

## Результати впровадження Україно-швейцарського проекту «Перинатальне здоров'я» в Україні

**Резюме.** Проаналізовано результати впровадження Україно-швейцарського проекту «Перинатальне здоров'я» на основі даних, отриманих шляхом опитування породіль у пілотних районах. Наголос зроблено на організаційні аспекти перинатальної допомоги, використання доказових практик, а також задоволеність пацієнтів отриманими послугами.

**Ключові слова:** перинатальні послуги, доказові практики, задоволеність пацієнтів.

**Вступ.** Питання охорони материнства і дитинства є пріоритетними в незалежній Україні. Це обумовлено багатьма факторами. Перш за все, в країні має місце кризова демографічна ситуація: загальна смертність майже в два рази перевищує народжуваність. По-друге, спостерігаються негативні тенденції в рівнях захворюваності та поширеності хвороб як серед дітей, так і жінок репродуктивного віку. По-третє, такі інтегральні показники як малюкова та материнська смертність, не дивлячись на позитивну динаміку, мають високі рівні.

Пріоритетність проблем охорони здоров'я дітей та жінок підтверджується цілою низкою вагомих нормативно-правових документів: законів, указів і розпоряджень Президента України, постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів, національних, державних і галузевих програм. Визначаючи правильність першочергової уваги керівників держави до зазначених проблем, різні міжнародні організації та окремі країни започаткували в Україні низку партнерських програм, які сприяють реалізації стратегічних напрямків розвитку материнства та дитинства в Україні.

Однією з найбільш тривалих і комплексних за своїм характером є Угода між Україною та Швейцарською Конфедерацією, підписана в 1997 році. На підставі зазначеної Угоди було реалізовано кілька проектів, у тому числі проект «Перинатальне здоров'я» (2005 – 2007 рр.).

У межах Україно-швейцарського проекту «Перинатальне здоров'я» було проведено дослідження, мета якого – вивчення змін в наданні медичних послуг вагітній, породіллі та новонародженій дитині, що відбулися за час впровадження Проекту, по конкретних напрямках, а саме:

- який відсоток пацієнтів отримав перелік перинатальних послуг, запропонованих Проектом;
- чи послуги надавалися згідно підходів доказової медицини;
- задоволеність пацієнтів якістю медичних перинатальних послуг по критеріях, складених експертною групою.

**Методологія дослідження.** Дослідженням було охоплено пілотні райони Івано-Франківської (Городенківський і Калуський) та Волинської (Горохівський і Ратнівський) областей. Методом дослідження було опитування, яке проходило протягом вересня 2007 року в пологових стаціонарах центральних районних лікарень (ЦРЛ) пілотних районів. Опитування проводилося методом структурованого інтерв'ю та планувалося як анонімне.

Респондентами були породіллі, що перебували в післяпологових палатах пологових стаціонарів.

**Результати дослідження.** Загальна кількість респондентів склала 96 осіб. Вік опитаних коливався від 16 до 37 років, з них половина мала вік від 20 до 27 років. Середній вік склав 24 роки.

У даній групі нами вивчалась: кількість вагітностей, кількість пологів та тривалість перерви між пологами. Отримані дані засвідчили, що кількість вагітностей (включаючи останню) склала від 1-єї (46% опитаних) до 6-ти (1% опитаних). Середня кількість вагітностей на особу становила 2 випадки, а середній час між пологами – 4 роки. Один рік між пологами мали 14% респондентів, а 10% мали перерву від 10 до 15 років.

Щодо кількості дітей (включаючи новонароджену дитину), відповіді були такими: 51% породіль мають 1 дитину, а 1% породіль має 6 дітей. Переважна частина жінок, опитаних під час дослідження, мають 1-2 дитини.

