

Введение

Предоставление беременным возможности выбора места родов является целью политики в ряде европейских стран, а также одним из важнейших приоритетов для ассоциаций объединяющих потребителей услуг (1). В 2010 году относительно мало родов имели место в небольших родовспомогательных учреждениях (менее 500), но этот показатель значительно различался по странам. В десяти странах от 10 % до 20 % родов проходили в небольших учреждениях, в то время как в Дании, Швеции, Англии, Словении, Ирландии, Латвии и Шотландии от 25 % до 33 % родов проводились в учреждениях, на долю которых приходилось более чем 5000 новорожденных (рисунок 1). Количество родов в родовспомогательных учреждениях, где на свет ежегодно появляются 3000 и более детей, увеличилось повсеместно, за исключением Финляндии и Испании (2).

Многие страны сообщили о том, что менее 1 % родов происходили в домашних условиях. В Нидерландах, где домашние роды – рутинный вариант родоразрешения в случае неосложненного течения беременности, доля родов на дому составляла 16,3 %. Этот показатель ниже, чем в 2004 году, когда тот превышал 30 %. В настоящее время у женщины в Нидерландах также есть возможность рожать в родильном центре (в атмосфере, приближенной к домашней) с помощью или без помощи акушерки (2).

Влияющие факторы

Макро-, мезо- и микро-факторы могут оказывать влияние на возможности женщины при выборе места и способа родов. К таким факторам относятся всеобщее медицинское страхование, влияние частных услуг акушерства и наличие акушерок. В последние 5 лет вопрос о доступе женщин к качественным акушерским услугам стал частью глобальных усилий по достижению права каждой женщины на оптимальную помощь по охране здоровья во время беременности и родов (3). Меры национальной политики, направленные на решение вопросов по охране материнства, часто игнорируют центральную роль акушерок и их вклада в качество медицинской помощи (4). Отмечаются значительные различия в роли, масштабах практики и финансировании акушерского дела, особенно в Европе. Даже в странах с системами общественного здравоохранения, роль и объем практики акушерок варьируют гораздо больше, чем у других специалистов здравоохранения (5).

Социальная, политическая и культурная организация родоразрешения сильно различается даже среди стран с высоким

уровнем доходов и схожим уровнем медицинских технологий. Политика охраны материнства формируется под влиянием политических систем, государственных организаций, организации и регулирования профессиональной деятельности, а также отношения к доказательной медицине и рискам в сфере здравоохранения. Организации потребителей услуг играют важную роль в дискуссиях об изменении практики охраны материнства, что вызывает заинтересованность средств массовой информации и правительства (6).

Национальная политика и руководящие принципы некоторых стран поддерживают возможность выбирать место родов. Например, с 1993 года политика по охране материнства Англии выступает в поддержку выбора места для деторождения, что недавно было закреплено в Клинических рекомендациях по помощи в родах, изданных в 2014 году Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи Великобритании. Рекомендации опираются на доказательства для обоснования возможностей как повторнородящим так и первородящим здоровым женщинам выбирать любое место для родоразрешения (домашние условия, отдельно стоящий родильный дом где работают акушерки, родильный дом в составе больницы только с акушерками или с врачами и акушерками). В Рекомендациях подчеркивается, что для первородящих и повторнородящих с низким риском осложнений выбор помощи акушерки в отдельно стоящем или в составе клиники родильного отделения является особенно подходящим, поскольку для таких условий характерна более низкая частота медицинских вмешательств, а исход для ребенка ничем не отличается от исхода в акушерско-гинекологическом отделении больницы где работают врачи. В документе говорится о небольшом повышении риска неблагоприятного исхода для ребенка у первородящих женщин с низким риском осложнений, выбирающих домашние роды, однако исход для ребенка у повторнородящих матерей в таких условиях ничем не отличается от исхода в акушерском отделении больницы (7).

Обеспечение выбора

Несмотря на тот факт, что национальные политики и руководства содействуют выбору места родов во многих европейских странах, в результате нынешних тенденций закрытия родовспомогательных учреждений создаются условия, при которых возможности выбора потребителя сужаются, а не расширяются. Поддержание достаточного разнообразия родовспомогательных услуг, принципа равенства в выборе и высоких стандартов качества обслуживания в отдаленных сельских районах также вызывает

озабоченность. Дебаты о последствиях закрытия родовспомогательных учреждений сосредоточены главным образом на географической доступности услуг, в то время как их потенциальному воздействию на выбор беременной женщины в отношении учреждения уделяется меньше внимания. Наиболее значительным фактором была признана близость к дому. В связи с этим использование показателя для измерения доли женщин, для которых расстояние между первым и вторым учреждением для родоразрешения составляет больше 30 км, может стать простым мерилем выбора, дополняющим показатели географической доступности в оценках воздействия фактора закрытия родовспомогательных учреждений (8).

Продолжаются дебаты по поводу связи между размером родовспомогательных учреждений и качеством обслуживания, однако без учета предлагаемых вариантов помощи результаты таких дебатов могут создать ложное впечатление. Например, результаты представляются благоприятными в случаях, когда небольшие родовспомогательные учреждения под руководством акушерок обслуживают женщин с низким риском акушерских осложнений при условии, что такие учреждения имеют возможности для перевода рожениц в учреждение, предоставляющее полный спектр акушерских услуг в случае возникновения осложнений. Таким образом, появляется все больше доказательств того, что родовспомогательные учреждения под руководством акушерок и модели такого обслуживания обеспечивают аналогичный исход для детей в сочетании с низкой частотой акушерских вмешательств и заболеваемости матерей, если проводить сравнение с учреждениями, которые предлагают помощь под руководством врачей-акушеров (9, 10). Тем не менее, эффективность этих учреждений зависит от налаженности системы перевода рожениц в случаях неожиданных осложнений во время родов.

