

**Аналітичний звіт ГО «Природні Права Україна»**

**Результати онлайн-опитування жінок,  
що народжували в 2018 році  
у 8 регіонах України**



**Природні Права  
Україна**

---

Київ - 2020

**Дизайн дослідження:**

Горбенко Ольга

Петровська Анна

**Поширення онлайн-анкети в соцмережах, залучення коштів:**

Кубах Євгенія

**Медичні консультанти:**

Дунаєвська Аліна, лікар акушер-гінеколог, лікар неонатолог першої категорії, к.мед.н.

Огарь Лариса, лікар акушер-гінеколог вищої категорії

**Статистичний аналіз результатів дослідження, підготовка звіту:**

Шваб Марія, соціологиня

Усі права застережено. Інформація та розробки є вільними для копіювання та поширення по всій території України всіма способами, якщо вони є безоплатними для кінцевого споживача та за умови обов'язкового посилання на ГО «Природні Права Україна»: В інтернет-публікаціях посилання на сайт, звіт або сторінку ГО має бути активним.

**Контакти ГО «Природні Права Україна»**

[fb.com/pryrodni](https://fb.com/pryrodni);

[pryrodni.org.ua](http://pryrodni.org.ua);

[pryrodni@gmail.com](mailto:pryrodni@gmail.com)

# Зміст

|   |            |
|---|------------|
| <b>ЗМІСТ</b>  | <b>1</b>   |
| <b>ВСТУП</b>  | <b>5</b>   |
| <b>УЗАГАЛЬНЕНИЙ ЗВІТ ЗА ВІСЬМОМА ОБЛАСТЯМИ ТА МІСТОМ КИЄВОМ</b>                 | <b>6</b>   |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 6          |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ   | 8          |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 34         |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 37         |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 46         |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 47         |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 51         |
| <b>ВІННИЦЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>53</b>  |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 53         |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 56         |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 69         |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 71         |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 76         |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 77         |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 79         |
| <b>ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>81</b>  |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 81         |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 84         |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 97         |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 100        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 105        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 106        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 108        |
| <b>ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСТЬ</b>   | <b>110</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 110        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 112        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 125        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 128        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 134        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 135        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 138        |
| <b>ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>140</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 140        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 143        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 158        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 160        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 168        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 169        |

|   |            |
|---|------------|
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 171        |
| <b>КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ</b>   | <b>173</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 173        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 176        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 195        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 198        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 204        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 205        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 208        |
| <b>ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>210</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 210        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 213        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 225        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 230        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 238        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 239        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 242        |
| <b>ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>244</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 244        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 247        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 273        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 277        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 283        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 284        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 287        |
| <b>ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСТЬ</b>  | <b>289</b> |
| Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЖІНОК, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ | 289        |
| Розділ 2. УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТА СТАВЛЕННЯ ПЕРСОНАЛУ          | 292        |
| Розділ 3. ХІД ПОЛОГІВ   | 309        |
| Розділ 4. ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ У ПОЛОГАХ                           | 314        |
| Розділ 5. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ПІДПИСАННЯ ІНФОРМОВАНИХ ЗГОД                    | 320        |
| Розділ 6. ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД   | 321        |
| Розділ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОЛОГОВИХ ПОСЛУГ                         | 326        |

## Вступ

Цей звіт описує результати онлайн-опитування щодо задоволеності пологовою допомогою та ситуації з дотриманням прав жінок під час пологів у закладах охорони здоров'я України, проведеного громадською організацією «Природні Права Україна» протягом 2018-2019 років. Опитування проводилося методом заповнення онлайн-форми Google та було спрямоване на жінок, які народжували в українських закладах охорони здоров'я, що надають пологові послуги, міста Києва та восьми областей України: Вінницької, Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Львівської, Тернопільської та Черкаської, протягом 2018 року. За результатом опитування було зібрано 7099 анкет.

Під час аналізу фінального масиву даних було застосовано описову статистику у вигляді двовимірного аналізу за соціодемографічними характеристиками загальної вибірки та обласних підвбірок. Для вимірювання наявності статистично значущої різниці між відповідями респонденток, що належали до різних соціодемографічних груп, у звіті наскрізно застосовувалися критерій Крускала-Волліса та U-критерій Манна-Уїтні.

На жаль, ця публікація містить низку обмежень. По-перше, наведені далі результати опитування не є репрезентативними для досліджуваних областей чи України загалом, а отже, цей звіт не можна інтерпретувати як такий, який відображає реальну картину задоволеності пологовою допомогою та дотримання прав жінок під час пологів у закладах охорони здоров'я України.

По-друге, існує ризик, що серед 7099 анкет наявні ті, які описують пологові досвіди, пережиті до чи після 2018 року.

По-третє, у деяких випадках наповненість певних підгруп (наприклад, підгрупи жінок, які народжували після сорок другого тижня вагітності), особливо у випадку розрізу за областями, є занадто малою, щоби демонструвати реальні відмінності навіть у контексті конкретного опитування.

Незважаючи на це, ми вважаємо, що отримані результати є достатньо показовими, щоби свідчити про наявність потреби в більш прискіпливій увазі до питань дотримання прав жінок під час пологів в Україні з боку місцевих та національних закладів сфери охорони здоров'я, а також про необхідність подальших досліджень на цю тему.

Організація «Природні Права Україна» щиро дякує всім, хто долучилися до реалізації цього проекту, а також жінкам, які погодилися взяти участь у опитуванні.

# Узагальнений звіт за вісьмома областями України

## Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Сумарно в опитуванні взяло участь 7099 жінок із міста Києва та восьми областей України (Вінницької, Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Львівської, Тернопільської та Черкаської). Таблиця 1 містить інформацію про кількісний та відсотковий розподіл респонденток у межах областей (дивіться звіт за кожною окремою областю у відповідних підрозділах далі).

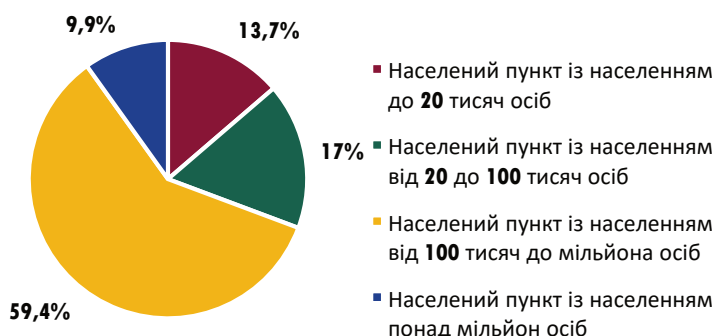
**Таблиця 1. Розподіл респонденток за областями**

| Назва області             | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Вінницька область         | 822                              | 11,6%                               |
| Житомирська область       | 822                              | 11,6%                               |
| Закарпатська область      | 805                              | 11,3%                               |
| Івано-Франківська область | 802                              | 11,3%                               |
| Київська область          | 1401                             | 19,7%                               |
| Львівська область         | 813                              | 11,5%                               |
| Тернопільська область     | 825                              | 11,6%                               |
| Черкаська область         | 809                              | 11,4%                               |
| <b>Сума</b>               | <b>7099</b>                      | <b>100%</b>                         |

Більшість респонденток (59,4%) народжували в населених пунктах розміром від ста тисяч до мільйона осіб, 17% – у населених пунктах розміром від двадцяти до ста тисяч осіб, 13,7% – до двадцяти тисяч осіб, 9,9% – у Києві (єдиному місті-мільйоннику, яке було охоплене опитуванням). (Інформацію щодо розподілу респонденток у окремих населених пунктах дивіться в підрозділах звіту за областями.) При цьому дві треті (65,2%) народжували в обласних центрах або місті Києві.

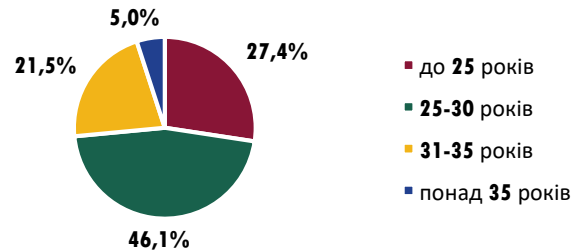
Майже половина респонденток (46,1%) на момент опитування перебувала у віковій групі від двадцяти п'яти до тридцяти років, дещо більше чверті (27,4%) – у віковій групі до двадцяти п'яти, кожній п'ятій було від тридцяти одного до тридцяти п'яти. Найменш наповненою категорією (5%) є жінки віком понад тридцять п'ять років (це слід брати до уваги при порівнянні відповідей жінок із цієї та решти вікових груп, оскільки відмінності між найстаршою та рештою вікових груп можуть бути зумовлені малонаповненістю першої, а не реальними відмінностями у відповідях).

### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=7099)

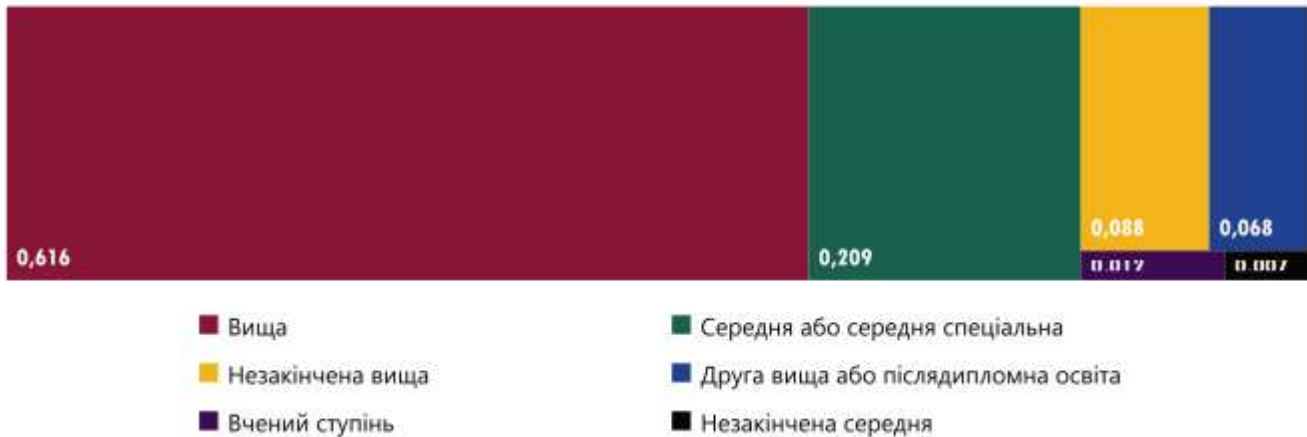


Більшість респонденток у опитуванні вказали, що мають вищу освіту (61,6%), ще 6,8% – що мають дві вищі або післядипломну освіту, а 1,2% – вчений ступінь; при цьому 8,8% зазначили, що мають незакінчену вищу освіту. Ймовірно, остання група містить частку жінок, які здобували вищу освіту в момент участі в опитуванні. Кожна п'ята респондентка (20,9%) обрала варіант «середня або середня спеціальна освіта», і лише 0,7% вказали, що мають незакінчену середню освіту.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=7099)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=7098)

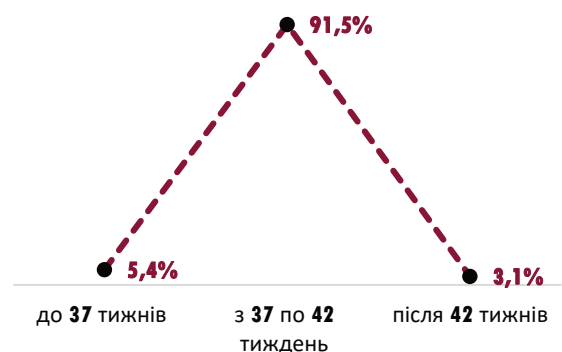


Для 58,7% жінок, які взяли участь у дослідженні, пологи 2018 року стали першими; відповідно, 41,3% народжували повторно.

Абсолютна більшість (91,5%) народжувала в період з тридцять сьомого до сорок другого тижня вагітності, 5,4% – до тридцяти семи, 3,1% – після сорока двох тижнів. Це слід брати до уваги при розгляді відмінностей у відповідях жінок, які народжували на різних термінах вагітності.

Три чверті (75,6%) зазначили, що мали партнерські пологи. Отримані дані також свідчать про поширеність домовленостей про пологи з певним лікарем: у загальній вибірці про таку практику зазначило 59,4% опитаних, при цьому у випадку 6,9% на самих пологах у результаті був присутній інший лікар; із черговою бригадою народжувало 40,6% жінок.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=7099)



## Розділ 2. Умови перебування в закладі охорони здоров'я та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як бачимо з рисунка нижче, жінки були переважно задоволені своїм перебуванням у медичному закладі – найнижчим середнім значенням є 3,4, що відповідає варіанту відповіді «задовільно» (харчування в пологовому будинку), найвищим – 4,2, тобто «добре» (пологова зала). Решта показників лежить у відрізку від 3,6 до 4.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток. Згідно з отриманими результатами, загальна задоволеність перебуванням у закладі охорони здоров'я різнилася залежно від обласного та столичного значення населеного пункту, в якому відбувалися пологи, його розміру, вікової групи опитуваних, наявності в них вищої освіти, попереднього пологового досвіду,

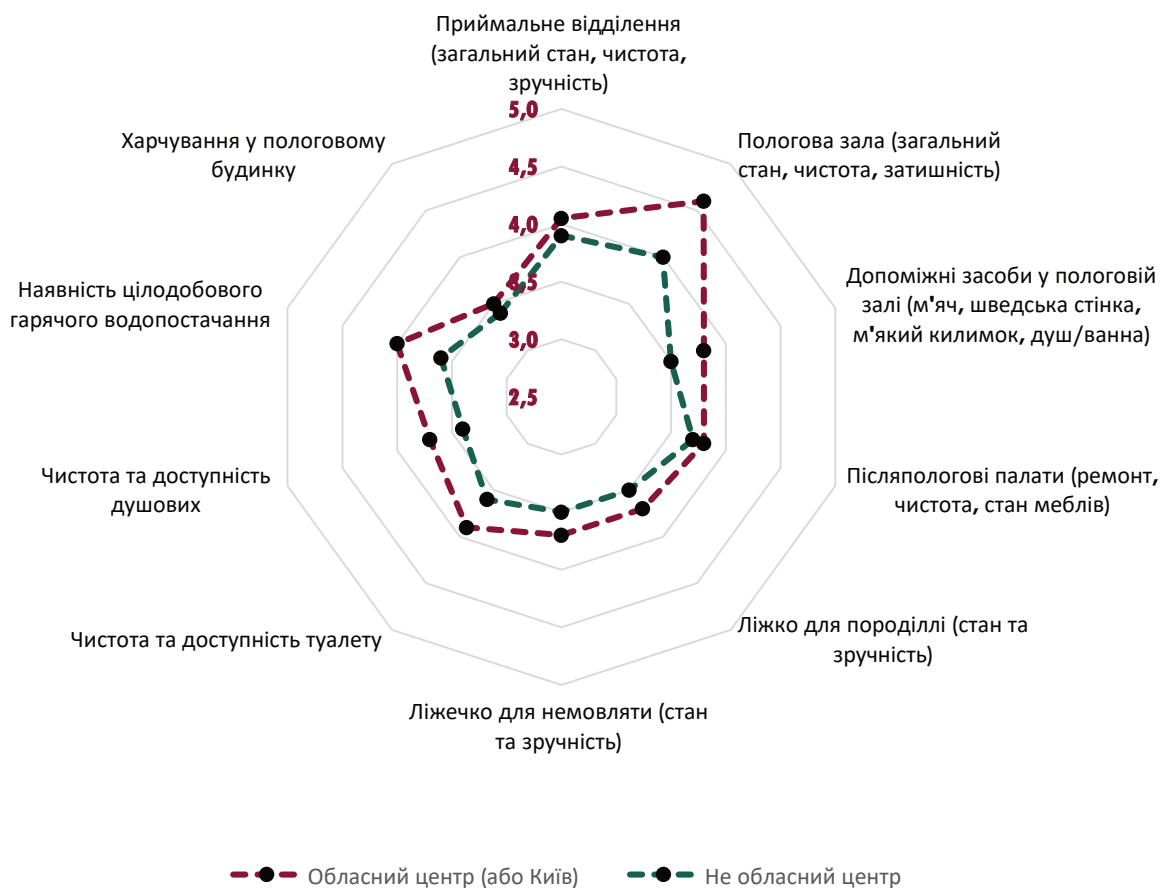


залежно від терміну вагітності, а також того, чи були пологи партнерськими та договірними. Натомість не було виявлено суттєвих розбіжностей у відповідях жінок, які народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

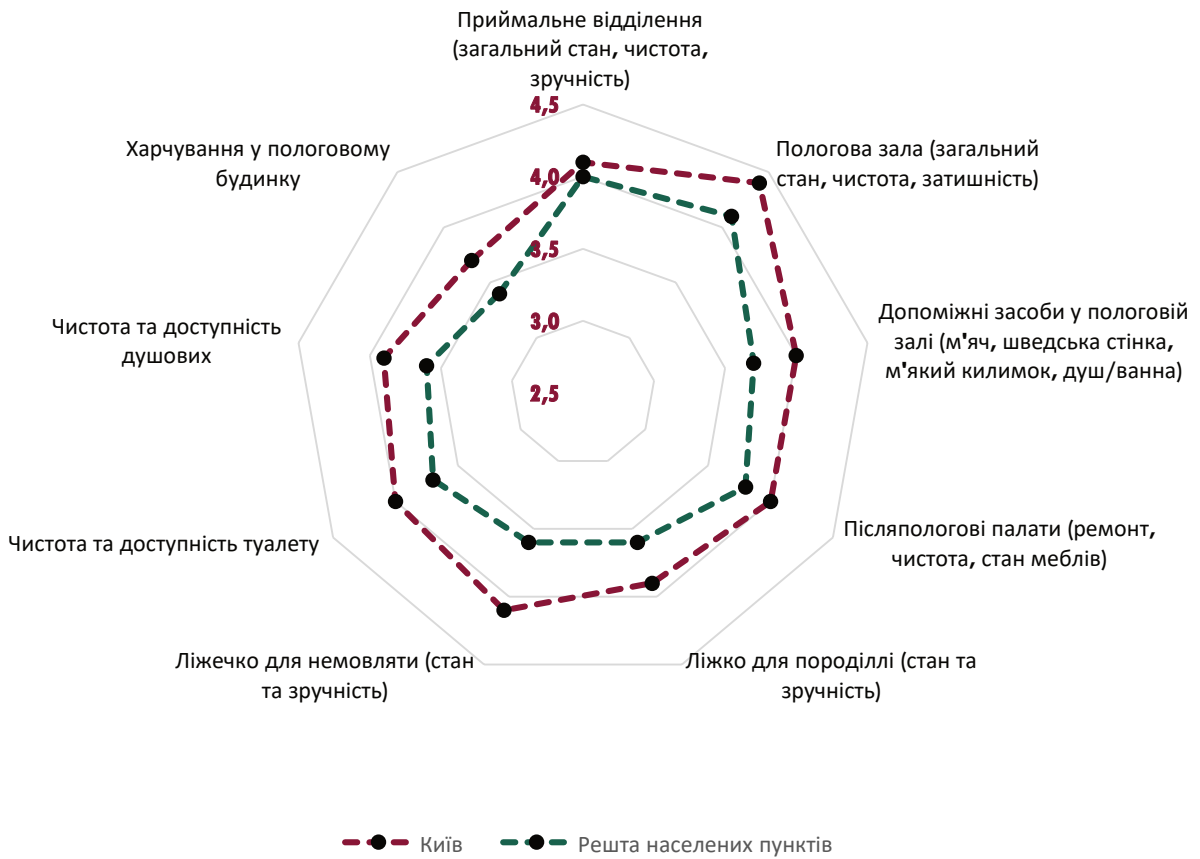
Як можемо бачити з рисунка нижче, жінки, які народжували в обласних центрах або в місті Києві, були схильні оцінювати окремі аспекти свого досвіду дещо вище, ніж ті жінки, які народжували в населених пунктах не обласного значення. Це може пояснюватися як гіршою якістю послуг, що надаються поза обласними центрами, так і дещо заниженими очікуваннями жінок із таких населених пунктів.

### Здоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



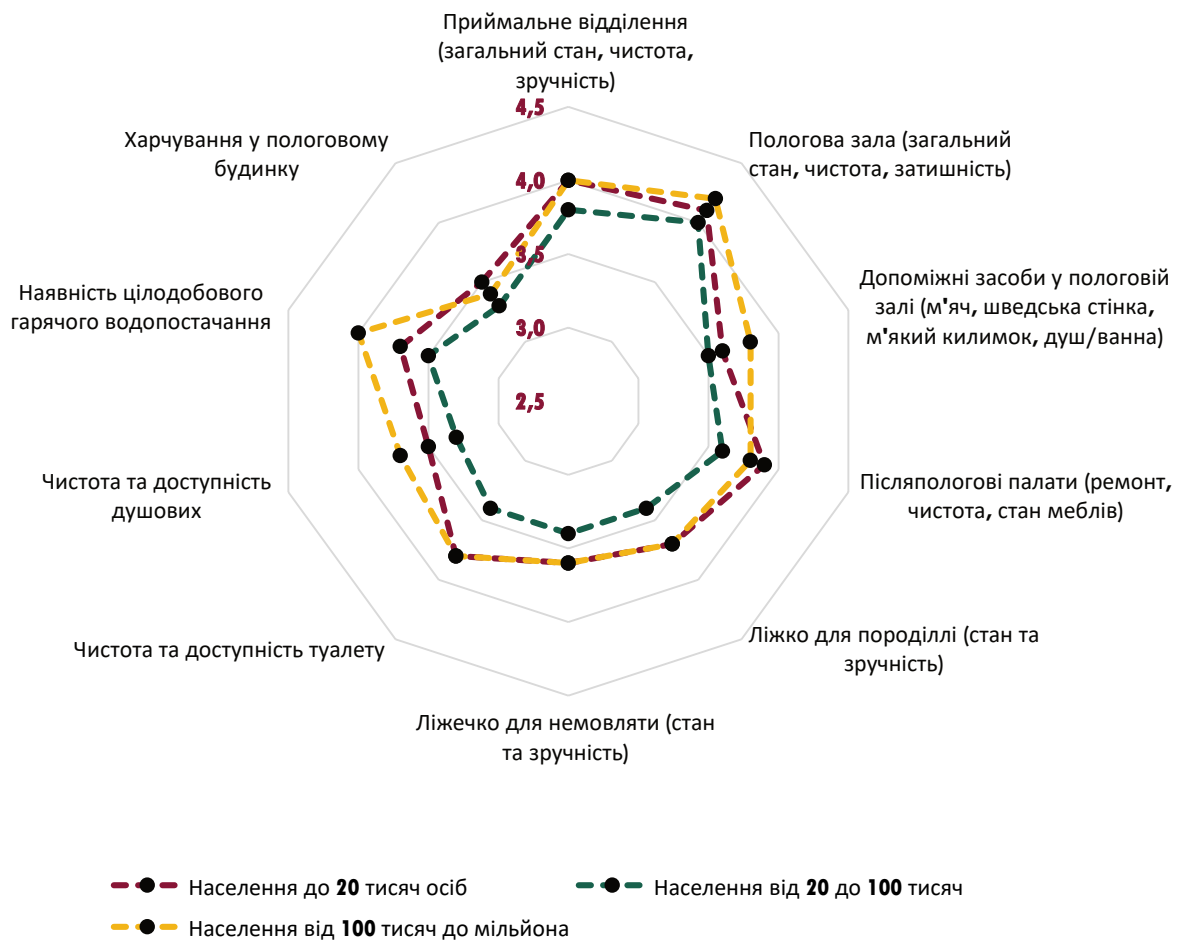
Схожим чином дещо вищі оцінки залишали ті жінки, які народжували в Києві в порівнянні з рештою вибірки.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від столичного статусу населеного пункту



Як бачимо з наступного рисунка, найменш задоволеними були жінки, які народжували в населених пунктах з населенням від двадцяти до ста тисяч осіб, натомість ті, що народжували в менших та більших населених пунктах, демонстрували відносно подібний рівень задоволеності (ми не подаємо дані щодо четвертої категорії (понад мільйон населення), оскільки у вибірці вона була представлена виключно Києвом).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



Як можна помітити з рисунка нижче, задоволеність пологовим досвідом та його окремими аспектами зростає зі зростанням віку. Це може бути пов'язано як із підвищенням очікувань серед породіль більш молодого віку, так і з системними покращеннями якості послуг, що надаються, які є більш помітними жінкам старшого віку.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від віку

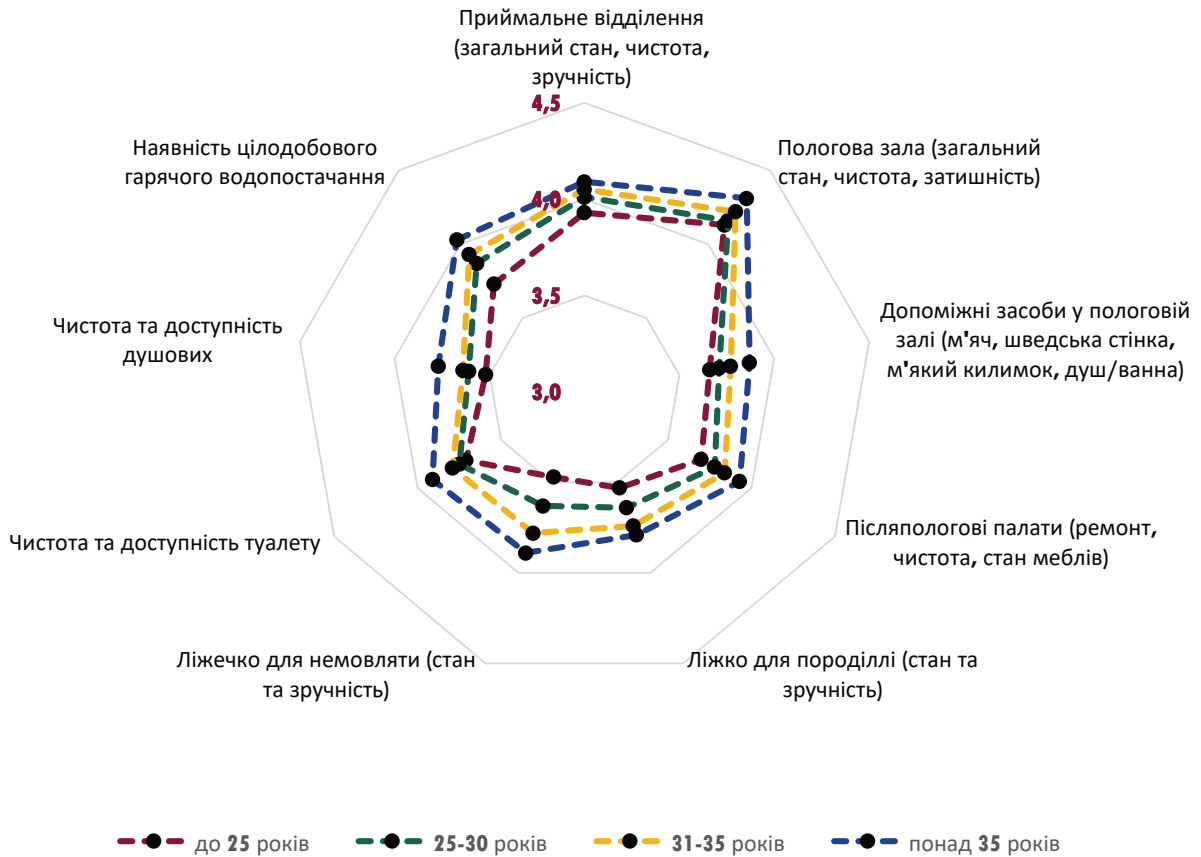
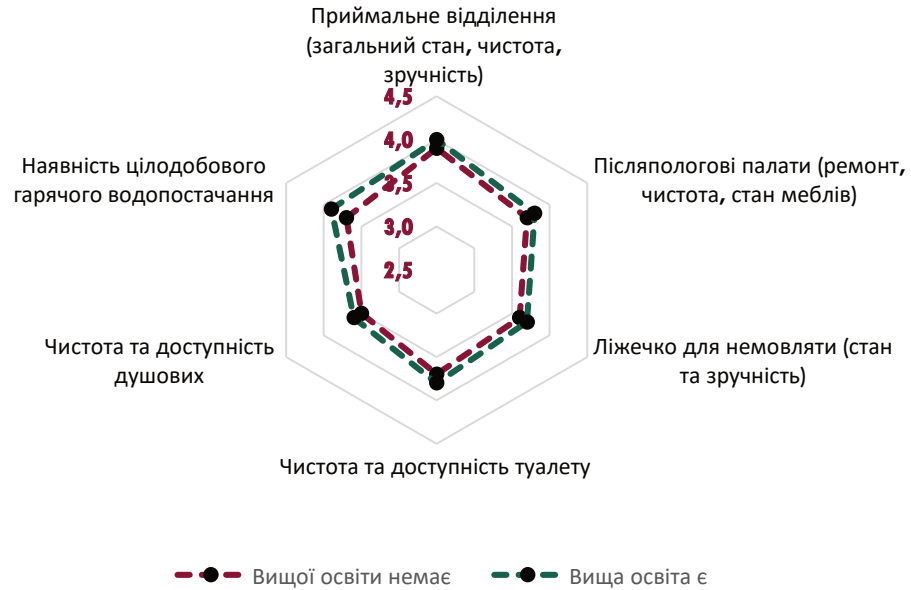


Рисунок нижче демонструє доволі невелику, проте статистично значущу відмінність у задоволеності залежно від наявності вищої освіти – так, респондентки з вищою освітою були схильні оцінювати своє перебування в закладі охорони здоров'я дещо вище, ніж ті, що її не мали.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності вищої освіти



Жінки з повторним пологовим досвідом були також схильні оцінювати свої останні пологи дещо вище, ніж жінки, що народжували вперше, що може вказувати на підвищення якості пологових послуг у порівнянні з минулим.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попереднього досвіду пологів



Відмінність у відповідях жінок, що народжували на різних термінах вагітності, спостерігається лише за двома аспектами – харчуванням та наявністю гарячого водопостачання. Бачимо, що в першому випадку дещо гіршою була оцінка жінок, що народжували на пізніх термінах, у той час як у другому випадку дещо вищу оцінку залишили ті жінки, що народжували з 37 до 42 тижня вагітності.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від терміну пологів



Згідно з даними на наступному рисунку, жінки, які народжували за присутності партнера чи партнерів, оцінювали свій пологовий досвід систематично вище.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності партнерської підтримки



Крім того, дані на рисунку нижче свідчать про те, що жінки схильні оцінювати свій пологовий досвід вище, якщо вони народжували за попередньою домовленістю з певним лікарем у порівнянні з пологами з черговою бригадою, навіть якщо вибір лікаря об'єктивно не міг впливати на оцінювані аспекти.

### Задовolenість окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

Як бачимо з рисунка нижче, незважаючи на в цілому дуже високі показники емоційної підтримки, опитані були схильні оцінювати найвище підтримку з боку акушерів-гінекологів та медичного персоналу під час пологів, натомість частіше характеризуючи ставлення персоналу приймального відділення та післяпологового періоду як байдуже.



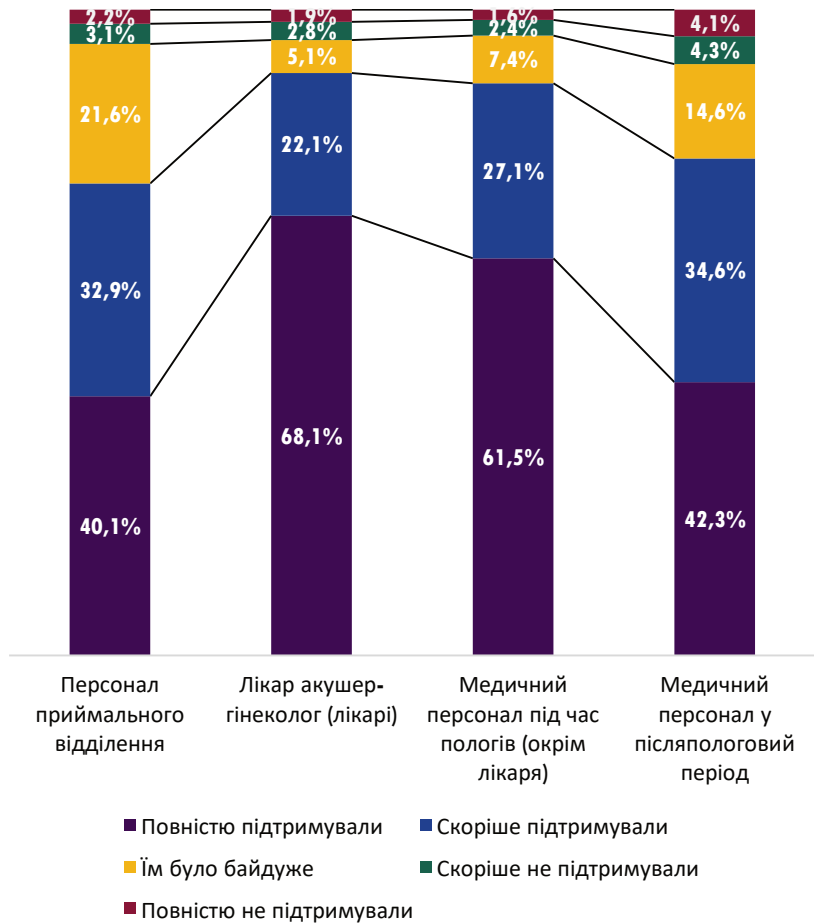
Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Суттєві відмінності в оцінці емоційної підтримки з боку медичного персоналу при

отриманні пологових послуг спостерігалися серед жінок, які народжували в обласних центрах (або містах Києві) в порівнянні з тими, що народжували в населених пунктах необласного значення, залежно від розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти, того, були це перші чи повторні пологи, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, та того, чи були вони договірними. При цьому не спостерігалось значної різниці між відповідями жінок, які народжували в Києві та решті населених пунктів, тими, що мали природні пологи та кесарський розтин, а також тими, що народжували в присутності партнерів та самотійно.

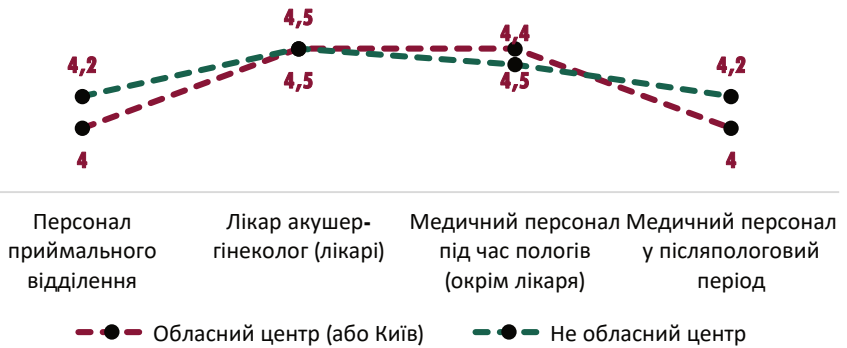
Як бачимо з рисунка, жінки, що народжували в обласному центрі або Києві, були схильні оцінювати нижче емоційну підтримку персоналу приймального відділення та післяпологового періоду, натомість відгукувалися позитивніше щодо медичного персоналу, що був присутній під час самих пологів. Можна припустити, що така диференціація пояснюється більшою завантаженістю обласних та столичних пологових будинків, що впливає на рівень підтримки, яку персонал може надавати породіллям в умовних точках «входу» та «виходу».