У межах україно-швейцарської співпраці проводилась також освітня робота щодо питань планування сім'ї та профілактики небажаних вагітностей. Не дивлячись на покращення ситуації по даних питаннях, відповіді респондентів свідчать, що досягнуті результати ще не достатні. Тільки трохи більше половини респондентів (55%) мали заплановану та бажану вагітність, що є важливим чинником для її оптимального перебігу та завершення нормальними пологами. Незаплановану, але бажану вагітність мали 43% породіль, і, на жаль, у 2% випадків вагітність була не лише незапланована, але й не бажана.

Приємно вражає високий відсоток поінформованості респондентів про методи контрацепції, який склав 90%. Однак перелік вказаних ними джерел інформації спонукає до активізації роботи серед жінок репродуктивного віку саме медичних працівників, адже від них отримували інформацію лише 26% породіль. Інші респонденти отримували інформацію з різних джерел:

- від друзів, знайомих – 17% жінок;
- від членів родини – 16% жінок;
- через буклети, інформаційно-рекламні матеріали – 12% жінок;
- через ЗМІ – 10% жінок;
- з літератури – 10% жінок;
- під час навчання в школі – 6% жінок.

У результаті дослідження виявлені суттєві відмінності у використанні методів контрацепції в пілотних районах від таких в цілому по Україні. Так, відповіді респондентів засвідчили наступне:

- 1) оральні контрацептиви, як найсучасніший метод контрацепції, використовували лише 3% породіль;
- 2) ін'єкційний метод не використовувався взагалі;
- 3) внутрішньо маткову спіраль використовували 5% респондентів;
- 4) метод перерваного статевого акту – 11% респондентів;
- 5) презервативи – 22% респондентів;
- 6) інші методи – 5% респондентів.

Більше половини респондентів (56%) не користувалися жодним з методів контрацепції.

Нами вивчалися і такі суттєві організаційні аспекти надання медичної допомоги вагітним, як термін взяття на облік, проведення УЗД, строки та тривалість госпіталізації.

Перше звернення до медичного закладу з приводу вагітності 82% респондентів здійснили в терміні до 12 тижнів вагітності (включно). У терміні 13-22 тижні вагітності вперше до медичного закладу звернулися 16% респондентів, а після 22 тижнів вагітності – 2% респондентів.

Під час першого візиту з приводу вагітності респонденти відвідали:

- ФАП – 12% респондентів;
- Амбулаторію – 25% респондентів;
- Жіноча консультація ЦРЛ – 59% респондентів;
- Жіноча консультація обласного центру – 2% респондентів;
- Приватного лікаря – 2% респондентів.

Водночас, найближчим медичним закладом до місця проживання респондентів є:

- ФАП – 39% респондентів;
- Амбулаторія – 13% респондентів;
- Дільнична лікарня – 2% респондентів;
- ЦРЛ – 45% респондентів.

Таким чином, частина респондентів, що мають найближчим медичним закладом саме ФАП, у 2/3 випадків звернулися вперше до амбулаторії або жіночої консультації ЦРЛ. Водночас, із загальної кількості респондентів, що обслуговуються закладами ПМСД (54% опитаних), майже 69% вперше звернулися саме до закладів ПМСД.

Перше УЗД респондентам було проведено:

- до 12 тижнів вагітності (включно) – 72% випадків;
- після 12 тижня вагітності (до 32) – 28% випадків.

УЗД за допомогою вагінального датчика було проведено 47% респондентів; 5% респондентів було проведено «комбіноване» УЗД – за допомогою і звичайного, і вагінального датчиків. Іншим 48% респондентів було проведено УЗД за допомогою звичайного датчика.

Патронаж на дому отримали 48% респондентів, з них 2% вважають, що він не був потрібним. Серед тих респондентів, до яких не було здійснено патронажного візиту, 35% вважають його непотрібним.

