

ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ

Введение

Переоценка важности акушерского дела в Европе является своевременным шагом. Последние данные свидетельствуют о том, что акушерство – это ключевая составляющая для выживания, здоровья и благополучия женщин, младенцев и семей во всех странах и во всех обстоятельствах (1, 2). Улучшение результатов включает в себя уменьшение случаев материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, мертворождения, низкой массы при рождении, меньшего числа неблагоприятных клинических исходов и нецелесообразных клинических вмешательств. К другим положительным аспектам акушерского дела относятся увеличение грудного вскармливания, улучшение психосоциальных показателей, а также более эффективное использование медицинских услуг. Наличие повсеместно доступной помощи акушерок способствует уменьшению неравенства в отношении здоровья. Недавно был опубликован научно-обоснованный комплекс мер, направленных на оказание качественной помощи матерям и новорожденным, который является руководством для системы здравоохранения, а также для планирования и предоставления услуг в сфере образования (1).

Изучение путей укрепления акушерского дела и последующего улучшения исходов для женщин и младенцев особенно актуально в свете изменений детородного потенциала у жителей Европы. Эти изменения включают в себя растущую бедность и социальное неравенство, рост миграции, поздние роды и более широкое распространение искусственных репродуктивных технологий. Все эти факторы приводят к комплексным проблемам. Высококачественная помощь акушерок может внести весомый вклад в решение этих проблем.

Различия в сфере акушерского дела в странах Европы

Международная конфедерация акушерок (МКА) установила международные стандарты для образования акушерок. Тем

не менее, акушерское дело в 58 европейских странах с их разнообразной историей, культурой и системами здравоохранения имеет большие различия, и упомянутые стандарты часто не соблюдаются (3, 4). До подписания Болонской декларации 2005 года, обязывающей страны Европейского союза (ЕС) предоставлять акушерское образование с присвоением академической степени, в большей части Центральной Европы было распространено профессионально-техническое образование. В некоторых странах за пределами ЕС такая ситуация сохраняется и поныне, а в странах, где получают образование с присвоением степени, стандарты существенно различаются.

Страны Северной Европы являются положительным примером хорошо развитого акушерского дела. Акушерки являются медработниками, оказывающими первичную помощь женщинам, а ориентированный на женщин подход характеризуется тесным взаимодействием в рамках позитивной атмосферы деторождения (5). Более низкий процент случаев кесарева сечения является одним из важных результатов такой практики. В Финляндии, Швеции, Норвегии и Исландии этот показатель менее 18%. Тем не менее, даже если акушерки прочно интегрированы в систему здравоохранения, как на уровне сообществ, так и на уровне больниц, акушерскому делу приходится противостоять практике чрезмерного применения медикаментов. В Нидерландах имеется устоявшаяся система акушерского дела на уровне сообщества, но вследствие того, что больничному уходу уделяется больше внимания, наблюдается снижение количества родов в домашних условиях. Географические различия внутри стран и межучрежденческие различия в частоте выполнения кесарева сечения свидетельствуют о лимитирующих факторах акушерского дела, которые приводят к ограничению масштабов деятельности акушерок. Акушерское дело наиболее слабо поставлено в некоторых районах Центральной и Восточной Европы. Например, в Венгрии и Чешской Республике, несколько акушерок были приговорены к тюремному заключению,

несмотря на то, что они действовали в соответствии с международными нормами акушерской практики.

Как следствие таких различий, данные о кадровых ресурсах и результатах их деятельности могут представлять собой довольно запутанную картину. Например, наблюдается непоследовательная зависимость между количеством акушерок на 1000 живорожденных детей (диапазон от 4,5 [Словения] до 60,9 [Швеция]) и сопутствующими исходами, включая материнскую и неонатальную смертность, а также частоту применения кесарева сечения.

Анализ примеров из практики

В Российской Федерации, Италии и Великобритании насчитывается примерно одинаковое число акушерок на 1000 живорожденных детей, и большинству женщин в этих странах медицинские услуги предоставляются в рамках государственной системы здравоохранения. Мы изучили обстановку системы здравоохранения, в которой акушеркам приходится работать в этих странах, чтобы осветить различные способы осуществления акушерской деятельности и определить стратегии, необходимые для укрепления акушерского дела и улучшения обслуживания. В таблице № 1 перечислены некоторые ключевые показатели этих стран. В таблице № 2 представлена краткая информация о странах, описывающая некоторые определяющие факторы, включая образование, регулирование деятельности и сферу практики. Информация основывается на данных, взятых из опубликованных материалов, и непосредственном опыте работы в этих странах.