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=7099)

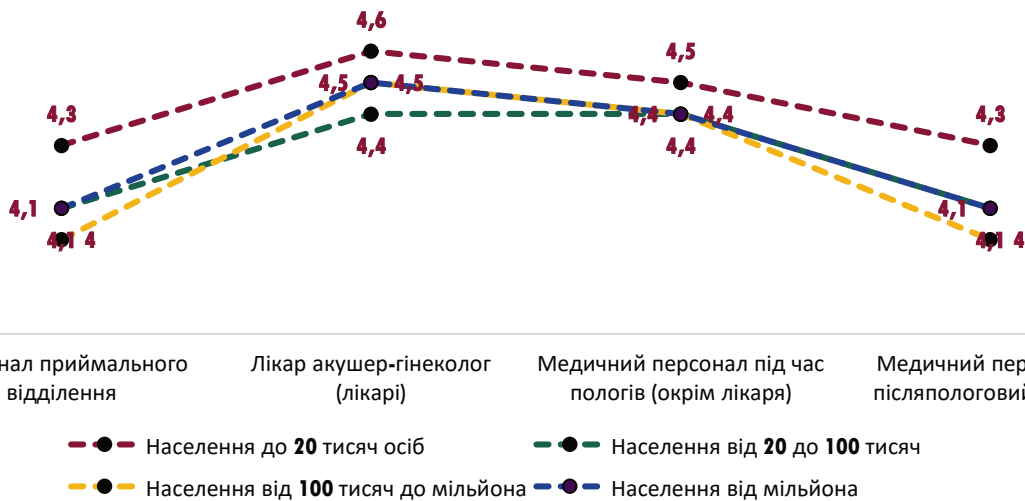


Крім того, жінки, які народжували в населених пунктах розміром до двадцяти тисяч осіб, оцінювали емоційну підтримку з боку медичного персоналу найвище. Це може пояснюватися як нижчими очікуваннями цих респонденток, так і тим, що в малих населених пунктах персонал має більше можливості підтримати породіль емоційно, ніж у більших населених пунктах.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=7099)

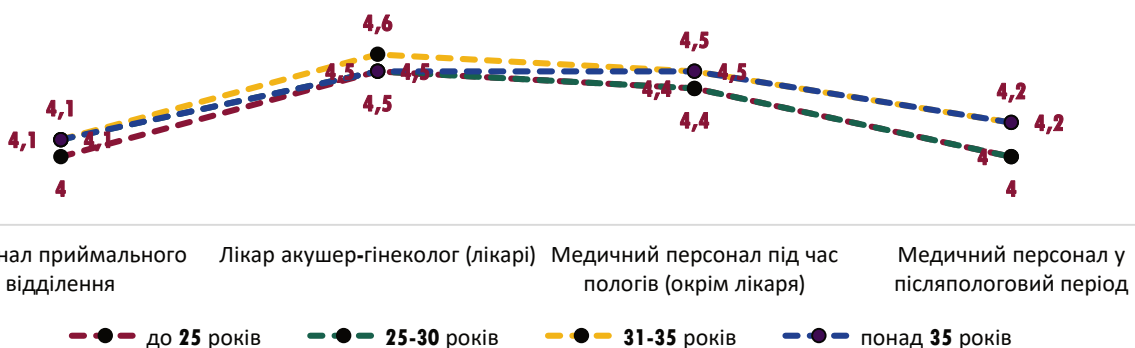


### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=7099)



Бачимо з рисунка нижче, що жінки з двох старших вікових груп оцінювали емоційну підтримку персоналу дещо вище, ніж жінки з двох молодших груп.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від віку (N=7099)

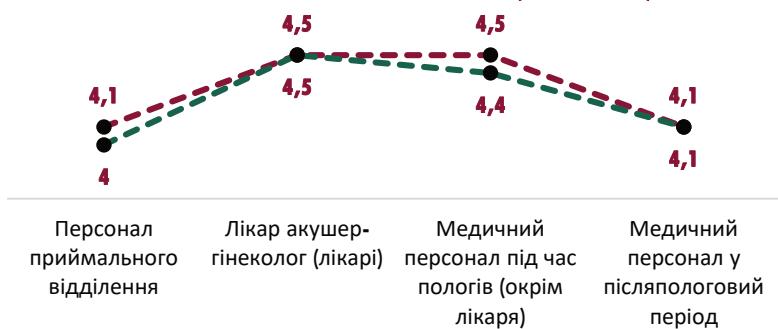


Дещо вищими були оцінки тих респонденток, що не мали вищої освіти.

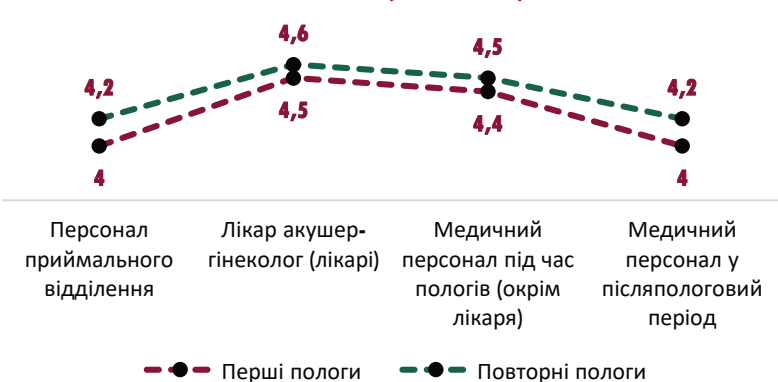
Також вищими були оцінки жінок, які вже мали попередній пологовий досвід. Імовірно, це можна пояснити тим, що вони мали краще уявлення про те, що на них очікує, та потребували менше підтримки, ніж ті жінки, що народжували вперше.

Бачимо з наступного рисунка, що, в той час як ті жінки, які народжували після 37 тижня вагітності, давали в цілому однакові оцінки емоційної підтримки з боку медичного персоналу, жінки, що народжували раніше терміну, оцінювали отримувану підтримку систематично нижче. Показовим є те, що єдина відмінність між відповідями жінок, що народжували в проміжку з 37 до 42 та після 42 тижня, стосується підтримки персоналу приймального відділення – остання група оцінювала їхню підтримку нижче – адже саме на цьому етапі з'ясовується термін вагітності.

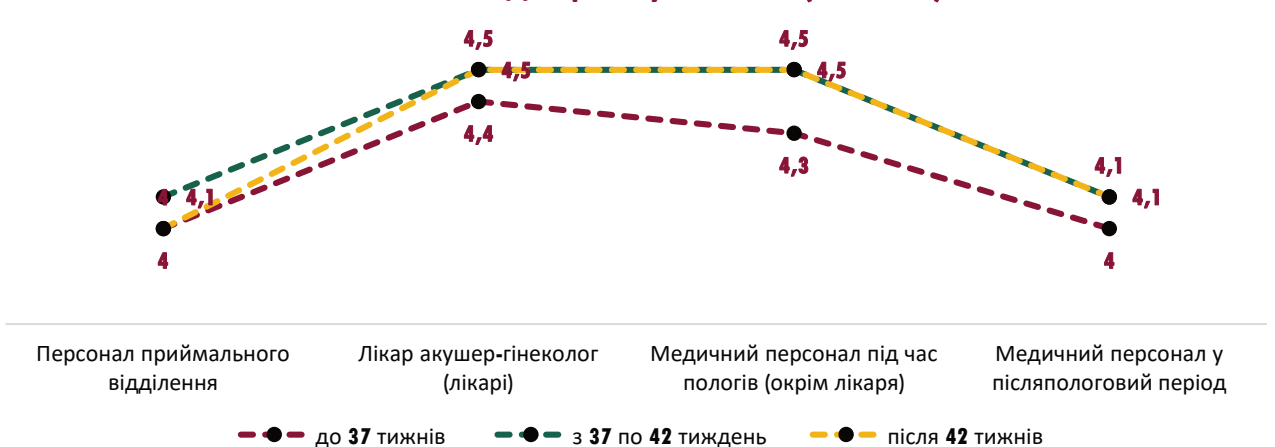
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності вищої освіти (N=7099)



### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7099)

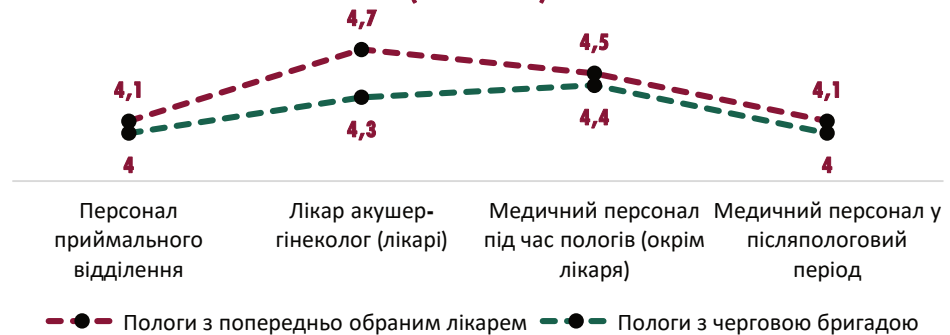


### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від терміну пологів (N=7099)



Нарешті, як і у випадку попередньої змінної, дещо вищими були оцінки щодо підтримки з боку тих жінок, що народжували з попередньо обраним лікарем у порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою. Показово, найвищою є різниця в підтримці лікаря-гінеколога, адже саме з ним, як правило, укладається така домовленість.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7099)

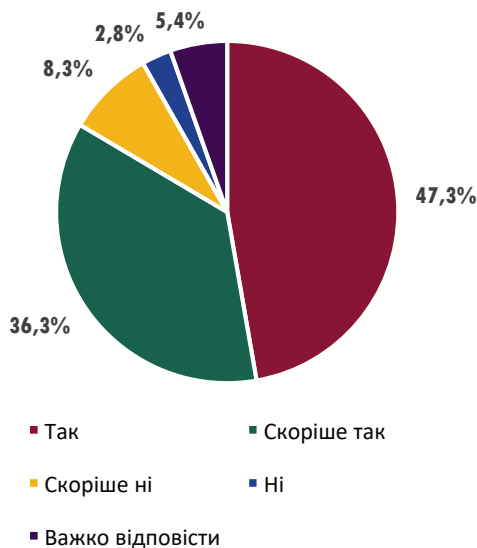


Одне з запитань у анкеті стосувалося того, чи ставився персонал до респонденток з повагою. Як бачимо нижче, 83,6% обрали варіанти «так» або «скоріше так».

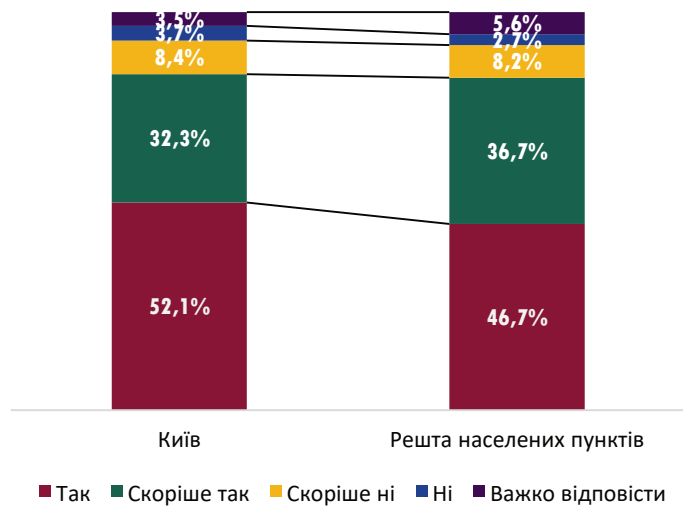
Суттєві відмінності у відповідях на це запитання бачимо серед жінок, які народжували в столиці та в інших населених пунктах, у населених пунктах різних розмірів, залежно від наявності в них вищої освіти, того, були це перші чи повторні пологи, терміну вагітності, того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими та домовленими. Не було помічено суттєвих відмінностей між відповідями жінок, які народжували в обласних центрах або в місті Києві в порівнянні з іншими населеними пунктами.

Як бачимо з рисунків, варіант «так» частіше схильні обирати ті жінки, які народжували в Києві, а також у найменших населених пунктах.

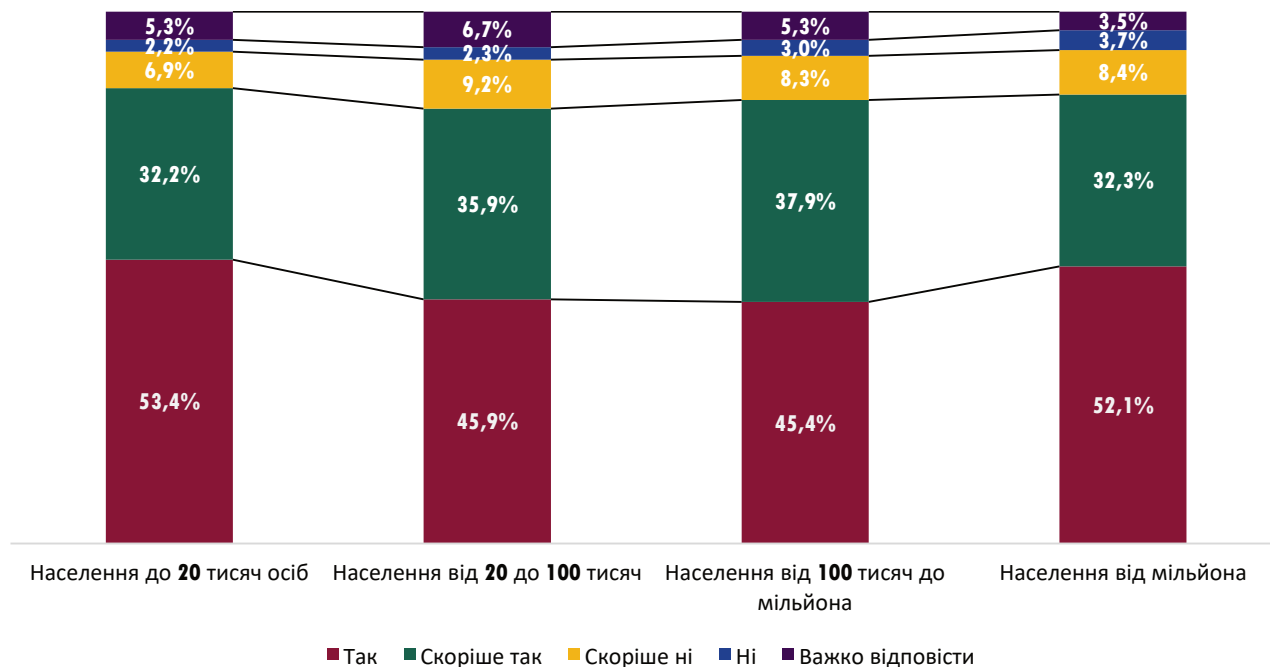
### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=7099)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від столичного статусу населеного пункту (N=7099)

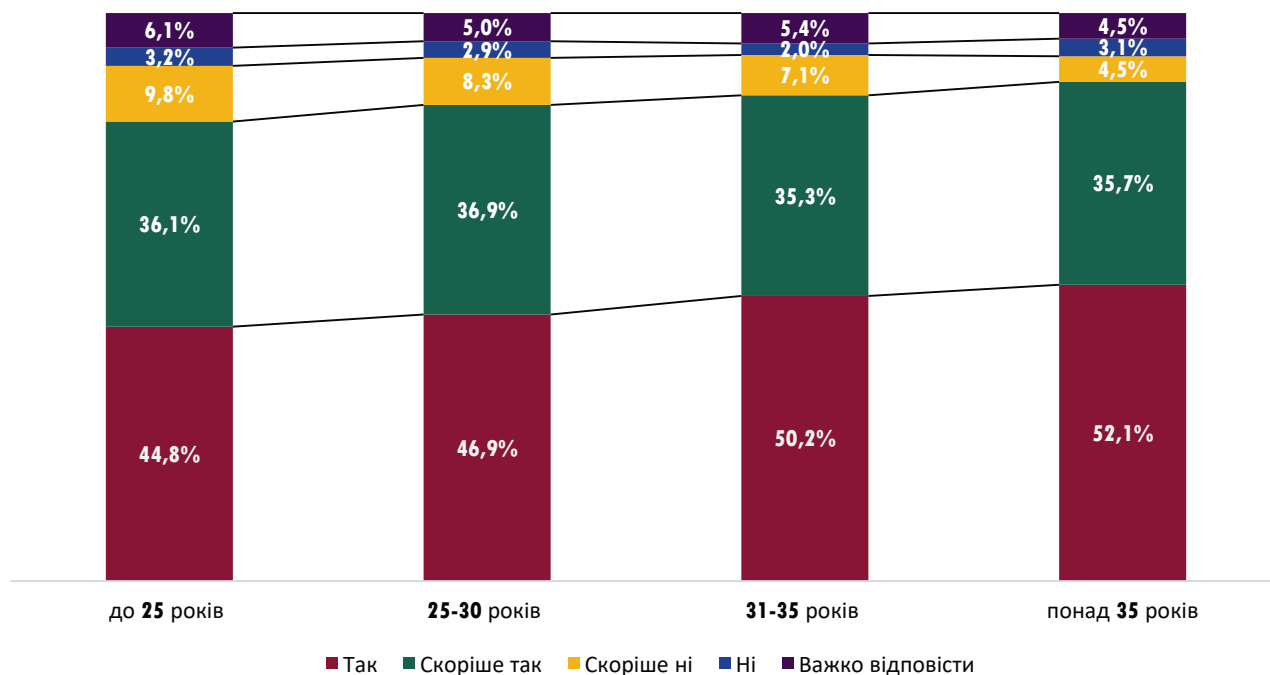


### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=7099)



Показовою є тенденція, яку можна спостерігати на наступному рисунку: частка жінок, які відповідають «так» на запитання про те, чи поважно ставився до них медичний персонал, зростає зі збільшенням віку; відповідно, чим молодшими є жінки, тим частіше вони обирали менш позитивні варіанти відповідей.