Під час вагітності було госпіталізовано 32% респондентів. Тривалість госпіталізації складала від 2 до 42 днів, середня тривалість – 9 днів. Серед причин госпіталізації респонденти зазначили: загроза переривання вагітності, кровотеча, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, високий тиск, гестаційний пієлонефрит, камені в нирках, набряки, гіпоплазія плаценти. До обласного центру у допологовий період скеровували 14% респондентів.

Госпіталізація у зв'язку з безпосередньо пологами була проведена: у день пологів (52% респондентів), протягом доби до пологів (15% респондентів), за 2 дні до пологів (11% респондентів), за 3-5 днів (13% респондентів), за 10-20 днів (8% респондентів).

У 28% випадків чоловік (партнер) респондентів не брав участь у жодних послугах. Серед причин було зазначено: небажання (як чоловіка, так і жінки), зайнятість тощо. В

інших випадках партнер найчастіше брав участь у: оглядах і консультаціях лікаря, заняттях Школи відповідального батьківства, процесі пологів.

Одним з компонентів україно-швейцарської співпраці було проведення просвітницької роботи та надання інформаційних послуг вагітним. Такі послуги надавались респондентам з декількох тем у різний спосіб. Отримані дані наведені в табл. 1.

Таблиця 1

**Тематика та джерела інформації для вагітних жінок (у %)**

<b>Теми</b>	Комбінація джерел інформації	Індивідуальні консультації	Школа усвідомленого батьківства	Інформаційні брошури, відео
Коли та які обстеження треба проходити під час вагітності	21	<b>76</b>		3
Догляд за собою поведінка під час вагітності	48	41	4	7
Харчування (у тому числі – вживання вітамінів)	57	41	1	<b>1</b>
Які зміни відбуваються в організмі під час вагітності	56	33	5	6
Рекомендації та застереження відповідно до Вашого стану здоров'я	31	<b>66</b>	2	<b>1</b>
Навички поведінки під час пологів	55	24	1	2
Ролі партнера під час пологів	48	<b>29</b>	<b>2</b>	3
Грудне вигодовування	64	23	8	5
Догляд за немовлям	67	<b>19</b>	8	6
Питання СНІДу та ЗПСШ	46	29	3	<b>22</b>
Шкідливість паління (у тому числі – пасивного), вживання алкоголю, наркотиків	41	27	3	11

Представлену в таблиці інформацію респонденти отримували:

- 1) на ФАПі або в амбулаторії – 28% жінок
- 2) в жіночій консультації ЦРЛ – 71% жінок.

Проведення такої просвітницької роботи в пілотних районах сприяло тому, що рекомендацій медичного персоналу дотримувалися 95% респондентів. Інші 5% не слідували рекомендаціям через наступні причини: не вистачало коштів; вважали за непотрібне приймати прописані ліки; мало їли, щоб зберегти фігуру.

У 92% випадків інформації, отриманій від медичного персоналу, нічого не суперечило. 8% респондентів отримали суперечливу інформацію, у тому числі від лікарів. А 15% респондентів зазначили, що їхні інформаційні потреби були задоволені не повністю, та вони потребували більше інформації з таких питань: про перебіг пологів, про розвиток дитини та догляд за нею, про вигодовування дитини, про СНІД. Цю інформацію респонденти намагалися додатково отримати від: родичів, знайомих, з книжок.

Ставлення медичного персоналу респонденти охарактеризували, як:

- розуміння та психологічна підтримка – 42% респондентів;
- ввічливе, доброзичливе – 53% респондентів;
- нейтральне – 4% респондентів.

Жоден респондент не зазначив випадків грубої або невічливої поведінки медичного персоналу.

При вивченні якості і доступності послуг, які отримали респонденти під час пологів, використано не весь можливий перелік критеріїв і процедур, а лише ті, які жінки могли «відчувати на собі», та ті, що були предметом детального розгляду під час клінічного навчання в межах Проекту. До таких були віднесені: можливість вільно обирати позицію під час пологів, кесарський розтин, участь партнера в пологах, психологічна підтримка, кардіотокограма, аналіз на «посіви», раннє прикладання, відвідування родичів, підтримка грудного вигодовування.