В таблице № 2 показано широкое толкование понятия акушерского дела. В Великобритании действуют мощные нормативные и образовательные рамки. Это позволяет акушеркам работать в качестве самостоятельных специалистов-практиков в различных условиях, хотя многие до сих пор работают в среде, где сохраняются традиционные иерархии, ограничивающие полный потенциал профессиональных возможностей

Таблица 1. Ключевые показатели по трём изученным странам

| Страна | Живорождения (2013) ¹ | Материнская смертность MMR (2013) ² | Смертность среди новорожденных NMR (2011) ² | Кесарева сечения (%) ² | Рейтинг материнского индекса Mother's Index Rank (по 178 странам) [где 1=самый лучший] ³ | Количество акушерок на 1000 живорождений ⁴ |
|----------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|
| Италия | 514 308 | 4 | 2 | 37.8 | 11 | 30.3 |
| Российская Федерация | 1 901 182 | 24 | 6 | 18.0 | 62 | 40.1 |
| Великобритания | 782 089 | 8 | 3 | 23.7 | 26 | 44.2 |

Источники: (1) UN Statistics Division, (2) WHO Global Health Observatory, (3) Save the Children 2014 State of the World's Mothers, (4) UN Population Prospects 2010 Revision.



**Mary J
Renfrew**



**Ethel
Burns**



**Mechthild
M. Gross**



**Andrew
Symon**

акушерок. Акушерское дело в Италии, возможно, лучше всего описать термином «полупрофессиональная деятельность», в то время как в России отсутствует мощная нормативная система, охватывающая обучения и действия акушерок. Во всех трех странах имеются проблемы, требующие рассмотрения с позиций чрезмерного применения медикаментов при оказании услуг, что приводит к возникновению систем оценки по критерию риска и рутинному использованию ненужных вмешательств. Анализ примеров из практики показывает, что женщины, младенцы и семьи в странах со слабо развитыми акушерскими системами испытывают нехватку в квалифицированном медицинском обслуживании и нехватку медработников, которые работали бы в партнерстве с женщинами, способствуя нормальным процессам во время беременности и родов, послеродовом периоде и на первых неделях жизни ребенка (1).

Уроки, извлеченные из практики существующих систем здравоохранения

Опыт ряда европейских стран показывает, что акушерка действительно может внести реальный вклад в жизнь женщин и детей. Тем не менее, потенциал акушерского дела в Европе сдерживается барьерами, которые включают в себя ограничения на объем практики, слабо развитое регулирование профессиональной деятельности, чрезмерное применение медикаментов в рамках систем здравоохранения, коммерциализацию, отсутствие поддержки, фрагментированное медицинское обслуживание, отсутствие реализации политики и доказательно обоснованной практики, и низкий статус женщин. Эти барьеры ограничивают развитие всей системы здравоохранения и подвергают отдельных акушерок риску, если они практикуют за пределами установленных регламентов. Профессиональная территориальность, блокирующая развитие акушерского дела, едва ли может быть оправдана, когда последствия ограничивают доступ женщин и младенцев к медицинским услугам.

Стратегии по укреплению акушерского дела в Европе

Необходимым условием для высококачественных акушерских услуг, доступных всем женщинам и детям, является политическая воля специалистов по развитию систем здравоохранения и медицинских работников.

Ниже приведены основные стратегии по преодолению барьеров:

- **Внедрение соответствующих стандартов образования**
 - о чтобы предоставлять женщинам и младенцам квалифицированные медицинские услуги во время беременности, родов и в первые

недели после родов, акушерки должны получить образование в соответствии с международными стандартами, которые включают в себя ориентированный на студентов подход к обучению, учитывающий развитие навыков решения проблем, рефлексии и критического мышления. Для этого потребуются создание более совершенных программ обучения для преподавания акушерского дела.