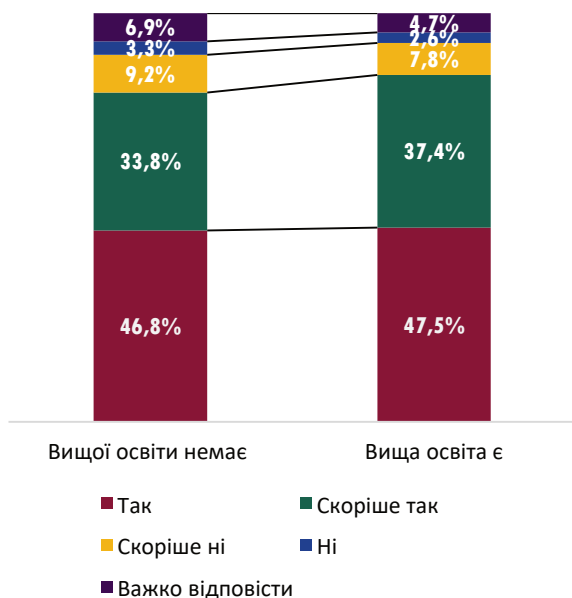
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від віку (N=7099)



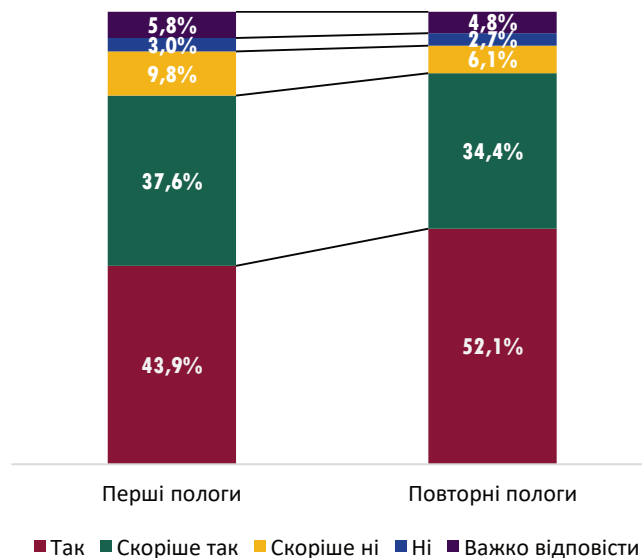
Незважаючи на приблизно однакову пропорцію жінок, які відповіли «так», бачимо, що жінки без вищої освіти дещо частіше обирали негативні варіанти відповідей на запитання про поважне ставлення.

Жінки, які народжували повторно, були схильні оцінювати поважне ставлення більш позитивно, ніж ті, що народжували вперше. Ймовірно, це можна пояснити тим, що жінки з наявним попереднім досвідом розуміли, на що слід очікувати в пологах.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності вищої освіти (N=7099)

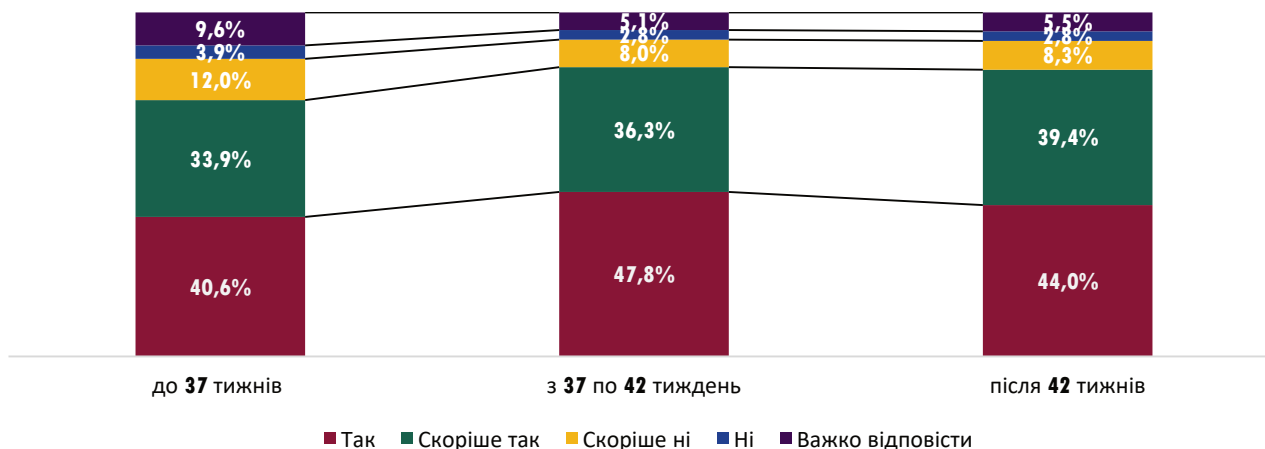


### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7099)



Як і у випадку попередньої змінної, бачимо, що відповіді жінок, які народжували в проміжку з 37 до 42 та після 42 тижня вагітності, є дещо вищими, ніж відповіді жінок, які народжували до 37 тижнів.

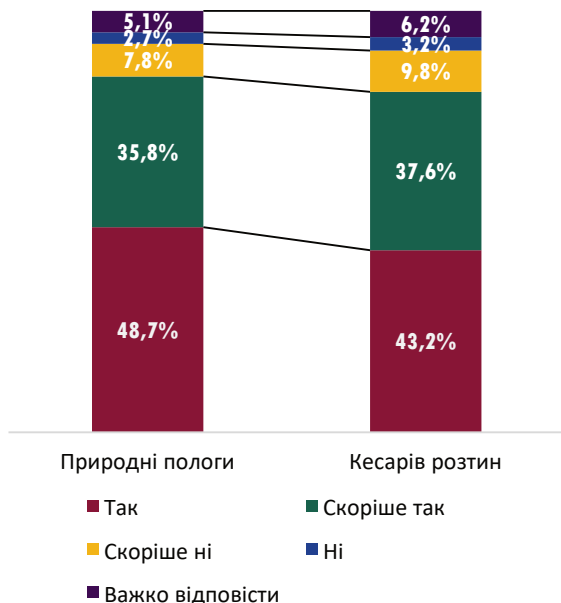
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від терміну пологів (N=7099)



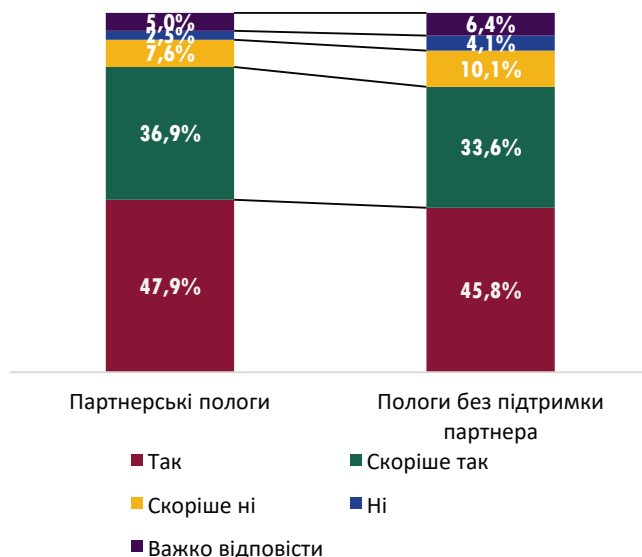
Схожими є й результати за типом пологів: так, серед жінок, які мали кесарський розтин, дещо менше однозначно позитивних оцінок поважного ставлення з боку медичного персоналу.

Жінки, які мали партнерські пологи, також були схильні оцінювати ставлення до них медичного персоналу як більш поважне.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=7059)



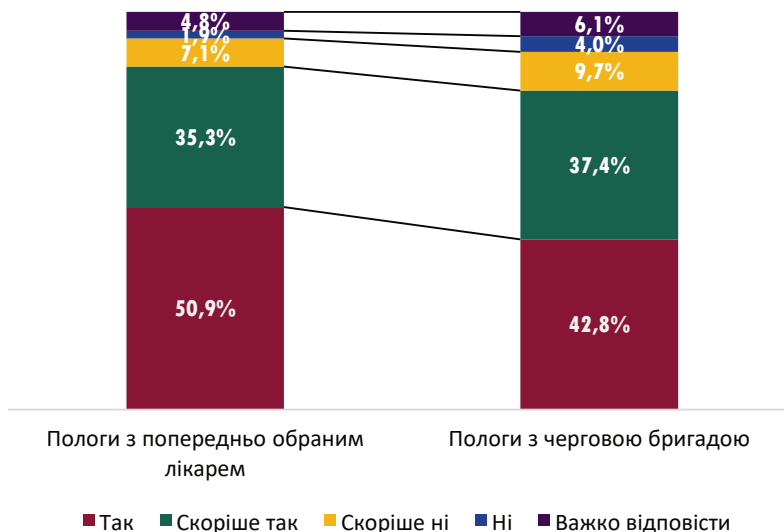
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=6244)



Як і у випадку попередніх змінних, жінки, що мали пологи за домовленістю, дещо частіше характеризували ставлення до них медичного персоналу як поважне. Це дозволяє робити висновки про те, що медичний персонал ставиться більш тактовно до тих жінок, які здійснюють оплату пологів, хоча вона найчастіше й є неофіційною.

Серед запитань анкети було також одне, яке стосувалося приватності та конфіденційності пологів. Як бачимо з рисунка, 84,1% опитаних вказали, що їхню приватність та конфіденційність було однозначно чи частково дотримано.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7099)

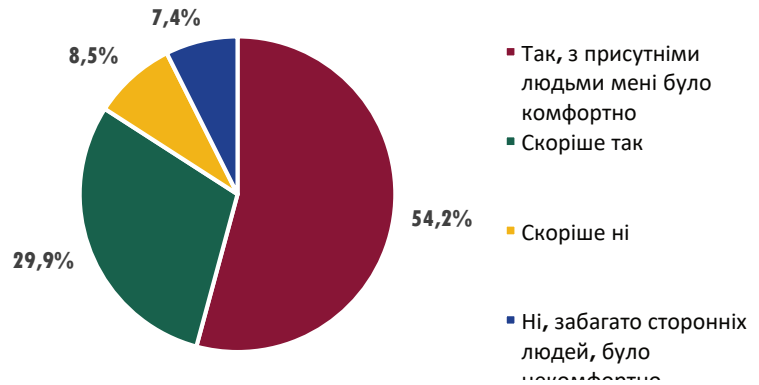


Суттєві відмінності у відповідях на це запитання можна спостерігати серед жінок, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, природним шляхом або шляхом кесарського розтину, з партнерами та за домовленістю. Несуттєвими були відмінності у відповідях жінок, які народжували в обласних центрах або містах Києві, а також окремо в столиці в порівнянні з іншими населеними пунктами, в населених пунктах різних розмірів, залежно від вікової групи та наявності чи відсутності вищої освіти.

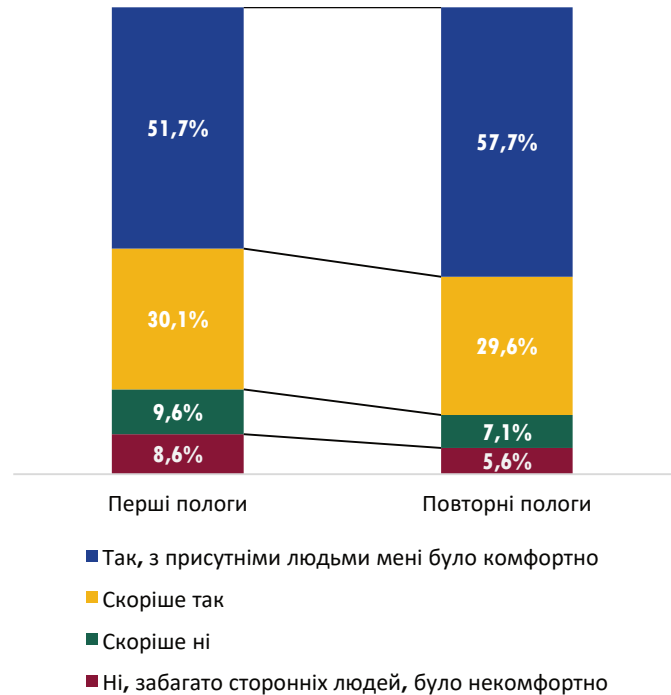
Як бачимо з рисунка нижче, жінки, які народжували повторно, були більш схильні відгукуватися про приватність та конфіденційність своїх пологів позитивно. Можна припустити, що відмінності у відповідях спричинені радше різним сприйняттям ситуації жінками з наявним та відсутнім попереднім досвідом, аніж реальною різницею в обставинах їхніх пологів, проте існує й імовірність того, що жінки з досвідом у своїх відповідях керуються спогадами про попередні пологи, в разі чого може йтися про позитивні системні зміни в якості послуг, що надаються.

Наступний рисунок демонструє, що жінки, які народили в період з 37 до 42 тижня вагітності, були більш задоволені дотриманням в їхніх пологах конфіденційності та приватності, ніж ті, що народжували до 37 або після 42 тижня вагітності. Ймовірно, на дотримання в їхніх пологах конфіденційності та приватності могли вплинути клінічні обставини, що виникли внаслідок раннього та, відповідного, пізнього терміну.

### Приватність та конфіденційність пологів (N=6977)

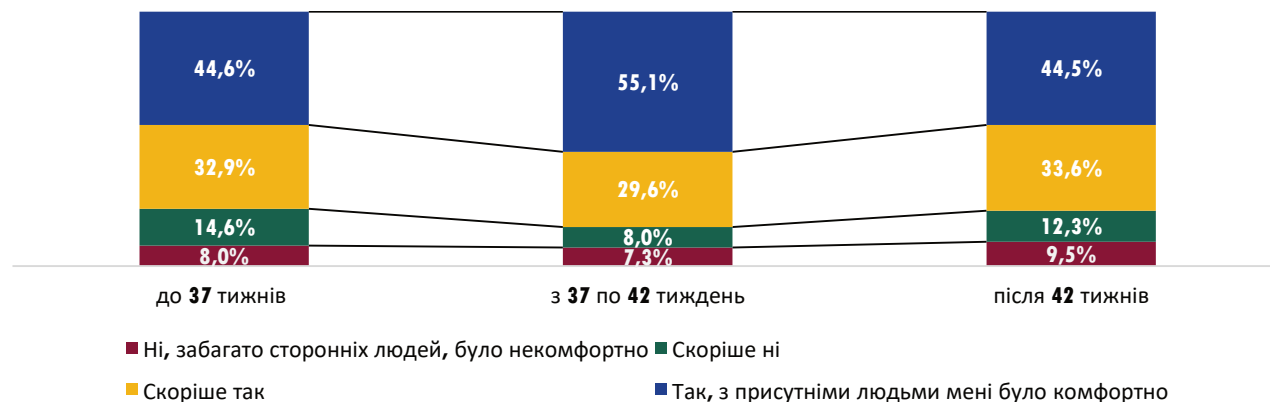


### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=6977)





## Приватність та конфіденційність пологів залежно від терміну пологів (N=6977)



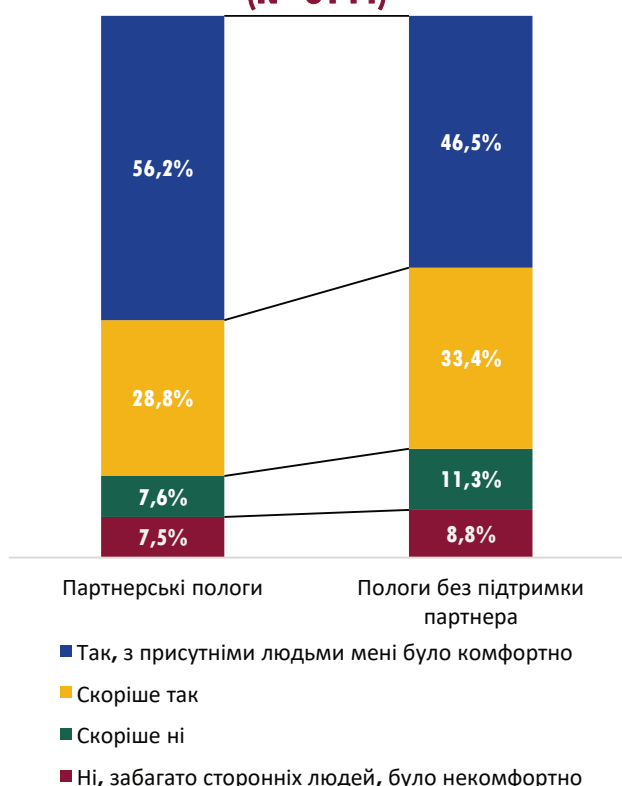
Можна припустити, що таким є і пояснення того, що жінки, які мали кесарський розтин, зазначали про порушення в їхніх пологах конфіденційності та приватності дещо частіше.

Жінки, які народжували в присутності одного або кількох партнерів, відгукувалися про дотримання своєї приватності та конфіденційності позитивніше, ніж ті, що народжували самостійно.

## Приватність та конфіденційність пологів залежно від типу пологів (N=6938)



## Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=6144)



Схожим чином значно вищою є пропорція респонденток, які вважають, що їхню приватність та конфіденційність було дотримано, серед жінок, чиї пологи були договірними, в порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою.