Рекомендації медперсоналу та реальну можливість вільно обирати позицію пологів засвідчили 82% респондентів. 18% респондентів був проведений кесарський розтин. Вчасно, за суб'єктивною оцінкою респондентів, проінформовані про необхідність кесарського розтину були 72% відповідних респондентів. Згоду на проведення оперативного втручання надали всі респонденти.

Участь у пологах приймав партнер (переважно, чоловік) у 39% випадків. В інших випадках, за словами респондентів, чоловік не брав участі в пологах через зайнятість або небажання.

Психологічну підтримку з боку лікарів та акушерок відчували всі респонденти. Пояснення своїх дій медичний персонал надавав 91% респондентів, 6% респондентів пояснень не отримували, а 3% респондентів не зрозуміли те, що пояснювали лікарі.

Під час пологів кардіотокограму (КТГ) робили 86% респондентів, а 7% - не робили. Ще 6% респондентів не знають, чи робили їм КТГ.

Аналіз на «посіви» (на мікробіологічну флору) одразу після пологів робили 45% респондентів, не робили – 30%. Ще 25% респондентів не знають, чи робили їм такий аналіз. Цікаво, що у даних по окремих лікарнях є розбіжності: за даними опитування аналіз робився, тоді як медичні працівники стверджують, що не роблять такий аналіз.

Принцип раннього прикладання («шкіра-до-шкіри») новонародженого не був дотриманий у 15% випадків. У 71% цих випадків це було пов'язано з проведенням кесарського розтину. У 80% випадків кесарського розтину для забезпечення контакту «шкіра-до-шкіри» дитина була прикладена до батька, який брав участь у пологах. У 21% випадків недотримання принципу раннього прикладання, респонденти дали такі пояснення: «важкі пологи», «ускладнене дихання дитини», «дитину понесли помити, а потім принесли».

При ранньому прикладанні новонародженої дитини (85% випадків), час прикладання у 9% випадків складав менше 30 хвилин – від 5 до 20 хвилин.

Відвідування родичів було дозволено у 90% випадків. Відповіді респондентів збігаються зі спостереженнями інтерв'юєрів. У одній з лікарень відвідування дозволяється лише після кесарського розтину та тільки в перший день.

Пояснення щодо правил грудного вигодовування в пологовому відділенні отримали 98% респондентів. Жодному респонденту не рекомендували пригодовування молочними (штучними) сумішами, але 1% мусив це робити за відсутності молока.

Оцінку відповідей респондентів, які б свідчили про застосування до них лише доказових методів і процедур, було проведено по критеріях, згрупованих у дві комбінації:

- комбінація 1: вагінальне УЗД, аналіз на гестаційний діабет після 24 тижня, присутність партнера на пологах, проведення КТГ, відсутність аналізу «на посіви»,

невідсмоктування кефалогематом, пояснення правил грудного вигодовування, відсутність рекомендацій штучних сумішей – усього 8 критеріїв;

- комбінація 2: вагінальне / звичайне УЗД, присутність партнера на пологах, проведення КТГ, відсутність аналізу «на посіви», не відсмоктування кефалогематом, пояснення правил грудного вигодовування, відсутність рекомендацій штучних сумішей – усього 7 критеріїв.

За результатами аналізу комбінації 1, не було жодного випадку одночасного дотримання всіх критеріїв. У 21% випадків було дотримано 7 критеріїв, у 28% випадків – 6 критеріїв.

Результати аналізу комбінації 2 такі: усі 7 критеріїв були дотримані лише в 1% випадків (1 випадок), 6 критеріїв були дотримані в 21% випадків, 5 критеріїв – у 23% випадків.

Важливим моментом нашого дослідження була оцінка задоволеності респондентів окремими критеріями медичної допомоги. Оцінка надавалася за п'ятибальною шкалою. Її результати наведені в табл. 2.