- **Поддержка квалифицированных акушерок в осуществлении их практики в рамках системы здравоохранения**
 - о поддержка акушерок, работающих в составе команд специалистов разного профиля под активным руководством разнопрофильных профессионалов, а также акушерок, работающих в партнерстве с другими специалистами, включая врачей-акушеров, педиатров, семейных врачей.
- **Эффективная система регулирования профессиональной деятельности для контроля стандартов образования и практической работы**
 - о с целью обезопасить общественность от некачественных медицинских услуг и обеспечить реализацию потенциала акушерок в полном объеме.
- **Эффективное профессиональное руководство для поддержки акушерского дела и сильная профессиональная ассоциация для защиты стандартов.**
- **Решение проблемы чрезмерной медиализации и подхода на основе рисков посредством внедрения доказательно-обоснованной практики во всех областях охраны здоровья матерей и новорожденных.**
 - о для этого необходимо обучение команд специалистов разного профиля с целью формирования правильного понимания и оптимизации нормальных процессов беременности и родов.
- **четкое описание любых ограничений в отношении деятельности акушерок при анализе исходов.**
 - о определение типа акушерской практики (например, отвечает ли она международным стандартам) и тип действующей системы охраны здоровья матерей и новорожденных (например, подход, ориентированный на женщин; подход, основанный на накопленном опыте; подход, основанный на чрезмерной медиализации), что поможет в интерпретации данных о полученных результатах.
- **Обучение акушерок и привлечение их к научным исследованиям**
 - о это позволит расширить базу доказательств, а также развить лидерские качества акушерок и позитивный подход к решению проблем.

- **Вовлечение женщин и групп поддержки в планирование и мониторинг услуг для постоянного фокусирования внимания на потребностях женщин, младенцев и их семей.**

Mary J Renfrew, BScRN, RM, PhD, FRSE
Отделение исследований в области здоровья матери и ребенка, Факультет сестринского дела и акушерства, Университет Данди, Шотландия

Ethel Burns, RM, PhD
Факультет здравоохранения и наук о жизни, Университет Оксфорд Брукс, Англия

Mechthild M. Gross, RN, RM, BSc, MSc Dr PD
Отделение образования и исследований в области акушерства, Ганноверская медицинская школа, Германия, Институт акушерства, Цюрихский университет прикладных наук, Швейцария

Andrew Symon, RGN, RM, MA (Hons), PhD
Отделение исследований в области здоровья матери и ребенка, Факультет сестринского дела и акушерства, Университет Данди, Шотландия

Автор, ответственный за корреспонденцию: m.renfrew@dundee.ac.uk

Литература

1. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384:1129-1145.
2. Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; 384:1146-1157.
3. Stromerova Z. Midwifery in East Europe. *Midwifery Matters* 2012; 133:4-6.
4. Emons JK, Luiten MIJ. [nd] *Midwifery in Europe*. EMLC, Deloitte & Touche.
5. Berg M, Asta Ólafsdóttir O, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Health* 2012; 3:79-87.

Благодарность

Выражаем глубокую благодарность Elisa Mauri и Ekaterina Khotlubey за помощь в анализе примеров из практики.

ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ

Таблица 2: Исследование ключевых факторов акушерского дела на примерах практики трёх европейских стран: Италии, Российской Федерации и Объединённого Королевства Великобритании

