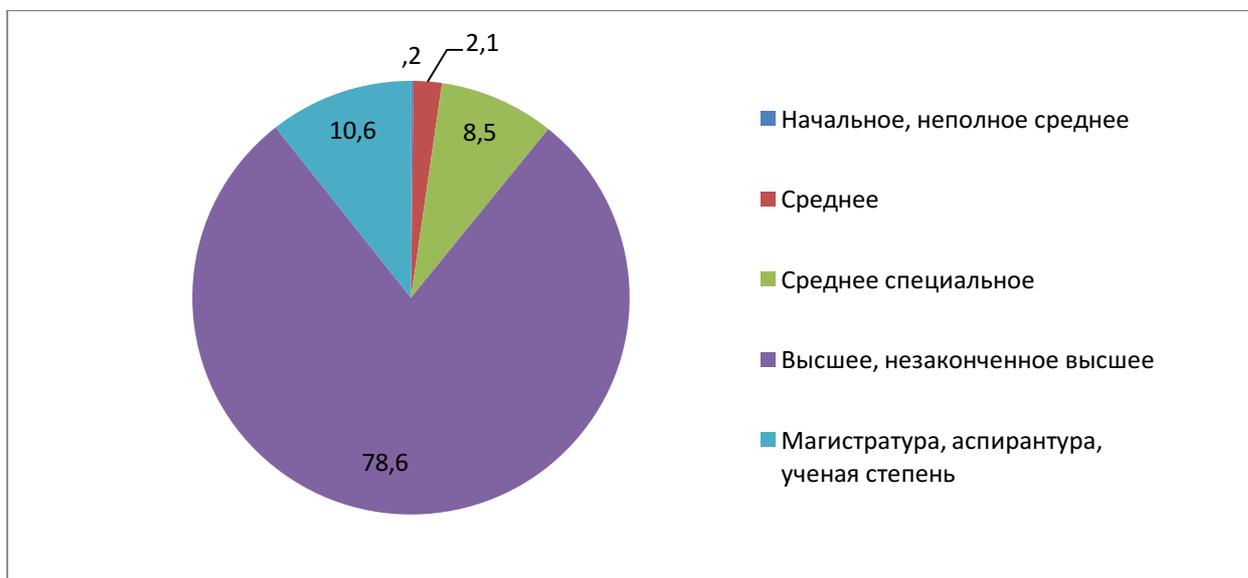
95,1% женщин, которые приняли участие в исследовании, являются горожанками (49,6% проживают в Минске, 32,1% – в областных центрах, 11,5% – в районных, 1,9% – в небольших городах), и лишь 4,9% – жительницами сельских населенных пунктов. Вероятно, такое распределение участниц по типу населенного пункта говорит о том, что чем крупнее населенный пункт, тем лучше возможности у женщин в плане доступа к различной информации.

**График 4. Распределение ответов на вопрос «Каким было Ваше семейное положение на момент рождения последнего ребенка?», в %**



Судя по процентному соотношению вариантов ответа на вышеприведенный вопрос, белорусские женщины предпочитают рожать детей, находясь в отношениях (93,3% – в зарегистрированных, 5,1% – в незарегистрированных).

**График 5. Распределение ответов на вопрос «Какое у Вас образование?», в %**



Данный график красноречиво свидетельствует о том, что 89,2% женщин, принявших участие в опросе, имеют высшее образование (78,6%) или ученую степень (10,6%). 8,5% опрошенных женщин имеют среднее специальное образование. И всего 2,3% респонденток имеют среднее (2,1%) или начальное (0,2%) образование.

Таким образом, обобщая информацию об участницах опроса, можно говорить о том, что результаты данного опроса представляют в значительной степени мнение городских образованных женщин о системе ведения беременности и родов в Беларуси.

## Беременность и подготовка к родам

### Взаимодействие с женской консультацией

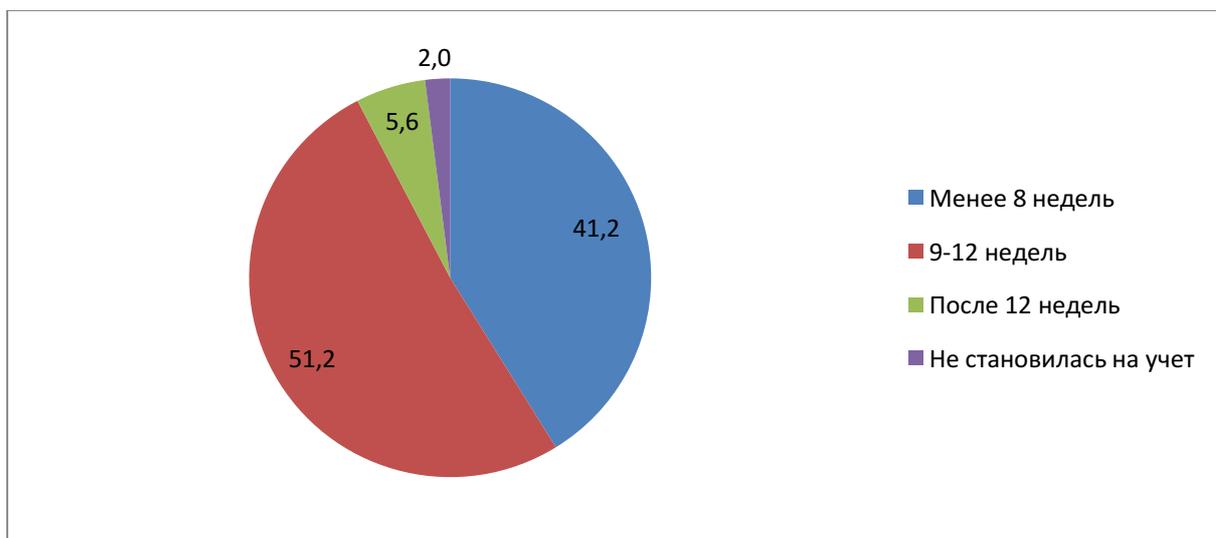
#### Общие сведения

Взаимодействие беременной и медицинской системы начинается, как правило, когда женщины обращаются в женскую консультацию для постановки на учет по беременности и родам. В связи с тем, что обслуживание пациентов/ок в белорусских учреждениях здравоохранения осуществляется по территориальному принципу (по месту регистрации или жительства), женщины не могут выбирать для постановки на учет женскую консультацию по своему усмотрению (исключением является лишь обслуживание в частном медицинском центре).

Согласно официальной статистике<sup>6</sup>, процент беременных женщин, которые поступают под медицинское наблюдение на сроке до 12 недель, составляет порядка 96-98% от общего числа (по крайней мере, таким этот процент является на протяжении последних 5 лет).

Что же касается женщин, которые приняли участие в Интернет-опросе о беременности и родах, то 98% женщин указали, что становились на учет по беременности в женской консультации на том или ином сроке, из них 92,4% стали на учет на сроке до 12 недель, и лишь 2% предпочли этого не делать вовсе.

**График 6. Распределение ответов на вопрос «На каком сроке беременности Вы стали на учет в женской консультации?», в %**



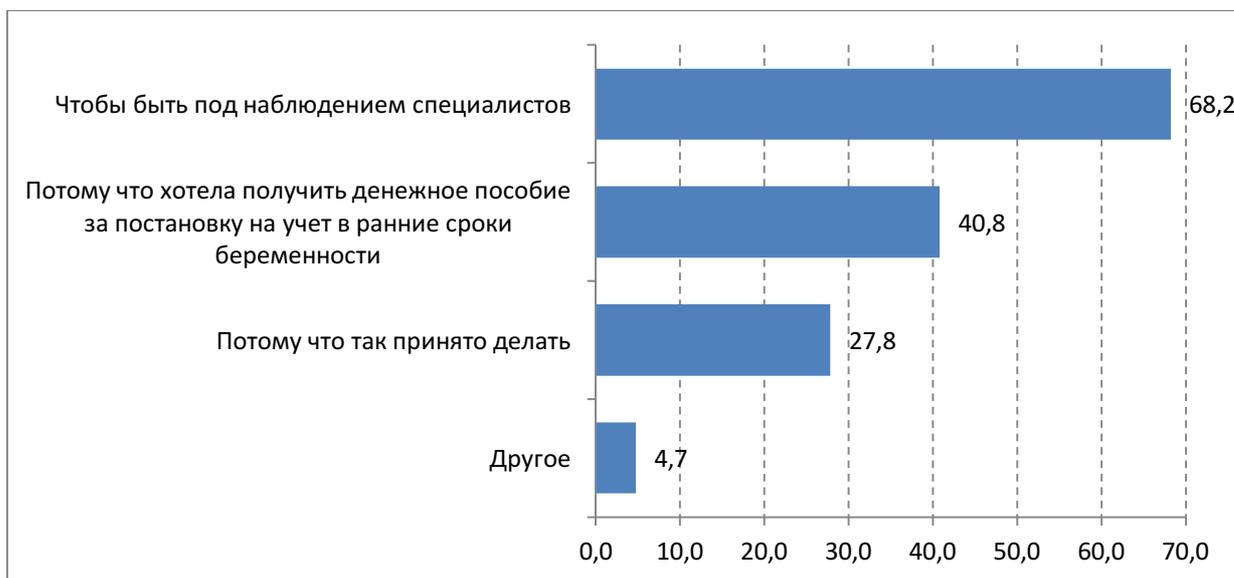
Такое небольшое расхождение между официальными данными и результатами данного исследования можно объяснить тем, что в этом опросе также принимали активное участие женщины с опытом домашних родов (которые далеко не всегда становятся на учет в женской консультации), а также те, кто наблюдались в частных медицинских центрах.

Вероятно, некоторого пояснения требует привязка к 12-недельному сроку беременности (как в данном исследовании, так и в официальной статистике). Дело в том, что 12 недель беременности – это срок, до истечения которого надо стать на учет в женской консультации для того, чтобы получить пособие за постановку на учет в ранние сроки беременности.

<sup>6</sup> «Здравоохранение в Республике Беларусь». [http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015\\_1.pdf](http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015_1.pdf)

Что же касается мотивации женщин о постановке на учет по беременности, то она выглядит следующим образом:

**График 7. Распределение ответов на вопрос «Почему Вы стали на учет по беременности в женской консультации?», в %<sup>7</sup>**



Так, например, 68,2% опрошенных женщин отметили, что для них мотивацией к постановке на учет было желание быть под наблюдением специалистов. Финансовая мотивация (возможность получить пособие за постановку на учет в ранние сроки беременности) также является существенной, т.к. этот вариант выбрали 40,8% женщин, принявших участие в опросе. Что же касается тех 4,7% процента ответов, которое идут в категории «Другое», то мотивация этих респонденток заключалась либо в получении обменной карты на случай обращения в роддом за медицинской помощью в родах (при планируемых домашних родах), либо в получении документов, подтверждающих факт беременности, для последующей их передачи в суд для получения свидетельства о рождении ребенка (при планируемых домашних родах), либо в получении больничного по беременности и родам и его оплаты работодателем (т.к. частные медицинские центры не имеют права выдавать такие больничные).

Существует и еще одна причина, о которой многие даже не задумываются, но которая также имеет непосредственное отношение к постановке женщин на учет по беременности в женской консультации: постановка на учет по беременности и родам в женской консультации государственной поликлиники является одним из шагов в последовательной законодательной цепочке на пути к родам в роддоме (т.к. от беременной ожидается, что на роды в роддом она придет с обменной картой, которую выдают учреждения здравоохранения, в которых женщина осуществляла наблюдение за беременностью).

<sup>7</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.

## Удовлетворенность женщин взаимодействием с женской консультацией

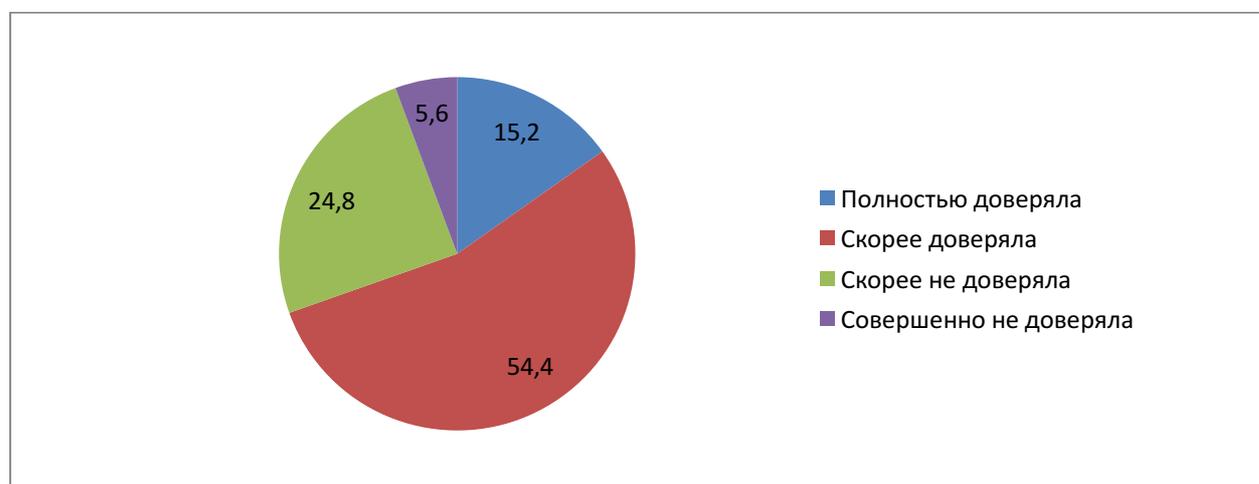
Таблица 1. Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество информирования и коммуникаций в женской консультации?», в %

	1 - Очень плохо	2 - Плохо	3 – Удовлетво- рительно	4 - Хорошо	5 - Отлично
Регулярное информирование о состоянии здоровья и результатах анализов	2,8	11,0	33,0	35,2	18,0
Достаточность информации для принятия решения (следования рекомендациям или отказа)	7,3	22,8	32,3	27,0	10,6
Возможность задавать вопросы	3,7	13,5	27,4	30,3	25,2
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы	10,0	23,5	28,0	25,5	13,1
Возможность отказа от рекомендаций и назначений (без давления, манипулирования, выражения недовольства и т.п.)	15,6	22,0	27,8	23,5	11,1

Информирование о состоянии здоровья и возможность задавать вопросы были оценены респондентками весьма высоко. Однако, как видим, количество и качество такого информирования не всегда соответствовало ожиданиям женщин, ведущим учет по беременности в женских консультациях: информации, полученной от участкового гинеколога, не всегда было достаточно для принятия каких-либо решений; отказаться от рекомендаций и назначений тоже было довольно непросто.

Удовлетворенность женщин взаимодействием с женской консультацией во многом определяется тем, насколько женщина доверяла своему/ей участковому/ой гинекологу.

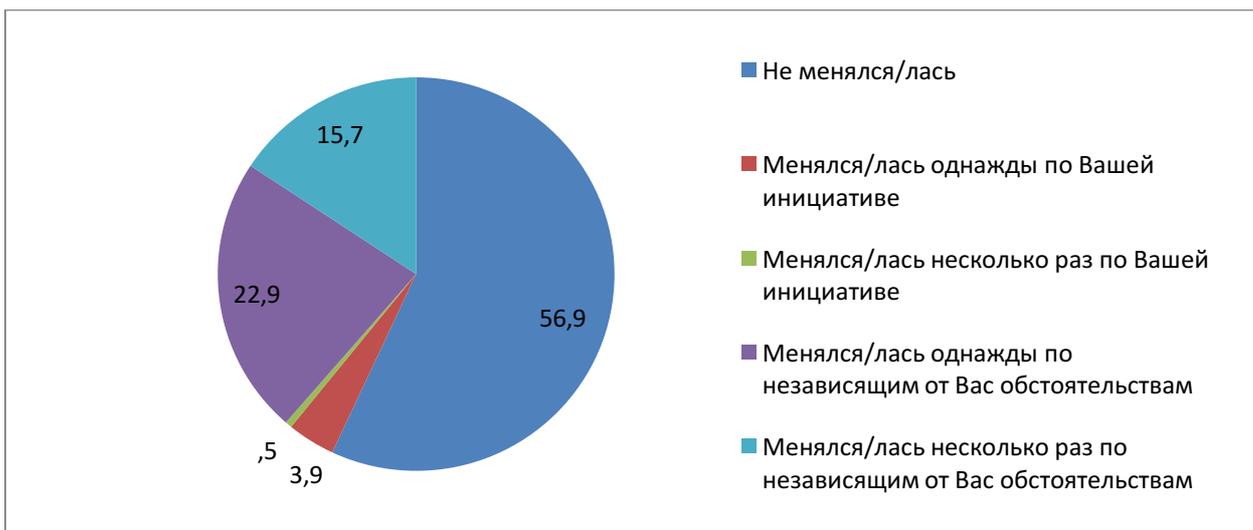
График 8. Распределение ответов на вопрос «Насколько Вы доверяли мнению и назначениям врача, который/ая наблюдал/а Вашу беременность?», в %



69,6% женщин, принявших участие в опросе, заявили о своем (полном (15,2%) или частичном (54,4%) доверии врачам в женской консультации, их мнениям и назначениям. В то время как 30,4% респонденток отметили, что скорее не доверяли (24,8%) или же совершенно не доверяли (5,6%) медицинским работникам в женских консультациях, с которыми их свели обстоятельства.

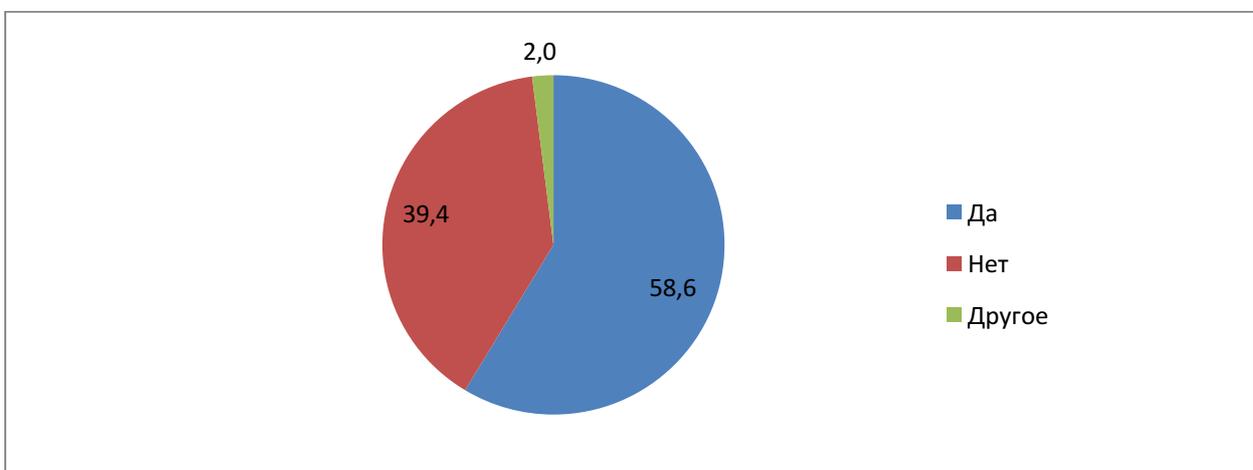
Формирование и наличие доверия медицинским сотрудникам было, как правило, обусловлено либо наличием значительного опыта работы и высокой квалификации врача, либо эмоциональной совместимостью врача и пациентки, либо же наличием обоих факторов.

**График 9. Распределение ответов на вопрос «На протяжении периода Вашей беременности, Ваш/а врач...», в %**



Как видим, в подавляющем большинстве случаев (56,9%) один и тот же врач ведет беременность на протяжении всего срока. Однако тот факт, что в 38,6% случаев врач все же меняется (один, а то и несколько раз), да к тому же еще и по независимым от женщин обстоятельствам, вызывает некоторые беспокойство. Длительное общение с одним и тем же специалистом способствует установлению контакта и, если доверительных отношений и не возникает, то врач и пациентка хотя бы просто привыкают друг другу, понимая, чего от врача ждать можно, а на что рассчитывать не стоит.

**График 10. Распределение ответов на вопрос «Информировали ли Вас в женской консультации о курсах, тренингах, занятиях для беременных?», в %**

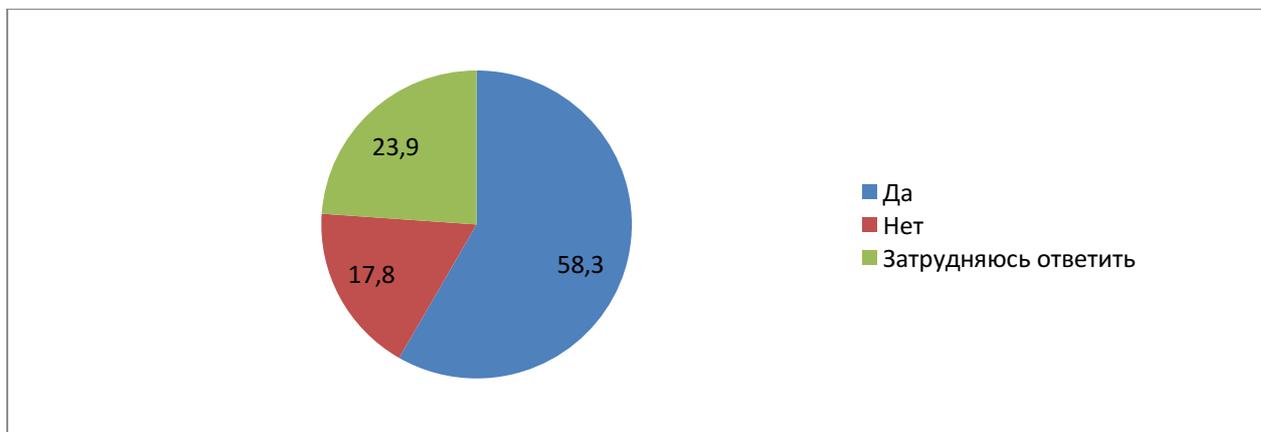


Согласно ответам респонденток, информирование в женских консультациях о курсах, тренингах, занятиях для беременных налажено довольно хорошо: 58,6% ответили, что имели возможность получить соответствующую информацию в своей женской консультации, 39,4% участниц опроса были лишены такой возможности.

Однако надо заметить, что информирование о курсах для беременных о подготовке к родам является в женских консультациях скорее пассивным и формальным. Чаще всего «информирование» заключается в том, что на одном из кабинетов или внутри него (например, в кабинете, где происходит запись КТГ плода) вешается стенд-информация о занятиях и расписании. Информация, как правило, предоставляется только о курсах, которые проводятся в данном учреждении здравоохранения. Информация о курсах подготовки к родам при других медицинских и образовательных учреждениях (например, о частных курсах) чаще всего вообще не предоставляется, или же это происходит крайне редко.

Следует также отметить, что соответствующая информация чаще доводится до ведома женщин, которым предстоит пройти через роды впервые. Если же у женщины уже есть ребенок/дети, то, видимо, предполагается, что у нее уже нет потребности в дополнительном информировании и получении знаний о подготовке к родам, родах, уходе за новорожденным и налаживании грудного вскармливания. Хотя, как показывает практика (т.е. комментарии респонденток на ответ к этому вопросу), далеко не всегда это так. Например, женщины, у которых большая разница между детьми (5 и более лет), и/или же женщины, которые имеют в различной степени травматичный опыт предыдущих родов, часто также испытывают потребность и желание пройти курсы дородовой подготовки. В этой связи, наверное, было бы правильным доводить информацию о курсах до всех беременных, оставляя за ними право посещать или не посещать занятия.

**График 11. Распределение ответов на вопрос «Если бы Вы снова забеременели, Вы бы наблюдались в той же женской консультации?», в %**

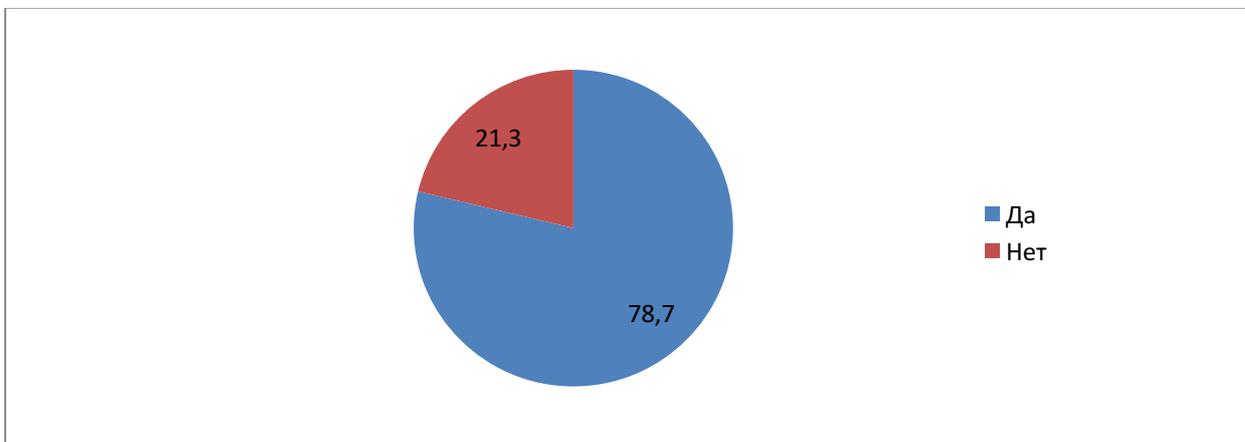


Лишь 17,8% респонденток заявили о том, что они категорически не хотели бы наблюдать очередную беременность (в случае ее наступления) в той же женской консультации. Часть женщин затруднилась дать однозначный ответ на этот вопрос. Однако подавляющее большинство (58,3%) отметили, что будут наблюдать очередную беременность в той же женской консультации. Данный факт не столько говорит о некоторой общей удовлетворенности женщин обслуживанием и взаимодействием (хотя и не без этого, конечно) с женской консультацией, сколько о том, что у женщин нет больших ожиданий относительно этого обслуживания и взаимодействия. Те же женщины, у которых есть потребность в удовлетворении каких-то специфических ожиданий и потребностей, как правило, ищут их удовлетворения в сегменте платной медицины.