Таблиця 2

### Задоволеність респондентів медичною допомогою

<i>Критерій</i>	<i>Середня оцінка</i>
Медичні послуги взагалі	5
Кваліфікація медперсоналу	5
Медичне обладнання	5
Ставлення медперсоналу до Вас	5
Зручне розташування медичних закладів	4,5
Зручність розкладу прийому лікарів	4
Умови в медичних закладах (наявність пристосованих туалетів і душових, гарячої води, прийнятна температура повітря тощо)	4
Обсяг і якість отриманої у лікаря інформації	5
Психологічна підтримка з боку медичних працівників	5
Доступність медичних послуг з точки зору їх вартості	5
Відповідність послуг, що Вам пропонуються, Вашим потребам	5
Реальність виконання рекомендацій лікарів (залежно від Ваших умов життя, платоспроможності, наявності необхідних ліків чи продуктів у продажу тощо)	5
Допомога з боку медичних закладів у оформленні необхідних документів	5
Можливість отримання на базі медичних закладів додаткових (психологічних, соціальних) послуг	5

На питання щодо того, у якому пологовому будинку респонденти хотіли б народжувати знову, 97% респондентів зазначили той пологовий, де вони народжували цього разу.

### Обговорення результатів

Аналіз отриманих даних свідчить про ще недостатнє усвідомлення жіночим населенням основних принципів планування сім'ї. Підтвердженням цього є такі факти: досить високий відсоток респондентів мав недостатню за часом перерву між пологами (менше 2 років), лише половина вагітностей була запланована, менше половини респондентів користувалися засобами контрацепції. Роль медичних працівників і

відповідних інформаційних матеріалів наразі відносно невелика порівняно з впливом родичів, друзів, засобів масової комунікації.

Водночас, спостерігаються певні позитивні тенденції порівняно з даними попереднього дослідження: відбулося зростання показників поінформованості щодо методів контрацепції та планування вагітності (з 48% до 55%).

Незапланованість половини вагітностей є однією з причин того, чому частина респондентів вперше звернулася до медичного закладу після 12 тижня. Хоча, цей відсоток менший порівняно з даними попереднього дослідження. Порівняно невелика кількість жінок, для яких жіноча консультація ЦРЛ не є найближчим закладом (14% респондентів), вперше звернулися саме туди. Майже половина респондентів вперше звернулися до закладів первинного рівня, що свідчить про зростання довіри населення до їхньої роботи та корелює з даними міжнародних досліджень про роль сімейного лікаря в спостереженні за вагітними [2, 5, 6].

Своєчасність охоплення одним з найважливіших досліджень першого триместру – УЗД, на разі не забезпечена: лише 72% вагітних пройшли УЗД до 12 тижнів (включно). Водночас, дані свідчать, що метод УЗД з вагінальним датчиком ще не повністю впроваджено в практику. Лише в половині випадків (52%) при УЗД використовувався вагінальний датчик (практика, яка дозволяє точно визначати гестаційний вік і пропагується Проектом). Ці дані загалом відповідають даним, отриманим при аналізі медичної документації в квітні 2007 року. Водночас, цей відсоток, порівняно з попередніми 6% (за даними анкетування в квітні 2006 року), є значно вищим. Можливо, це пов'язано з певними організаційними умовами чи обмеженнями в наданні послуг, однак, з точки зору Проекту, всі необхідні організаційні умови в пілотних закладах було створено.

Під час вагітності було госпіталізовано 32% вагітних, середня тривалість перебування в стаціонарі – 9 днів. На думку фахівців, можна зробити припущення, що частина госпіталізацій, особливо у випадку загрози переривання (якщо це було в першому-другому триместрі) була зайвою. Але для остаточного висновку потрібна більш детальна інформація про конкретну вагітність.