Выбор и культурные устои

Индивидуальный выбор женщины относительно места родов зависит от многочисленных факторов. Приемлемость, разнообразие и близость услуг играют определенную роль в процессе принятия решения. Женщины и семьи также имеют различные представления о риске и придают значение разным аспектам качества. Культурно обусловленные обычаи и устои, касающиеся деторождения, отличают одних женщин от других. К ним относятся: выбор помощника в родах (например, акушерка, акушер-гинеколог, семейный врач или повитуха); позиции во время родов; пол медика; роды в больнице,



в маленьком роддоме с акушерками или дома; присутствие партнера или компаньона при родах; предпочтение родов с вмешательством или без вмешательства; раздельное нахождение матери и ребенка после рождения или немедленный контакт «кожа к коже»; раздельное или совместное пребывание матери и новорожденного; грудное или искусственное кормление (11, 12).

Заклучение

Организация услуг по охране материнства и возможности выбора, доступные для женщин, значительно различаются по всей Европе. Сравнение последствий для здоровья, практики здравоохранения и расходов на медицинскую помощь в данном контексте позволило бы глубже изучить преимущества и недостатки различных моделей организации услуг.

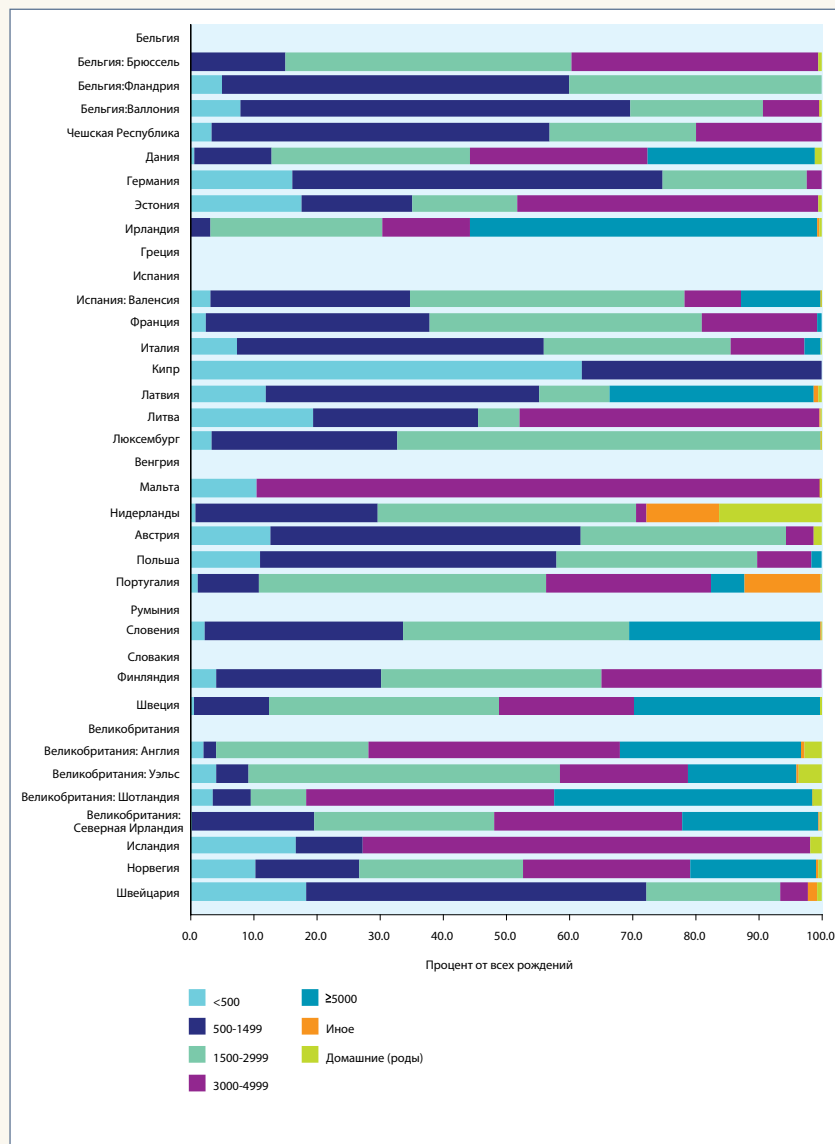
Jane Sandall, PhD, Prof

Общественные науки и женское здоровье, Королевский колледж в Лондоне, Лондон, Великобритания
Jane.sandall@kcl.ac.uk

Литература

- Joyce M. Location, location, location, 2004. Available at: http://digital.library.theiet.org/content/journals/10.1049/pe_20040602.
- European perinatal health report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. EUROPERI-STAT, 2013.
- State of the World's Midwifery: a universal pathway. A woman's right to health. UNFPA, International Confederation of Midwives & WHO, 2014.
- Renfrew M.J. et al. 2014. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384(9948):1129–1145.
- Buscher A et al. *Nurses and Midwives: A force for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- De Vries, R, Benoit C, Van Teijlingen E et al. (Eds.). *Birth by design: Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. New York, London: Routledge, 2002.
- Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth*. National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

Рис 1. Распределение деторождений по родильным домам в 2010 г. в зависимости от количества родов в год (Сноска: По этому показателю данные представили 29 стран или регионов) (2).



- Pilkington H. et al. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *Int J Health Geogr* 2012; 11:35.
- Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343 (4):7400.
- Sandall J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013.
- Chalmers B. Cultural Issues in Perinatal Care. *Birth* 2013; 40(4):217–219.
- Coxon K, Sandall J, Fulop N.J. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society* 2014; 16: 51–67.