## Использование платных услуг во время ведения беременности

Несмотря на то, что наблюдение беременности в женской консультации является бесплатным, тем не менее, многие женщины также прибегают к использованию платных услуг.

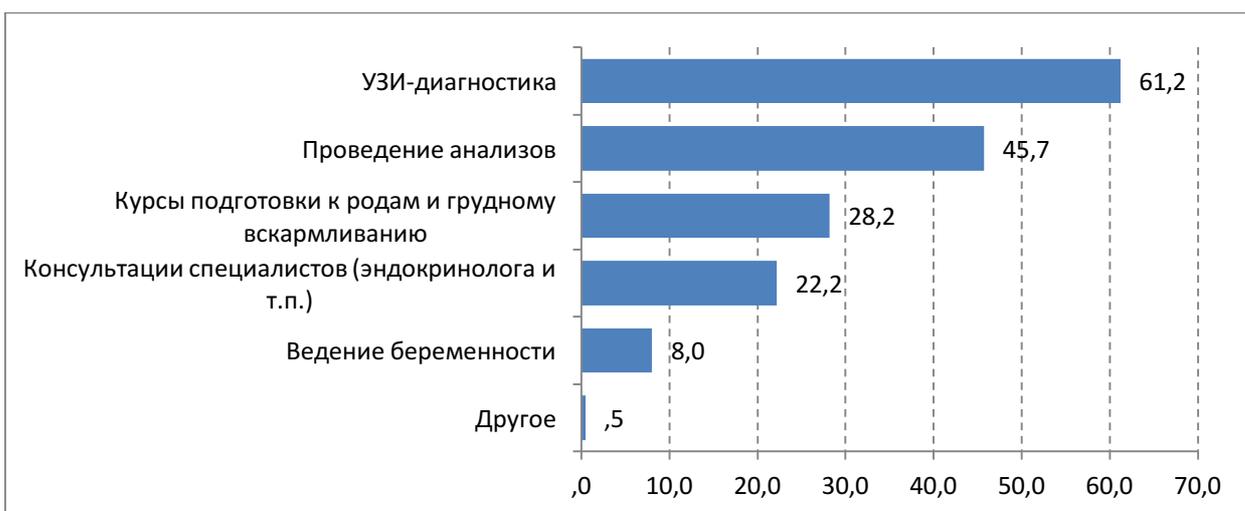
**График 12. Распределение ответов на вопрос «За время беременности приходилось ли Вам обращаться за какими-либо платным услугами, связанными с беременностью?», в %**



Как видно, процент женщин, которым пришлось за время беременности воспользоваться платными услугами, довольно высок и составляет 78,7%.

Как правило, женщины прибегают к платным услугам для прохождения УЗИ (61,2%), проведения анализов (45,7%), подготовки к родам и грудному вскармливанию (28,2%), консультаций со специалистами (22,2%) и ведения беременности (8%). Надо отметить, что респондентки прибегали к платным консультациям не только узких специалистов (как, например, эндокринолог или стоматолог), но и к консультациям гинекологов. Что же касается пункта «Другое» (0,5%), то некоторые также указали, что посещали платные занятия спортом для беременных.

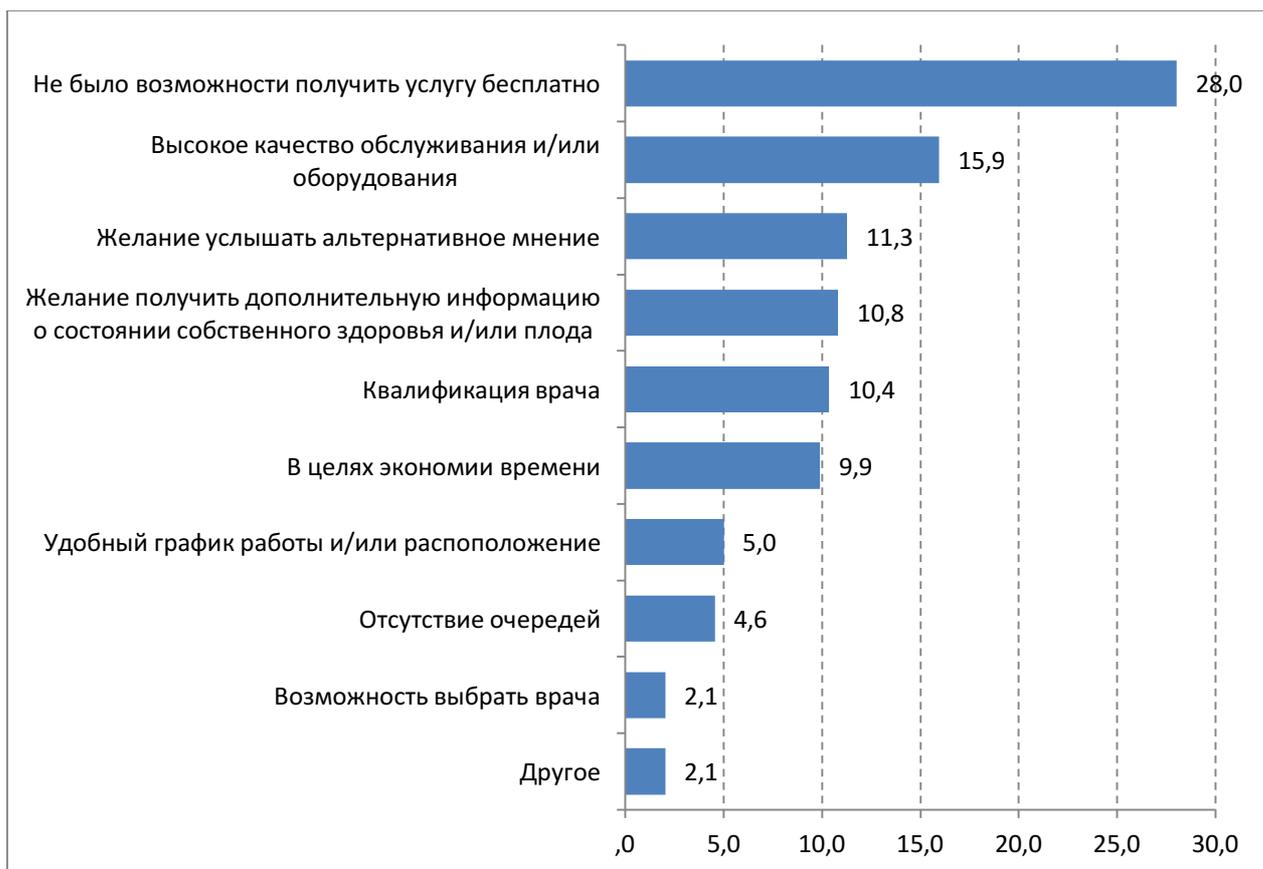
**График 13. Распределение ответов на вопрос «Какими платными медицинскими и сопутствующими услугами, связанными с беременностью, Вы пользовались за время беременности Вашим младшим ребенком?», в %<sup>8</sup>**



<sup>8</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.

Причины, которые побуждают женщин прибегать к использованию платных услуг, весьма различны. Самой распространенной причиной, по которой женщины обращаются за платными услугами, является отсутствие возможности получить услугу бесплатно (28%). Как отмечали респондентки, частой является ситуация, когда персонал женской консультации не смог обеспечить беременной талон на прохождение планового УЗИ. Также, например, некоторые анализы (в частности – генетические) делаются только платно. Для 15,9% респонденток причиной обращения за платными услугами стало желание получить услугу гарантированно высокого качества, будь то вежливое обращение или более современное и точное оборудование. Для 11,3% участниц опроса было важно получить альтернативное мнение о своем состоянии здоровья или плода из-за отсутствия доверия к «бесплатным» врачам и анализам, когда возникали сомнения в правильности поставленного диагноза или назначенного лечения. В 10,8% случаев женщины хотели получить дополнительную информацию о состоянии своего здоровья или здоровья плода (например, внеплановое УЗИ). 10,4% указали, что хотели попасть к врачу определенной квалификации. Для 9,9% женщин было важно быстро попасть на прием к врачу или сдачу анализов и/или оперативно получить результаты анализов. Для 5% опрошенных важным фактором являлся удобный график работы и/или расположение медицинского учреждения. Для 4,9% женщин решающим фактором было отсутствие очередей.

**График 14. Распределение ответов на вопрос «Почему Вы решили получить вышеперечисленные услуги платно?», в %**



Таким образом, часто к использованию платных услуг прибегают те, для кого важен определенный уровень комфорта или же для того, чтобы получить услугу гарантированно высокого качества.

*«Платная медицина мне нравится гораздо больше потому, что ты приходишь в назначенное время, тебе не нужно ждать, чисто, красиво, и тебе улыбаются. Поэтому я*

*очень люблю платных врачей. Врачи должны быть платные и твои знакомые. Тогда совсем чудо будет, в нашей стране особенно». (Елена, 36 лет)*

Отношение же женщин к системе бесплатной медицины характеризуется тревогой и недоверием. Поэтому женщины, подобно требовательным потребителям, часто оценивают и осуществляют выбор разных возможностей в системе ведения беременности и родовспоможения, отношениях с медицинскими работниками и условий пребывания<sup>9</sup>.

*«Потом, что у нас еще было? В 12 недель мне захотелось сходить к Ковалеву. Я сходила к Ковалеву». (Дарья, 38 лет)*

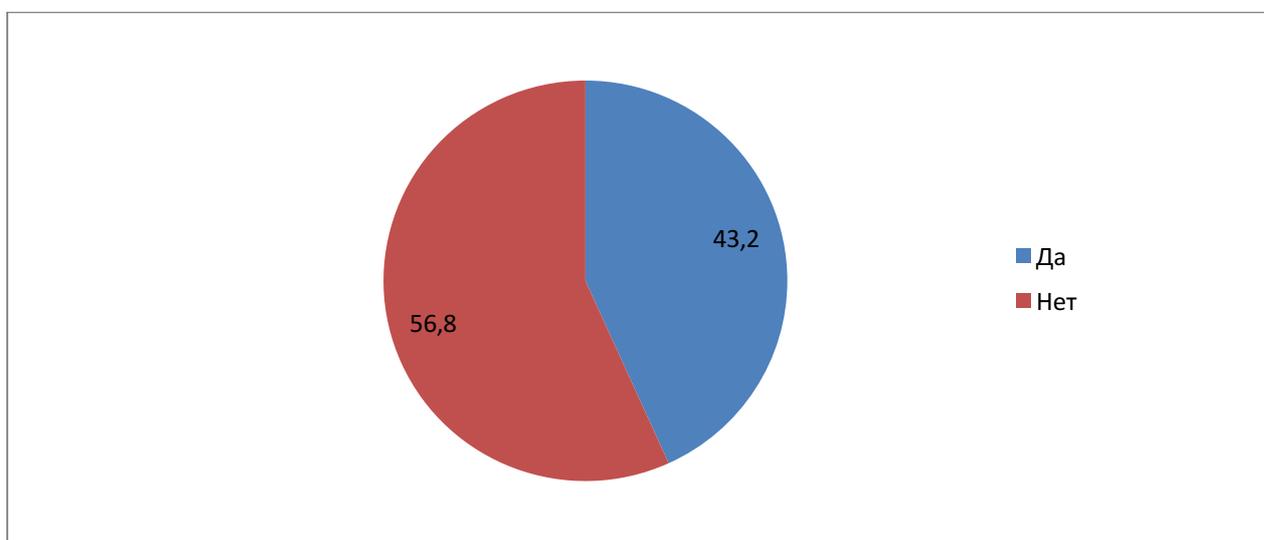
Для женщин является важной возможность проходить обследования/исследования на более современной аппаратуре, проверить диагнозы у более надежных, с их точки зрения, врачей. И в этом им на помощь часто приходит платная медицина.

Надо отметить, что наблюдение беременности в ЖК – хотя и не всегда приятный, но условно бесплатный процесс (условно – потому что большое количество беременных все же прибегают к услугам платной медицины по различным причинам, которые уже были обозначены выше). Тот факт, что порядка 98% женщин становится на учет по беременности в женской консультации, говорит о том, что, несмотря на различные нюансы бесплатной медицины, женщины не готовы (или готовы очень редко) от нее отказаться.

*«И потом, это удобно, можно бесплатно анализ сдать общий, анализ мочи, крови, пару раз воспользовалась». (Наталья, 31 год)*

## **Взаимодействие с отделением патологии**

**График 15. Распределение ответов на вопрос «Были ли у Вас диагностированы какие-либо состояния или заболевания как осложнения беременности?», в %**

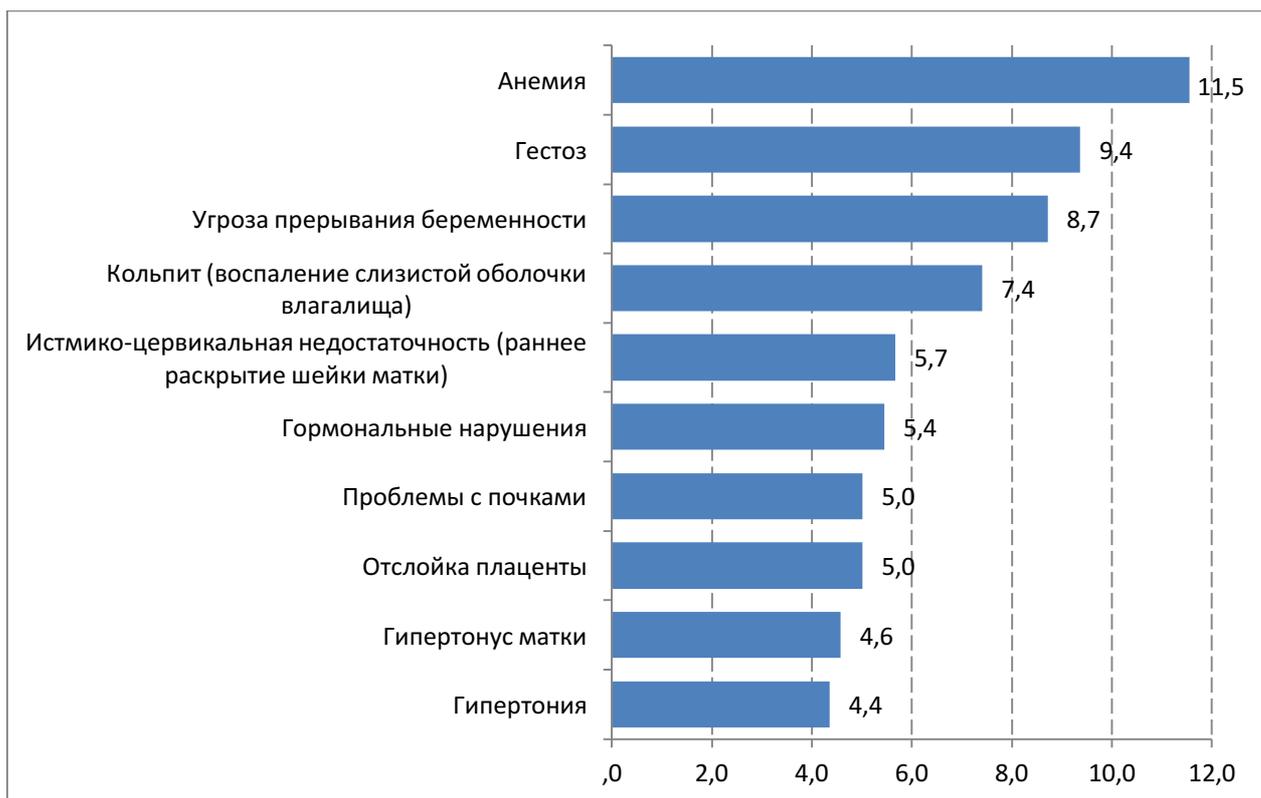


Как показывает график, у 43,2% женщин, принимавших участие в опросе, были диагностированы те или иные состояния или заболевания, которые были квалифицированы как осложнения беременности.

<sup>9</sup> А. Темкина. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? Социология власти 2016 № 76-106.

Ответы участниц опроса на данный вопрос были весьма разнообразными. Некоторые были сформулированы довольно общо, без деталей, как, например, «угроза прерывания беременности». При такой формулировке узнать и понять первопричину постановки данного диагноза не представляется возможным. Другие же ответы были максимально полными и конкретными, поэтому такие ответы требовали объединения в более крупные группы, например, «гормональные нарушения». В связи с тем, что общий список перечисленных участницами опроса «осложнений» очень большой и длинный, для иллюстрации распределения ответов на данный вопрос приведены лишь 10 наиболее распространенных причин.

**График 16. Распределение ответов на вопрос «Какие именно осложнения или заболевания были у Вас диагностированы во время беременности?», ТОП-10, в %**



Давать оценку качеству постановки диагноза в каждом конкретном случае не входило в задачи данного исследования, однако даже по приведенному ТОП-10 можно заметить, что не все из вышеперечисленных состояний беременности и не всегда квалифицируются как осложнения или заболевания. Например, врачи часто диагностируют у беременных такие «осложнения» как гипертонус матки или анемия, хотя в тонусе матки или понижение гемоглобина нет ничего сверхъестественного или страшного. Так, матка в принципе «должна быть в тонусе, это же мышца»<sup>10</sup>, а снижение гемоглобина во время беременности является нормой<sup>11</sup>, т.к. разжижается кровь, объем которой увеличивается. Отношение же к данным состояниям как к патологии связано с тем, что медицинские «нормы» не всегда уместны применительно к разным пациентам, к тому же, «нормы» имеют свойство устаревать, т.е. их и отношение к ним просто не успевают менять и обновлять в соответствии с новейшими открытиями или исследованиями.

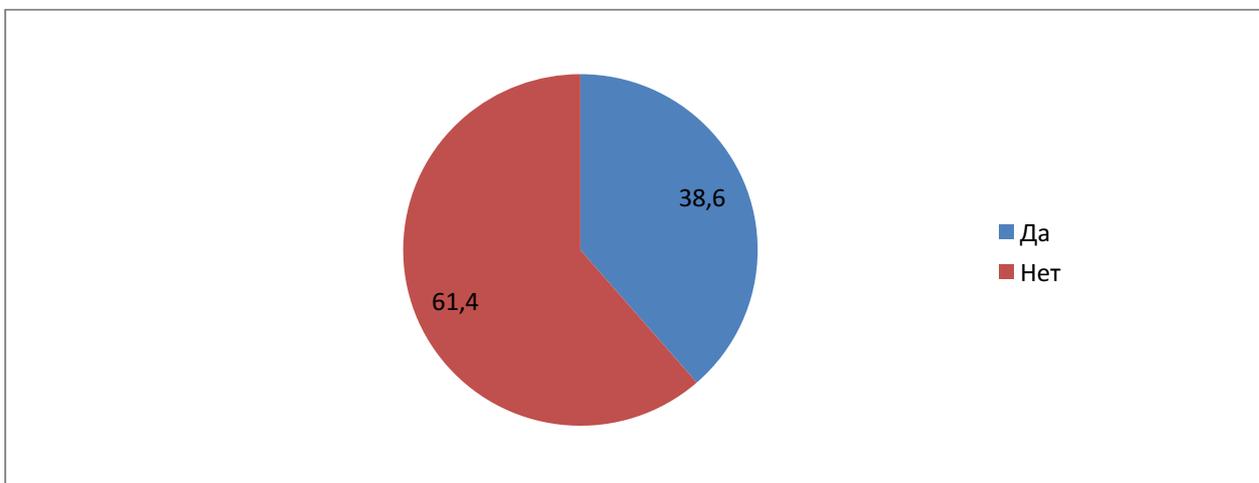
Не всегда, хотя и часто, состояния при беременности, определенные врачами как патологические, требуют решительных мер, например, таких, как помещение беременной в стационар отделения

<sup>10</sup> Приложение 7. Транскрипт фокус-группы с медицинскими работниками.

<sup>11</sup> М. Оден. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М., 2009.

патологии. Как видим, опыт нахождения в отделении патологии имеют 36,8% респонденток против 43,2% тех, у кого были диагностированы те или иные патологические состояния (т.е. 85% из числа женщин «с патологиями» были направлены для наблюдения и лечения в отделения патологии беременных).

**График 17. Распределение ответов на вопрос «Проходили ли Вы лечение в отделении патологии беременных?», в %**



Не беремся судить о том, насколько госпитализация была необходима в каждом отдельном случае, но если ориентироваться на результаты опроса и фокус-групп, то их участницы отмечали, что в отношении беременных врачи женских консультаций часто «перестраховываются», отправляя их для лечения в стационар даже в тех случаях, когда достаточно было бы приема лекарств и витаминов на дому или просто отдыха.

**«Почему нельзя дать больничный? Дома тоже можно сохранять, оно же даже эффективней. Если не нужно лечение. Мне не надо было никаких ни капельниц, ничего: я чисто лежала, ну витамины пила, все. Один раз вкололи В6, ну и больше абсолютно ничего».**  
**(Наталья, 43 года)**

Подобного мнения придерживаются также и специалисты, работающие в роддомах:

**«Я б на треть сократила отделение патологии беременности, потому, что это вообще не стандарт. Такого нет нигде. Там должно быть 10, максимум 20 коек для женщин, которые реально проблемные. Когда понятно, что ей в течение 3-4 часов нужно сделать кесарево или родить. Все. Остальное угрозы вот эти... Но это, к сожалению, у нас запротokolировано. То есть я понимаю, что консультация работает по такому протоколу, и у них начинается вот это: НО-ШПА, свечи с папаверином, которые вообще не всасываются, вообще. Это плацебо... Это горы, тонны таблеток. Есть всего, может, 10 препаратов, которые реально работают. Все это у всего акушерства».** (А., 27 лет)

Разные подходы и протоколы в отношении женщин и (необходимости) лечения говорят об отсутствии связей между женскими консультациями и роддомами.

Возвращаясь к результатам исследования, надо заметить, что в целом оценка женщинами их пребывания в отделении патологии беременных дана равномерная и средняя. Достаточность информации о принятии решения о госпитализации или отказе от нее, регулярное информирование о состоянии здоровья и результатах анализов, возможность задавать вопросы, по большей части, были оценены как удовлетворительные или достаточные. Возможность

получить исчерпывающие ответы на вопросы была оценена несколько менее удовлетворительно, хотя в целом удовлетворенность эта находится на достаточном уровне. Что же касается возможностей женщин влиять на принятие решений относительно медицинских вмешательств и возможностей отказа от рекомендаций и назначений (без давления, манипулирования, выражения недовольства и т.п.), то удовлетворенность данными критериями является довольно низкой. Такое распределение оценок говорит о том, что информирование пациенток находится на удовлетворительном уровне, в то время как возможности женщин влиять на принятие решений относительно медицинских вмешательств и отказа от рекомендаций и назначений – на довольно низком уровне.

**Таблица 2. Распределение ответов на вопрос «Насколько Вы остались довольны пребыванием в отделении патологии беременных?», в %**

	<b>1 – Очень плохо</b>	<b>2 – Плохо</b>	<b>3 – Удовлетво- рительно</b>	<b>4 – Хорошо</b>	<b>5 – Отлично</b>
Достаточность информации для принятия решения о госпитализации или отказа от нее	15,7	19,2	27,3	24,5	13,4
Регулярное информирование о состоянии здоровья и результатах анализов	10,0	16,2	31,1	27,1	15,5
Возможность влиять на принятие решений относительно медицинского вмешательства	<b>20,5</b>	25,6	23,8	20,5	9,6
Возможность задавать вопросы	8,4	18,4	27,5	27,0	18,6
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы	11,9	23,2	27,6	22,2	15,0
Возможность отказа от рекомендаций и назначений (без давления, манипулирования, выражения недовольства и т.п.)	<b>22,4</b>	27,3	22,7	18,9	8,6

Вообще, что касается отделений патологии, то туда, как и в любое другое отделение больницы, никто особенно не хочет попадать. Помимо очевидных неудобств от нахождения в лечебном учреждении, всегда есть шанс столкнуться с неудовлетворительными условиями размещения, разным качеством оказываемой помощи и/или, особенно, с неэтичным и грубым поведением медицинских работников.