Залученість чоловіка / партнера до тих чи інших видів послуг є різною. Той факт, що 28% чоловіків взагалі не брали участі в отриманні послуг, а участь у пологах брали лише 39% чоловіків, свідчить про недостатню ефективну організацію інформаційно-консультативних послуг.

Більшість інформаційних послуг респонденти отримували в жіночих консультаціях ЦРЛ, що логічно, з огляду на наявність консультацій акушер-гінеколога та Школи відповідального батьківства. Хоча, згідно з результатами аналізу медичної документації (квітень 2007 року), Школу відповідального батьківства відвідують не більше 70% вагітних жінок. Водночас, третина респондентів зазначили, що інформацію вони отримували саме на первинному рівні (ФАП, амбулаторія), що підтверджує зростання ролі первинної ланки в спостереженні за нормальною вагітністю.

Рекомендацій медичних працівників дотримувались 95% респондентів. Причини невиконання рекомендацій лікарів були суб'єктивні (з боку вагітної), а також пов'язані з браком інформації: нестача коштів, небажання приймати ліки та намагання дотримуватися дієти, щоб зберегти фігуру. Непереконанність респондентів скоріше пов'язана з тим, що у 8% випадків вони отримували суперечливу інформацію, у т.ч. від лікарів і родичів. Недостатність інформації, засвідчена 15% респондентів, навряд чи можна вважати

причиною недотримання рекомендацій лікарів, оскільки брак інформації був пов'язаний з іншими проблемами, аніж її суперечливістю. Аналогічно, ставлення персоналу, яке описувалося як доброзичливе, ввічливе, з підтримкою та розумінням, не можна вважати причиною недотримання рекомендацій.

Водночас, порівняно з даними попередніх досліджень Проекту та партнерських організацій [1], інформаційні потреби жінок були задоволені краще. Потребу в більшому обсязі інформації в даному дослідженні визнали лише 15% респондентів проти 23% у минулому.

Аналіз впровадження в практику деяких перинатальних технологій свідчить про певні позитивні зрушення. Принцип вільного вибору позиції під час пологів наразі дотримується в пілотних закладах. Всі респонденти, які народжували природнім шляхом, засвідчили можливість вільно обирати позицію. Водночас, партнерських пологів було всього 39%, що свідчить про недостатню залученість партнерів у період вагітності. Разом з тим, всі респонденти зазначили психологічну підтримку лікарів і акушерок під час пологів.

Порівняння результатів опитування щодо деяких процедур під час і після пологів за даними попереднього та даного дослідження виглядає таким чином (див. табл. 3):

Таблиця 3

**Перелік окремих процедур, отриманих або не отриманих респондентами**

<b>Послуга, процедура</b>	<b>Дане дослідження (вересень 2007 р.)</b>	<b>Попереднє дослідження (квітень 2006 року)</b>
<b>КТГ використовували</b>	<b>86%</b>	46%
КТГ не використовували	7%	34%
«Посіви» робили	45%	33%
<b>«Посіви» не робили</b>	<b>30%</b>	15%
Кефалогематому відсмоктували	0%	6%
<b>Кефалогематому не відсмоктували</b>	<b>100%</b>	94%

Порівняння даних за таблицею показує позитивну динаміку щодо певних процедур. Майже вдвічі збільшилося використання КТГ, що свідчить про впровадження даного методу в рутинну практику. Вдвічі збільшилася кількість респондентів, яким одразу після пологів не робили «посіви» (на мікробіологічну флору), що також свідчить про поступове зниження частоти застосування застарілих недоказових практик. Хоча, щодо даної процедури результат поки не є задовільним. До того ж, дані опитування частково протирічать словам лікарів. Можливо, це пов'язано з нерозумінням або неправильною інтерпретацією питання респондентами, важко наразі сказати.

Що стосується практики відсмоктування кефалогематом, то за даними опитування ця процедура не використовувалася в пілотних районах.