| | ИТАЛИЯ | РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | ОБЪЕДИНЁННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ |
|--|---|--|--|
| Образование акушеров | <p>Университетский уровень: 3 года обучения по программе бакалавра с возможностью поступления напрямую или после завершения образования медсестры.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Медицинский персонал сам регламентирует программу обучения. Никакого регулирования извне акушерской профессии, лекторы теоретических курсов по медицине сами определяют содержание программы, систему оценивания и практику.</p> <p><i>Доступ</i> Экзамен по типу выбора ответов из предложенных (MCQ). Никаких специальных вопросов по беременности и родам. Никакого собеседования.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Дидактическая образовательная модель. Врачи-акушеры и клиницисты смежных медицинских специальностей преподают большую часть программного материала. Лекции по акушерскому делу также проводятся в рамках дидактической модели, а успехи студентов оцениваются с помощью тестов MCQ и экзаменов.</p> <p><i>Практика</i> При распределении на практику не назначают официального наставника. Однако, результаты студенческой практики оцениваются акушеркой, которая проработала вместе со студентом несколько часов, используя специальную оценочную таблицу, позволяющую определить уровень знаний студента, профессиональные навыки и отношение к делу. Практика может включать в себя направление на работу в местной общине, хотя на уровне общины акушерки в основном занимаются оформлением документов, скринингом шейки матки, иногда проводят занятия с матерями в антенатальный период, а один раз в неделю руководят центром поддержки (клиникой) грудного вскармливания. Они также помогают врачам-гинекологам во время осмотров беременных в антенатальный период. Услуги родовспоможения на дому не оказываются. Домашние визиты после рождения ребёнка не практикуются.</p> | <p>Два возможных пути: 4 года обучения для тех, кто закончил 9 классов (что эквивалентно британскому уровню GCSE-аттестату о неполном общем среднем образовании); 3 года обучения для закончивших 11 классов средней школы (что эквивалентно британскому A-уровню т.е. полному общему среднему образованию). По окончании выдаётся Диплом по акушерскому делу.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Отсутствие внешнего регулирования.</p> <p>Представители акушерской профессии и лекторы теоретических курсов по медицине сами определяют содержание программы, систему оценивания и практику. Медицинский персонал сам регламентирует программу обучения.</p> <p><i>Доступ</i> Подача заявления в медицинские учебные заведения, где имеется ограниченное количество бюджетных мест без годовой платы за обучение. Студенты, не попавшие в эту квоту, могут быть приняты на дополнительные платные места (\$2,000-4,000 в год.). Департамент образования ежегодно выбирает предмет, по которому сдаётся вступительный экзамен. Так в 2014 г. Экзаменационным предметом была химия, в 2015 это будет биология. Один и тот же экзамен сдаётся при поступлении на любые медицинские специальности. Абитуриенты обязаны также сдать экзамен по русскому языку.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Дидактическая образовательная модель. Врачи-акушеры и клиницисты смежных медицинских специальностей преподают большую часть программного материала. Лекторы по акушерскому делу также обучают студентов в рамках дидактической модели и оценивают их успехи, проводя годовой экзамен и регулярные тесты по принципу выбора правильного из ряда предложенных ответов (MCQ).</p> <p><i>Практика</i> Специальные наставники не назначаются на местах прохождения практики. Студенты проходят практику большими группами под руководством акушеров-гинекологов. Студенты не имеют право самостоятельно принимать роды. Не существует модели клинической компетентности. Не проводится формальная оценка практик знаний, навыков и отношения к делу.