Три чверті респонденток (74,7%) відповіли «так» або «скоріше так» на запитання про те, чи відчували вони себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

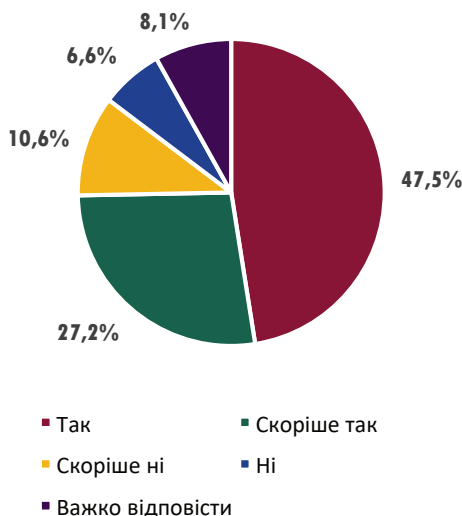
Статистично значуща різниця спостерігалася серед респонденток, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, природним шляхом або шляхом кесарського розтину, за присутності партнера або самотійно, а також за домовленістю або з черговою бригадою. Не було виявлено різниці у відповідях жінок залежно від обласного та столичного статусу населеного пункту, в якому вони народжували, його розміру, а також вікової групи та наявності в респонденток вищої освіти.

Як бачимо з рисунка нижче, опитані частіше повідомляли про свою активну роль у пологах, якщо вони були повторними. Цей результат є очікуваним, якщо взяти до уваги, що в повторних пологах жінки вже мають краще уявлення про процес і є відносно більш незалежними.

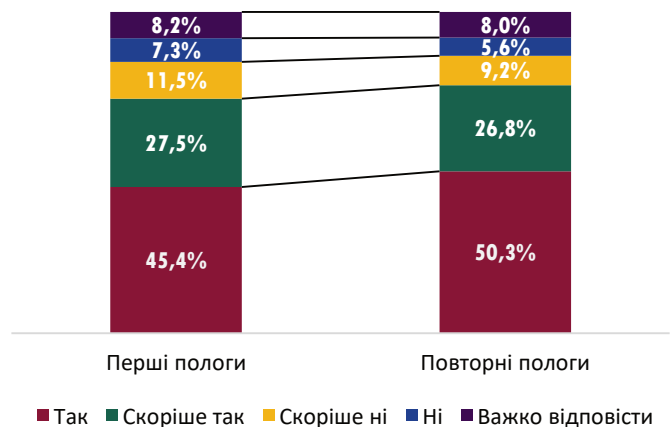
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=6977)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=7099)



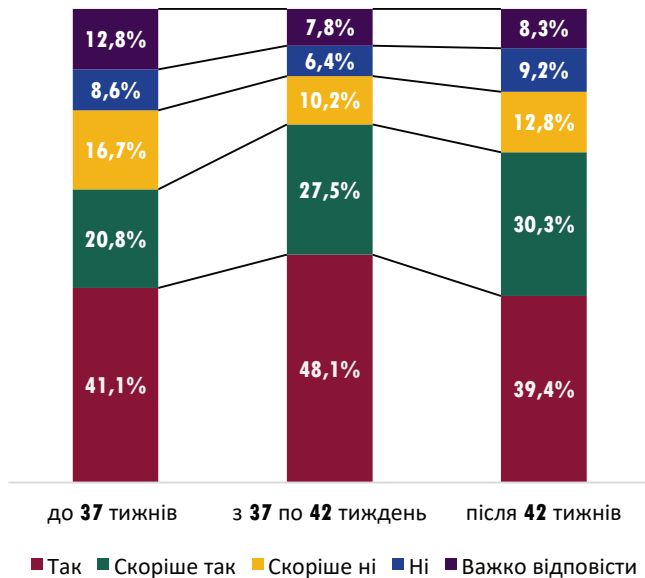
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7099)



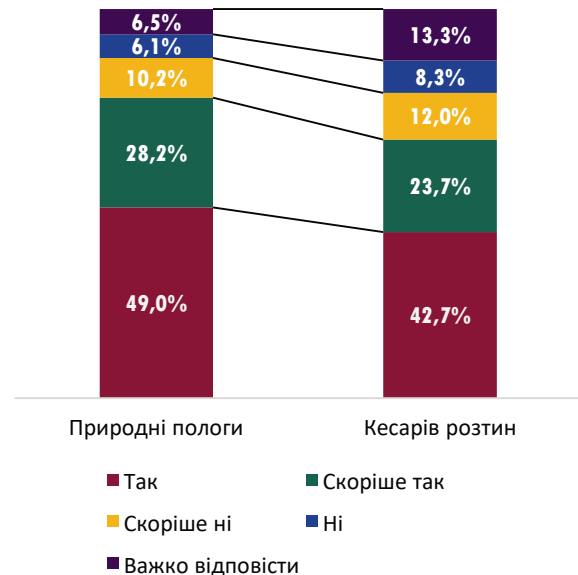
Жінки, що народжували в період з 37 до 42 тижня вагітності, частіше вважали себе активно залученими до своїх пологів, ніж ті, що народжували до 37 чи після 42 тижня вагітності. Як і у випадку попередньої змінної, можна припустити, що причина полягає в тому, що у випадку ранніх або пізніх пологів персонал із більшою ймовірністю застосовує медичні алгоритми та протоколи, які сприяють об'єктивації породіль.

Схожим чином жінки, які мали кесарський розтин, частіше не відчували своєї активної залученості до пологів, якщо порівнювати їхні відповіді з відповідями жінок, які народжували природним шляхом.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від терміну пологів (N=7099)**



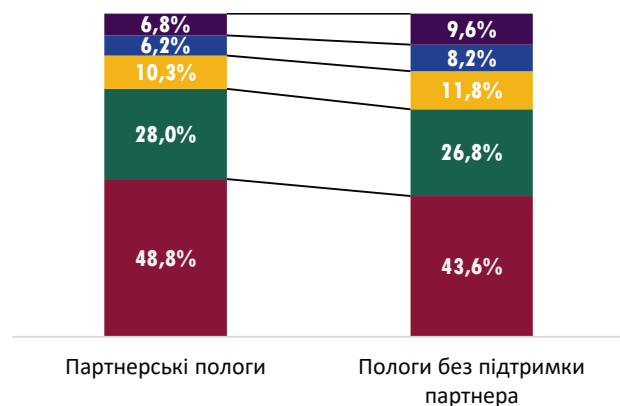
**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=7059)**



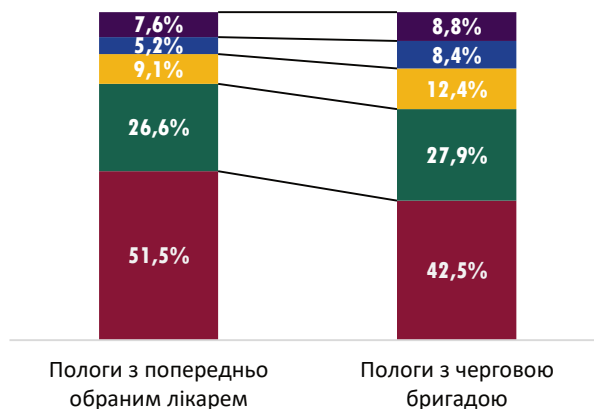
Присутність партнера також є фактором, який сприяє відчуттю активної залученості до процесу пологів, оскільки жінки, які народжували самостійно, частіше повідомляли, що почувалися не активними учасницями своїх пологів, а об'єктами проведення медичних маніпуляцій.

Крім того, про своє активне залучення до пологів частіше зазначали ті жінки, чиї пологи були договірними, в порівнянні з тими, які народжували з черговою бригадою.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=6244)**



**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7099)**



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

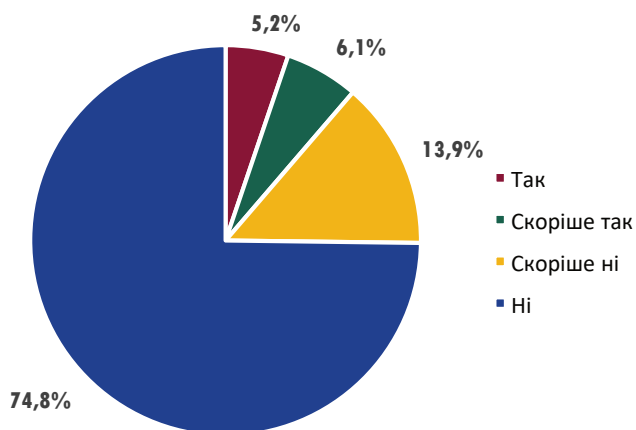
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко сказати

Відповідаючи на запитання про те, чи відчували вони психологічний тиск чи залякування в пологах або після пологів, опції «так» та «скоріше так» обрало лише 11,3% опитаних.

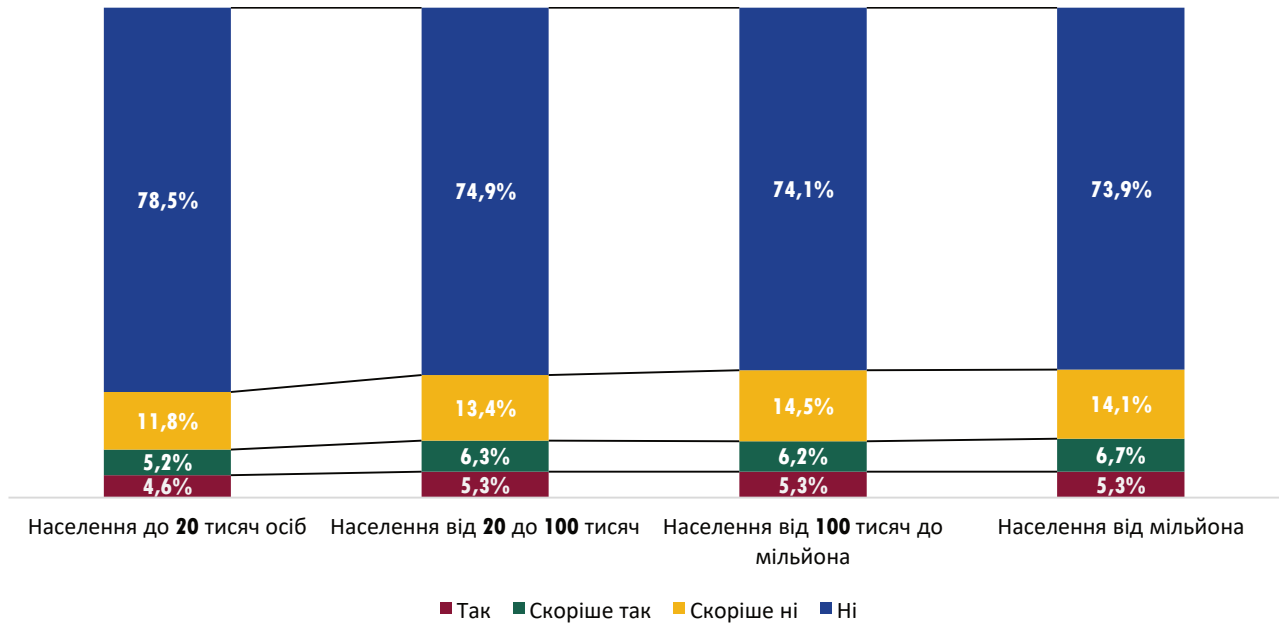
Суттєва різниця у відповідях спостерігається серед жінок, що народжували в населених пунктах різних розмірів, залежно від вікової групи, того, були пологи першими чи повторними, терміну вагітності, а також наявності домовленості про пологи з певним лікарем. Відповідно, не було виявлено значущої різниці у відповідях залежно від обласного та столичного статусу населеного пункту, в якому відбулися пологи, наявності в респонденток вищої освіти, типу пологів (природні або кесарський розтин), а також того, чи були пологи партнерськими.

Як бачимо з рисунка нижче, незважаючи на подібні значення за трьома більшими населеними пунктами, жінки, які народжували в населених пунктах розміром до двадцяти тисяч осіб, були більш однозначні в тому, що не відчували у своїх пологах тиску чи залякування. Це може пояснюватися як більш близькими стосунками між медичним персоналом та породіллями в малих населених пунктах, так і тим, що респонденткам із більших населених пунктів простіше ідентифікувати тиск та залякування.

**Психологічний тиск чи залякування (N=7019)**

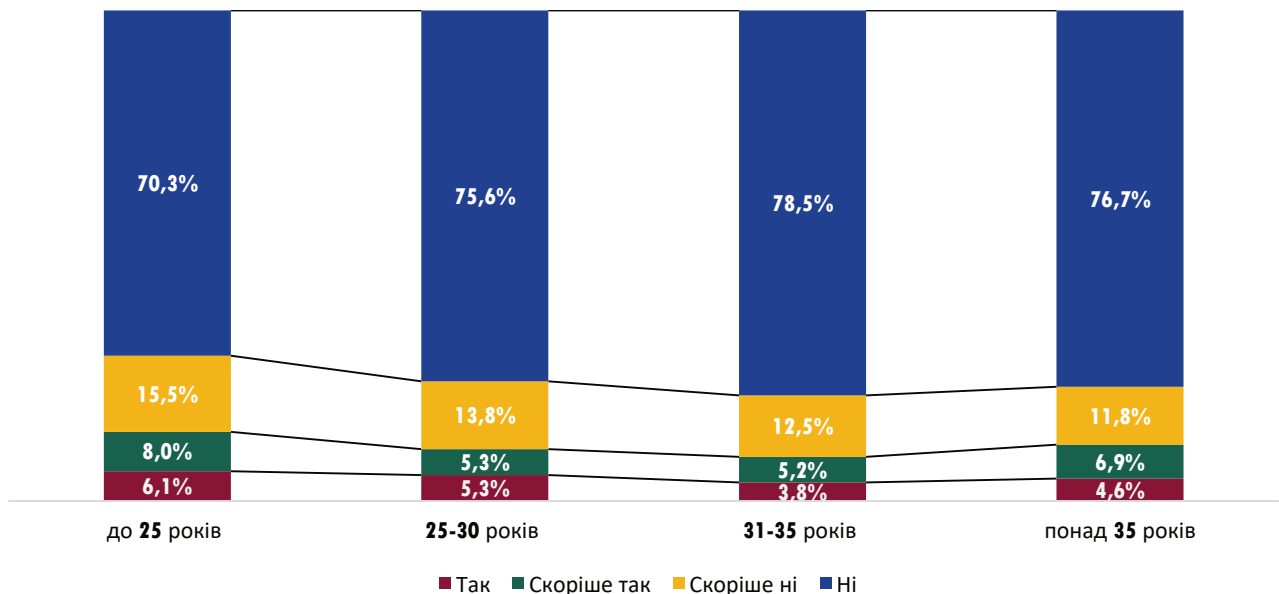


## Психологічний тиск чи залякування залежно від розміру населеного пункту (N=7019)



Як бачимо з рисунка, частота повідомлень про тиск або залякування в пологах збільшується зі зменшенням віку. З цієї тенденції вибивається лише вікова група понад тридцять п'ять років, проте на ці результати може впливати малонаповненість категорії.

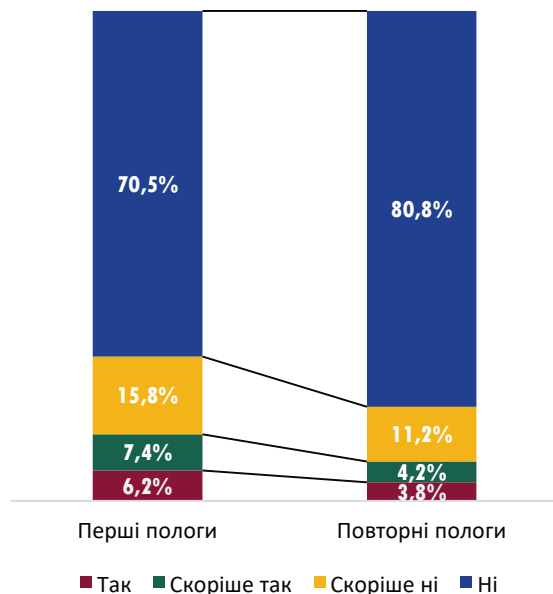
## Психологічний тиск чи залякування залежно від віку (N=7019)



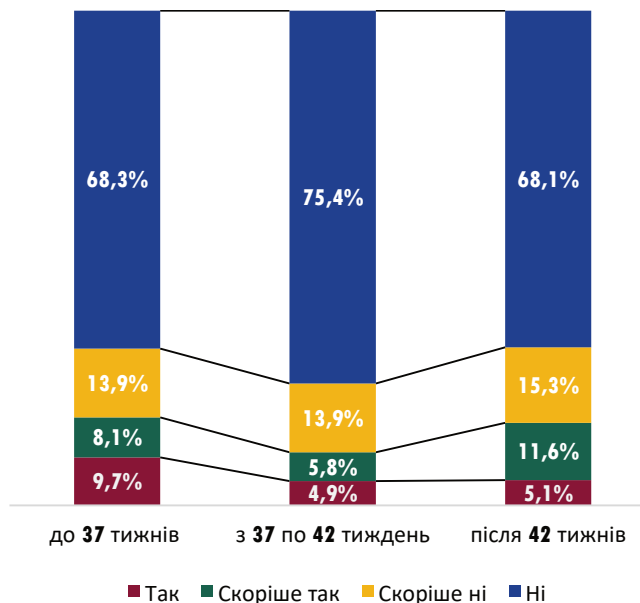
Жінки, які народжували вперше, повідомляли про тиск та залякування в пологах частіше, ніж ті, що народжували повторно.

Найрідше про тиск та залякування зазначали жінки, чиї пологи відбулися в період з 37 до 42 тижня вагітності, найчастіше ж – ті, що народжували до 37 тижнів. Ймовірно, тиск та залякування в цьому випадку було прямо пов'язане з терміном вагітності.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7019)



### Психологічний тиск чи залякування залежно від терміну пологів (N=7019)



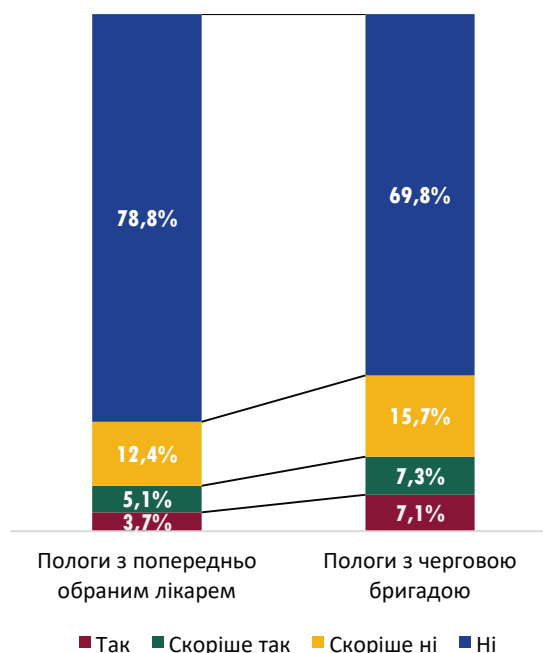
Також про тиск та залякування частіше повідомляли ті жінки, які народжували з черговою бригадою, в порівнянні з жінками, які мали договірні пологи.