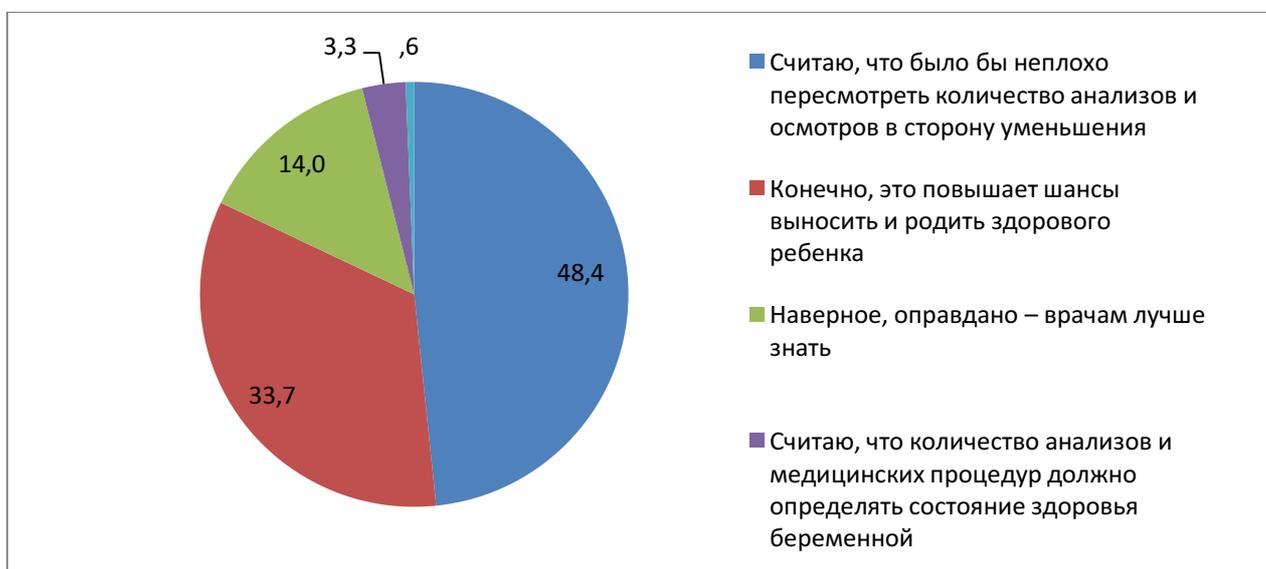
**«Когда уже определили, что у меня неразвивающаяся беременность, и делали выскабливание, у нас в палате лежали две девочки на сохранении, я (после выскабливания) и потом к нам положили девушку, которая делала криминальный аборт на пятом месяце. Она у нас просто в палате рожала. То есть мне было как будто все равно: я как бы потеряла ребенка, но у меня стресс, я ходила за этой девочкой ухаживала, просила медперсонал: «Придите, пожалуйста, посмотрите». Приходят, задирают одеяло и говорят: «Ты еще не**

*родила», закрывают и уходят. Эти лежат зеленые, причем невынашиваемая (беременность) и у одной, и у второй. То есть они и так в напряжении, нельзя им такой стресс. И когда им (персоналу) объясняешь, а я ходила, объясняла, говорила: «Что вы делаете? Так нельзя», никто как бы не обращал внимания. Ну вообще какое-то такое скотское отношение на самом деле». (Ольга, 38 лет)*

## Отношение/оценка новых тактик ведения беременности

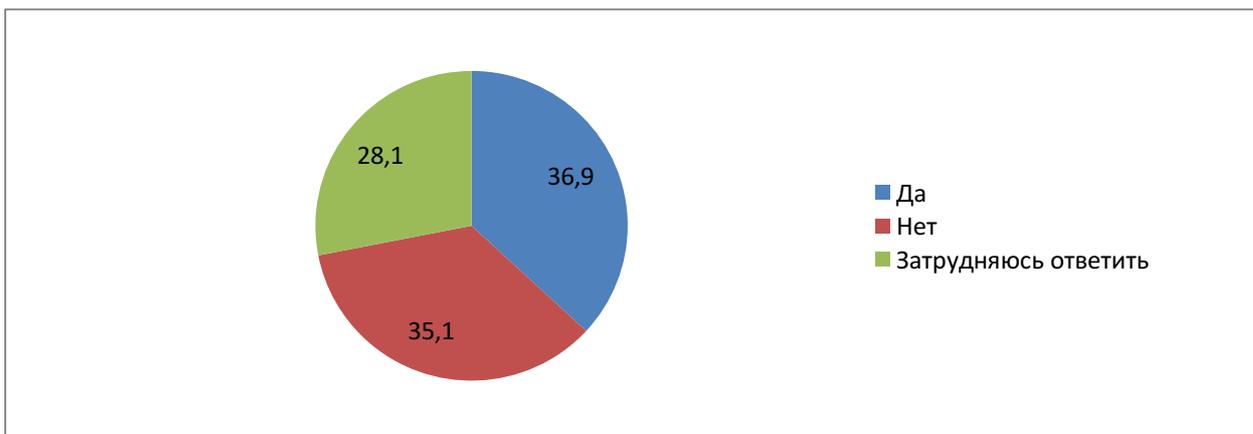
Вопросы, которые задавались женщинам с целью узнать, насколько им импонируют те или иные практики при ведении беременности и родах, которые в настоящий момент не являются постоянными практиками белорусской системы здравоохранения, были восприняты респондентками неоднозначно. Как показывают ответы, многим было тяжело воспринимать и реагировать на гипотетически возможные ситуации, когда они шли в разрез с теми, которые приняты и являются частью системы в настоящий момент.

**График 18. Распределение ответов на вопрос «Как Вы считаете, оправдано ли существующее количество анализов, медицинских процедур и частота посещений при наблюдении беременности?», в %**



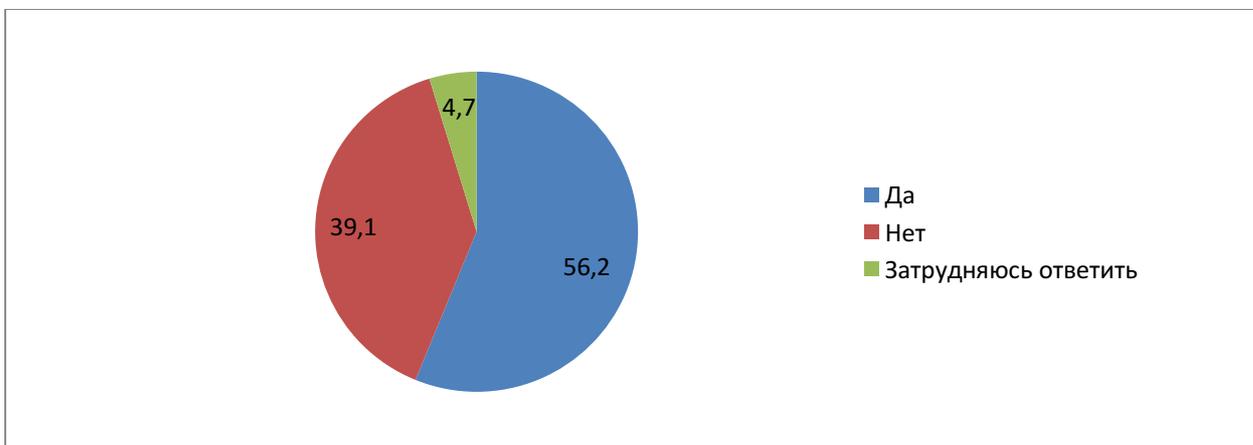
Почти половина (48,4%) участниц опроса считает, что было бы неплохо пересмотреть количество анализов, медицинских процедур и частоту посещения врача во время беременности в сторону уменьшения. В частности, было выказано непонимание того, зачем сдавать по несколько раз одни и те же анализы, например, на ВИЧ. 33,7% респонденток считают существующее количество анализов, процедур и частоту посещения ЖК оправданными, т.к., по их мнению, эти меры повышают шансы выносить и родить здорового ребенка. 14% женщин, принимавших участие в опросе, скорее, принимают ситуацию такой, какая она есть, по принципу «надо – значит надо». 3,3% опрошенных отметили, что количество анализов и медицинских процедур должно определять состояние здоровья беременной.

**График 19. Распределение ответов на вопрос «Если бы была возможность наблюдаться во время беременности только у акушерки (в случае неосложненной беременности), хотели бы Вы воспользоваться такой возможностью?», в %**



Ответы на этот вопрос хорошо показывают, что вопросы о возможных стратегиях сложно воспринимались респондентками, если подобные стратегии или практики не применяются в системе. В настоящий момент в Беларуси нет практики ведения беременности акушерками. Во время беременности в женской консультации женщина, как правило, контактирует только с врачом и медсестрой со своего участка, что, вероятно, тоже наложило некоторое неоднозначное восприятие данного вопроса, т.к. многие могли проассоциировать медсестру с акушеркой, «перенести» функционал медсестры на акушерку.

**График 20. Распределение ответов на вопрос «Если бы была такая возможность, хотели бы Вы, чтобы роды принимал/а тот/та же врач, который/ая наблюдал/а во время беременности?», в %**

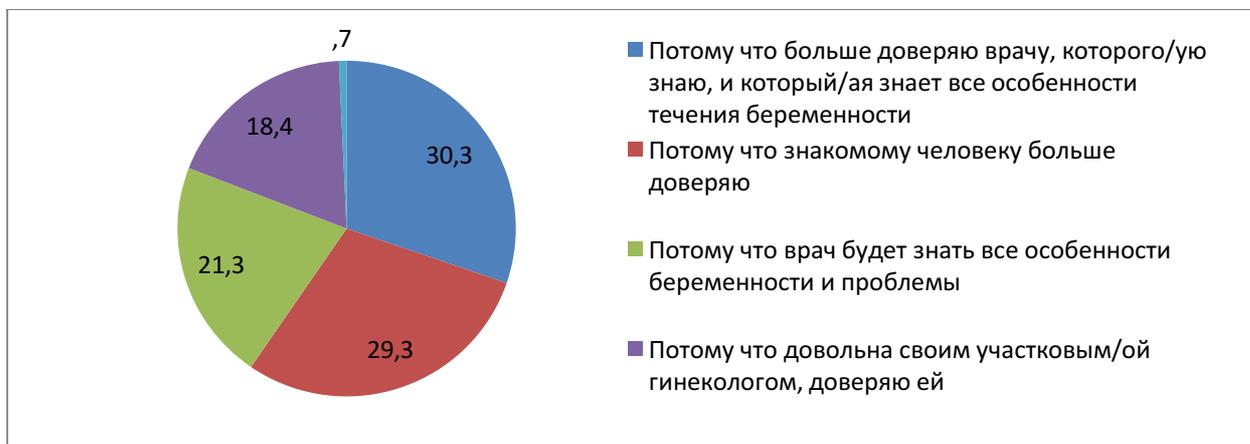


Подавляющему большинству респонденток (56,2%) возможность ведения беременности и родов у одного и того же врача показалась интересной. 39,1% ответили, что не хотели бы наблюдать беременность и рожать у одного и того же врача, 4,7% женщин затруднились ответить на этот вопрос.

Надо отметить, что многие женщины, участвовавшие в опросе, восприняли этот вопрос очень персонифицировано, а именно: они давали ответы не гипотетически (т.е. как бы они отнеслись к возможности наблюдать беременность и рожать у одного и того же врача), а исходя из опыта взаимодействия с конкретными медицинскими работниками, с которыми их свела судьба (прописка, женская консультация, случай) в последней беременности и родах.

Среди тех, кто позитивно воспринял идею о возможном ведении беременности и родов одним врачом, основные ожидания (от такой ситуации) были связаны с установлением доверия между врачом и пациенткой и высокой степенью информированностью.

**График 21. Распределение ответов на вопрос «Почему Вы бы хотели, чтобы роды принимал/а тот/та же врач, который/ая наблюдал/а во время беременности?», в %**



Как видно на графике, женщины, которые хотели бы, чтобы один и тот же врач вел беременность и принимал роды, ожидают, что уровень доверия между ними и специалистом вырастет. Потребность респонденток в доверии может принимать разные формы в зависимости от личных предпочтений и опыта женщин, но чаще всего оно связано с установление доброжелательных отношений или опытом (квалификацией) медицинского специалиста.

Так, для 29,3% женщин важным является установление «контакта» и доброжелательных отношений с врачом, что для женщин является основание для того, чтобы доверять такому/ой специалисту и принятым им/ей решениям. Для 21,3% женщин определяющей является информированность врача о течении беременности и возможных проблемах. 30,3% женщин рассчитывают, что в ситуации, когда один и тот же врач ведет беременность и принимает роды, отношения между ними и врачом будут доброжелательными, а также врач будет хорошо информирован об особенностях их здоровья. Для 18,4% респонденток, которые позитивно смотрят на возможность наблюдать беременность и рожать у одного и того же врача, доверие к такой «схеме» определяет их удовлетворенность отношениями с гинекологом, который вел их беременность.

**График 22. Распределение ответов на вопрос «Почему Вы бы не хотели, чтобы роды принимал/а тот/та же врач, который/ая наблюдал/а во время беременности?», в %**



Ответы же тех женщин, которые негативно отреагировали на возможность ведения беременности и принятия родов одним медицинским специалистом, во многом обусловлены отсутствием доверия. Так, например, такая реакция 53,4% респонденток была обусловлена тем, что они сомневались в том, что участковый/ая гинеколог из женской консультации сможет принять роды, т.к. в обывательском представлении они по большей части занимаются «бумажной работой». Для 21,8% женщин, неприятие такой ситуации обусловлено тем, что врач их женской консультации не внушала доверия. 13,3% указали, что причиной их неприятия такой ситуации является негативный опыт взаимодействия с медицинскими работниками в женской консультации или роддоме. Еще 6,5% убеждены в том, что врач из женской консультации и врач роддома должны заниматься каждый/ая своим делом.

Момент с (не)доверием медицинским работникам из женской консультации и роддома также поднимался во время фокус-групп, потому требует дополнительного внимания (пояснения). Предубеждения респонденток о том, что при нынешней системе родовспоможения участковый гинеколог не обладает необходимой квалификацией для принятия родов, не лишены оснований. Бывают, конечно, исключения, например, когда акушер-гинеколог из женской консультации имеет опыт работы в роддоме. Но более распространенной является ситуация, когда врач действительно не имеет такого опыта.

Во время фокус-группы врачи и акушерки сами говорили о том, что нет преемственности между тем, что происходит в женской консультации и роддоме, из-за чего женская консультация часто находится в некотором отрыве от того, что чем живет и что актуально в клиническом родовспоможении.

***«У нас в областном роддоме женская консультация и рядом роддом. Доктора, которые работают в женской консультации, они и роды принимают. Вот 4 часа отработала – и она пошла на дежурство». (Т., 57 лет)***

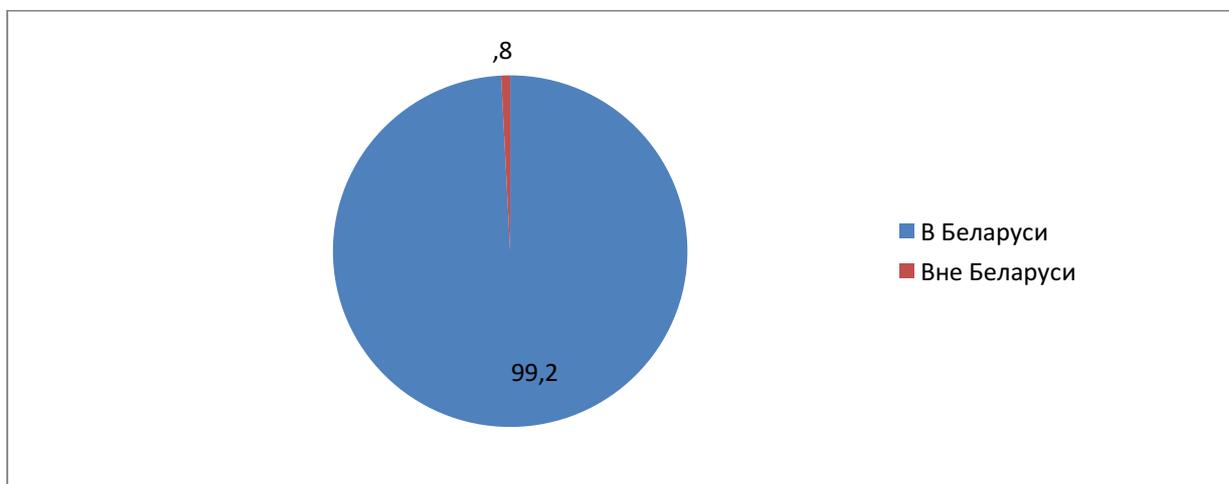
***«Я когда ... в Минск переехала, из родзала перешла в женскую консультацию, то даже заведующая женской консультации приходила: «Посмотрите, стоит ли ее отправлять». (О., 31 год)***

Медицинские работники, которые принимали участие в исследовании, также отмечали важность установления и/или усиления взаимосвязи между женскими консультациями и роддомами, что могло бы повысить уровень понимания работы друг друга и наладить более плотное и взаимовыгодное взаимодействие.

## Роды

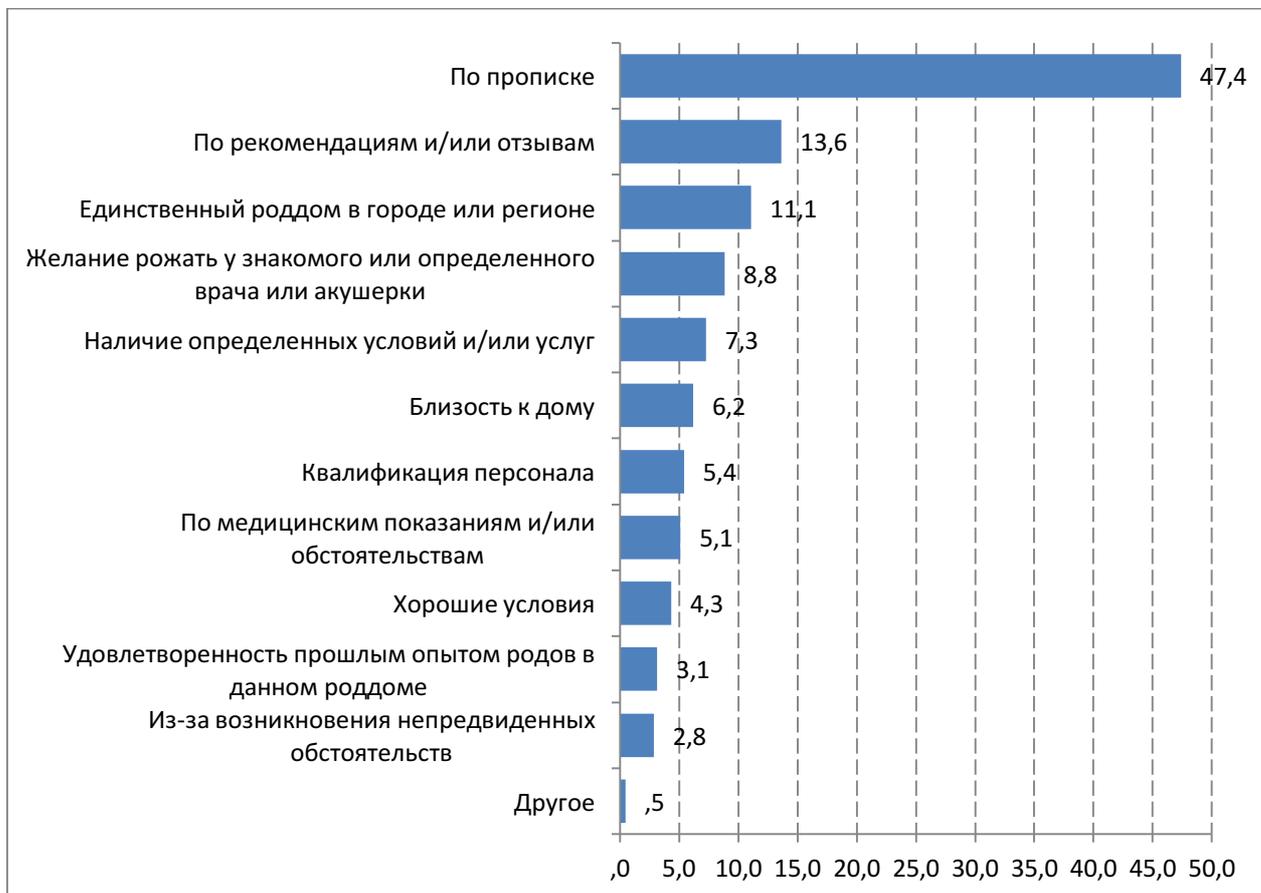
### Общие сведения

График 23. Распределение ответов на вопрос «В какой стране Вы родили Вашего младшего ребенка?», в %



Почти все женщины (99,2%), принявшие участие в опросе, рожали своего младшего ребенка в Беларуси. Вне Беларуси рожали лишь 9 (или 0,8%) респонденток: из них 7 рожали в Литве, 1 – в Польше, и 1 – в Германии.

График 24. Распределение ответов на вопрос «Как и почему Вы выбрали для родов именно этот вариант (страну, роддом, другое место родов)?», в %



Как видим, почти половина (47,4%) респонденток указала, что специально роддом они не выбирали и рожали в роддоме, к которому относились по месту жительства. Надо заметить, что реальный процент женщин, которые рожали «по прописке», гораздо больше. Например, у некоторых (11,1%) возможности выбрать роддом вообще не было (особенно это касается небольших населенных пунктов), т.к. на территории данного населенного пункта или района функционирует лишь одно родильное отделение (чаще всего при центральной или районной клинической больнице). А некоторые женщины останавливали свой выбор на роддоме, к которому они относились по месту жительства, из-за наличия дополнительных причин. Например, в случае, когда ранее они уже там рожали (3,1%), или же случае, когда рекомендации и/или отзывы (знакомых или в Интернете) о роддоме их устраивали (13,6%).

Для 8,8% женщин, принявших участие в опросе, было важно рожать у знакомого или определенного врача или акушерки, что стимулировало их предпринять определенные шаги для того, чтобы рожать в определенном роддоме.

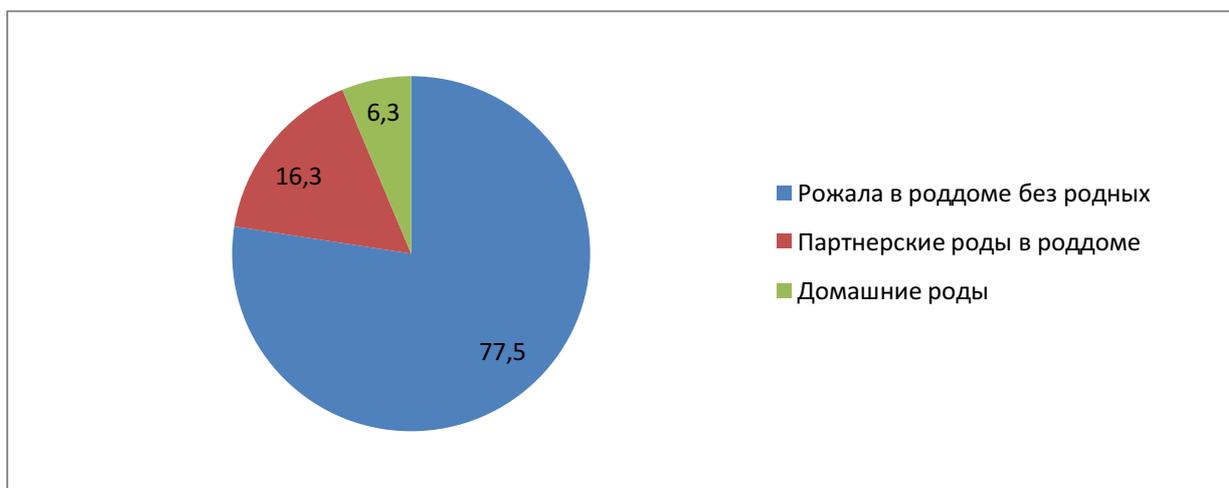
Для некоторых респонденток (7,3%) определяющим фактором при выборе роддома было наличие определенных условий и/или услуг в родах. К таковым, как правило, относились партнерские роды, вертикальные роды, возможность обсуждать план родов, возможность посещения родными и близкими после родов, индивидуальные предродовые и родовые залы, одиночные платные палаты, совместное пребывание матери и ребенка, местная анестезия.

6,2% женщин указали, что для них важным критерием при выборе роддома была его близость к дому, а для 5,4% имела значение квалификация медицинского персонала, который там работает.

Для 5,1% респонденток вопрос о выборе места родов вообще не стоял, т.к. их будущее место родов определялось медицинскими показаниями и/или обстоятельствами. Так, например, женщины, которые имеют в анамнезе диагноз «наследственная тромбофилия» рожают только в РНПЦ «Мать и дитя».

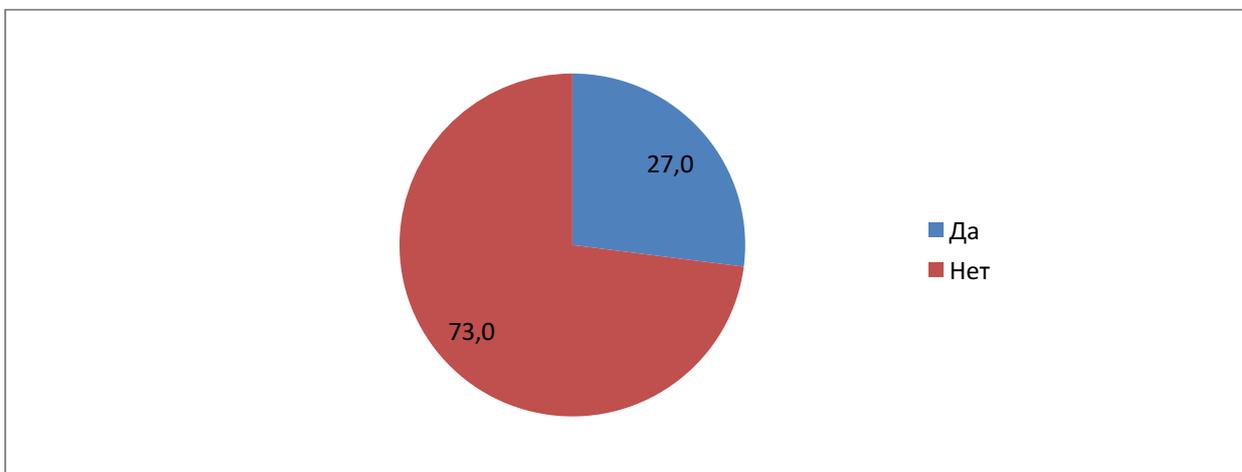
Что же касается женщин, которые рожали за границей (и в частности, в Литве), то они изначально были настроены на такой вариант родов, и, как правило, причиной для принятия такого решения является недоверие в белорусской система родовспоможения, которое в некоторых случаях было обусловлено негативным прошлым опытом соприкосновения с ней («сохранение» или же предыдущие роды).