Принцип раннього прикладання дотримувався в 85% випадків, в інших 15% випадків було надано пояснення (кесарський розтин, важкий стан дитини тощо). До того ж, коли проводився кесарський розтин, у 80% випадків дитину прикладали «шкіра-до-шкіри» до батька. Проте, тривалість процедури раннього прикладання часом була дуже короткою:

майже у 10% випадків тривалість була менше 30 хвилин. З'ясування причин такої короткої тривалості потребує подальшого вивчення. Водночас, даний показник вдвічі менший за аналогічний у попередньому дослідженні, що може говорити про його широке впровадження в практику.

Принципи грудного вигодовування, згідно даних опитування, дотримуються повністю. Пропозиції щодо використання штучних сумішей у пологових стаціонарах не робляться. Це також є позитивною зміною порівняно з попередніми даними, згідно з якими 5% породіль отримали рекомендації догодовувати дитину сумішами, а 7% породіль це робили.

Однак, слід зазначити, що виявлено дуже малий відсоток послідовного дотримання всіх відібраних критеріїв оцінки ефективності медичних послуг і процедур, на яких наголошували в процесі впровадження Проекту.

Порівняльна оцінка респондентами переліку важливих критеріїв оцінки послуг, що був складений із врахуванням міжнародних даних [3, 4], показує, що задоволеність пацієнтів, порівняно з даними попередніх досліджень, зросла та є позитивною (див. табл. 4).

Таблиця 4

**Результати порівняльної оцінки задоволеності респондентів окремими критеріями**

<b>Критерій</b>	<b>Середня оцінка, дане дослідження</b>	<b>Середня оцінка, попереднє дослідження</b>
Медичні послуги взагалі	5	- *
Кваліфікація медперсоналу	5	4,6
Медичне обладнання	5	4
Ставлення медперсоналу до Вас	5	4,5
Зручне розташування медичних закладів	4,5	4
Зручність розкладу прийому лікарів	4	4
Умови в медичних закладах	4	3,7
Обсяг і якість отриманої у лікаря інформації	5	4
Психологічна підтримка з боку медичних працівників	5	4
Доступність медичних послуг з точки зору їх вартості	5	3,5
Відповідність послуг, що Вам пропонуються, Вашим потребам	5	-
Реальність виконання рекомендацій лікарів	5	4
Допомога з боку медичних закладів у оформленні необхідних документів	5	4
Можливість отримання на базі медичних закладів додаткових послуг	5	-

\* у попередньому дослідженні відповідне питання не включалося в опитник

Фактично, зміни відбулися щодо тих критеріїв, на які так чи інакше впливала діяльність Проекту: кваліфікація медичного персоналу, медичне обладнання, умови в

медичних закладах, інформаційно-консультативні послуги. Додатковим показником задоволеності породіль служить той факт, що 97% з них наступного разу хотіли б народжувати в тому ж пологовому. Порівняно з попереднім дослідженням, цей показник вищий на 23% (97% проти 74%).

### **Висновки**

На основі проведеного аналізу можна зробити наступні висновки:

- Роль закладів первинного рівня в спостереженні за здоровими вагітними ще не є достатньою, хоча й зростає, особливо, в аспекті інформаційної роботи з вагітними жінками.
- Раннє (до 12 тижня вагітності) взяття на облік вагітних жінок може бути покращене. Насамперед для забезпечення вчасного проведення необхідних процедур і обстежень, таких як УЗД до 12 тижнів для визначення гестаційного віку (що, згідно з даними доказової медицини, має першочергове значення, оскільки суттєво впливає на подальшу акушерську та неонатологічну тактику).
- Покращилось надання інформаційно-консультаційних послуг. Ставлення медичних працівників до пацієнтів в усіх закладах стало більш доброзичливим і ввічливим. Внаслідок цього менше жінок відчуває брак інформації. Проте, деякі респонденти не відчували достатньої переконливості в словах медичних працівників або не мали достатньо коштів, через що не завжди дотримувались наданих рекомендацій.
- Доказові практики ще недостатньо впроваджені в клінічну практику. Це проявляється насамперед у тому, що послідовне дотримання доказових процедур спостерігається лише в 50% випадків. Однак, порівняно з даними попереднього дослідження, помітно суттєвий прогрес. До того ж, такий показник відповідає одному з основних індикаторів впровадження Проекту (див. Проектний документ).
- Поступово зростає залученість партнера до підтримки під час вагітності та пологів шляхом спільного відвідування індивідуальних консультацій і групових занять, допомоги під час пологів, проте поки ще не є достатньою.
- Зросла задоволеність респондентів окремими критеріями медичних послуг, що підтверджується наміром респондентів і в майбутньому звертатися до послуг цих закладів.