Нарешті, серед іншого анкета містила запитання щодо задоволеності доглядом у пологовому будинку. Як можемо бачити з рисунка нижче, 77,1% респонденток були «дуже задоволені» або «задоволені» доглядом.

Суттєва різниця у відповідях респонденток спостерігається залежно від столичного статусу та розміру населеного пункту, в якому відбулися пологи, вікової групи, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, а також наявності домовленості про пологи. Відповідно, не було виявлено значних відмінностей у відповідях респонденток залежно від обласного статусу населеного пункту, наявності вищої освіти, типу пологів, а також того, чи були вони партнерськими.

Бачимо з рисунка нижче, що жінки, які народжували в Києві, залишали позитивні відгуки щодо задоволеності доглядом у пологовому будинку частіше, ніж жінки з інших населених пунктів.

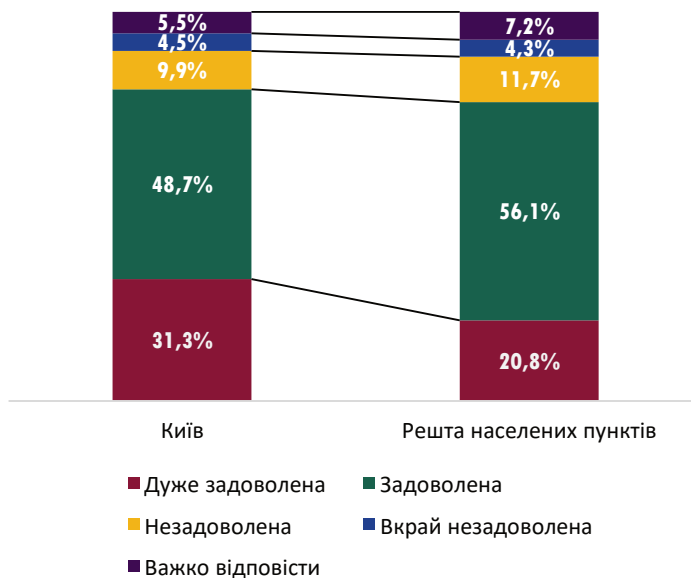
### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7019)



### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=7099)

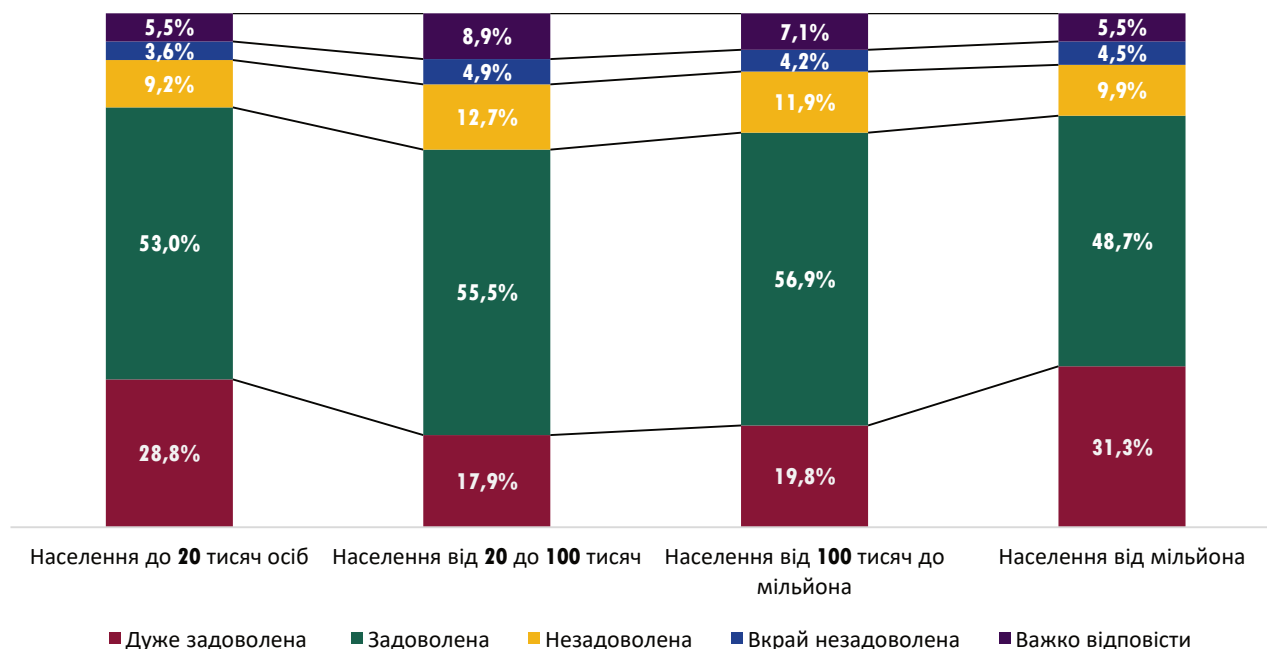


### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від столичного статусу населеного пункту (N=7099)



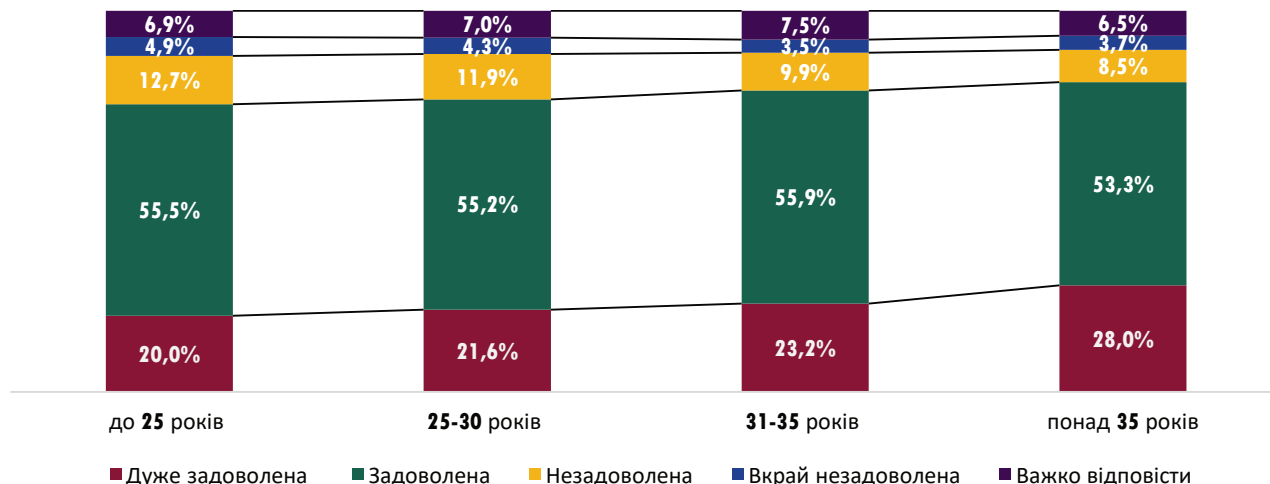
Жінки з найменших населених пунктів та міста-мільйонника (Київ) були частіше «дуже задоволені» доглядом, ніж жінки з населених пунктів середнього розміру. Можна припустити, що, в той час як задоволеність доглядом у Києві пояснюється вищою якістю послуг, що надаються, задоволеність жінок із малих населених пунктів пояснюється більш тісними стосунками з медичним персоналом, проте однозначно підтвердити це твердження не видається можливим.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно розміру населеного пункту (N=7099)



Згідно з наступним рисунком, задоволеність доглядом зростає пропорційно зі збільшення віку. Це може бути пов'язане як із покращенням самого догляду в порівнянні з минулим, так і з підвищеними очікуваннями у жінок молодшого віку.

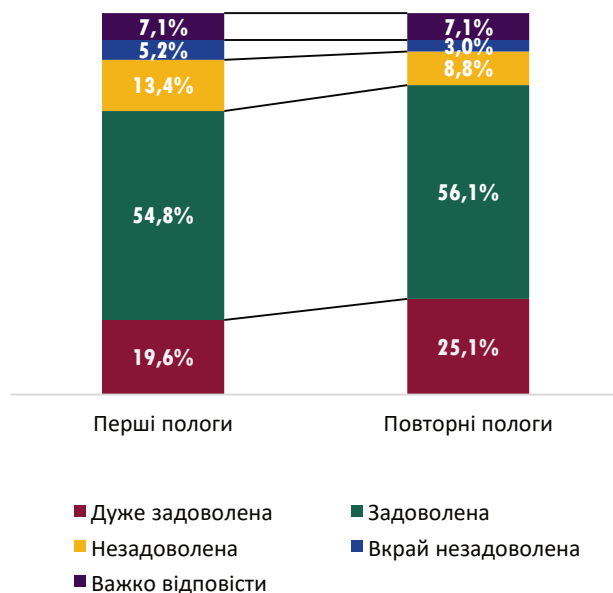
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від віку (N=7099)



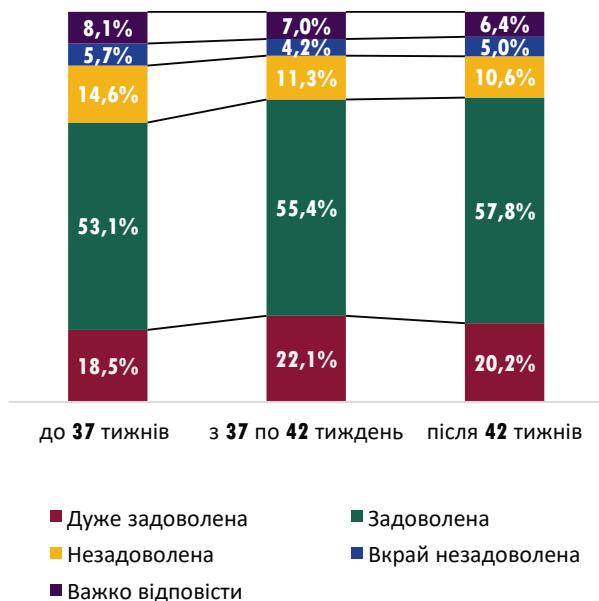
Схожим чином більш задоволені доглядом і жінки, які народжували повторно – це може підтверджувати гіпотезу про покращення якості догляду в порівнянні з минулим.

Якщо порівнювати задоволеність доглядом серед жінок, які народжували на різних термінах вагітності, побачимо, що найменш задоволеними є жінки, чий полог почалися до 37 тижня вагітності. Як і у випадку попередньої змінної, ймовірно, це пояснюється потребою в підвищеному догляді, якого потребують такі жінки в зв'язку з ранніми пологами.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7099)



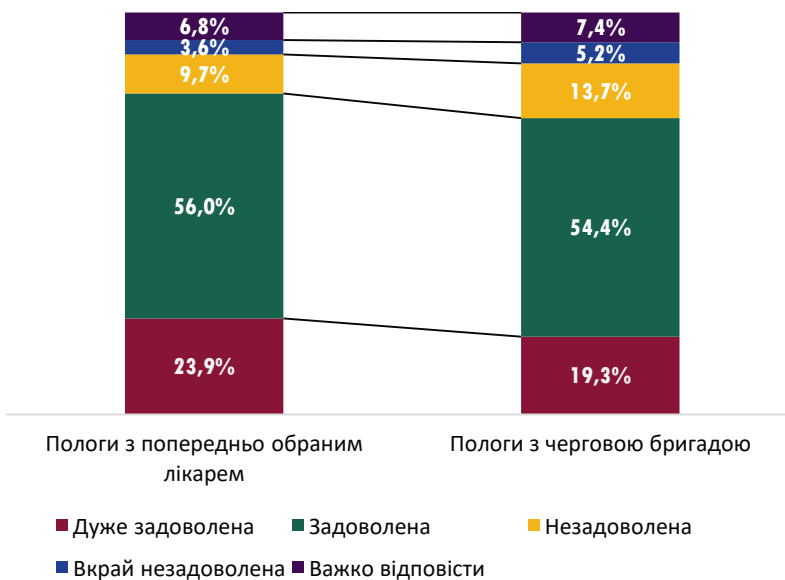
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від терміну пологів (N=7099)





Також вищим був рівень задоволеності доглядом серед тих жінок, які мали договірні пологи, в порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7099)



### Розділ 3. Хід пологів

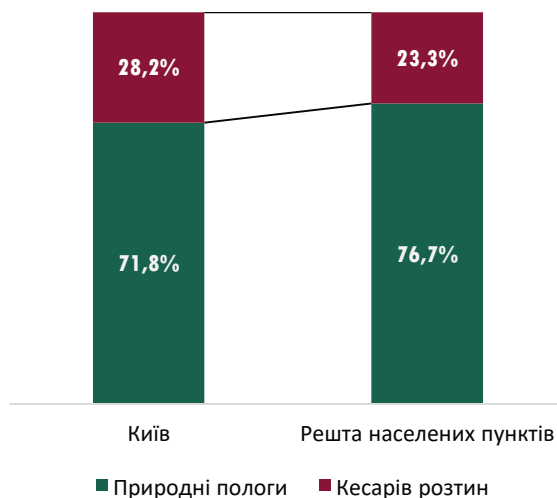
Більшість респонденток (76,2%) народила природним шляхом, 23,8% – шляхом кесаревого розтину.

Бачимо значну різницю у відповідях респонденток за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, віку, терміну вагітності, партнерських та договірних пологів. Не було виявлено статистично значущої різниці у частці кесарських розтинів за змінними обласного центру, вищої освіти та наявності попереднього пологового досвіду.

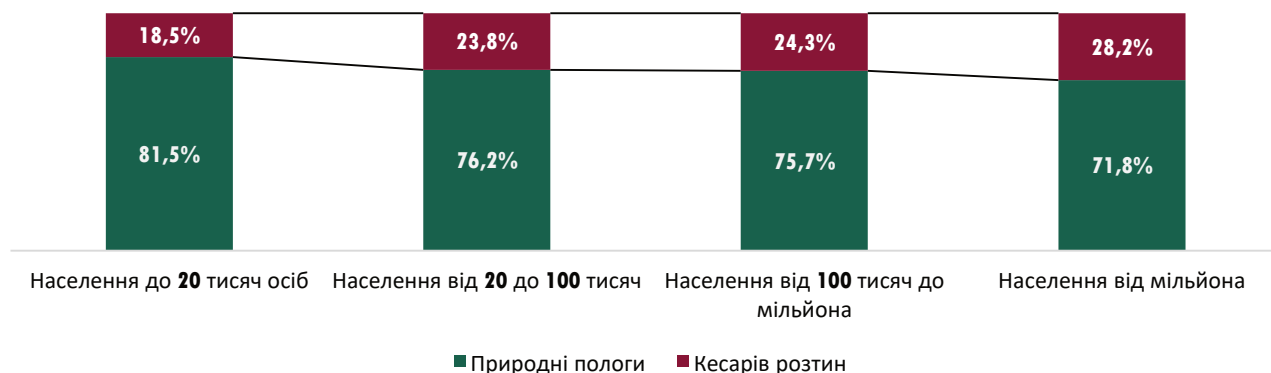
Так, жінки, які народжували в Києві, мали кесарський розтин частіше, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів.

Ба більше, наступний рисунок демонструє чітку тенденцію до збільшення частки кесарських розтинів зі зростанням розміру населеного пункту.

#### Тип пологів залежно від столичного статусу населеного пункту (N=7059)

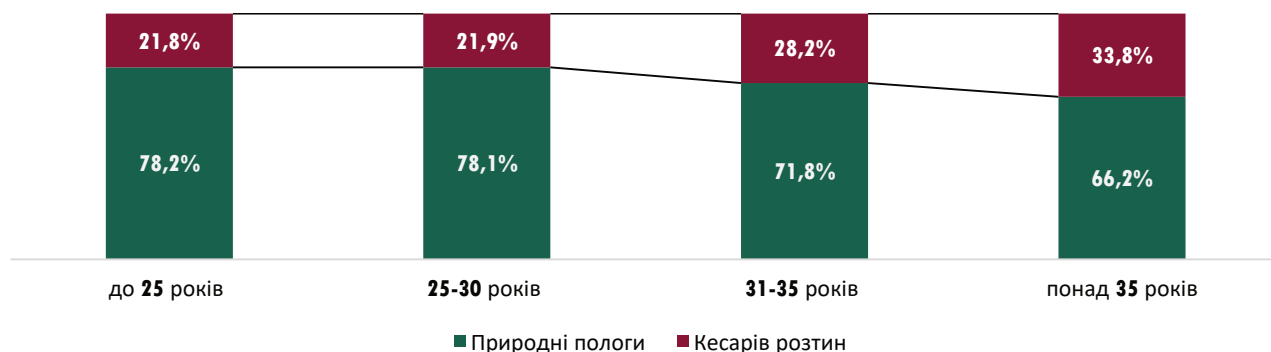


#### Тип пологів залежно від розміру населеного пункту (N=7059)



Спостерігаємо й тенденцію щодо віку: частка кесарських розтинів збільшується зі зростанням віку опитаних.