</p> | <p>Университетский уровень: 3 года обучения по программе бакалавра или 18 месяцев обучения после получения образования медсестры.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Стандарты образования устанавливаются Советом по сестринскому и акушерскому делу, который также проводит мониторинг соблюдения данных стандартов. Стандарты соответствуют принципам, сформулированным Международной конфедерацией акушеров.</p> <p><i>Доступ</i> Строгие процедуры приёма. Требуются определённый уровень академических знаний и соответствующие личные качества.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Ориентированный на студентов подход к обучению. Студентов в основном обучают опытные акушерки с соответствующим образованием.</p> <p><i>Практика</i> Хорошо структурированная клиническая практика в больнице под руководством специально назначаемых наставников и практика на уровне местной общины, осуществляемая при постоянном мониторинге и регулярной оценке клинических и академических успехов. Для оценки компетентности требуется заполнение документации. В случае студентов последнего года обучения их профессиональная подготовка проверяется на основании того, как они осуществляют уход за отобранной группой женщин в течение их беременности, родов и постнатального периода.</p> |
| Профессиональный статус, правовое регулирование и сфера деятельности (границы профессиональной компетенции) | <p>По закону акушерка является автономным специалистом-практиком (что соответствует положениям о границах профессиональной компетенции МКА). На практике, однако, акушерка только номинально является частью государственной системы. Она может практиковать в качестве независимого специалиста, но без страховки. Услуги по антенатальному уходу, предоставляемые акушером-гинекологом: в этой ситуации роль акушерки только вспомогательная. Акушер-гинеколог является ведущим для всех женщин специалистом-клиницистом в течение всей родовой деятельности. Акушерки не имеют права выписывать лекарства и принимать главные решения (такие, например, как приём или выписывание женщины из больницы)</p> | <p>Не является независимым специалистом-практиком. Имеет официальное разрешение только на работу в государственных поликлиниках (услуги антенатального ухода) или в роддомах (помощь роженицам) под руководством врачей акушеров-гинекологов. Домашние роды являются в настоящее время незаконными. Услуги антенатального ухода предоставляются акушерками-гинекологами, а акушерке отводится только вспомогательная роль. Послеродовой уход за родильницей осуществляется врачом-акушером, а новорожденный наблюдается патронажной медсестрой. Некоторые (акушерки) оказывают помощь родильницам при домашних родах нелегально.</p> | <p>Назначаемый руководством профессиональный медицинский работник для перинатального ведения здоровых беременных. Законом закреплена роль автономно практикующего медицинского работника, чьи права защищены соответствующим законодательством и правилами Совета медсестёр и акушеров Великобритании. Акушерские услуги предоставляются в больницах, на уровне местных общин и в домашних условиях, включая родовспоможение при домашних родах, а также – в родильных центрах под руководством акушера (как функционирующих при больницах, так и отделённых от больниц). Однако, объём выполняемой работы ограничен для акушеров, практикующих в некоторых больницах с традиционной иерархией. Акушерские услуги оказываются почти исключительно в рамках государственной системы здравоохранения Великобритании. Все женщины имеют бесплатный доступ к государственной акушерской помощи. Небольшое число акушеров предлагают частные акушерские услуги, независимо от государственной системы здравоохранения. Нехватка профессиональных кадров является проблемой, усугубляемой ростом рождаемости и возрастающим количеством более сложных случаев беременности и родов.</p> |