**График 25. Распределение ответов на вопрос «Как Вы рожали Вашего младшего ребенка?», в %**



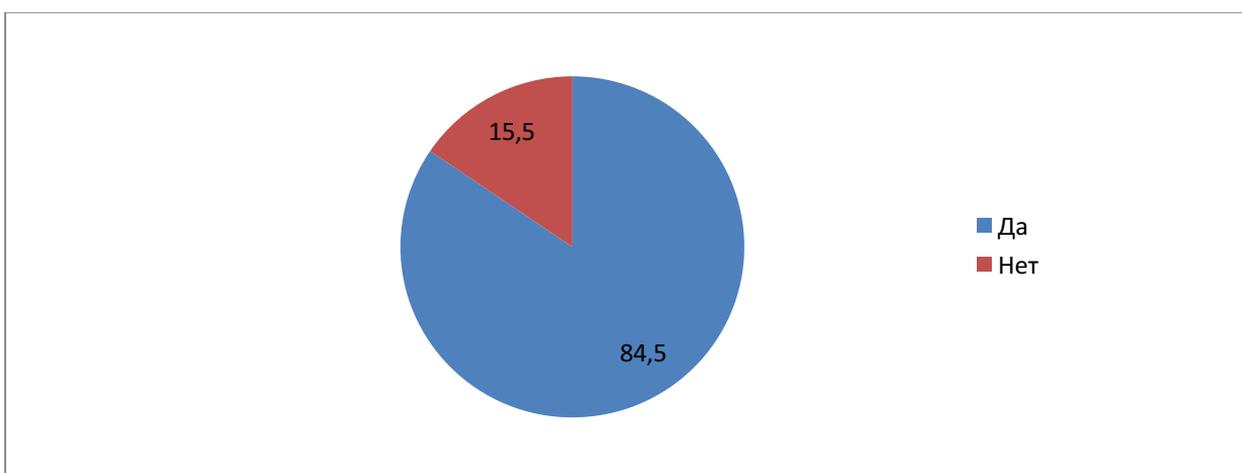
Как видим, подавляющее большинство женщин (77,5%), которые приняли участие в опросе, рожали в роддоме без поддержки и присутствия родных и близких. 22,6% участниц опроса рожали с родными и близкими, из них у 16,3% были партнерские роды в роддоме, у 6,3% – роды дома.

**График 26. Распределение ответов на вопрос «Договаривались ли Вы заранее с конкретным врачом/акушеркой?», в %**



Актуальная система родовспоможения в Беларуси предоставляет женщинам очень мало возможностей для организации родов с конкретным врачом или акушеркой. Такой сценарий возможен только в случае «платных» родов: в некоторых учреждениях здравоохранения (к сожалению, их немного, всего три на всю Беларусь: областном перинатальном центре в Гродно и 5-ый и 6-ой роддома в Минске) выбор врача/акушерки по своему выбору возможен в случае заключения договора о платном предоставлении услуг, или же в случае, когда подобные договоренности носят неформальный характер (т.е. осуществляются непосредственно между пациенткой и медицинским работником).

**График 27. Распределение ответов на вопрос «Если бы была возможность выбрать доктора/акушерку и заключить с ними договор, воспользовались бы Вы ей?», в %**



Однако, как показывает график, интерес к такому сценарию родов на лицо – 84,5% участниц опроса воспользовались бы такой возможностью, если бы она была более доступна.

**График 28. Распределение ответов на вопрос «Как прошли Ваши роды?», в %**

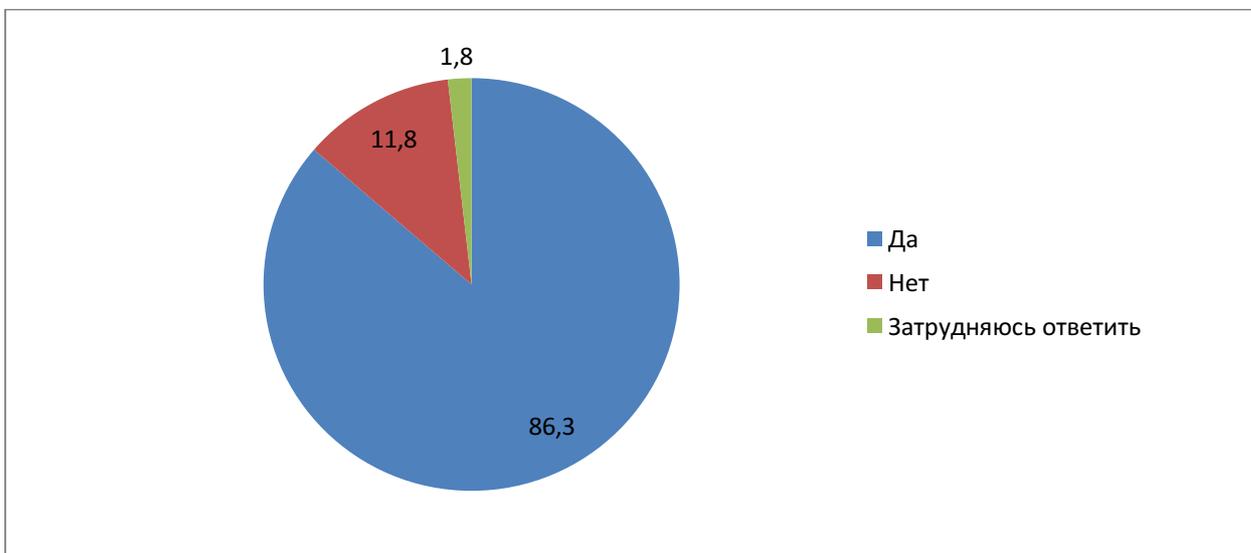


62,8% участниц опроса отметили, что роды у них начались самопроизвольно, из них у 54% опрошенных женщин роды прошли через естественные родовые пути, а у 8,8% – завершились незапланированной операцией кесарева сечения. 26,5% респонденток указали, что в их случае роды вызывались искусственно (в 11,4% случаев это было обусловлено наличием медицинских показаний, в 15,1% случаев – причина стимуляции для начала родовой деятельности была не очевидна для респонденток). У 9,3% участниц из числа тех, кому стимулировали начало родовой деятельности, роды прошли через естественные родовые пути. Всего процент родов, которые прошли через естественные родовые пути, составляет 72,1% от общего числа опрошенных женщин.

Общий процент женщин, которым была проведена операция кесаревого сечения, составляет 24,3% от количества всех опрошенных. Согласно рекомендациям ВОЗ<sup>12</sup>, применение кесаревого сечения оправдано приблизительно в 10% случаев. Согласно результатам онлайн-опроса, кесарево сечение было применено к 24,3% опрошенных женщин. А средний показатель по стране составляет порядка 28%<sup>13</sup>. Т.е. налицо превышение рекомендуемого уровня более чем в 2 раза.

Гораздо более драматически обстоит ситуация с количеством медицинских вмешательств во время родов. Согласно данным ВОЗ, на этапе беременности<sup>14</sup>, как правило, здоровы 85% женщин, что значит, что с высокой долей вероятности роды у этих женщин тоже пройдут хорошо и не потребуют никаких вмешательств со стороны медицинских работников. Однако результаты опроса показывают, что к 86,3% женщин (вместо 15%!) были применены различные медицинские вмешательства, что, скорее всего, говорит о злоупотреблении служебными полномочиями и знаниями в отношении рожениц.

**График 29. Распределение ответов на вопрос «Если Вы родили младшего ребенка/детей через естественные родовые пути, были ли медицинские вмешательства в процессе родов?», в %**



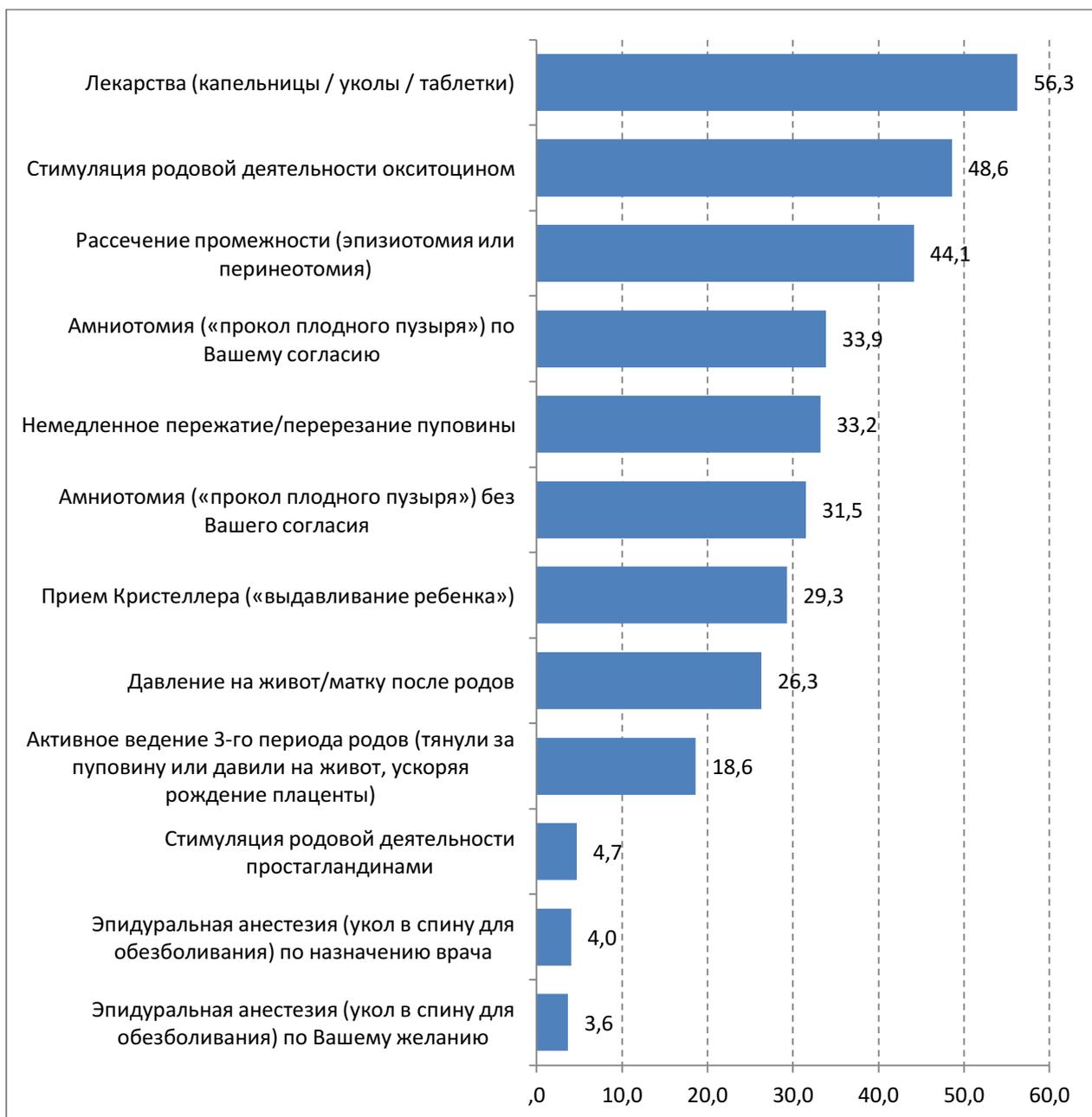
Лишь 11,8% женщин указали, что их роды прошли без каких-либо вмешательств со стороны медицинских работников.

<sup>12</sup> Всемирная организация здравоохранения. Бюллетень 85-10 (2007).

<sup>13</sup> Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник. 2015.

<sup>14</sup> Всемирная организация здравоохранения. Бюллетень 85-10 (2007).

**График 30. Распределение ответов на вопрос «Какие именно медицинские вмешательства были применены к Вам в процессе родов?», в %<sup>15</sup>**



Как показывает график, количество медицинских вмешательств в ходе физиологических родов является довольно высоким. Более половины респонденток (56,3%) указали, что в ходе родов принимали различные лекарства, 48,6% стимулировали родовую деятельность окситоцином, 44,1% женщин разрежали промежность. 65,4% женщин сказали, что им прокалывали плодный пузырь (в 33,9% случаев это было сделано с согласия пациентки, и в 31,5% – без согласия).

Безусловно, на основании анонимных ответов, не содержащих пояснений по данному пункту, сложно судить о том, насколько те или иные медицинские вмешательства были оправданы в каждом отдельном случае. Однако, на основании информации, полученной в ходе фокус-групп, есть все основания предполагать, что далеко не всегда такие вмешательства были продиктованы

<sup>15</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.

необходимостью и/или заботой о роженице. В первую очередь это касается таких вмешательств как прокол плодного пузыря и рассечение промежности.

**«Они (врачи – прим. авт.) все равно сделали эпизиотомию потому, что им так удобно. И все. А то, что женщина потом полгода не может нормальной жить жизнью вообще, человеческой: в туалет ходить, любовью с мужем заниматься, сидеть элементарно – это вообще никого не волнует. Им надо 10 секунд, просто на 10 минут быстрее сделать эти роды». (Анна, 37 лет)**

Согласно закону «О здравоохранении», информация должна предоставляться пациенту в доступной форме, должны быть озвучены последствия и риски вмешательства или отказа от него<sup>16</sup>. Перед медицинским вмешательством, как правило, пациент дает письменное или устное согласие. Можно дать согласие, но потом отказаться, если медицинское вмешательство еще не началось или можно его остановить без риска причинения вреда. Также пациенты имеют право задавать вопросы в отношении любого предлагаемого вмешательства или медицинского назначения и должны получить полный ответ.

**График 31. Распределение ответов на вопрос «Информировали ли Вас о предстоящих медицинских вмешательствах заблаговременно?», в %**

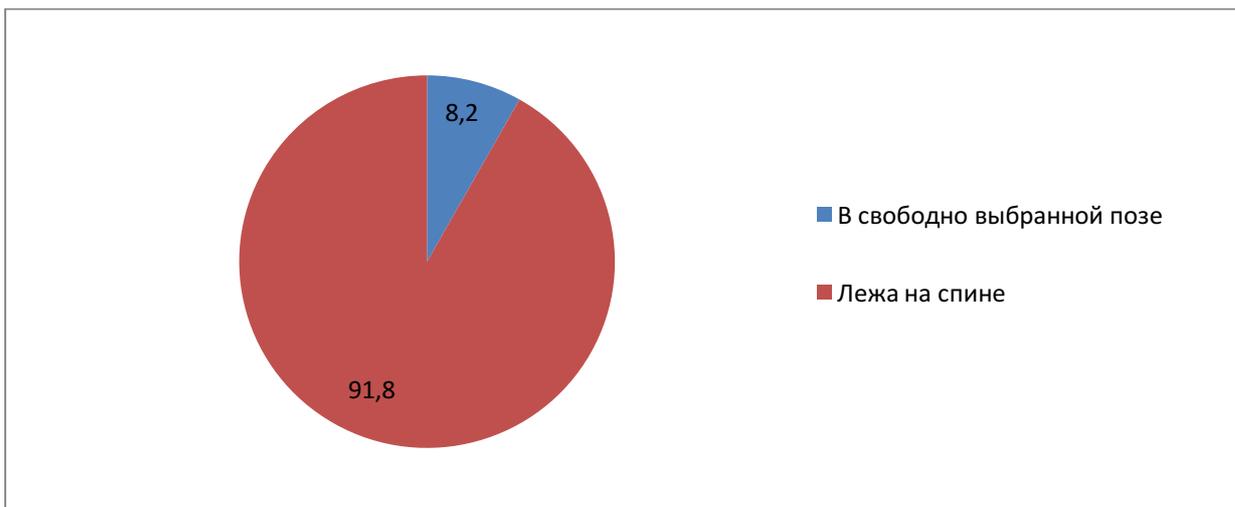


Как показывают результаты, медицинские работники часто несколько легкомысленно и/или неуважительно относятся к праву пациенток на информированное согласие. Так, 37,1% респонденток никак не были проинформированы о предстоящих медицинских вмешательствах. 25,3% женщин были проинформированы лишь во время проведения процедуры. 17,9% женщин были предупреждены о планируемых в отношении них медицинских вмешательствах, но без объяснения причин. Тех же, кому повезло, и кого предупредили заранее о планируемом медицинском вмешательстве и объяснили суть процедуры, риски и последствия, было всего 19,8%.

Еще один важный момент – поза в родах и возможность ее выбрать. Как правило, в настоящее время у женщин очень мало возможностей рожать в удобной для них позе, т.к. в условиях роддома в подавляющем большинстве случаев (91,8%) роды проходят на кровати Рахманова в позе «лежа».

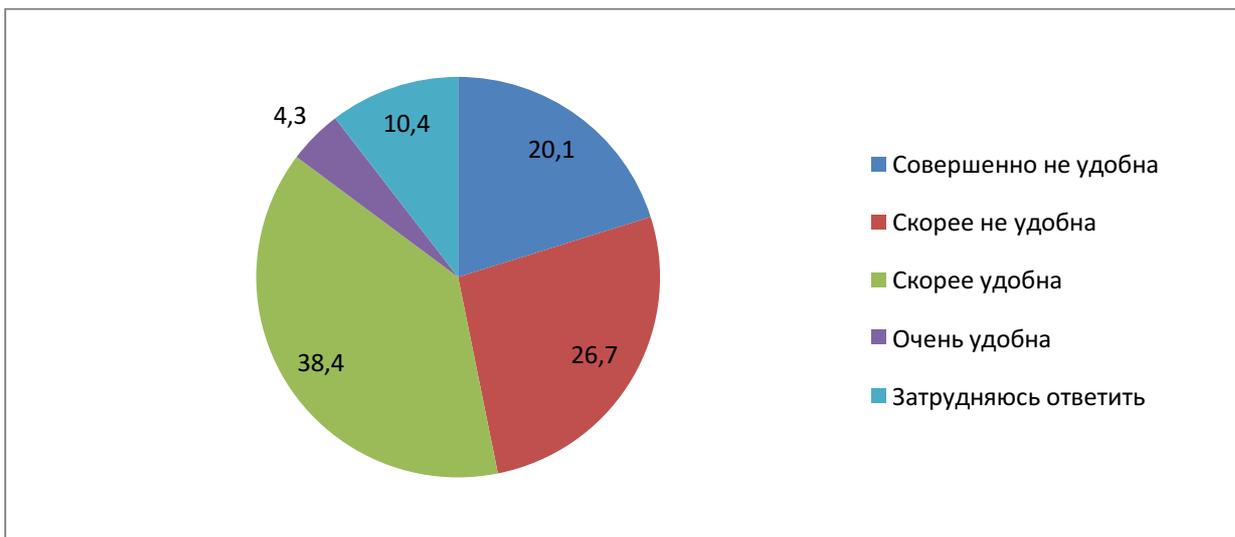
<sup>16</sup> Протоколы Минздрава. <http://radziny.by/protokoly-minzdrava/>

**График 32. Распределение ответов на вопрос «В какой позе Вы находились во время потуг?», в %**



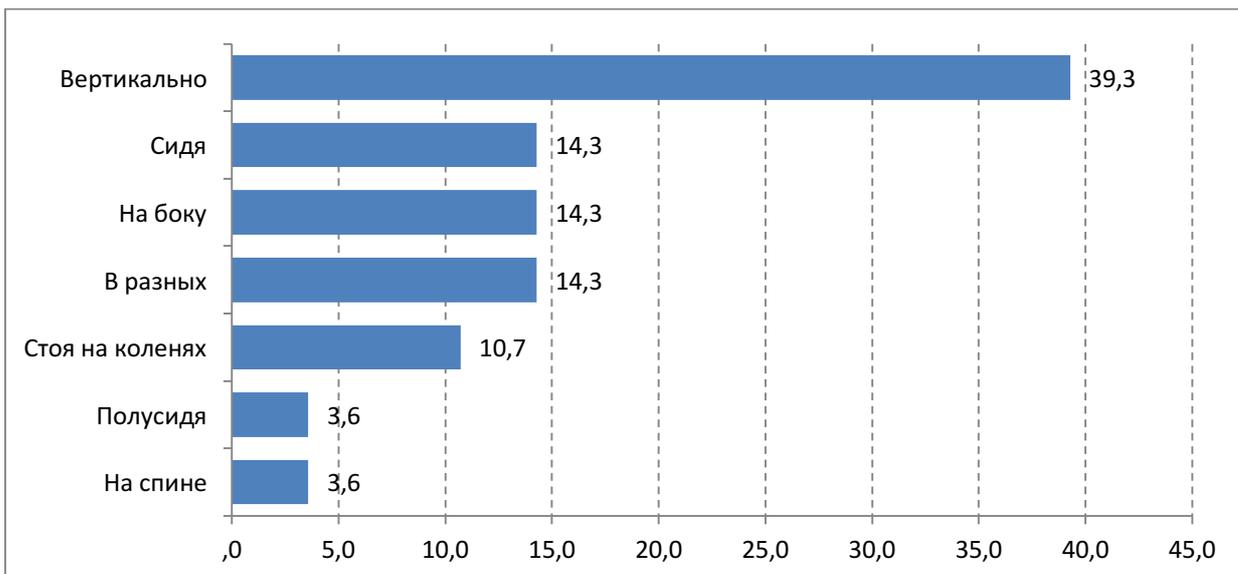
Такая поза, возможно, удобна для медицинских работников, принимающих роды (есть ли медицинское и научное основание для ее использования в родоразрешении, с какими последствиями для здоровья и исхода родов она связана – ред.), но насколько она удобна для роженицы – большой вопрос.

**График 33. Распределение ответов на вопрос «Если Вы рожали лежа на спине, насколько удобной для Вас была эта позиция?», в %**



Отвечая на вопрос об удобстве данной позы, 20,1% респонденток указали, что такая поза была для них совершенно неудобна, для 26,7% – «скорее неудобна», для 38,4% поза была скорее удобной, для 4,3% – очень удобна, и 10,4% затруднились ответить. Таким образом, 46,8% участниц опроса оценили позу «лежа» как неудобную, против 42,7%, для которых поза была в разной степени удобной.

**График 34. Распределение ответов на вопрос «Если Вы рожали в свободно выбранной позе, укажите, пожалуйста, в какой именно?», в %**



Те женщины, которые имели возможность рожать в свободно выбранной и удобной для них позе, в 39,3% случаев рожали вертикально, в 14,3% случаев – сидя, на боку или в разных позах. 10,7% участниц рожали своего младшего ребенка стоя на коленях, и по 3,6 – полусидя и на спине.

Как видим, в условиях, когда есть возможность выбора удобной позы, в «традиционной» позе (на спине) рожали лишь 3,6% участниц. Тот факт, что в 39,3% случаев роды происходили в вертикальной позе, скорее всего, говорит не столько об удобстве этой позы (в сравнении с другими), сколько о том, что такая поза иногда бывает доступна роженицам в роддомах, где есть специальное кресло для вертикальных родов.

**График 35. Распределение ответов на вопрос «В какой позе Вы бы предпочли рожать ребенка, если бы у Вас была возможность выбора?», в %**

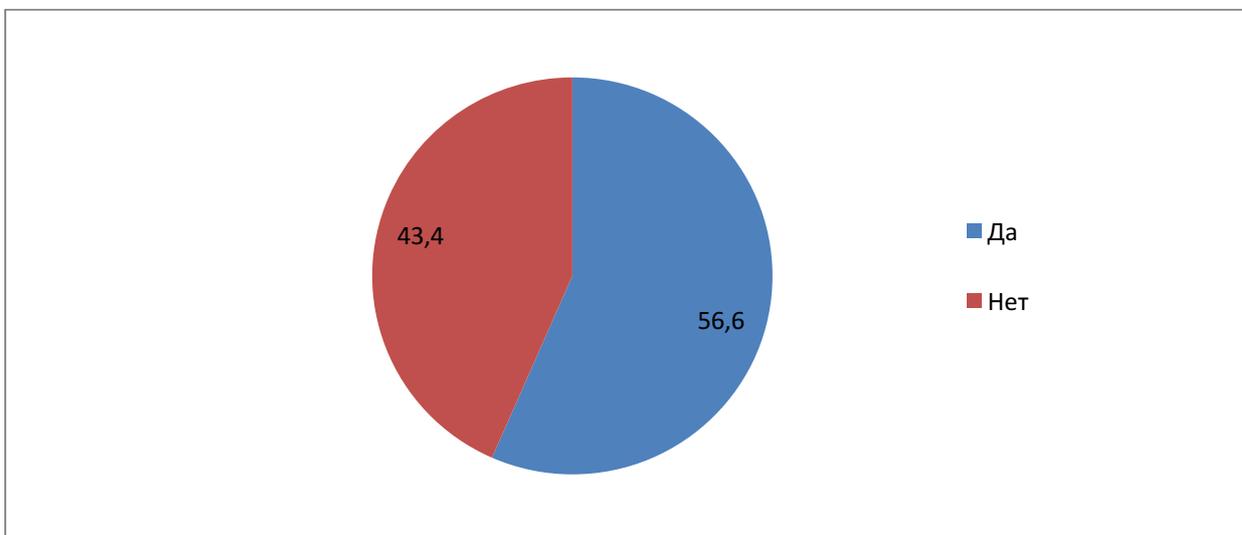


Ответы на данный вопрос несколько неоднозначны, т.к. довольно высок процент (27,9%) тех, кто затруднилась ответить на вопрос. Однако сторонниц свободно выбранных поз в родах однозначно больше, чем приверженков «традиционной» лежа на спине (42,2% против 29,9%).