Як підсумок, можна сказати, що співпраця партнерів у межах Україно-швейцарського Проекту та спільне виконання поставлених завдань дали можливість досягти певних позитивних результатів щодо покращення перинатальних послуг у пілотних районах. Досягнуті результати заклали основу для подальшого розвитку та покращення перинатальної допомоги шляхом впровадження доказових практик, охоплення пацієнтів цими послугами, збільшення задоволеності пацієнтів послугами. Поступове зростання показників з надання перинатальних послуг протягом останнього року впровадження Проекту свідчить про позитивні тенденції розвитку в пілотних районах.

### **Рекомендації**

1) Для посилення ролі медичних працівників первинної ланки в антенатальному догляді, необхідно покращити: їхні консультативні навички, а також забезпечення інформаційно-просвітницькими матеріалами.

2) Охоплення вагітних (до 12 тижнів вагітності) для підвищення показника ранньої постановки на облік може бути досягнути завдяки інформаційній компанії в межах району. Така компанія має підтримуватися РДА та передбачати залучення наступних джерел інформації: місцеве радіомовлення та телебачення, місцева преса, інформаційні плакати в таких місцях, як: церква, медичний заклад, РДА, пошта, автобусна станція / зупинка, магазини.

3) Керівництво РДА та ЦРЛ має приділяти постійну увагу інформаційній та просвітницькій роботі серед населення. Необхідно насамперед визначити найактуальніші проблеми та скласти річний план заходів з відповідним бюджетом (на друк матеріалів, організацію заходів тощо).

4) Для ефективного впровадження доказових практик керівництво ЦРЛ має створити організаційні умови: підтримувати розробку та виконання місцевих (внутрішніх) протоколів, забезпечувати доступність і постійну роботу медичного обладнання, а також ПК та Інтернет (в ординаторській) – для покращення знань медичних працівників через спілкування з колегами з вищого рівня.

5) Для оцінки ефективності впровадження практик слід проводити регулярні оперативні дослідження, в т.ч., опитування породіль та аналіз медичної документації. Завданням таких досліджень має бути не пошук винних і покарання, а пошук «прогалин» у роботі та шляхів вирішення.

### Список літератури

1. *Інформаційно-консультаційні послуги з питань здоров'я матері та дитини: аналіз проблеми / За заг. ред. О.Г.Карагодіної. – К.: Наук. світ, 2006. – 111 с.*
2. *Энкин М. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. – С-Пб: Изд-во „Петрополис”, 2003г. – 480 с.*
3. *D'Ambruoso L., Abbey M., Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. IMPACT, University of Aberdeen, Aberdeen, UK – retrieved from PubMed, PMID: 1637911.*
4. *Handler A. and others. Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. Maternal and Child Health Training Program of the University of Illinois School of Public Health Community Health Sciences Division, Chicago 60612, USA – retrieved from PubMed, PMID: 9832582.*
5. *Tucker J. Organisation and delivery of perinatal services // British Medical Journal, Volume 329, 25.09.2004.*
6. *Tucker J. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians // British Medical Journal, Volume 312, 2.03.1996.*