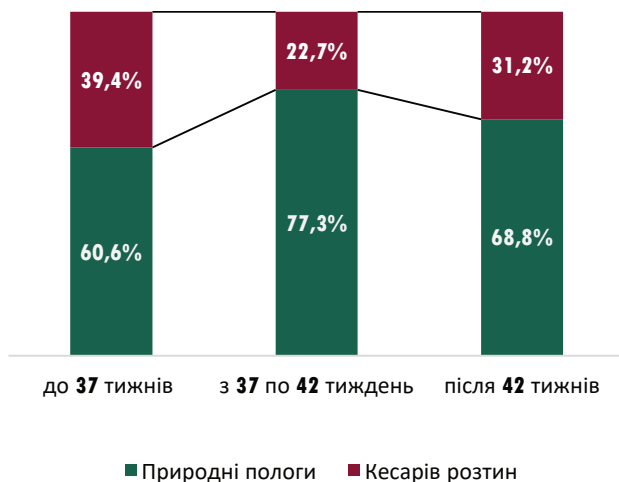
#### Тип пологів залежно від віку (N=7059)



Бачимо найвищу частку кесарських розтинів серед жінок, які мали недоношену вагітність, а найменшу – серед тих, що народили з тридцять сьомого до сорок другого тижня вагітності.

Дещо частіше кесарський розтин мали ті жінки, які народжували самі – ймовірно, певною мірою це пояснюється запланованими кесарськими розтинами, під час яких присутність партнера не була передбачена.

**Тип пологів залежно від терміну пологів (N=7059)**



**Тип пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=6216)**



Врешті, частіше про кесарський розтин згадували жінки, які мали договірні пологи – ймовірно, це також можна пояснити часткою запланованих кесарських розтинів у вибірці.

Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 76,1%, у випадку 23,9% вони були викликані штучно, при цьому 28,5% не знали причину стимуляції. У решті 71,5% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

Попередньо запланованими були 60,7% кесарських розтинів, решта 39,3% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (82,6%) відбулися до початку перейм (з них 83,5% — за медичними показаннями, 16,5% — за особистим бажанням жінки), інші 17,4% — після початку перейм за медичними показаннями.

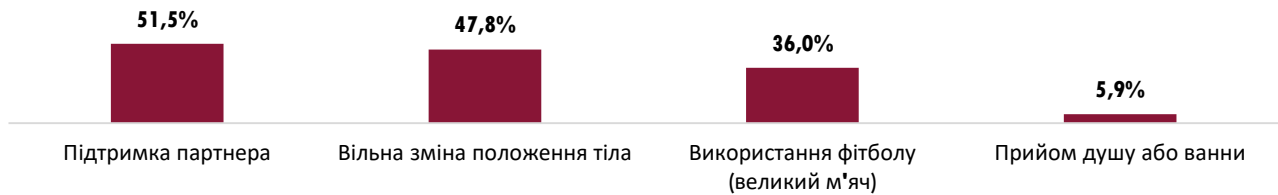
Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 62,9% розпочалися самі, початок решти 37,1% був стимульований штучно: у випадку 78% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 22% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

**Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=7059)**



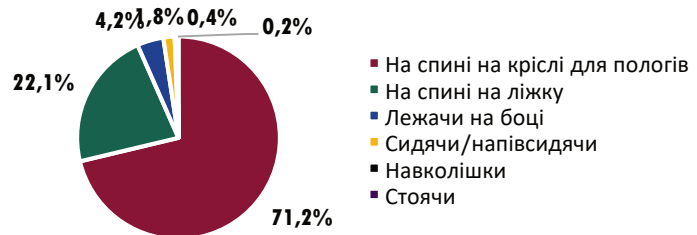
Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (51,5%) та вільну зміну положення тіла (47,8%). Дещо менше згадували використання фітболу (36%), ще менше – прийом душу або ванни (5,9%).

## Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=7099)



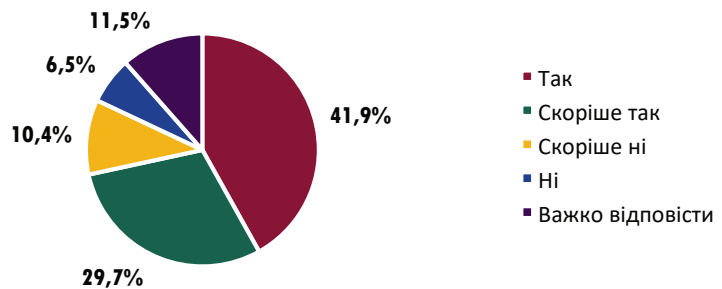
Абсолютна більшість жінок (93,3%) зазначила, що народжувала на спині: 71,2% – на кріслі для пологів, 22,1% – на ліжку. Лише одиниці народжували, лежачи на боці (4,2%), сидячи чи напівсидячи (1,8%), навколішки (0,4%) чи стоячи (0,2%).

## Положення в момент народження дитини (N=5409)



Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 71,6% респонденток, незручною або скоріше незручною – 16,9%; ще 11,5% було важко відповісти на це запитання.

## Зручність положення в момент народження дитини (N=5379)



Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (49,9%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (40,5%). У випадку 9,6% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

## Причина народження в незручній позиції (N=3786)



Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 55,4% випадків, решта опитаних (44,6%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина респонденток (52,1%) вказала, що щодо них було застосовано амніотомію, з них у випадку 34,2% її було здійснено без пояснень та попередньої згоди.

Спостерігаємо статистично значущі відмінності за змінними наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину<sup>1</sup>), того, чи були пологи партнерськими та чи були вони договірними. Не було виявлено суттєвих відмінностей за змінними обласного центру, столичного статусу, розміру населеного пункту, вікової категорії та вищої освіти.

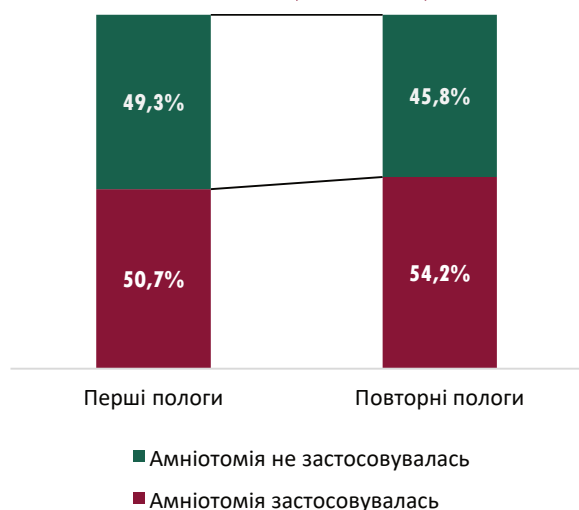
Так, бачимо, що жінки в повторних пологах частіше повідомляли про застосування щодо них амніотомії.

Попри малонаповненість двох категорій за змінною «термін вагітності» («до 37 тижнів» та «після 42 тижнів»), бачимо цілком логічну тенденцію, згідно з якою жінки, чий пологи почалися передчасно, повідомляли про застосування до них амніотомії вдвоє рідше.

### Застосування амніотомії (N=6244)



### Застосування амніотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=6244)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=6244)



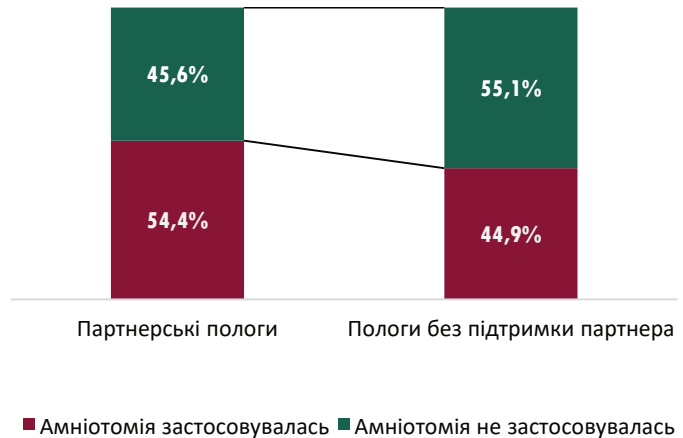
Крім того, амніотомія частіше траплялася у випадках, коли пологи відбувалися природним шляхом, ніж коли вони закінчувалися кесарським розтинном, та якщо в пологах був присутній партнер.

<sup>1</sup> Запитання, які ввійшли до чинного «Розділу 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах», ставилися лише тим жінкам із кесарським розтинном, яких було прооперовано після початку пологів, тож їхня кількість у підвибірці є обмеженою – це слід брати до уваги при ознайомленні з наведеними даними.

### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=6216)



### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=6244)

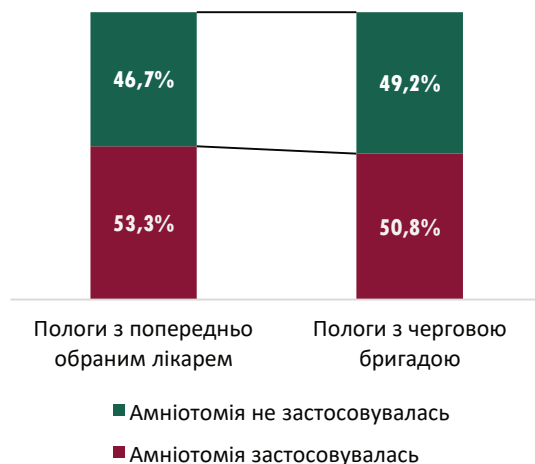


Нарешті, амніотомія здійснювалась дещо частіше, якщо пологи були договірними.

Понад половина опитаних (67,7%) вказали, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, з них у випадку 24,8% це робилося без пояснень та згоди, попри те, що ситуація не була екстреною.

Суттєві відмінності у відповідях наявні за змінними обласного центру, столичного статусу, розміру населеного пункту, віку, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину), а також того, чи були пологи партнерськими та договірними. Не мав значення фактор наявності вищої освіти.

### Застосування амніотомії залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=6244)



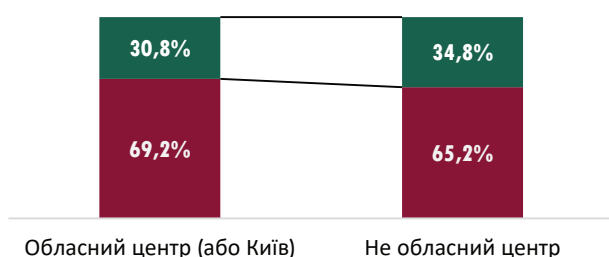
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=6132)



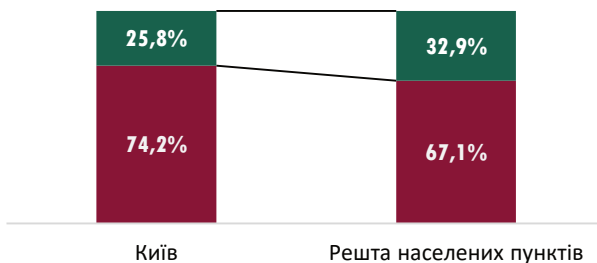
Так, бачимо з першого рисунка, що крапельниці, пігулки та інші ліки частіше використовувались у випадку жінок, що народжували в обласних центрах або Києві.

Навіть більшою є різниця між столицею та рештою населених пунктів у вибірці – в першому випадку частота застосування цих інтервенцій була вищою.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від обласного статусу населеного пункту (N=6132)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від столичного статусу населеного пункту (N=6132)

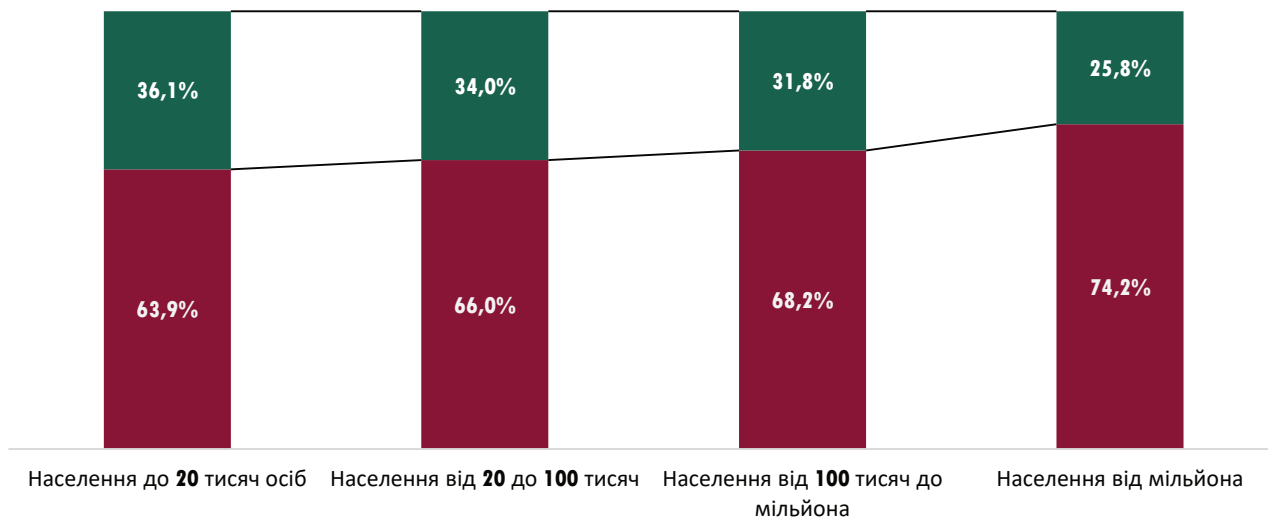


- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались

- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались

Наступний графік демонструє, що частота повідомлень про застосування крапельниць, пігулок чи інших ліків збільшується зі збільшенням розміру населеного пункту, що свідчить про те, що медикалізація пологів пов'язана з урбанізаційними процесами.

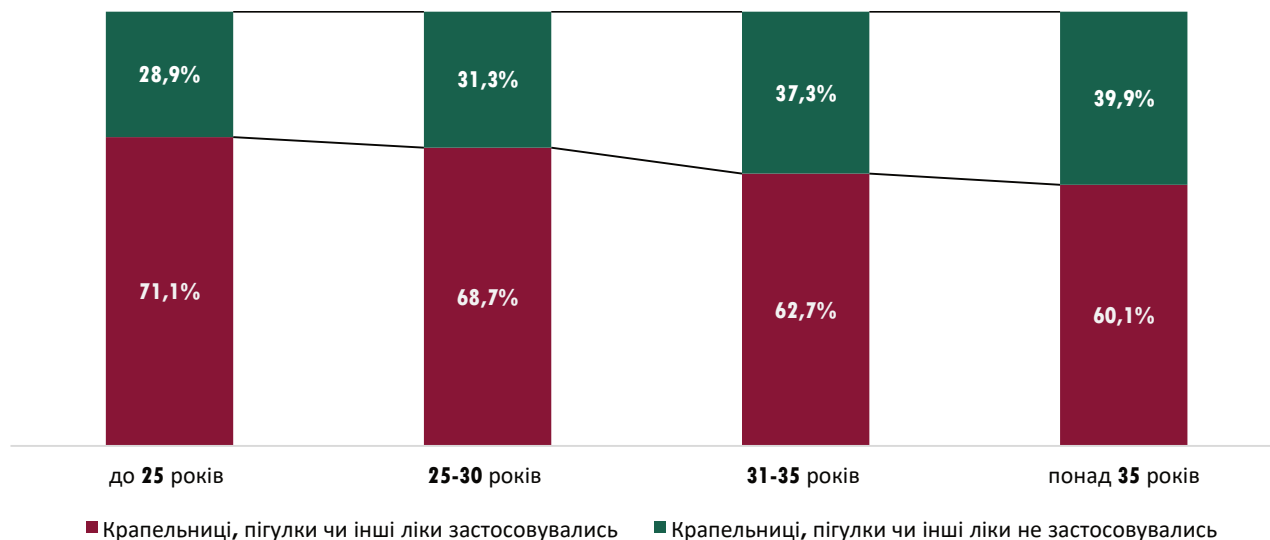
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від розміру населеного пункту (N=6132)



- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались

Схожим чином частка застосувань таких втручань збільшується й зі зменшенням віку опитаних. Можливо, ця тенденція пояснюється більш критичним сприйняттям свого пологового досвіду жінками молодшого віку, проте однозначних доказів на підтримку цієї гіпотези навести не видається можливим.

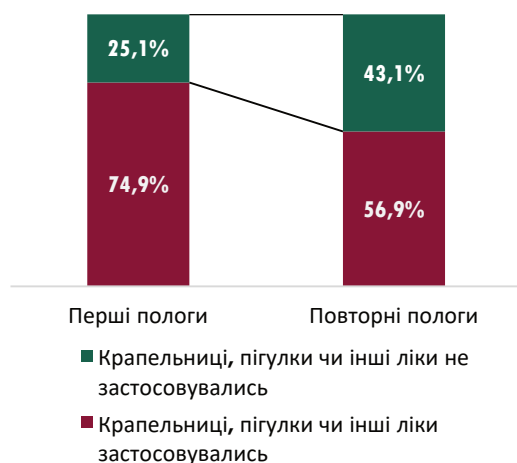
## Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від віку (N=6132)



Жінки, що народжували вперше, зазначали про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків частіше, ніж ті, що народжували повторно; імовірно, ця та попередня змінна пов'язані між собою.

Очікувано бачимо вищу частку повідомлень про застосування таких втручань у пологах серед жінок, які мали недоношену або перенесену вагітність.

## Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=6132)



## Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від терміну пологів (N=6132)

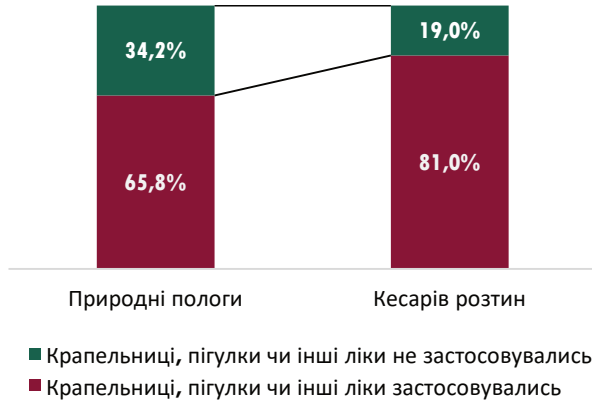


Подібним чином, очікувано частіше про крапельниці, пігулки та інші ліки у своїх пологах згадували жінки, які мали кесарський розтин.