Для того, чтобы оценить хотя бы примерно, насколько рекомендации ВОЗ имеют значение и насколько являются ориентирующими для белорусских врачей, мы решили ввести в анкету

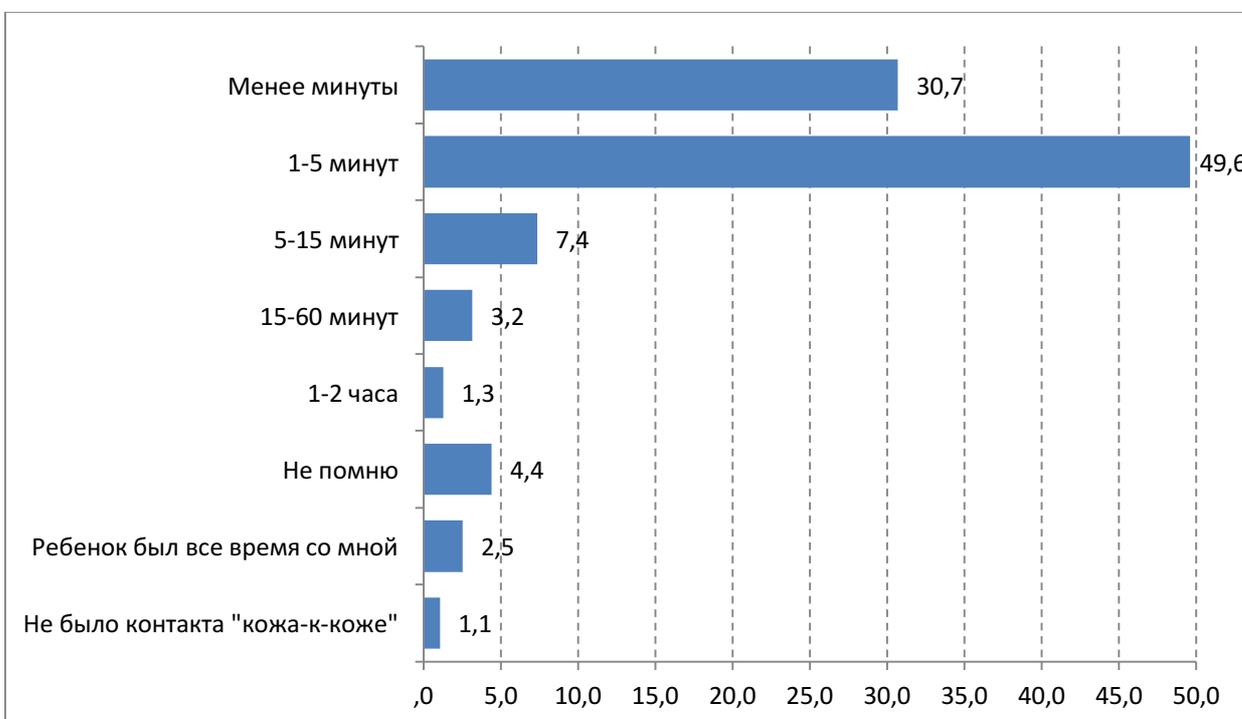
несколько простых вопросов. В частности, вопросы эти были об осуществлении контакта «кожа к коже» (между матерью и новорожденным) и прикладывание к груди в течении 30 минут после родов.

**График 36. Распределение ответов на вопрос «Был ли осуществлен медицинским персоналом непрерывный и ненарушенный контакт “кожа к коже” (между Вами и новорожденным) сразу после родов?», в %**



Как показали ответы участниц опроса, непрерывный и ненарушенный контакт «кожа к коже» между матерью и новорожденным имел место быть в 56,6% случаев.

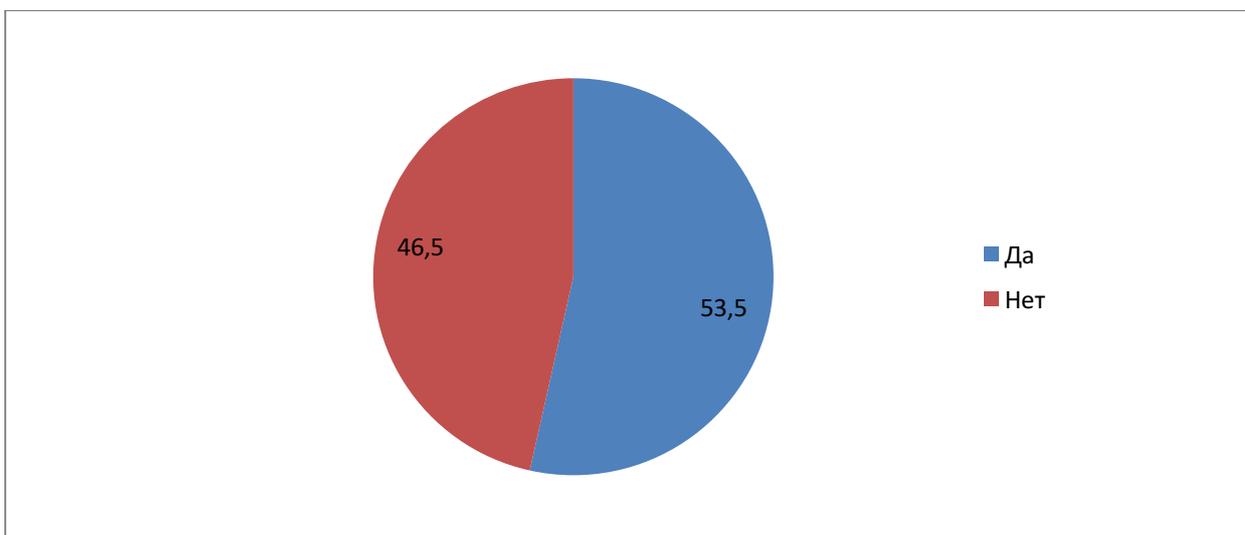
**График 37. Распределение ответов на вопрос «В течение какого времени длился контакт “кожа к коже”?», в %**



Однако организован этот контакт был скорее формально, т.к. в 80,3% случаев контакт этот длился менее 5 минут. Более длительное (от 5 минут до 2 часов) совместное пребывание матери и ребенка имело место лишь в 14,2% случаев. А если учесть, что процент участниц с опытом

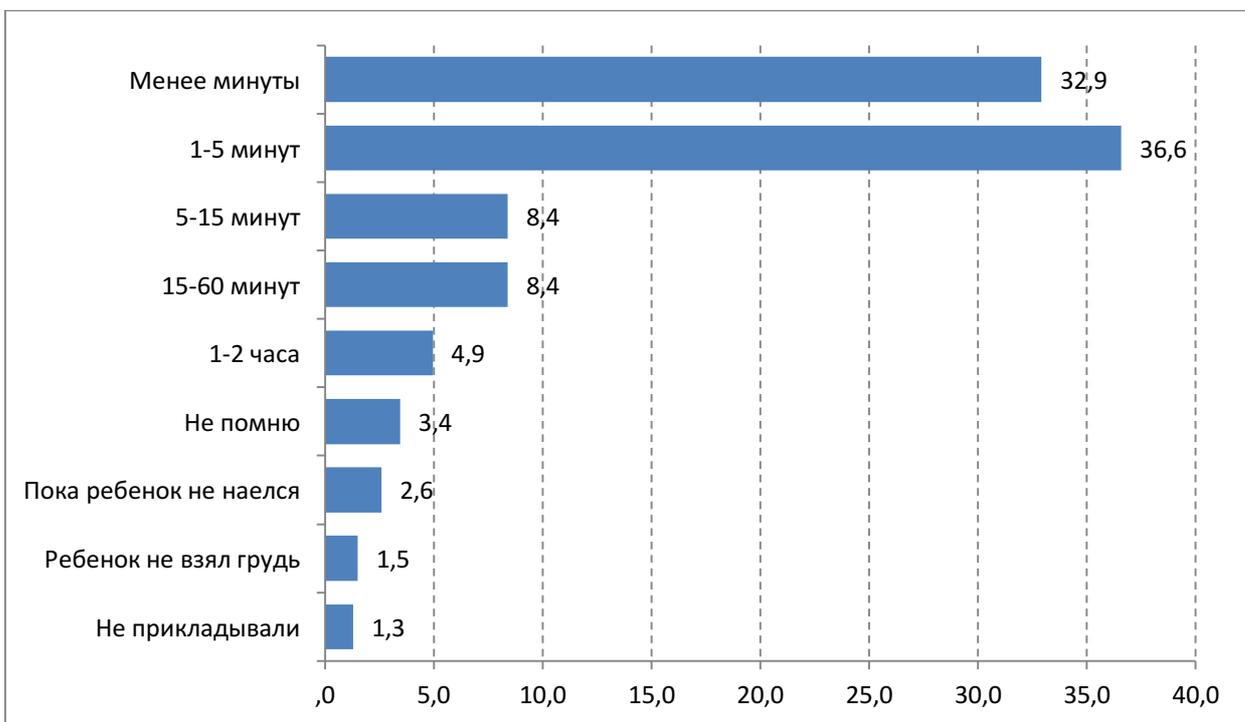
домашних родов составляет 6,3%, то, скорее всего, в роддоме длительный первый контакт матери и ребенка имело место менее, чем в 10% случаев.

**График 38. Распределение ответов на вопрос «Было ли осуществлено медицинским персоналом прикладывание ребенка к груди в течение 30 минут после рождения?», в %**



Ситуация с прикладыванием ребенка к груди в первые 30 минут после родов очень похожа на ситуацию с первым контактом. В 53,5% случаев ребенок был приложен к груди матери в течение 30 минут после его/ее рождения.

**График 39. Распределение ответов на вопрос «Как надолго ребенка приложили к груди?», в %**



И, как и в случае с первым контактом, прикладывание это носило скорее формальный характер, т.к. лишь в 24,3% случаев ребенок был приложен к груди на продолжительное время (от 5 минут до 2 часов). В 71% случаев ребенок был у груди менее 5 минут.

**График 40. Распределение ответов на вопрос «В случае наступления очередной беременности, где бы Вы хотели рожать?», в %**



Как красноречиво показывает график, лишь 35% женщин, принявших участие в опросе, в случае наступления очередной беременности хотели бы рожать в том же роддоме, что и в прошлый раз. Подавляющее же большинство респонденток выказали желание так или иначе улучшить условия в родах. Для кого-то достойной альтернативной являются лишь роды за границей (20,5%) или дома (9,8%). Некоторые (6,7%) выберут для родов другой роддом. Кто-то видит потенциал для улучшения условий и отношения к себе через заключение договора о платном оказании услуг (24,1%). Для кого-то выходом является привлечение к участию в родах партнера (0,6%) или знакомого/ой доктора (0,5%).

**Таблица 3. Распределение ответов на вопрос «Насколько Вы остались довольны пребыванием в послеродовом отделении?», в %**

	1 – Очень плохо	2 – Плохо	3 – Удовлетво рительно	4 – Хорошо	5 – Отлично
Возможность влиять на принятие решений относительно медицинского вмешательства	12,8	22,0	28,7	24,2	12,4
Своевременность оказанной медицинской помощи	5,0	5,9	27,0	<b>35,9</b>	26,2
Качество оказанной медицинской помощи	4,1	7,3	<b>30,3</b>	<b>34,9</b>	23,5
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы	9,7	21,4	29,1	25,4	14,3

Уважительное отношение	8,4	12,5	25,7	<b>32,0</b>	21,4
Внимательность и заботливость медицинского персонала	8,5	12,9	29,0	30,0	19,7
Комфортность условий размещения	10,3	14,9	28,7	27,3	18,8
Совместное пребывание матери и ребенка	4,1	6,7	16,7	27,4	<b>45,1</b>
Помощь в налаживании грудного вскармливания	19,1	20,7	23,1	21,6	15,6
Возможность на время передать ребенка под опеку медицинского персонала при возникновении необходимости	10,6	15,6	26,9	25,8	21,0
Возможность посещения родными и близкими	<b>36,8</b>	22,1	17,4	13,1	10,5
Диетическое питание, подходящее при грудном вскармливании	28,7	22,1	27,5	14,1	7,6
Обучение уходу за ребенком	18,0	21,5	28,2	19,4	12,8

Такие критерии как своевременность и качество оказания медицинской помощи, внимательность и заботливость медицинского персонала, совместное пребывание матери и ребенка, возможность на время передать ребенка под опеку медицинского персонала при возникновении необходимости участницы опроса оценили весьма высоко.

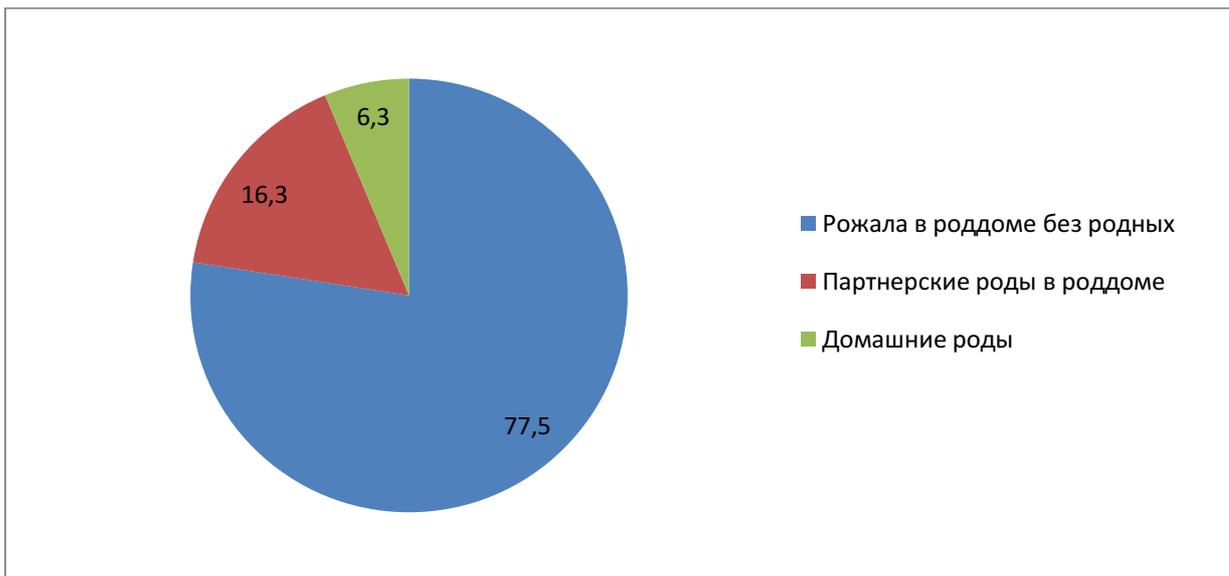
Особого внимания заслуживают помощь в налаживании грудного вскармливания, возможность посещения родными и близкими, диетическое питание, подходящее при грудном вскармливании, и обучение уходу за ребенком, которые были оценены респондентками довольно низко.

## Партнерские роды

В последние годы в Беларуси постепенно увеличивается интерес к партнерским родам, и их количество растет<sup>17</sup>. И хотя, к сожалению, общий статистический учет партнерских родов не ведется, однако о том, что их количество растет по каждому учреждению здравоохранения, в частности, заявила БелТА главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Светлана Сорока.

<sup>17</sup> В Беларуси увеличивается количество партнерских родов <http://m.belta.by/news-headers/view/v-belarusi-velichivaetsja-kolichestvo-partnerskih-rodov-156885-2015/>

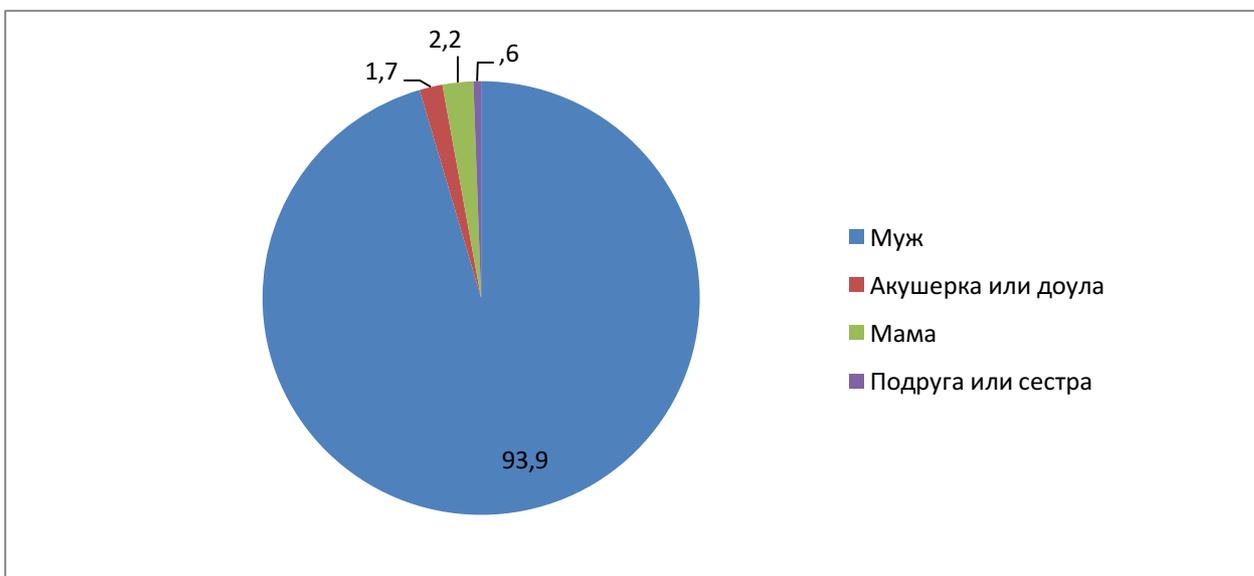
**График 41. Распределение ответов на вопрос «Как Вы рожали Вашего младшего ребенка?», в %**



Как видим, подавляющее большинство женщин (77,5%), которые приняли участие в опросе, рожали в роддоме без поддержки и присутствия родных и близких. 22,6% участниц опроса рожали с родными и близкими, из них у 16,3% были партнерские роды в роддоме, у 6,3% – роды дома.

Наиболее распространенным вариантом (93,9%) в партнерских родах является такой, при котором партнером в родах выступает муж. Другие родственники или знакомые (мама, подруга, сестра, акушерка, доула<sup>18</sup> или другие) участвуют в родах в качестве партнера гораздо реже.

**График 42. Распределение ответов на вопрос «В случае партнерских родов укажите, пожалуйста, кто присутствовал/а в качестве партнера», в %**



Как правило, женщины хотят иметь посредника между собой и медицинским персоналом, который будет обеспечивать ее безопасность, осуществляя контроль за действиями медицинского

<sup>18</sup> Доула – помощница в родах, которая оказывает психологическую, эмоциональную, физическую и информационную поддержку во время беременности, родов и в послеродовом периоде.  
[https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%83%D0%BB%D0%B0\\_\(%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%83%D0%BB%D0%B0_(%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F))

персонала<sup>19</sup>. В представлении женщин, сам факт присутствия третьего лица (партнера) способен предотвратить грубое обращение или невнимательность со стороны медицинских работников. В частности, одна из участниц фокус-групп, отметила:

**«Для меня был муж (был) как такой глаз, который контролировал (врачей – прим. авт.) можно сказать, ну и конечно помощь» (Анна, 30 лет)**

Функция контроля, как правило, заключалась в том, что в ситуации, когда женщина рождает, она не всегда имеет возможность в процессе родов контролировать и реагировать на какие-то действия со стороны врачей, по поводу которых она имеет противоположное мнение или его сформированного не имеет. Поэтому часто партнер выступает в качестве представителя интересов женщины в момент, когда она сама не в состоянии это делать. Что же касается помощи, то, помимо отстаивания интересов роженицы, партнеры также оказывают эмоциональную поддержку и физическую помощь на протяжении всего процесса родов (слова поддержки, массаж для снижения болевых ощущений и т.д.).

Также часто наличие партнера в родах является для женщины своего рода гарантией того, что в таком уязвимом состоянии как роды она будет защищена от агрессии со стороны медицинского персонала (как минимум потому, что при «свидетелях» никто лишний раз грубить не станет).

**«Если партнерские роды, они (медицинские работники – прим. авт.), когда рядом, например муж или мама, кто угодно, они не могут просто себе позволить сказать тебе вот это все, что они могут сказать тебе, когда ты одна». (Катерина, 34 года)**

**«Первые роды были партнерские.... Все было прекрасно: муж защищал от агрессии врачей, они ходили на цыпочках». (Анна, 37 лет)**

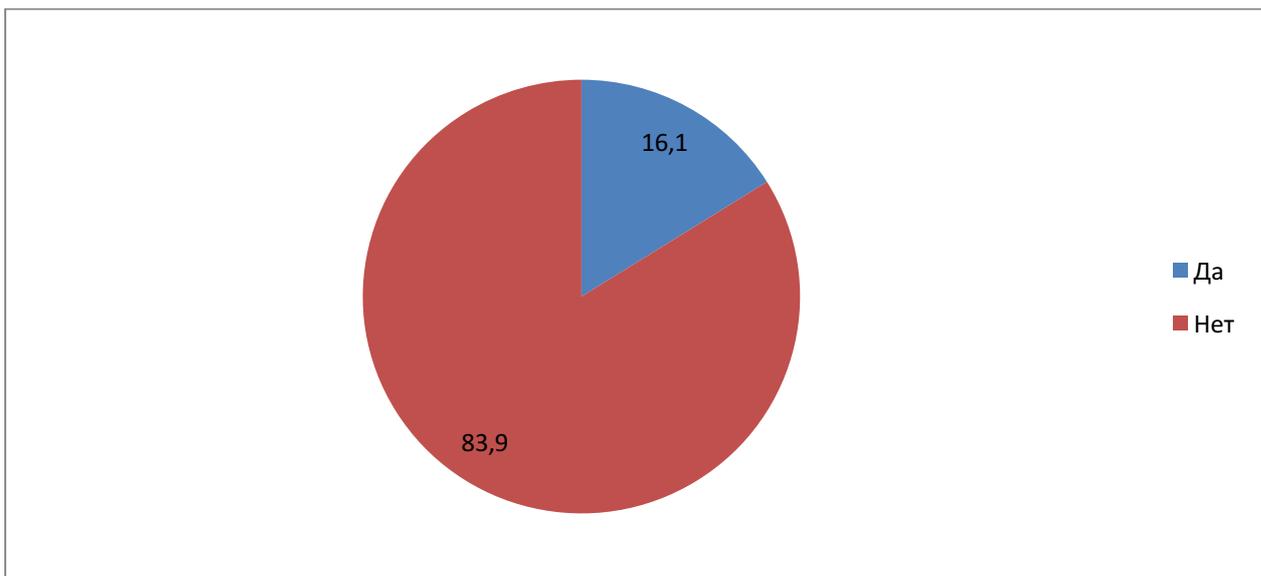
Однако, для того, чтобы роды были именно партнерские, нужно взять с собой в роддом определенный перечень документов. В частности, нужно иметь на руках документ о прохождении курсов подготовки к совместным родам, а также партнер должен иметь на руках справку от терапевта о том, что у него/нее на данный момент нет инфекционных заболеваний, и результаты флюорографии. С соблюдением всех вышеперечисленных условий также часто могут возникать сложности. Например, справка об отсутствии инфекционных заболеваний, выданная в государственном учреждении здравоохранения (как правило, в поликлинике по месту жительства), действительна всего 3 дня. А в связи с тем, что точную дату родов предугадать довольно сложно, то желание попасть на партнерские роды превращается в испытание на выносливость и походы в поликлинику 2-3 раза в неделю на протяжении какого-то времени. Справки же, выданные частными медицинскими центрами действительно более длительный срок (по невыясненным причинам) - 10 дней, но не факт, что удастся ограничиться одной справкой (скорее всего, нет), к тому же, они стоят денег, а не каждая пара может себе позволить тратить деньги на такие справки, тем более, в ожидании ребенка.

Но даже если все вышеперечисленные условия были соблюдены, всегда есть риск, что из-за большого количества рожениц партнерские роды не состоятся, т.к. рожениц может быть больше, чем предродовых палат, и «индивидуальное ведение родов» как условие партнерских родов окажется недоступным. И даже заключенный договор о платном оказании услуг в родах будет бессилён перед силой таких обстоятельств.