| | ИТАЛИЯ | РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | ОБЪЕДИНЁННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ |
|--|--|---|---|
| Отставание женщинами своих интересов и вовлечение в процесс | На данный момент нет доказательств активной вовлеченности женщин в мероприятия или инициативы по изменению существующего положения вещей в сфере услуг по ведению беременности и охраны материнства. | На данный момент нет доказательств активной вовлеченности женщин в мероприятия или инициативы по изменению существующего положения вещей в сфере услуг по ведению беременности и охраны материнства. Культурные нормы очень трудно поддаются изменению ввиду иерархической системы и строгого контроля. | Начиная с 1970-х годов и по сегодняшний день, происходят положительные изменения в том, что касается статуса женщин; возникает всё больше и больше организованных групп, отстаивающих женские права и бросающих вызов системе, для которой характерна чрезмерная медицинализация материнства, при том, что в соответствующей политике и практике не хватает опоры на реальные доказательные факты. К разработке правовых основ профессиональной акушерской деятельности, образованию и формированию политики в этой сфере, а также для оказания практической акушерской помощи активно привлекаются представители общества. |
| Политика и практика основанная на доказательствах | Образование, получаемое акушерками, не позволяет им с уверенностью и знанием дела развивать принципы доказательной медицины. Акушерский уход превращён в ритуал, основанный на традиционной практике. | Образование, получаемое акушерками, не позволяет им с уверенностью и знанием дела развивать принципы доказательной медицины. Акушерский уход в очень большой мере превращён в ритуал. | Результаты исследований, свидетельствующие о слишком частых медицинских вмешательствах, а также рост уровня образования самих акушеров, принимающих участие в исследованиях, и всё большее использование накопленного опыта как при формировании политики, так и на практике, помогли, с 1980-х годов поднять статус акушерского дела. Основанная на доказательствах политика и практика стала основой акушерского дела и охраны материнства. Национальные стандарты, основанные на доказательствах способствуют ведению беременности и родов акушеркой, а также право женщине самостоятельно выбрать место родов. |
| Последствия для женщин и их семей | Акушерки не имеют достаточной квалификации, чтобы отстаивать права каждой женщины. Их не обучают ни тому, как устанавливать профессиональные отношения с беременными женщинами, ни тому, как привлекать беременных к участию в принятии решения во время беременности и родов. Акушерки не имеют ни клинического опыта, ни квалификации для того, чтобы содействовать нормальным процессам во время беременности и родов. Отсутствует опыт непрерывного ухода на всех этапах беременности, родов и послеродового периода. Беременные ожидают того, что решения будут приниматься за них, что уход за ними будет осуществляться врачами, что рожать им предстоит в родильном отделении клиники, и что в течение беременности, родов и в послеродовой период услуги им будут оказываться врачами. | Акушерки не готовы психологически и не имеют подкреплённого законом права для того, чтобы отстаивать права каждой беременной женщины. Их не обучают ни тому, как устанавливать профессиональные отношения с беременными женщинами, ни тому, как привлекать беременных к участию в принятии решения во время беременности и родо. Акушерки не имеют ни клинического опыта, ни квалификации для того, чтобы содействовать нормальным процессам во время беременности и родов. Отсутствует опыт непрерывного ухода на всех этапах беременности, родов и послеродового периода. Беременные ожидают того, что решения будут приниматься за них, что уход за ними будет осуществляться врачами, что рожать им предстоит в родильном отделении клиники, и что в течение беременности, родов и в послеродовой период услуги им будут оказываться врачами. | Все женщины и младенцы имеют доступ к акушерской помощи, при этом всё большее распространение получает непрерывная модель перинатального ухода. Акушерки получают образование, позволяющее им отстаивать интересы женщин и семей, но не всегда имеют возможность это делать. Ограничения сферы акушерской помощи не позволяют акушеркам полностью реализовать свой потенциал. Материнская смертность и смертность новорожденных превышает прогнозы. Необоснованные медицинские вмешательства остаются серьёзной проблемой. |
| Возможности | В настоящее время начинают вводить в практику <i>наставников</i> , хотя пока что не разработана специальная программа подготовки таких наставников, и нет системы надзора за их деятельностью. В Италии, в таких городах, как, например, Генуя, Флоренция, Милан, в регионе Эмилия Романья существует родильные центры под руководством акушеров, находящиеся в ведении Ассоциации независимых акушеров. Услуги, предоставляемые в данных центрах платные. Во Флоренции имеется один такой государственный центр под руководством акушеров (La Margherita), хотя при приёме в центр женщин осматривает врач-акушер, а при выписывании из центра новорожденных осматривает педиатр. Работающие в центрах такого рода акушерки могут сопровождать женщин, переводимых ими в больницу, но такая практика официально не предусмотрена. Акушерки из подобных центров по личной инициативе устанавливают хорошие коллегиальные отношения с менеджерами, акушерками и врачами находящихся поблизости больниц. За установленную плату некоторые центры под руководством акушеров предоставляют программы обучения для квалифицированных акушеров. Эти программы официально не признаются государственной системой здравоохранения Италии. | Несколько родоводов (точное количество неизвестно) предоставляют услуги антенатального консультирования и родильные комнаты, где женщинам может оказываться помощь акушеркой по их собственному выбору. Обычно это акушерка, имеющая государственный сертификат и практикующая в качестве независимой акушерки в сотрудничестве с врачом-акушером и педиатром. На данный момент это не имеющая широкого распространения платная услуга, которую начали предоставлять в ответ на растущий спрос со стороны женщин, изъявивших желание активно участвовать в выборе и формировании той помощи, которая им оказывается, и ожидающих, что такая помощь будет высокопрофессиональной, а отношение к ним участливым. Беременные женщины и их партнёры/ члены семьи могут посещать частные занятия по антенатальному уходу, а постнатальная помощь предоставляется в виде комбинированных услуг со стороны акушеров с государственным сертификатом и акушеров на общественных началах. Занятия с матерями проводятся в доброжелательной атмосфере и с учётом накопленного на практике опыта и проанализированных доказательных фактов. | Подход, основанный на доказательных фактах, и национальные стандарты профессиональной деятельности разного профиля поддерживают сейчас услуги по охране материнства, предоставляемые под руководством акушеров, и также поддерживают право матерей самостоятельно выбирать место для своего родоразрешения. Это означает и поддержку права на роды вне медицинских клиник для здоровых беременных женщин. Серьёзное профессиональное лидерство и активная целенаправленная работа групп по отстаиванию женских прав обеспечивает внимание и поддержку со стороны политических сил. |

*Акушерки с образованием, работающие в государственной системе здравоохранения (аналогичной Национальной службе здравоохранения Великобритании). #Речь идёт о женщинах, уход за которыми в течение их беременности и родоразрешения осуществляется в рамках государственной системы.