---

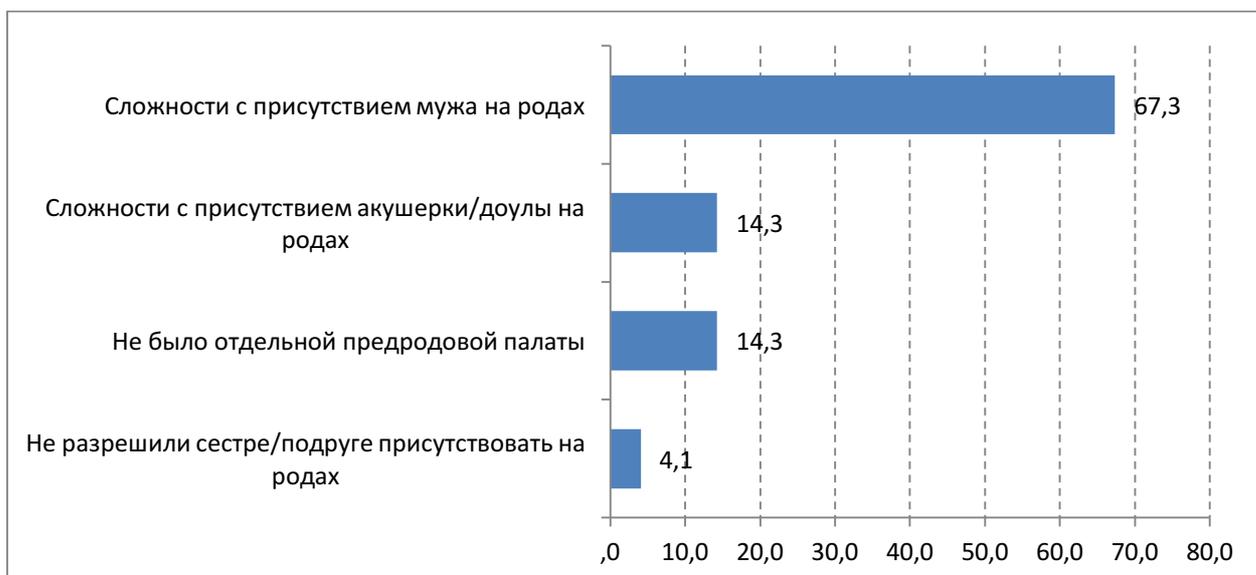
<sup>19</sup> Е. Ангелова, А. Темкина. Отец, участвующий в родах. Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. СПб, 2009.

**График 43. Распределение ответов на вопрос «Были ли у Вас сложности с тем, чтобы в родах участвовали именно те люди, которых Вы бы хотели видеть рядом?», в %**



У подавляющего большинства женщин, которые рожали с партнерами (83,9%), не возникло никаких проблем с тем, чтобы их партнер присутствовал на родах. Скорее всего, такой процент говорит о том, что все или почти все эти женщины рожали с мужем, т.к., как правило, минимальное количество сложностей в партнерских родах возникает именно в ситуации, когда партнером выступает муж. Если же в качестве партнера выступает другой человек по выбору женщины: другой близкий или доула (помощница в родах), количество сложностей может возрасти. (В частности, при заключении договора возникают вопросы со стороны учреждения здравоохранения, которые превращают процедуру заключения договора в собеседование для партнера, результатом которого может быть отказ в заключении договора. Задают вопросы о характере связей между беременной женщиной, профессии партнера. Профессиональную поддержку в родах приходится скрывать, называя сопровождающую доулу или акушерку «подругой». – Ред.) Тех же, кто сталкивался с какими-либо сложностями в том, чтобы партнером на родах был человек, которого они хотели бы видеть рядом в этот момент, – 16,1%.

**График 44. Распределение ответов на вопрос «Какие это были сложности и как Вы их решили?», в %**



Несмотря на то, что вариант, когда партнером в родах выступает муж, является наиболее частым и привычным для медицинских работников, все же некоторое настороженное отношение или непонимание со стороны медицинских работников имеет место быть, из-за чего и возникают сложности с присутствием мужа на родах. Участницы исследования отмечали, что сложности эти могут быть весьма разнообразными: и нежелание медицинских работников поликлиники давать мужу справку об отсутствии инфекционных заболеваний, и отсутствие недавно сделанной флюорографии, и отсутствием отдельной предродовой палаты (хотя на самом деле таковые имелись), и наличие сертификата о прохождении курсов подготовки к партнерским родам, полученного в другом городе или на частных курсах. Но самой частой причиной, по которой партнерские роды с мужем становились невозможными, является негативное отношение медицинского персонала к партнерским родам (т.к. якобы «муж будет только мешать», «не мужское это дело» и т.п.).

В 14,3% случаев сложности были связаны с нежеланием медицинского персонала видеть в качестве партнера в родах личную акушерку или доулу. Такой же процент женщин (14,3%) столкнулись с тем, что партнерские роды не состоялись по причине того, чтобы в день родов было много рожениц и медицинские работники не могли предоставить для партнерских родов отдельную предродовую палату. В 4,1% случаев сложности возникали в случае, партнером должна была выступать сестра/подруга.

**График 45. Распределение ответов на вопрос «Если бы была возможность выбора, как и с кем Вы бы хотели рожать?», в %<sup>20</sup>**

<sup>20</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.

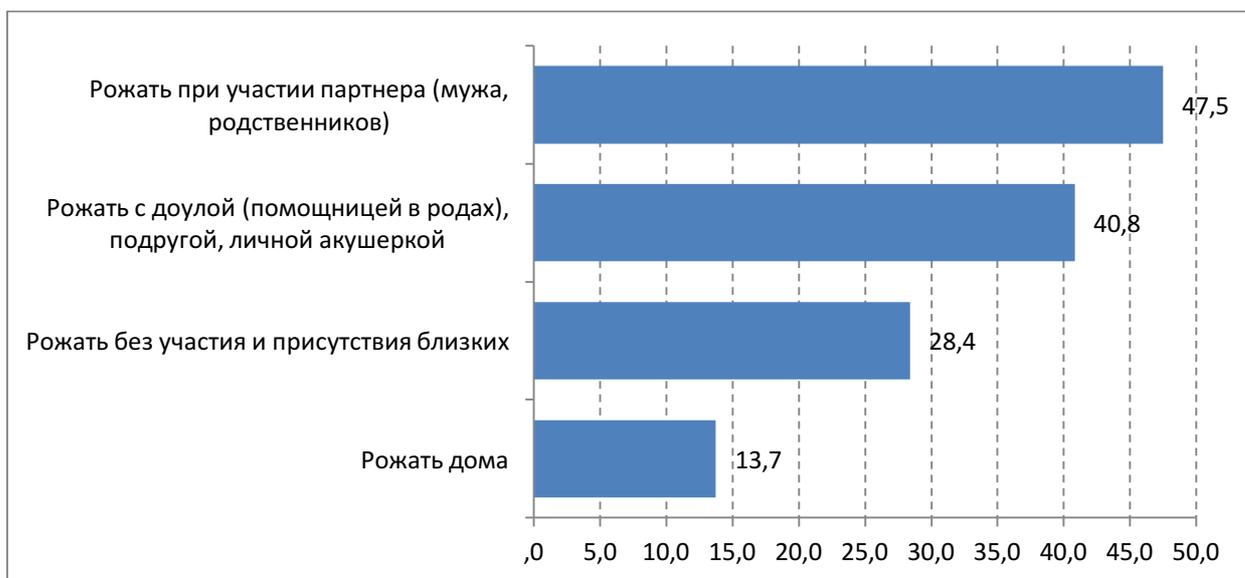


График хорошо иллюстрирует запрос женщин на присутствие партнера (мужа, родственников, подруг, акушерок и/или доул) в родах. Пока же, к сожалению, возможность партнерства в родах есть далеко не у всех женщин, которые испытывают в этом потребность. Если в Минске и в областных центрах пойти на роды с партнером вполне реально (хотя надо отметить, что даже в Минске не все роддома предоставляют такую возможность), то в небольших городах о партнерских родах не может быть и речи.

Несмотря на популярность и возрастающее количество партнерских родов, в настоящее время в Беларуси не существует единых правил о партнерстве в родах, что находит прямое выражение в том, что разные родильные дома предоставляют такую услугу в очень разном виде.

Во-первых, неоднозначным является момент с (бес)платностью партнерских родов. Например, в РНПЦ «Мать и дитя» партнерские роды являются бесплатной услугой. А вот в роддоме №2 г. Минска партнерские роды проводятся только на платной основе<sup>21</sup>.

Во-вторых, перечень лиц, которым доступно партнерство в родах в качестве партнера на данный момент определяется и регулируется роддомами на их усмотрение. Так, согласно информации, которая размещена на сайтах УЗ «Городской клинический родильный дом №2» и ГУ РНПЦ «Мать и дитя», партнером в родах может быть муж, мать, сестра, подруга или другой близкий родственник. Однако наличие данного «перечня» не снимает некоторых вопросов касательно логики, которой руководствовались люди, определявшие его. Например, как и почему в перечень «близких родственников» попала «подруга»? (Каким образом будут определять характер отношений между беременной женщиной и избранным партнером в родах? - Ред.) К тому же существует такая практика как приезжать на роды с доулой, которая, однако, не обязательно является «близкой родственницей» или «подругой». (Очевидно, что данный подход к произвольному ограничению перечня лиц, которые могут быть партнерами женщины в родах является необоснованным ни с правовой, ни с экспертной точки зрения. Выбор партнера для осуществления постоянной поддержки в родах может быть только проявлением волеизъявления женщины. В отношении партнера-отца ребенка можно дополнительно обосновать, что он, как законный представитель ребенка, который рождается, может иметь основания для участия в родах в качестве партнера по выбору женщины без взимания платы. – Ред.)

<sup>21</sup> Информация о партнерских родах. <http://gor-roddom2.by/41-osnovnaya-informatsiya/410-partnerskie-rody>

К тому же в некоторых роддомах существует такая практика, что они принимают к себе на партнерские роды только пары, которые проходили специальные курсы подготовки к партнерским родам в данном роддоме. Вероятно, таким образом, роддом поддерживает спрос на соответствующие услуги и увеличивает поступление и количество внебюджетных средств. Также такие курсы хороши тем, что работники роддома имеют возможность заранее познакомиться с «претендентами» на партнерские роды, чтобы потом иметь возможность отказать в услуге в случае, если пара по каким-то причинам не была признана работниками роддома как «лояльная и благонадежная», т.е. потенциально может доставить какие-то неудобства медицинским сотрудникам. И хотя первоначально, конечно, женщины выбирают роддома исходя из своих потребностей, но решающее слово все равно за администрацией роддома.

И еще одна дополнительная ремарка: в последние годы государство (в лице Министерства труда и социальной защиты населения) прилагает много усилий для вовлечения отцов в процесс воспитания детей. Прорабатываются программы, проводятся мероприятия, направленные на отцов детей разного возраста. Но из перечня мер почему-то выпадает понимание того, что ответственное отцовство должно закладываться чем раньше – тем лучше, и партнерские роды могут стать весьма эффективным инструментом по вовлечению отцов в разделение семейных обязанностей и уход за ребенком/детьми.

## **Роды на дому**

Согласно официальной статистике<sup>22</sup>, почти все роды в Беларуси проходят в стенах специализированных учреждений здравоохранения, процент родов на дому составляет приблизительно 0,01-0,02% от общего числа. Несмотря на то, что роды на дому – явление, скорее, редкое, в рамках данного исследования мы решили уделить им отдельное внимание. Причины для этого было три: во-первых, 6,3% участниц опроса указали, что рожали своего младшего ребенка именно дома, во-вторых, во время подготовки фокус-групп и рекрутинга участниц был большой отклик от женщин с опытом домашних родов, и в-третьих, в связи со случаем смерти ребенка после родов вне стационара в г. Витебске в начале 2017 г.<sup>23</sup>, который стал резонансным, что спровоцировало широкое общественное обсуждение варианта родов вне стационара учреждения здравоохранения.

Участие в обсуждении вышеупомянутого случая принял и Минздрав, высказав официальную точку зрения. Буквально через несколько дней после трагедии, на открытии международной специализированной выставки «Здравоохранение Беларуси – 2017» министр здравоохранения Валерий Малашко заявил, что «... легализовывать роды на дому в Беларуси преждевременно». Такую позицию он объяснил тем, что «сегодня мы в первую очередь должны двигаться по пути оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения»<sup>24</sup>. (Видимо, имелось в виду «легализовать акушерскую, медицинскую помощь в родах на дому». Запретить выбор обстоятельств родов женщиной правовым способом невозможно исходя из, в частности, права неприкосновенности частной жизни. – Ред.)

---

<sup>22</sup> «Здравоохранение в Республике Беларусь». [http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015\\_1.pdf](http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015_1.pdf)

<sup>23</sup> В феврале 2017 г. в г. Витебске умерла девочка после домашних родов. По факту смерти в отношении матери ребенка завели уголовное дело «по признаку причинения смерти по неосторожности». <https://news.tut.by/society/535843.html>

<sup>24</sup> Легализовывать роды на дому в Беларуси преждевременно – Малашко <http://www.belta.by/society/view/legalizovyvat-rody-na-domu-v-belarusi-prezhdevremenno-malashko-238537-2017/>

Формально такой вариант родоразрешения как роды дома не нарушают отечественные законодательные нормы, т.к. согласно Закону Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении»<sup>25</sup> граждане Беларуси имеют право отказаться от любого медицинского вмешательства, и рождение ребенка дома вполне можно интерпретировать как реализацию этого права. Однако независимая акушерская практика в Беларуси не лицензируется (т.е. юридически является нелегальной) и не имеет поддержки со стороны государства.

Однако далеко не все разделяют такую точку зрения на домашние роды. Для кого-то роды на дому являются единственно приемлемым вариантом, т.к. на сегодняшний день ни одна организация здравоохранения Беларуси не может им гарантировать тот уровень комфорта и соблюдение их пожеланий относительно родов, который женщины хотели бы получить.

**«Я поняла, что ни один роддом в Минске не отвечает моим требованиям к рождению ребенка. Чтобы не перерезали пуповину, чтобы я хоть как-то представляла себе, кто будет теми людьми, которые будут принимать у меня роды, ну хоть познакомиться, хоть знать, чего ждать от них, как, в какой манере они со мной будут разговаривать, то есть предварительно познакомиться с этими людьми. То есть мне хотелось рожать не при ярком свете, то есть мне хотелось темноты. Мне бы хотелось, чтобы ребенка сразу выложили на живот или на грудь, чтобы его не забирали, что бы со мной присутствовал мой муж». (Дарья, 38 лет)**

**«Я считаю, что медицинские услуги – это услуги. Когда эти услуги подаются некачественные, когда они травмируют беременную женщину, они (женщины – прим. авт.) от них отказываются, и они имеют на это право». (Анна, 37 лет)**

При этом многие участницы опроса и фокус-групп отмечали, что в случае, если бы реализация их пожеланий была бы возможной в стенах медицинского учреждения, то они не стали бы рожать ребенка дома.

**«Ну, решили, я говорю, мы сразу (рожать дома) потому, что я боялась роддома, вот. Как говорит одна из акушерок, это вообще неправильно, то есть у нас большинство женщин рожают дома потому, что они боятся роддома. Если бы был такой родильный центр с добрыми как бы людьми, и которые не будут вмешиваться, домашнего типа, то большинство пошли бы туда. А рожать дома осознанно, то это единицы делают, в основном, ну соло-роды, то есть женщина уже, которые понимают, зачем они это делают. Поэтому я больше шла от страха, ну, рожать дома». (Дана, 28 лет)**

Обеспечить уровень комфорта на уровне домашнего (с учетом всех личностных особенностей и пожеланий) в стенах учреждения здравоохранения может быть действительно сложно. Но если более внимательно посмотреть на пожелания женщин к ведению родов и послеродовому периоду, то многие из них не являются индивидуальными предпочтениями отдельных женщин, а входят в перечень рекомендаций ВОЗ по технологии родовспоможения и грудному вскармливанию (уважение и достоинство, возможность выбора позы в родах, отсроченное перерезание пуповины, раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка с момента рождения, свободный доступ родственников в палату и др.)<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении». <http://pravo.levonevsky.org/bazaby09/sbor86/text86972/index5.htm>

<sup>26</sup> Рекомендации ВОЗ по технологии родовспоможения и грудному вскармливанию <http://radziny.by/rekomendacii-voz-po-tekhnologii-rodov/>

Каковы же ожидания и запросы женщин относительно родов, которые мотивируют их именно на такой тип родов? Основные причины представлены ниже на графике.

**График 46. Распределение ответов на вопрос «Как и почему Вы выбрали для родов именно этот вариант (страну, роддом, другое место родов)?» (домашние роды), в %**



Женщины, которые рожали дома, отмечали, что для 31,7% из них определяющим фактором при принятии решения о таком варианте родоразрешения был психологический комфорт, который заключался в доброжелательной атмосфере, поддержке близких, проживание родов как личного, семейного события, которые возможны лишь дома и не обеспечены в роддоме.

Еще одной важной причиной, по которой женщины решают рожать ребенка дома, это желание родить без лишних медицинских вмешательств (т.е. отсутствие стимуляции и других стандартных манипуляций). Об этом, в частности, упомянули 29,3% респонденток с опытом домашних родов.

Для 17,1% женщин стимулом к родоразрешению дома стало отсутствие желаемых условий для родов в роддоме (под желаемыми условиями подразумевался определенный уровень комфорта, отсутствие грубого обращения, возможность рожать в свободно выбранной позе, отсроченное перерезание пуповины, возможность не разлучаться с ребенком после родов и т.д.).

В 11% случаев стимулом к родам дома являлся негативный опыт предыдущих родов в роддоме.

6,1% респонденток заявили, что в принципе не доверяют системе родовспоможения в том виде, в какой она существует в настоящее время в Беларуси.

Для 3,7% женщин решение рожать дома было обусловлено нежеланием сталкиваться с разного рода манипулированием, насилием со стороны медицинских работников.

И лишь 1,2% респонденток отметили, что рожали дома потому, что роды были быстрыми, и они не успели вовремя приехать в роддом. Тот факт, что процент тех, для кого рождение ребенка дома было случайным событием, крайне низок, говорит о том, что женщины принимают решение рожать дома осознанно и предпринимают ряд шагов для того, чтобы все прошло максимально безопасно для них и ребенка.

Женщины, которые принимают решение рожать дома, как правило, осознают всю серьезность ситуации и стараются по максимуму подстраховаться. Стоит заметить, что на домашние роды решаются обычно те, у кого была неосложненная беременность, и не было никаких предпосылок

для осложненных родов. Кроме того, вопрос безопасности в родах для матери и ребенка и возможности дополнительных гарантий дополнительно обсуждается с акушеркой.

***«Моя акушерка сказала, что у нее есть реанимационный набор для мамы и для ребенка... Еще она сказала так: «Что если я вижу, что что-то идет не так, либо ты в процессе родов на любом этапе, на любом этапе абсолютно, считаешь, что надо в роддом, значит, мы едем в роддом. То есть, вызываем скорую или, там, садимся в машину, и пряменько в роддом отправляемся. У меня ... до одного роддома 5 минут и до другого – три. Ну, то есть, в этом плане мы были подстрахованы». (Дарья, 38 лет)***

Как правило, акушерка, помогающая в домашних родах, обладает определенными медицинскими знаниями и практикой (часто медицинским образованием, и опытом работы в роддоме) для того, чтобы оценить состояние женщины, ребенка и динамику процесса родов в целом. К тому же, у акушерки, которая оказывает помощь в родах на дому, есть с собой реанимационный набор для оказания первой неотложной помощи роженице и ребенку. Акушерки, практикующие домашние роды, по сведениям полученным в исследовании, проявляют осознание бремени ответственности, лежащей на них, и потому склонны реально оценивать состояние женщины, ребенка и свои возможности по оказанию помощи в экстренных ситуациях, поэтому, если они видят, что ситуация может стать или становится неблагоприятной, то, как правило, они вызывают скорую помощь и едут с роженицей и ребенком в роддом.

При организации домашних родов важное значение имеет выбор акушерки. Правда, ввиду того, что деятельность по оказанию помощи в родах в домашних условиях является нелегальной, выбор акушерки, скорее, является вынужденным из-за ограниченного «предложения», т.к. акушерок, принимающих роды на дому, совсем немного.

Что же касается критериев выбора, то в этом женщины в основном руководствуются своими представлениями и ожиданиями относительно возможного взаимодействия. Для кого-то первостепенен опыт и квалификация, другие же больше ориентируются на личное восприятие друг друга и возможность установить контакт и доверительные отношения.

***«Ну, я изучала вопрос. Уже не первые роды, и вокруг так много людей рожало: и сестра старшая с этой акушеркой, с которой я выбрала рожать. Ну, то есть и акушерка, вроде самая опытная в Минске, то есть, это был для меня такой стопроцентный вариант. В принципе, я лучше его не нашла, это самый опытный человек, то есть для меня это было важно.... Для меня была важна надежность. (Наталья, 31 год)***

***«Я нашла единственную акушерку с медицинским образованием, кроме той, которая на курсах, вот и мы поехали к ней знакомиться. Нас впечатлила семья, нас впечатлил дом, нас впечатлили дети, нас впечатлила сама акушерка». (Дарья, 38 лет)***

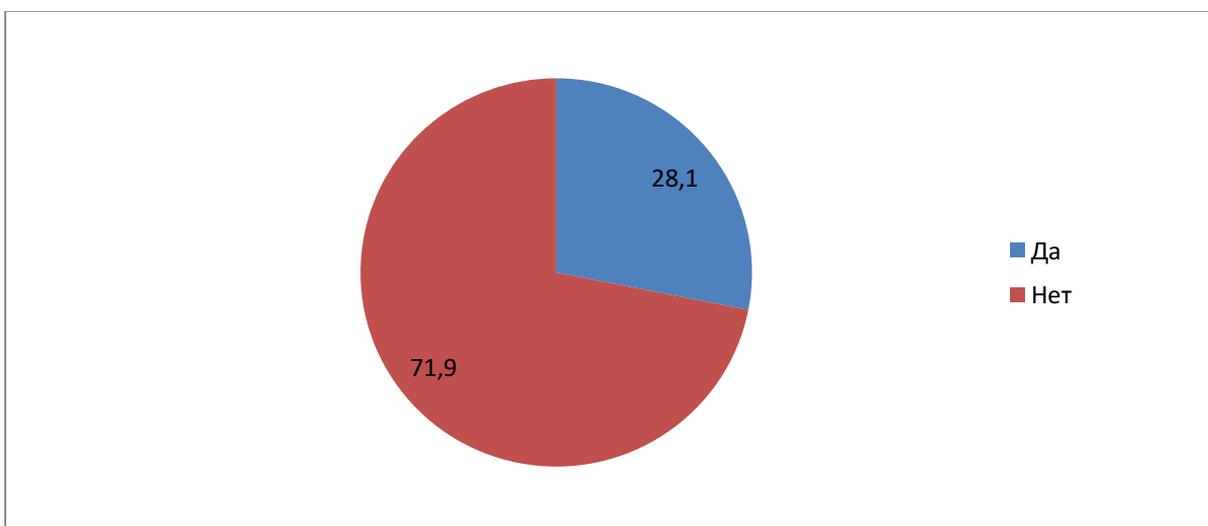
## **Использование платных услуг в родовспоможении**

В настоящее время в Беларуси платные услуги по ведению беременности и родовспоможению можно получить как в государственных организациях здравоохранения, так и в частных. Однако следует отметить, что деятельность последних имеет определенные ограничения в том, что связано с системой родовспоможения. Так, например, если деятельность, связанная с подготовкой к беременности, ведением беременности и подготовкой к родам доступна организациям частной формы собственности, то деятельность, связанная непосредственно с родовспоможением, фактически монополизирована государственными учреждениями здравоохранения. Такая ситуация обусловлена тем, что роды (ввиду возможных осложнений)

классифицируются как высокотехнические медицинские услуги, и медицинских центров частной формы собственности, оказывающих такие услуги, в Беларуси нет.

В связи с этим право женщин на выбор места и условий родов является ограниченным. Особенно это актуально для небольших населенных пунктов, где, как правило, всего один роддом (или даже скорее – родильное отделение при городской или районной клинической больнице) на населенный пункт/район. Некоторая свобода выбора существует у жительниц областных центров, на территории которых находятся два и/или более роддома (хотя надо заметить, что даже не во всех областных центрах есть более одного роддома, в Бресте, например, он всего один). Значительно большей, но все же весьма относительной, свободой выбора обладают жительницы столицы, на территории которой действует семь государственных организаций, которые оказывают услуги в сфере родовспоможения.

**График 47. Распределение ответов на вопрос «Заключали ли Вы договор об оказании платных услуг в родах для Вашего младшего ребенка?», в %**



То, что согласно результатам нашего опроса 28,1% респонденток заключали договор об оказании платных услуг на роды, говорит, в первую очередь, о том, что такой относительно высокий процент обусловлен тем, что большинство участвовавших в опросе женщин проживают в Минске и областных центрах, где эта услуга доступна. Как правило, договор о платном оказании услуг в родовспоможении заключается в случае, если женщина хочет рожать в роддоме, к которому она не относится по прописке/женской консультации.

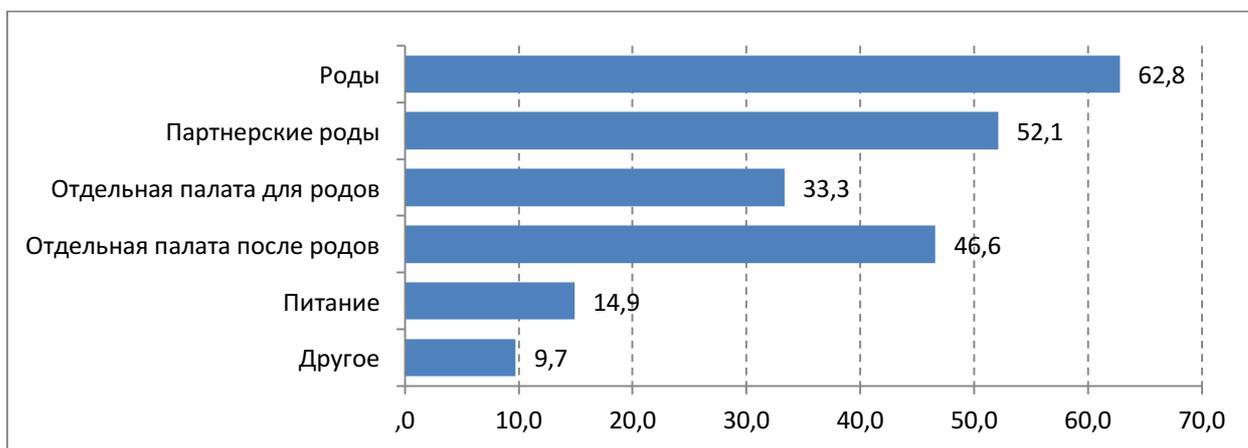
**График 48. Распределение ответов на вопрос «Почему Вы решили рожать Вашего младшего ребенка “платно”?», в %**



Самой распространенной причиной, которая побуждала участниц опроса прибегать к платным услугам в родовспоможении, являются партнерские роды. Для 23,9% респонденток причиной для заключения договора платных услуг на роды стало желание получить в родах больше внимания и помощи от медицинского персонала. Для 20,8% женщин, принявших участие в опросе, было важно рожать в определенном роддоме, бесплатный доступ в который им не обеспечивала прописка (регистрация, место жительства). 13,1% хотели рожать у знакомого или определенного врача, и потому вынуждены были делать это платно (в некоторых роддомах при заключении договора об оказании платных услуг в родах роженица имеет право заранее выбрать врача, который/ая будет принимать роды). Для некоторых участниц опроса было важно наличие определенного уровня комфорта, отдельной палаты и возможность посещения родными в роддоме.

**График 49. Распределение ответов на вопрос «Какие из нижеперечисленных услуг были включены в стоимость?», в %<sup>27</sup>**

<sup>27</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.



Как следует из полученных ответов, 62,8% женщин, воспользовавшихся платными услугами в родах, оплачивали стоимость помощи в родах, 52,1% платили за «партнерские роды», 46,6% – за отдельную палату после родов, 33,3% – за отдельную палату для родов. Удивительно, но, судя по ответам, некоторые роддома дополнительно включают в стоимость своих услуг даже питание (14,9%), хотя гражданам Беларуси питание в больницах предоставляется бесплатно (т.к. далеко не все эти женщины, которые указали, что оплачивали питание, рожали в VIP-отделении 6-го роддома г. Минска, где есть возможность заказывать еду из специального меню).

Как видим, к использованию платных услуг белоруски прибегают для того, чтобы получить дополнительные возможности и гарантии качества услуг. Однако если сравнить степень удовлетворенности различными аспектами в родах и послеродовом уходе между женщинами, рожавшими «платно» и «бесплатно», мы видим, что существенных отличий почти нет.

**Таблица 4. Распределение ответов на вопрос «Насколько Вы остались довольны пребыванием в послеродовом отделении?», «платные» роды vs «бесплатные», в %**

		1 – Очень плохо	2 – Плохо	3 – Удовле творите льно	4 – Хорошо	5 – Отлично
Внимательность и заботливость медицинского персонала	"Бесплатные" роды	8,5	12,9	29,0	30,0	19,7
	Платные роды	8,5	12,5	31,8	30,1	17,0
Уважительное отношение	"Бесплатные" роды	8,4	12,5	25,7	32,0	21,4
	Платные роды	9,7	8,0	29,1	33,7	19,4
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы	"Бесплатные" роды	9,7	21,4	29,1	25,4	14,3
	Платные роды	10,3	18,9	30,9	26,3	13,7
Качество оказанной медицинской помощи	"Бесплатные" роды	4,1	7,3	30,3	34,9	23,5
	Платные роды	2,8	9,7	30,7	36,4	20,5
Своевременность оказанной медицинской помощи	"Бесплатные" роды	5,0	5,9	27,0	35,9	26,2
	Платные роды	4,5	6,3	27,8	39,2	22,2
Возможность влиять на принятие решений относительно медицинского	"Бесплатные" роды	12,8	22,0	28,7	24,2	12,4
	Платные роды	14,5	22,5	28,9	22,5	11,6

вмешательства						
Комфортность условий размещения	"Бесплатные" роды	10,3	14,9	28,7	27,3	18,8
	Платные роды	10,8	14,8	29,5	27,3	17,6
Совместное пребывание матери и ребенка	"Бесплатные" роды	4,1	6,7	16,7	27,4	45,1
	Платные роды	4,0	7,4	16,0	28,0	44,6
Помощь в налаживании грудного вскармливания	"Бесплатные" роды	19,1	20,7	23,1	21,6	15,6
	Платные роды	18,2	19,9	22,2	25,6	14,2
Возможность на время передать ребенка под опеку медицинского персонала при возникновении необходимости	"Бесплатные" роды	10,6	15,6	26,9	25,8	21,0
	Платные роды	9,8	13,9	24,3	28,3	23,7
Возможность посещения родными и близкими	"Бесплатные" роды	36,8	22,1	17,4	13,1	10,5
	Платные роды	27,8	23,9	18,2	14,8	15,3
Диетическое питание, подходящее при грудном вскармливании	"Бесплатные" роды	28,7	22,1	27,5	14,1	7,6
	Платные роды	28,4	22,7	23,3	16,5	9,1
Обучение уходу за ребенком	"Бесплатные" роды	18,0	21,5	28,2	19,4	12,8
	Платные роды	15,9	20,5	31,3	17,6	14,8

Единственный параметр, который существенно различается, – это возможность посещения родными и близкими во время нахождения в роддоме. У женщин, заключавших договор о платном оказании услуг в родах, он значительно выше в сравнении с женщинами, которые рожали без такого договора, что обусловлено тем, что, как правило, в договор и стоимость услуг была включена отдельная палата, что давало возможность посещения.

Такая оценка услуг и заботы может говорить о том, что у женщин, которые рожали «платно» были более высокие ожидания от их качества, либо же (и этот вариант более вероятен), что качество оказания услуг в родовспоможении в государственных учреждениях здравоохранения редко зависит от «платности».

## Лучшие практики

Летом 2016 г. в 6-ом роддоме г. Минска открылось VIP-отделение. Создавалось это отделение как возможный альтернативный вариант для тех, кто выбирает домашние роды (т.к., по словам акушера-гинеколога VIP-отделения Ирина Бóрис, «это небезопасно, ведь всегда что-то может пойти не так»<sup>28</sup>) или роды за границей (из-за возможности родить в более комфортных и дружественных к роженице условиях).

Надо сказать, что стоимость родов в этом отделении сопоставима со стоимостью родов, например, в Литве, и составляет приблизительно 1000 евро в эквиваленте.

По расчетам администрации роддома, условия в данном отделении были созданы «максимально приближенные к домашним». Больничная палата семейного типа выглядит как однокомнатная

<sup>28</sup> Изнутри: как устроено первое в Беларуси VIP-отделение роддома, где рожала Дарья Домрачева <https://people.onliner.by/2016/11/10/dom-2>

квартира-студия, в которой есть мини-кухня (с холодильником, чайником, микроволновкой, посудой), отдельный санузел, двуспальная кровать, пеленальный столик и кровать для ребенка, телевизор и Wi-Fi. За каждой роженицей закреплен индивидуальный врач и акушерка. В такой палате роженица может круглосуточно находиться с мужем, другими близкими или доулой.

Условия, надо признать, в такой палате гораздо более комфортные, чем в обычных палатах. Однако некоторые моменты все же не были продуманы или учтены. Например, несколько смущает тот факт, что даже при таком уровне условий, комфорта и оплаты, последний период родов (потуги) должен проходить в другом помещении.

Одна из участниц фокус-групп, которые также проходили в рамках данного исследования, родила своего младшего ребенка как раз в этом новом отделении. В частности, из положительных моментов она также отметила, что еще одним плюсом данного отделения является то, что никуда не надо ходить на анализы: медицинский персонал берет анализы у пациенток данного отделения прямо в палате. Из минусов – общее приемное отделение, не было возможности получить доступ к еде после родов в ночное время.

## Потребности женщин в родах

В рамках проведенного Интернет-опроса женщинам также было предложено ответить на вопрос о том, чтобы они хотели изменить в существующей системе родовспоможения в Беларуси.

**График 50. Распределение ответов на вопрос «Что бы Вы хотели изменить в существующей системе родовспоможения Беларуси?», в %**



Полученные ответы дают довольно четкое представление о том, чего женщинам не хватает, т.е. об их потребностях. Потребности эти весьма разнообразны, но никак не запредельны. Ниже мы остановимся на некоторых из них подробнее.

## **1. Культура обслуживания пациентов**

Наиболее частым пожеланием оказалось повышение культуры обслуживания пациентов (это пожелание высказали 15,6% респонденток), под которым участницы опроса в подавляющем большинстве подразумевали минимизацию грубого общения и обращения с женщинами со стороны медицинских работников. Участницы Интернет-опроса, отвечая на открытые вопросы анкеты, и фокус-групп активно делились своими историями о том, как некорректно, а иногда и просто грубо, обошлись с ними в учреждении здравоохранения во время беременности или родов. Приведем лишь некоторые из них:

*«По поводу отношения персонала, по поводу того, как они все себя там ведут. Пришла не техничка, а как-то, санитарка, поменять пеленки подо мной. Вот и нужно было приподнять таз, чтобы она, там, грязные достала, чистые положила. Она это сказала со словами, во-первых, на «ты» (как бы можно и на ты без вопросов, но как бы я эту тетю вижу как бы первую минуту вообще), и во-вторых, она мне сказала: «Подними жопу». Ну опять-таки, я понимаю, что жопа есть, а слова нет, но как бы какую жопу?» (Татьяна, 31 год)*

*«Потому, что дико бесит: ты лежишь на кресле, и тут же – хлабысь! – открывается дверь, и кто-то входит из персонала. Ну как так? Это, это невысказано. То же самое частенько бывает у медсестры: меряет давление беременной, тут же врач опрашивает какую-то предыдущую пациентку, они слышат, что происходят. Тайна медицинская не соблюдается». (Ольга, 40 лет)*

## **2. Минимум медицинских вмешательств без необходимости**

Часто отправным пунктом для начала череды медицинских манипуляций является ситуация, когда (часто по настоянию участкового врача) после 40 недель беременности женщина поступает в роддом на госпитализацию по причине того, что она «перенашивает» беременность.

*«Ну, якобы я перенашивала, то есть я приехала в роддом, и написали эту писульку... Ну, на тот момент я как бы не хотела ехать, но не могла ничем обосновать». (Татьяна, 31 год)*

*«Хотелось чтобы у нас акушеры-гинекологи самовольно не решали, не были генераторами дней рождений». (Катерина, 34 года)*

Небольшое отступление: как правило, срок беременности в 40 недель становится «отправной точкой» для госпитализации потому, что 40 недель беременности соответствуют предварительной дате родов, которая рассчитывается медицинскими работниками на основании данных о дате последней менструации. Неоднозначность ситуации заключается в том, что врачи, безусловно, знают, что далеко не всегда дети рождаются ровно в 40 акушерских недель. Доношенной считается беременность на сроке 37 недель, переношенной – на сроке 42 недели, т.е. родиться ребенок может в любой день в этом промежутке, и роды, скорее всего, начнутся сами в срок, обусловленный зрелостью плода и особенностями физиологии и генетики каждой отдельной женщины. Чем меньше организм женщины готов к родам – тем тяжелее ей будет в случае стимуляции родовой деятельности.

*«Меня, в общем-то, сразу начали стимулировать, весь арсенал медицинских манипуляций на мне испробовали: то есть там и гель вводили... Промучилась я с этим гелем, ничего он не*

*дал, ну а с утра как бы следующий этап – прокол пузыря, капельница... Я не могла разродиться, ребенка выдавливали, потом делали надрез и, в завершение, еще и вакуум».*  
*(Татьяна, 31 год)*

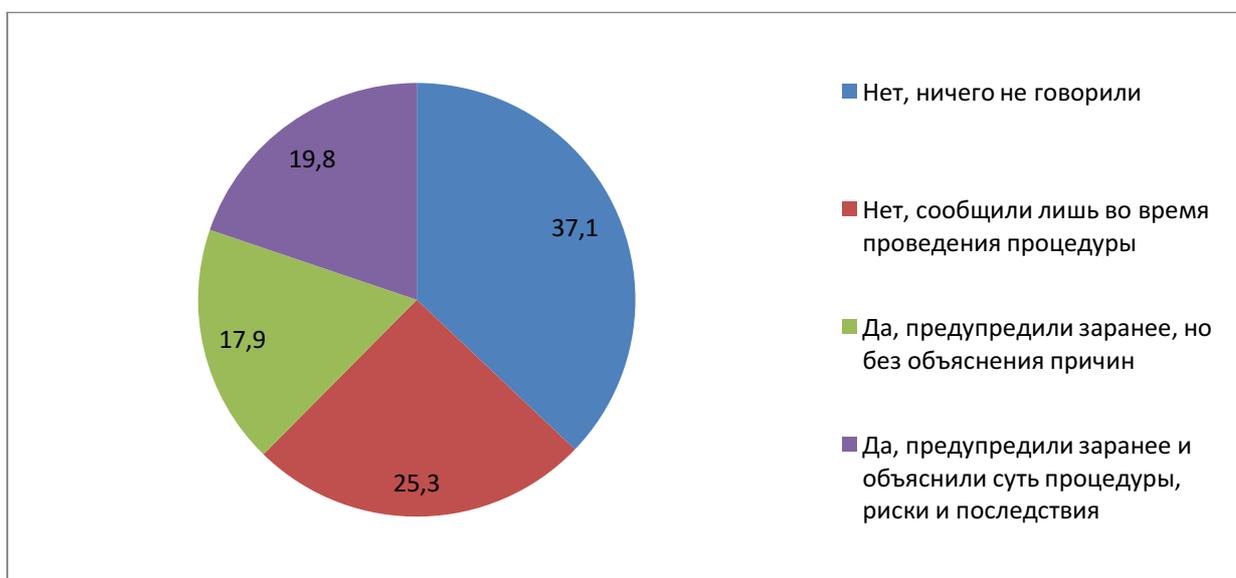
Также ни для кого не секрет, что в роддомах «торопят» с началом родов не только тех, «кому уже пора», но и тех, кто в роды уже вступил, а именно: процесс родов стараются провести как можно быстрее. Например, дают окситоцин, чтобы усилить схватки и ускорить раскрытие (шейки матки), делают эпизиотомию, не давая женщине времени и возможности самостоятельно вытужить ребенка, т.е. когда потуги только начались, и т.д.

*«Они (врачи – прим. авт.) все равно сделали эпизиотомию потому, что им так удобно. И все. А то, что женщина потом полгода не может нормальной жить жизнью вообще человеческой: в туалет ходить, любовью с мужем заниматься, сидеть элементарно – это вообще никого не волнует. Им надо 10 секунд, просто на 10 минут быстрее сделать эти роды».* (Анна, 37 лет)

### 3. Соблюдение принципов информированного согласия

Из предыдущего пункта (минимум медицинских вмешательств) плавно вытекает важность соблюдения принципов информированного согласия. Как показывают результаты опроса, медицинские работники часто весьма формально относятся к праву пациенток на информированное согласие или же не обеспечивают его соблюдение вовсе: только 19,8% респонденток отметили, что в их отношении медицинскими работниками были соблюдены принципы информированного согласия (т.е. их кого предупредили заранее о планируемом медицинском вмешательстве и объяснили суть процедуры, риски и последствия).

**График 51. Распределение ответов на вопрос «Информировали ли Вас о предстоящих медицинских вмешательствах заблаговременно?», в %**



Так, 37,1% респонденток никак не были проинформированы о предстоящих медицинских вмешательствах. 25,3% женщин были проинформированы лишь во время проведения процедуры. Т.е. получается, что в отношении подавляющего большинства участниц опроса принципы информированного согласия со стороны медицинских работников не были соблюдены. В отношении 17,9% женщин принципы информированного согласия были соблюдены лишь

частично (женщины были предупреждены о планируемых в отношении них медицинских вмешательствах, но без объяснения причин).

***«Хотелось бы какой-то информированности. То есть: «Мы там собираемся вам колоть. Согласны? Не согласны? Собираемся дать вам такой-то препарат. Согласны? Не согласны?»... Вот я на кресле, и оп: «Мы прокололи вам пузырь», постфактум информирование какое-то. Ну, наверное, хотелось бы, чтобы было чувство, что ты что-то решаешь, а не тебя постфактум информируют». (Любовь, 27 лет)***

Такое положение дел является довольно удручающим, т.к. принцип информированного согласия является (или, с учетом белорусских реалий, вернее будет сказать «должен быть») одним из основополагающих принципов работы медицинских сотрудников.

#### **4. Условия пребывания в роддоме**

Несмотря на то, что современные роддома укомплектованы всей необходимой медицинской техникой и оборудованием, все же существует много нюансов, улучшить которые не составит большого труда, но в результате чего уровень условий пребывания и, соответственно, удовлетворенности женщин может значительно повыситься.

Например, одним из таких нюансов является наличие специального помещения для проведения различных медицинских процедур и манипуляций с обнаженным телом, а также проведение таких процедур в специальных помещениях, которые бы обеспечивали возможность соблюдения конфиденциальности и приватности при их проведении.

***«Меня, в общем-то, сразу начали стимулировать... Гель вводили, причем, гель вводили в палате, где лежала я и еще три девочки, которые лежали на сохранении. То есть, пока они (девочки) лежали, читали журналы, мне во влагалище вводили какой-то гель. Я, вообще-то, думала, что для этого есть, ну я не знаю, другие помещения...» (Татьяна, 31 год)***

Также хорошо было бы продумывать, чтобы расположение каких-то связанных помещений-предметов было смежным, удобным, и чтобы женщинам не надо было бегать из одного конца помещения в другой и обратно.

***«... была очень большая проблема с этими бутылочками, прикормом. Это было одно крыло, а бутылочки были в конце другого крыла, а чайник, где их греть, еще дальше. То есть мне надо было пешочком дойти до бутылочки, затем дойти до чайника, потом вернуться обратно, а она уже остывает. Постоянный стресс и абсолютное отсутствие сна». (Анна, 30 лет)***

#### **5. Возможность посещения близкими в роддоме**

6,4% женщин, принявших участие в опросе, отметили, что для них очень важной является возможность посещения близкими в роддоме. Такое желание респонденток связано не только с психологическим комфортом (хотя, безусловно, что этот мотив также имеет место), но и с тем, что в случаях, когда визиты близких возможны, это давало бы женщине возможность получить определенную помощь, т.к. после родов (особенно осложненных) на первых порах ухаживать за собой и ребенком может быть весьма непросто.

***«После эпиэпизиотомии, после таких тяжелых разрезов, ну разрывов, надо после каждого похода в туалет подмываться, и все такое, и естественно, когда ты один без всякой абсолютно помощи. Никаких родственников не пускают, вот ... для меня это было очень важно и очень тяжело». (Катерина, 34 года)***

## 6. Информационная поддержка

### Курсы подготовки к родам и грудному вскармливанию

Часто, особенно от медицинских работников, можно услышать, что подготовка женщин к родам во многом определяет ход и исход родов. В частности, такое мнение было озвучено сразу несколькими акушерками во время фокус-группы:

**«Очень важно в родах – это как себя чувствует женщина психологически, как она настроена, как она подготовлена к этому, это даже, может быть, 80% успеха в родах». (Н. 35 лет)**

Насколько справедливо такое утверждение – судить сложно, однако участницы опроса также отмечали важность подобных «подготовительных» курсов.

Согласно результатам опроса, курсы подготовки к родам посещали не более 36,2% участниц.

**График 52. Распределение ответов на вопрос «Как Вы готовились к родам?», в %<sup>29</sup>**



Как показывает график, женщины, безусловно, стараются по мере возможностей готовиться к родам, причем, в ходе этой подготовки, как правило, прибегают ко всем доступным им возможностям. 73% использовали для этой цели Интернет. 61% респонденток указали, что читали соответствующую литературу. 36,2% участниц опроса отметили, что посещали курсы подготовки к родам при женских консультациях. 25,5% женщин посещали частные курсы подготовки к родам. 18,5% посещали специальные спортивные занятия для беременных. И лишь 5,3% никак к родам не готовились. Что касается пункта «Другое», то эти 11,8% женщин, как правило, консультировались с недавно родившими знакомыми или практиковались в дыхательной гимнастике.

Количество женщин, которые посещали курсы подготовки к родам при женских консультациях больше, чем количество женщин, обратившихся за подготовкой в частные центры, по очевидным причинам. В первую очередь, конечно, играет свою роль число женских консультаций по стране, которое несопоставимо больше, чем количество частных центров/организаций, работающих по

<sup>29</sup> Этот вопрос давал возможность указать несколько вариантов ответов, поэтому суммарный процент ответов превышает 100%.

данному направлению. Еще одним важным моментом, определяющим разницу, является (бес)платность этих занятий: курсы при женской консультации чаще всего бесплатные.

Тот же факт, что, несмотря на то, что курсы подготовки к родам в женской консультации более доступны женщинам, чем частные, высокий процент тех, кто выбрала для себя именно последний вариант, может говорить о запросе со стороны женщин на персонализированный подход и более полную и разнообразную информацию.

Вообще, если говорить об обязательных курсах подготовки к родам при женских консультациях («Школа беременных»), то и участницы опроса, и участницы фокус-групп, отмечали их слабый уровень.

**«Калі мы праходзілі ў кожнай паліклініцы «Школу беременных женщин». Прыходзіш, там, табе скажуць: «Усё пагальць». Там та-та-та, херню такую сабачаць (прабачце). Ну рэальна, пакажыце як дышаць, колькі, каб мінімізіраваць балевыя адчуванні. Як дышаць у потугах – там гэтага няма, гэтага няма. Гэта вот на платныя курсы ідзіце...» (Наталья, 40 лет)**

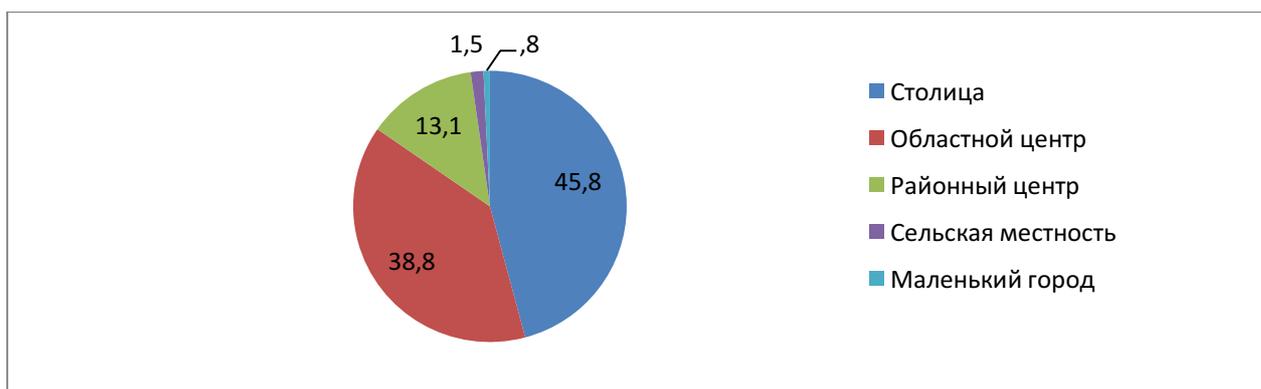
Медицинские работники (в частности – именно работники роддомов), участвовавшие в исследовании, также высказывали определенную неудовлетворенность качеством курсов подготовки к родам при женских консультациях, обусловленным особенностями их проведения на местах. Например, распространенной является практика, когда курсы подготовки к родам и грудному вскармливанию на базе поликлиник проводят медицинские представители различных компаний-производителей товаров для беременных и кормящих.

**«Как проходят «Школы беременных»? Это рекламная акция: приходит кто-то из «Авента» там или с какой-нибудь другой школы. Он рассказывает 3 минуты про грудное вскармливание, а все остальные 45 минут – презентация товара и обращайтесь. Второй представитель приходит, например, и рассказывает про роды. Он говорит: «Вдохните-выдохните, но если вы хотите больше услышать – вы придите, пожалуйста, вот мой телефон, ко мне на занятия». (Т., 57 лет)**

Неудивительно, что после подобных «курсов подготовки» женщины чувствуют потребность получить больше и более разнообразную информацию в других местах.

Также надо заметить, что возможность посещать курсы подготовки к родам является в некотором роде привилегией жительниц крупных населенных пунктов. К тому же, как правило, чем крупнее город – тем больше шансов, что женщина сможет там найти курсы, близкие ей по потребностям.

**График 53. Распределение ответов на вопрос «В каком (по размеру) населенном пункте Беларуси Вы проживали в период последней беременности?» среди женщин, которые посещали курсы подготовки к родам, в %**



Так, например, среди тех опрошенных женщин, которые указали, что ходили на курсы подготовки к родам в поликлинике, 45,8% являются минчанками, 38,8% – жительницами областных центров, 13,1% – жительницами районных центров. Что же касается оставшихся 1,5% жительниц сельской местности и 0,8% жительниц малых городов, то, скорее всего, эти женщины проходили курсы при поликлиниках больших городов, т.к. населенные пункты их проживания находились очень близко от крупным населенным центрам (например, Боровляны, которые находятся менее чем в 10 км от Минска).

### **Помощь в налаживании грудного вскармливания**

Но курсы курсами, а столкновения с реальностью часто заставляло женщин врасплох. В первую очередь это касается процесса налаживания грудного вскармливания. Предварительная подготовка – это всегда хорошо и полезно, но, как показывает практика, именно после родов, в момент, когда нужно налаживать процесс кормления грудью, возникает много вопросов и трудностей.

**«Я ходила даже на курсы, в женские консультации. Там все так расписывается, ну как будто все врачи, Всемирная организация здравоохранения за грудное вскармливание, но как бы, на мой взгляд, в роддоме вообще не было реализовано». (Любовь, 27 лет)**

**«Ну и по вскармливанию тоже там советы ценные были на курсах. А там (в роддоме) как бы обратиться не к кому. Был кто-то там, грудь сцеживает за деньги в отделении, но я не обращалась». (Анна, 30 лет)**

С 1991 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с Международным детским фондом ЮНИСЕФ внедряет программу, которая называется «Больница, доброжелательная к ребенку». В Беларуси многие роддома и детские поликлиники имеют сертификат «доброжелательных к ребенку»<sup>30</sup>, что означает, в первую очередь, что учреждения здравоохранения делают упор на грудное вскармливание.

Однако, как показывают результаты данного исследования, такая ориентированность на грудное вскармливание скорее формальная и не соответствует ожиданиям женщин. И участницы опроса, и участницы фокус-групп отмечали, что было бы очень хорошо, если бы в роддомах был специалист (по грудному вскармливанию), который помогал бы молодым матерям: отвечал на вопросы, показывал, как правильно прикладывать ребенка к груди, информировал о возможных проблемах и способах их решений. Пока же ориентация женщин на грудное вскармливание реализуется в роддомах больше на словах, чем на деле, т.к. медицинский персонал неохотно откликается на вопросы и просьбы помочь.

### **Оказание помощи кормящим в решении проблемных вопросов**

Помимо того, что было описано выше, существует еще один важный момент, который был поднят во время фокус-групп и который нуждается в определенной проработке. Речь идет о помощи родившим женщинам по организации грудного вскармливания со стороны медицинского персонала. В частности, в случае возникновения каких-либо проблем с грудью после выписки из роддома, женщина, вероятнее всего, обратиться за помощью к маммологу. Но ее будет ждать неприятный сюрприз – скорее всего, ей откажут в помощи, потому что маммологи в белорусской системе здравоохранения работают только с не кормящими женщинами.

---

<sup>30</sup> Больница, доброжелательная к ребенку (Baby Friendly Hospital) – сколько таких в Беларуси? <http://am-am.info/bolnica-dobrozhelatel'naya-k-rebenku-baby-friendly-hospital-skolko-takix-v-belarusi/>

*«... мое ГВ (грудное вскармливание) развивалось таким образом, что у меня были очень сильные трещины... Были страшные боли – я не могла прикладывать ребенка, я не могла даже в душе мыться потому, что когда попадала вода – мне это было больно вообще, как будто режут меня лезвиями и вот как будто ножницами.*

*Выяснилось, что маммологи у нас только специализируются на онкологии, то есть резать. Хирурги у нас специализируются только если уже мастит, то есть тоже, если воспалительный процесс. Акушерки, гинекологи у нас специализируются только на том, что ниже пояса, а педиатры – только на детях. ... В этой стране нет врача, который консультирует кормящую маму в нашей системе». (Катерина, 34 года)*

Не имея возможности получить квалифицированную помощь от маммолога, женщины часто не знают, куда обращаться. К тому же, весьма немногие знают о существовании консультантов по грудному вскармливанию, что и неудивительно, ведь официально у нас нет такой профессии. Даже те немногие женщины, которые знают о существовании подобных специалистов, не всегда имеют возможность воспользоваться их услугами (потому что, например, у них нет возможности оплатить эту услугу, или потому, что живут в небольших населенных пунктах, где таких специалистов нет). К тому же, не всякий/ая консультант сможет помочь справиться с болями, т.к. не все из них обладают подобными знаниями или медицинским образованием.

В такой ситуации было бы правильно либо расширить программу обучения для маммологов, чтобы они также могли оказывать помощь женщинам, которые кормят грудью, либо легализовать и законодательно регулировать деятельность специалистов по грудному вскармливанию, и довести эту информацию до широкой общественности, чтобы каждая женщина в случае необходимости знала, куда обратиться за помощью.

## **7. «Легализация домашних родов»**

Нужно также отметить, что участницы опроса и фокус-групп активно высказывали пожелание о «легализации домашних родов». Под «легализацией домашних родов» имелось в виду: внедрение определенных изменений в существующую систему родовспоможения – легализация акушерской помощи в домашних родах (обучение и сертификация акушерок, которые принимают или хотят принимать роды на дому), и упрощение процедуры регистрации ребенка, рожденного вне учреждения здравоохранения.

## **8. Пожелания от медицинских работников**

Медицинские работники также охотно делились своими пожеланиями о желаемых изменениях системы родовспоможения.

- Наладить/упрочить связь между женскими консультациями и роддомами. В частности, специалистами был предложен вариант, когда женские консультации «прикрепляются» к определенному роддому, чтобы работающие там специалисты имели возможность с определенной периодичностью бывать в «полевых» условиях, т.е. участвовать в приеме родов.
- Внедрять «акушерскую модель» сопровождения родов: отход от медицинского протокола к индивидуальному сопровождению родов, возможность выбора акушерки для услуг в родах, участие врача в родах по запросу от акушерки в случае осложнения их течения или в качестве плановой услуги в случае патологии в беременности и родах.
- Пересмотреть количество посещений женской консультации и анализов в сторону уменьшения, но не одновременно, а постепенно, одновременно наращивая подготовку

женщин к родам. Чтобы женщины больше знали о возможных состояниях и осложнениях в беременности, лучше понимали свое самочувствие.

\*\*\*

Как видно, у белорусских женщин есть много предложений о том, что можно улучшить в белорусской системе родовспоможения. Объединяет все приведенные причины то, что все они в той или иной степени говорят о потребности женщин в гуманизации оказываемой им медицинской помощи. Более того, можно сказать, что запрос на гуманизацию медицины существует не только в Беларуси, это общий тренд для стран бывшего СССР, что отмечается в немногочисленных исследованиях о взаимодействии женщин с системой родовспоможения<sup>31</sup>. Женщины недвусмысленно дают понять, что в процессе родов все чаще хотят иметь выбор и участвовать в принятии решений.

---

<sup>31</sup> А. Темкина. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? Социология власти 2016 № 76-106.

## Выводы

В постсоветское время репрессивная функция и моральный авторитет медицины частично утрачивают свою (прежнюю) силу<sup>32</sup>. С началом коммерциализации медицины (1990-2000 гг.) начинает меняться и тип отношений между пациентами и медицинскими работниками, т.к. пациент постепенно становится клиентом. К тому же, в цепочке «врач-пациент» появляется и «третья сторона» – партнер, которая может осуществлять контроль над действиями медицинских работников.

В современной системе родовспоможения Беларуси сформировалась такая ситуация, при которой возможности выбора для женщин ограничены. Как показывают результаты исследования, основными проблемами современной системы родовспоможения Беларуси являются нехватка медицинских услуг и правовой грамотности, а также насильно осуществляемые вмешательства.

Относительная возможность выбора услуг и их качества возможна во время ведения беременности, возможности же выбора в родах значительно ограничены. Несмотря на то, что роддома предлагают улучшенные условия размещения и профессиональную помощь при условии заключения договора о платном оказании услуг в родах, далеко не все потребности женщин учитываются системой здравоохранения и могут быть реализованы на практике.

В настоящее время женщины (особенно те, кто проживает в городах и имеет высшее образование – а таких, согласно результатам данного опроса, подавляющее большинство) все чаще ведут себя как активные субъекты при взаимодействии с системой здравоохранения: они хотят получать ответы на свои вопросы, понимать, что происходит и как нужно действовать. В связи с тем, что в системе бесплатной медицины право на информированное согласие не всегда может быть реализовано, женщины пытаются обеспечить себе его, прибегая к услугам платной медицины.

Как правило, к платным услугам в родовспоможении прибегают те, кто тщательно готовится к родам, и потому скрупулезно выбирает обстоятельства для них. Можно говорить о том, что те, кто прибегает к платным услугам в родовспоможении, рассчитывают, что оплата этих услуг будет своего рода гарантией качественного сервиса и страховкой от ущерба для физического и эмоционального здоровья. Но парадокс состоит в том, что «платные роды» далеко не всегда оправдывают такие ожидания, т.к. в его реализации задействован тот же медицинский персонал, что и в «бесплатных» родах, и который часто негативно относится к праву пациенток на информирование.

Кроме того, в связи с тем, что в Беларуси сфера родовспоможения характеризуется фактической монополией государственных учреждений здравоохранения, то ее представители (сотрудники женских консультаций и роддомов) транслируют запугивающую риторику относительно сценариев беременности и родов, которые не являются общепринятой практикой (в частности, в отношении родов на дому). То, что такое естественное физиологическое состояние как беременность и такой естественный физиологический процесс воспринимаются как требующие тщательного медицинского наблюдения и контроля, говорит о высокой степени их медиализации<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Е. Ангелова, А. Темкина. Отец, участвующий в родах. Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. СПб, 2009.

<sup>33</sup> Понятие медиализации, получившее широкое распространение в англоязычной литературе в последней трети XX в., связано с осмыслением формирования института научной медицины и усиления его воздействия на человека в контексте биополитического регулирования населения.  
<http://demoscope.ru/weekly/2016/0687/analit02.php>

Среди рекомендаций ВОЗ по технологии родовспоможения и грудному вскармливанию есть одна, которая очень актуальна для белорусской системы: «Неофициальные системы обслуживания в предродовом, родовом и послеродовом периодах (там, где они уже существуют) должны функционировать наряду с официальной системой. Сотрудничество с ними следует всячески поддерживать в интересах матери и ребенка. Такие отношения, устанавливаемые при отсутствии превосходства одной системы над другой, могут быть в высшей степени эффективными»<sup>34</sup>. Пока же ситуация обстоит таким образом, что система здравоохранения весьма неохотно и медленно реагирует на новые запросы женщин, связанные с реализацией их пожеланий относительно «плана родов», а также соблюдения принципов информированного согласия.

---

<sup>34</sup> Рекомендации ВОЗ по технологии родовспоможения и грудному вскармливанию.  
<http://radziny.by/rekomendacii-voz-po-tehnologii-rodov/>

## Список литературы

А. Новкунская. «Безответственные» роды или нарушение норм российской системы родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения // Журнал исследований социальной политики. Т. 12. № 3. 2014. С. 353–366.

А. Темкина. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? Социология власти 2016 № 76-106.

В Беларуси увеличивается количество партнерских родов <http://m.belta.by/news-headers/view/v-belarusi-uvlichivaetsja-kolichestvo-partnerskih-rodov-156885-2015/>

Всемирная организация здравоохранения. Бюллетень 85-10 (2007).

Е. Ангелова, А. Темкина. Отец, участвующий в родах. Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности. СПб, 2009.

Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-XII «О здравоохранении». <http://pravo.levonevsky.org/bazaby09/sbor86/text86972/index5.htm>

Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник. [http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015\\_1.pdf](http://www.med.by/content/stat/stat2016/2015_1.pdf)

Рекомендации ВОЗ по технологии родовспоможения и грудному вскармливанию <http://radziny.by/rekomendacii-voz-po-tekhnologii-rodov/>

Т. Щурко. «Индекс материнства» в Беларуси: что осталось «за кадром»? <http://nmnby.eu/news/analytics/5487.html>

## Приложения

Приложение 1. Анкета об условиях беременности и родов в Беларуси

### Анкетирование женщин Беларуси об условиях беременности и родов

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в исследовании удовлетворенности женщин Беларуси опытом беременности и родов. Данный опрос реализуется инициативой [“Радзіны”](#) - группой мам и специалистов - с целью развития услуг и улучшения отношений в родовспоможении.

Мы приглашаем к участию в опросе женщин, родивших младшего ребенка/детей (в случае, если родилась двойня или тройня) в период с 2012 г. и позже. Под «младшим» здесь и далее мы также подразумеваем единственного ребенка в семье, если он родился в 2012 г. или позже. Поделитесь с нами Вашим опытом беременности и родов!

Заполнение анкеты займет около 10 минут. Мы гарантируем полную анонимность и конфиденциальность всех сведений, полученных от Вас в ходе опроса. Любые Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде после обработки на компьютере.

Благодарим за Вашу помощь и участие!

#### Раздел 1. Социально-демографические характеристики

##### 1. Сколько Вам было полных лет на момент последних родов?

- 0 – 24
- 25 – 29
- 30 – 34
- 35 – 39
- 40 и старше

##### 2. В каком регионе Беларуси Вы проживали в период последней беременности?

- Брестская область
- Витебская область
- Гомельская область

- Гродненская область
- Минская область
- Могилевская область
- г. Минск

**3. В каком населенном пункте Беларуси Вы проживали в период последней беременности?**

---

**4. Каково было Ваше семейное положение на момент рождения последнего ребенка?**

- Состояла в зарегистрированном браке
- Состояла в незарегистрированных отношениях
- Никогда не состояла в браке
- Была в разводе/разошлись

**5. Какое у Вас образование?**

- Начальное, неполное среднее
- Среднее
- Среднее специальное
- Высшее, незаконченное высшее
- Магистратура, аспирантура, ученая степень

## **Раздел 2. Беременность**

**6. На каком сроке беременности Вы стали на учет в женской консультации?**

- Менее 8 недель
- 9-12 недель
- После 12 недель
- Не становилась на учет (переходите к вопросу 8)

**7. Почему Вы стали на учет по беременности в женской консультации? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Потому что так принято делать
- Потому что хотела получить денежное пособие за постановку на учет в ранние сроки беременности
- Чтобы быть под наблюдением специалиста\ов
- Другое (Что именно?) \_\_\_\_\_

**8. Как Вы оцениваете качество информирования и коммуникаций в женской консультации? Поставьте оценку в каждой строке/ по каждому пункту по 5-бальной шкале, где 1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 – отлично.**

	1 – неудовлетв орительно	2 – плохо	3 – удовлетв оритель но	4 – хорошо	5 – отлично
Регулярное информирование о состоянии здоровья и результатах анализов					
Достаточность информации для принятия решения (следования рекомендациям или отказа)					
Возможность задавать вопросы					
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы					
Возможность отказа от рекомендаций и назначений (без давления, манипулирования, выражения недовольства и т.п.)					

**9. Насколько Вы доверяли мнению и назначениям врача, который\ая наблюдал\а Вашу беременность?**

- Совершенно не доверяла
- Скорее не доверяла
- Скорее доверяла
- Полностью доверяла

**10. На протяжении периода Вашей беременности, Ваш/а врач**

- Не менялся/лась
- Менялся/лась однажды по Вашей инициативе
- Менялся/лась несколько раз по Вашей инициативе
- Менялся/лась однажды по независящим от Вас обстоятельствам
- Менялся/лась несколько раз по независящим от Вас обстоятельства

**11. Информировали ли Вас в женской консультации о курсах, тренингах, занятиях для беременных?**

- Да
- Нет
- Другое (Что именно?) \_\_\_\_\_

**12. За время беременности приходилось ли Вам обращаться за какими-либо платным услугами, связанными с беременностью?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 15)
- Другое (Что именно?) \_\_\_\_\_

**13. Какими платными медицинскими и сопутствующими услугами, связанными с беременностью, Вы пользовались за время беременности Вашим младшим ребенком? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Ведение беременности
- Проведение анализов

- УЗИ-диагностика
- Курсы подготовки к родам и грудному вскармливанию
- Консультации специалистов (эндокринолога и т.п.)
- Другое (Что именно?)

**14. Почему Вы решили получить вышеперечисленные услуги платно?**

---

**15. Если бы Вы снова забеременели, выбрали бы Вы наблюдение в той же женской консультации?**

- Да
- Нет
- Не знаю

**16. Если бы была возможность наблюдаться во время беременности только у акушерки (в случае неосложненной беременности), хотели бы Вы воспользоваться такой возможностью?**

- Да
- Нет
- Не знаю

**17. Если бы была такая возможность, хотели бы Вы, чтобы роды принимал/а тот/та же врач, который/ая наблюдал/а во время беременности?**

- Да. Почему? \_\_\_\_\_
- Нет. Почему? \_\_\_\_\_

**18. Как Вы считаете, оправдано ли существующее количество анализов, медицинских процедур и частота посещений при наблюдении беременности?**

- Конечно, это повышает шансы выносить и родить здорового ребенка
- Наверное, оправдано – врачам лучше знать
- Считаю, что было бы неплохо пересмотреть количество анализов и осмотров в сторону уменьшения
- Другое (Что именно?)

**19. Были ли у Вас диагностированы как осложнения беременности какие-либо состояния или заболевания?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 21)

**20. Какие именно осложнения или заболевания были у Вас диагностированы во время беременности?**

---

**21. Проходили ли Вы лечение в отделении патологии беременных?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 23)

**22. Насколько Вы остались довольны пребыванием в отделении патологии беременных? Оцените, пожалуйста, каждый пункт по 5-бальной шкале, где 1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 – отлично.**

	1 – неудовлет орительно	2 – плохо	3 – удовлетво рительно	4 – хорошо	5 – отлично
Достаточность информации для принятия решения о госпитализации или отказа от нее					
Регулярное информирование о состоянии здоровья и результатах анализов					
Возможность влиять на принятие решений относительно медицинского вмешательства					
Возможность задавать вопросы					

Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы					
Возможность отказа от рекомендаций и назначений (без давления, манипулирования, выражения недовольства и т.п.)					

### Раздел 3. Роды

**23. В какой стране Вы родили Вашего младшего ребенка?**

---

**24. Если Вы родили Вашего младшего ребенка в Беларуси, то где именно (регион)?**

- Брестская область
- Витебская область
- Гомельская область
- Гродненская область
- Минская область
- Могилевская область
- г. Минск

**25. Укажите, пожалуйста, название населенного пункта, в котором Вы родили Вашего младшего ребенка.**

---

**26. В каком роддоме (название/номер) Вы рожали Вашего младшего ребенка? (Если Вы рожали дома, то так и напишите)**

---

**27. Как и почему Вы выбрали для родов именно этот вариант (страну, роддом, другое место родов)?**

---

**28. Как Вы готовились к родам? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Никак
  - Читала литературу
  - Читала информацию в Интернете
  - Посещала курсы при женской консультации
  - Посещала частные курсы
  - Посещала спортивные занятия для беременных (йога, гимнастика, плавание и др.)
  - Другое (Что именно?)
- 

**29. Заключали ли Вы договор об оказании платных услуг в родах для Вашего младшего ребенка?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 32)

**30. Почему Вы решили рожать Вашего младшего ребенка “платно”?**

---

**31. Какие из нижеперечисленных услуг были включены в стоимость? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Роды
- Партнерские роды
- Отдельная палата для родов
- Отдельная палата после родов
- Питание
- Другое (Что именно?)

**32. Как Вы рожали Вашего младшего ребенка?**

- Рожала в роддоме без родных (переходите к вопросу 36)
- Партнерские роды в роддоме

- Домашние роды (переходите к вопросу 53)

**33. В случае партнерских родов укажите, пожалуйста, кто присутствовал/а в качестве партнера.**

---

**34. Были ли у Вас сложности с тем, чтобы в родах участвовали именно те люди, которых Вы бы хотели видеть рядом?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 36)

**35. Какие это были сложности и как Вы их решили?**

---

**36. Если бы была возможность выбора, как и с кем Вы бы хотели рожать? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Рожать без участия и присутствия близких
- Рожать при участии партнера (мужа, родственников)
- Рожать с доулой (помощницей в родах), подругой, личной акушеркой
- Рожать дома

**37. Договаривались ли Вы заранее с конкретным врачом/акушеркой?**

- Да (переходите к вопросу 39)
- Нет

**38. Если бы была возможность выбрать доктора/акушерку и заключить с ними договор, воспользовались бы Вы ей?**

- Да
- Нет

**39. Как прошли Ваши роды?**

- Роды сами начались и прошли через естественные родовые пути
- Роды сами начались, завершились незапланированной операцией кесарева сечения (переходите к вопросу 51)

- Роды вызвали искусственно (почему не знаю), роды прошли через естественные родовые пути
  - Роды вызвали искусственно по медицинским показаниям, роды прошли через естественные родовые пути
  - Роды вызвали искусственно (почему не знаю), роды завершились незапланированной операцией кесарева сечения (переходите к вопросу 51)
  - Роды вызвали искусственно по медицинским показаниям, роды завершились незапланированной операцией кесарева сечения (переходите к вопросу 51)
  - Плановая операция кесарева сечения до начала схваток по медицинским показаниям (переходите к вопросу 51)
  - Плановая операция кесарева сечения до начала схваток по моему желанию (переходите к вопросу 51)
  - Другое (Что именно?)
- 

**40. Если Вы родили младшего ребенка/детей через естественные родовые пути, были ли медицинские вмешательства в процессе родов?**

- Да
- Нет
- Не помню

**41. Какие именно медицинские вмешательства были применены к Вам в процессе родов? (возможно несколько вариантов ответа)**

- Амниотомия («прокол плодного пузыря») по Вашему согласию
- Амниотомия («прокол плодного пузыря») без Вашего согласия
- Лекарства (капельницы / уколы / таблетки)
- Эпидуральная анестезия (укол в спину для обезболивания) по Вашему желанию
- Эпидуральная анестезия по назначению врача
- Стимуляция родовой деятельности окситоцином

- Стимуляция родовой деятельности простагландинами
- Рассечение промежности (эпизиотомия или перинеотомия)
- Прием Кристеллера («выдавливание ребенка»)
- Активное ведение 3-го периода родов (тянули за пуповину или давили на живот, ускоряя рождение плаценты)
- Немедленное пережатие/перерезание пуповины
- Давление на живот/матку после родов
- Другое (Что именно?) \_\_\_\_\_

**42. Информировали ли Вас о предстоящих медицинских вмешательствах заблаговременно**

- Нет, ничего не говорили
- Нет, сообщили лишь во время проведения процедуры
- Да, предупредили заранее, но без объяснения причин
- Да, предупредили заранее и объяснили суть процедуры, риски и последствия

**43. В какой позе Вы находились во время потуг?**

- Лежа на спине
- В свободно выбранной позе (переходите к вопросу 46)

**44. Если Вы рожали лежа на спине, насколько удобной для Вас была эта позиция?**

- Совершенно не удобна
- Скорее не удобна
- Скорее удобна
- Очень удобна

**45. Если Вы рожали в свободно выбранной позе, укажите, пожалуйста, в какой именно?**

---

**46. В какой позе Вы бы предпочли рожать ребенка, если бы у Вас была возможность выбора?**

- Лежа на спине

- Любая другая (стоя, на коленях, на корточках, и т.д.)

**47. Был ли осуществлен медицинским персоналом непрерывный и ненарушенный контакт “кожа к коже” (между Вами и новорожденным) сразу после родов?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 49)

**48. В течение какого времени длился контакт “кожа к коже”?**

---

**49. Было ли осуществлено медицинским персоналом прикладывание ребенка к груди в течение 30 минут после рождения?**

- Да
- Нет (переходите к вопросу 51)

**50. Как надолго ребенка приложили к груди?**

---

**51. В случае наступления очередной беременности, где бы Вы хотели рожать?**

- В том же роддоме, что и в прошлый раз
- В том же роддоме, что и в прошлый раз, но платно
- В другом роддоме
- В другом роддоме и платно
- Дома
- За границей
- Другое (Что именно?) \_\_\_\_\_

**52. Насколько Вы остались довольны пребыванием в послеродовом отделении? Оцените, пожалуйста, каждый пункт по 5-бальной шкале, где 1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 – отлично.**

	1 – неудовлетво	2 – плохо	3 – удовлетво	4 – хорошо	5 – отлично

	рительно		рительно		
Внимательность и заботливость медицинского персонала					
Уважительное отношение					
Возможность получить исчерпывающие ответы на вопросы					
Качество оказанной медицинской помощи					
Своевременность оказанной медицинской помощи					
Возможность влиять на принятие решений относительно медицинского вмешательства					
Комфортность условий размещения					
Совместное пребывания матери и ребенка					
Помощь в налаживании грудного вскармливания					
Возможность на время передать ребенка под опеку медицинского персонала при возникновении					

необходимости					
Возможность посещения родными и близкими					
Диетическое питание, подходящее при грудном вскармливании					
Обучение уходу за ребенком					
Другое (Что именно?)					

**53. Что бы Вы хотели дополнительно рассказать о своей беременности и родах, связанных с рождением Вашего младшего ребенка/детей?**

---

**54. Что бы Вы хотели изменить в существующей системе родовспоможения Беларуси?**

---

**Благодарим Вас за участие в опросе!**

Если Вы хотите рассказать больше о своем опыте беременности и родов:

- Вы можете рассказать свою историю родов – под своим именем или анонимно, прислав ее на e-mail [radziny@gmail.com](mailto:radziny@gmail.com) для публикации на сайте “Радзіны” <http://radziny.by/> - или опубликовав в группе [Радзіны в Facebook](#) - и/или принять участие во втором этапе этого исследования – оставьте для этого, пожалуйста, ниже свои контактные данные, чтобы мы могли с Вами связаться:

Имя

E-mail

Номер телефона

Обобщенные результаты будут доступны на сайте проекта “Радзіны” <http://radziny.by> и в группе [Радзіны в Facebook](https://www.facebook.com/groups/radziny1/) <https://www.facebook.com/groups/radziny1/>