Опитані, які народжували в присутності партнера або партнерів, зазначали про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків частіше, ніж ті, що народжували самі.



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=6105)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності партнерської підтримки (N=6132)



Також частіше про наявність подібних втручань зазначали ті респондентки, які мали договірні пологи.

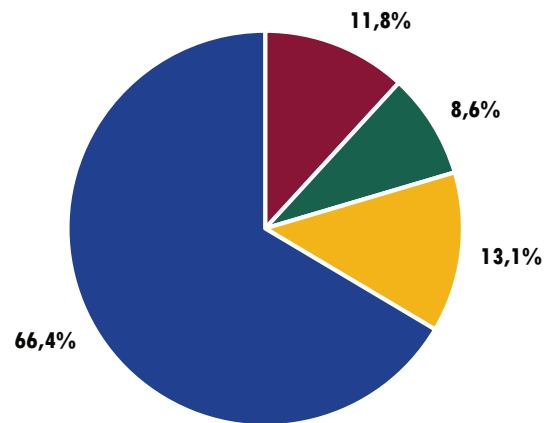
Третина жінок (33,5%), що взяли участь у дослідженні, вказали, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, причому у випадку 64,7% маніпуляція була здійснена без згоди або без попередження.

Відмінності у відповідях є статистично значущими за змінними обласного центру, столичного статусу, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, а також партнерських та договірних пологів. Не було виявлено різниці у відповідях за змінними наявності вищої освіти та того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=6132)



### Застосування епізіотомії (N=5409)

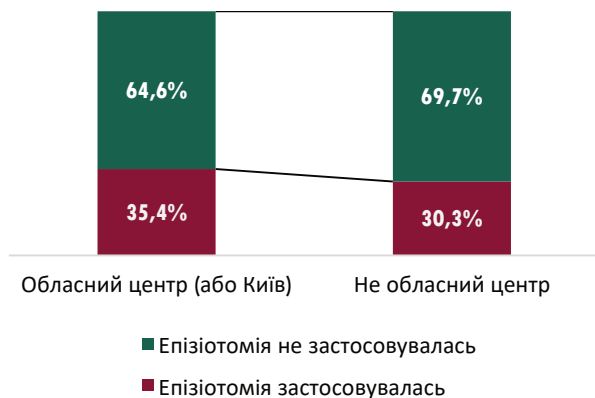


- Так, мене спитали про згоду на це
- Так, без моєї згоди на це
- Так, без попередження
- Ні, мені промежину не розрізали

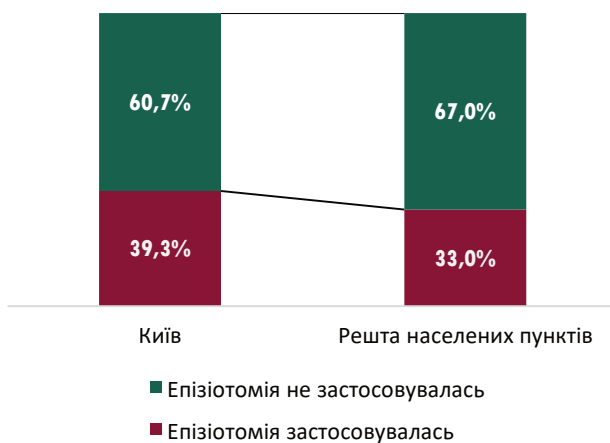
Як свідчить перший рисунок, жінки, які народжували в обласному центрі або Києві, повідомляли про застосування в їхніх пологах епізіотомії дещо частіше, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів.

Бачимо те саме й у столичному розрізі: жінки, які народжували в Києві, повідомляли про застосування у їхніх пологах епізіотомії частіше.

### Застосування епізіотомії залежно від обласного статусу населеного пункту (N=5409)

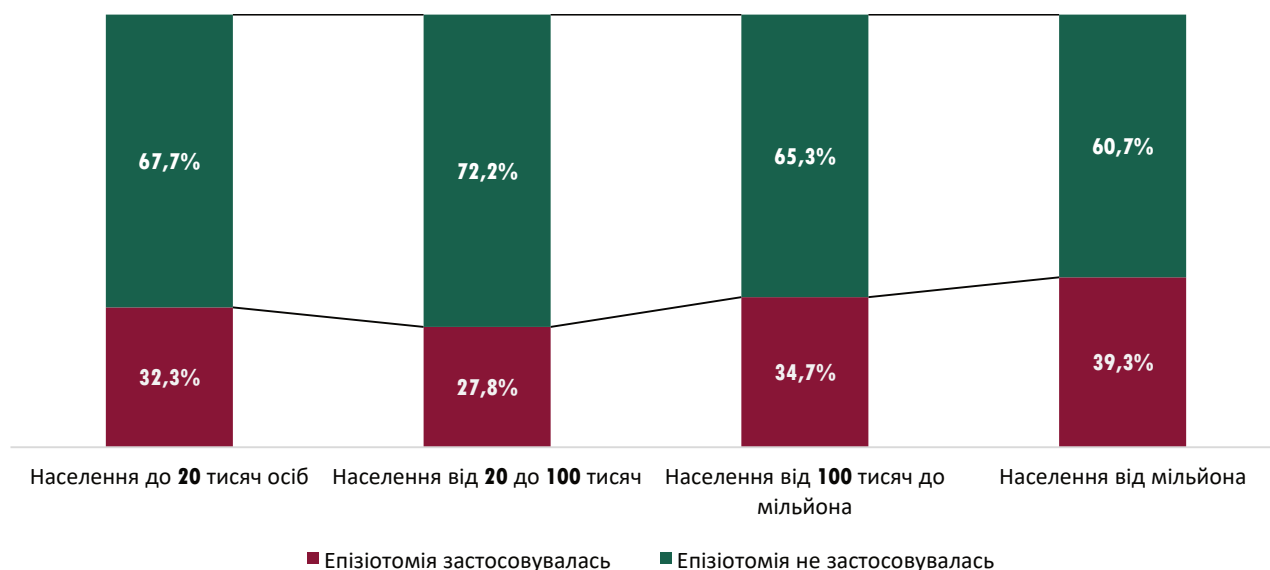


### Застосування епізіотомії залежно від столичного статусу населеного пункту (N=5409)



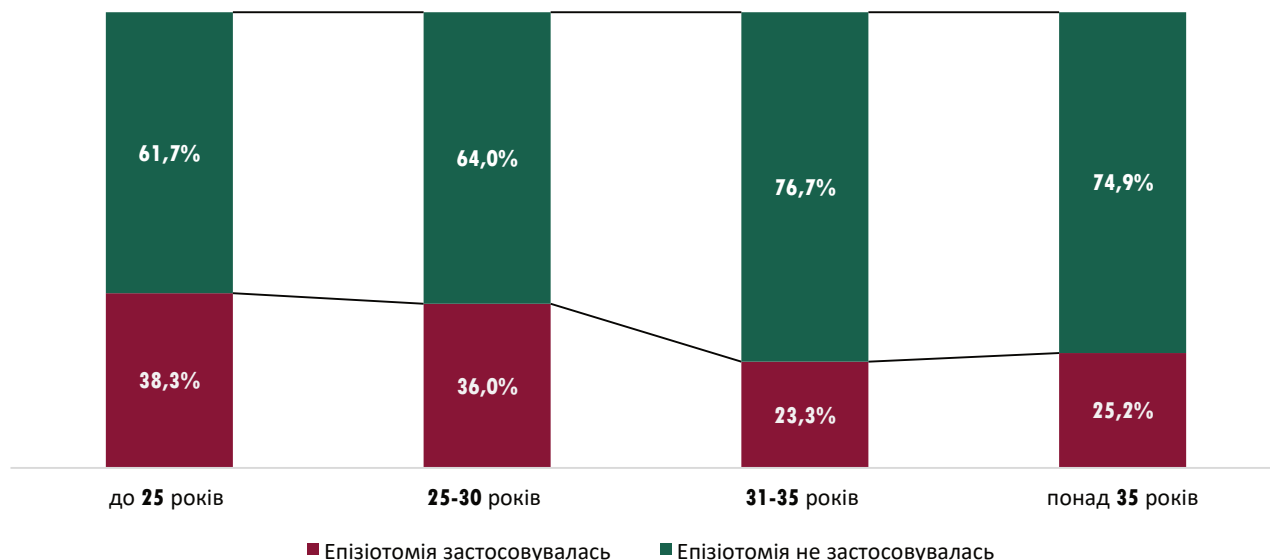
Наступний рисунок демонструє певну тенденцію до збільшення частки повідомлень про епізіотомію зі збільшенням розміру населеного пункту; утім, бачимо, що жінки, які народжували в найменших населених пунктах, вказували про наявність у них такого досвіду дещо частіше, ніж ті, що народжували в населених пунктах розміром від двадцяти до ста тисяч осіб.

### Застосування епізіотомії залежно від розміру населеного пункту (N=5409)



Також спостерігаємо тенденцію до збільшення частки повідомлень про маніпуляцію зі зменшенням віку – дещо вище значення у випадку жінок віком понад тридцять п'ять років може пояснюватися статистичною похибкою.

## Застосування епізіотомії залежно від віку (N=5409)



Значною є різниця у відповідях жінок залежно від наявності в них попереднього пологового досвіду: жінки в перших пологах повідомляли про застосування епізіотомії втричі частіше, ніж жінки в повторних пологах.

Наступний рисунок демонструє збільшення частки повідомлень про застосування епізіотомії зі збільшенням терміну вагітності: ймовірно, тут має місце вплив на рішення про проведення маніпуляції розміру дитини.

## Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=5409)



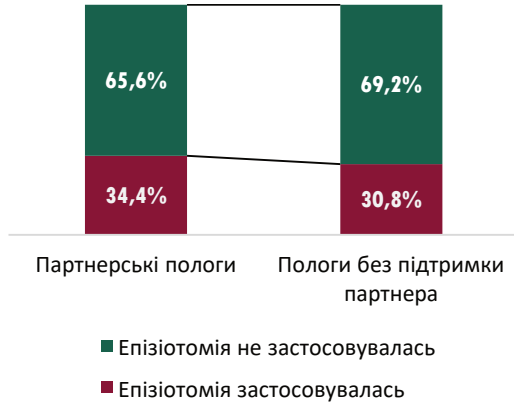
## Застосування епізіотомії залежно від терміну пологів (N=5409)



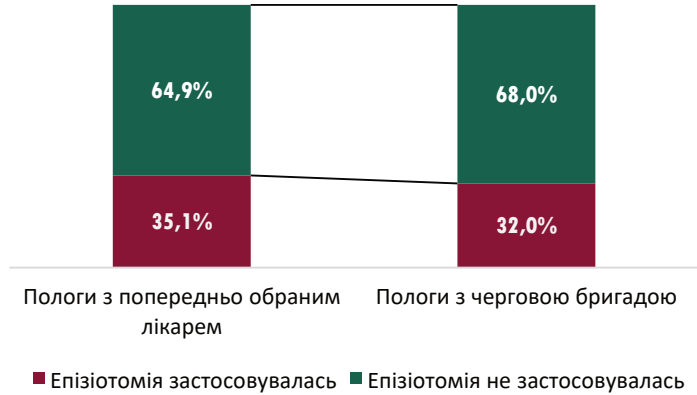
Жінки, під час пологів яких був присутній партнер, повідомляли про застосування епізіотомії дещо частіше, ніж ті, що народжували самі.

Нарешті, дещо частіше про застосування в їхніх пологах епізіотомії зазначали опитані, які народжували з попередньо обраним лікарем, аніж ті, що народжували з черговою бригадою.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=5409)



### Застосування епізіотомії залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=5409)



Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 26,5% респонденток, причому у випадку 31 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 7,8% респонденток не змогли відповісти на це запитання. Слід зауважити, що це запитання мало за мету окреслити поширеність в Україні забороненого методу Кристеллера, проте однозначно говорити про те, чи застосовувався у випадку респонденток, які відповіли позитивно, саме цей прийом, а не щось подібне до нього, неможливо.

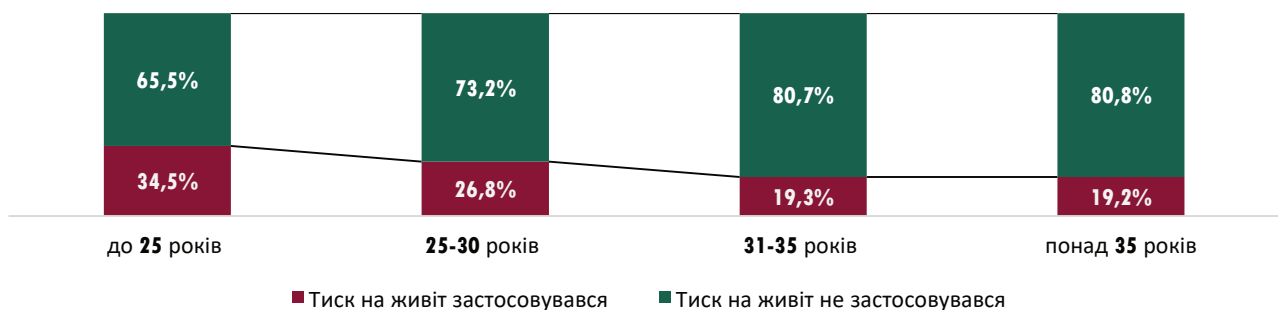
### Застосування тиску на живіт (N=5409)



Суттєві відмінності у відповідях за цим запитанням було виявлено серед жінок різного віку, що народжували вперше та повторно, а також за домовленістю та з черговою бригадою. Відповідно, не було виявлено значних відмінностей за змінними обласного центру, столичного статусу, розміру населеного пункту, наявності вищої освіти, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, того, були пологи природними чи закінчилися кесарським розтином, а також того, чи були вони партнерськими.

Так, бачимо тенденцію до збільшення частки повідомлень про застосування тиску на живіт зі зменшенням віку.

### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=5409)



Як і у випадку епізіотомії, бачимо значні відмінності у відповідях за змінною наявності попереднього пологового досвіду: жінки, які народжували вперше, повідомляли про застосування в їхніх пологах тиску на живіт удвічі частіше, ніж ті, що народжували повторно.

Врешті, дещо вищою є частка повідомлень про тиск на живіт у пологах серед тих жінок, що народжували з черговою бригадою.

### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=5409)



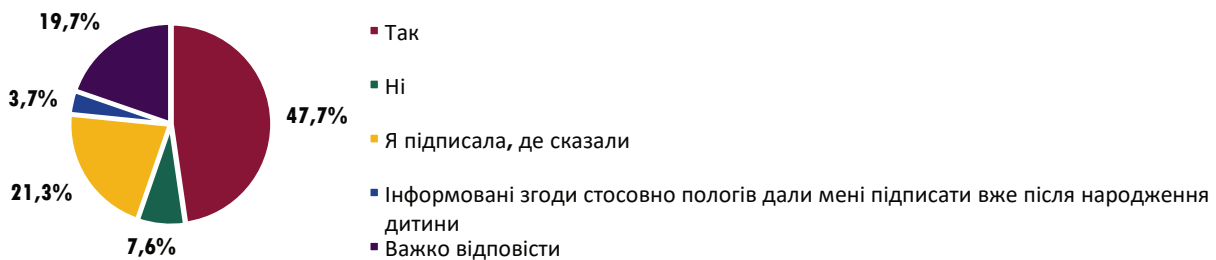
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=5409)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали менше половини опитаних (47,7%). Особливу увагу слід звернути на те, що кожна п'ята (21,3%) підписала документи, «де сказали», а ще 19,7% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

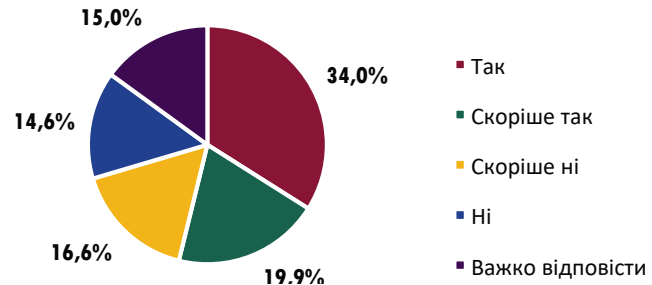
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=7099)



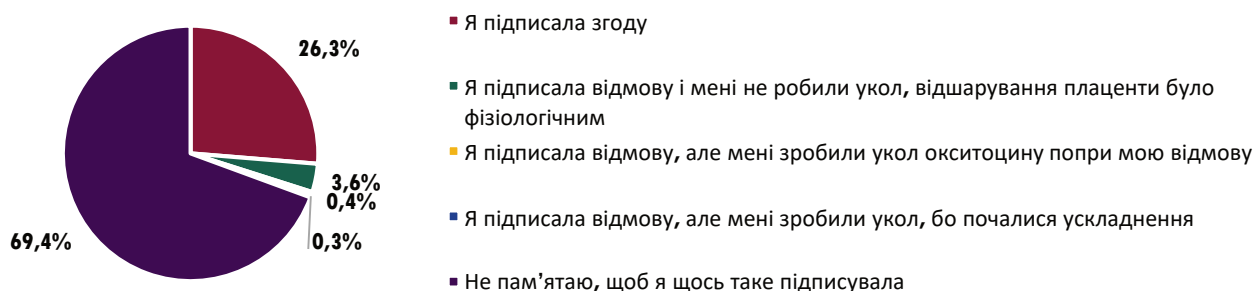
Лише половина (53,9%) отримала чи скоріше отримала пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Третина респонденток (31,2%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а майже кожна сьома жінка (15%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомила чверть респонденток (26,3%), натомість майже три чверті (69%) вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=7099)



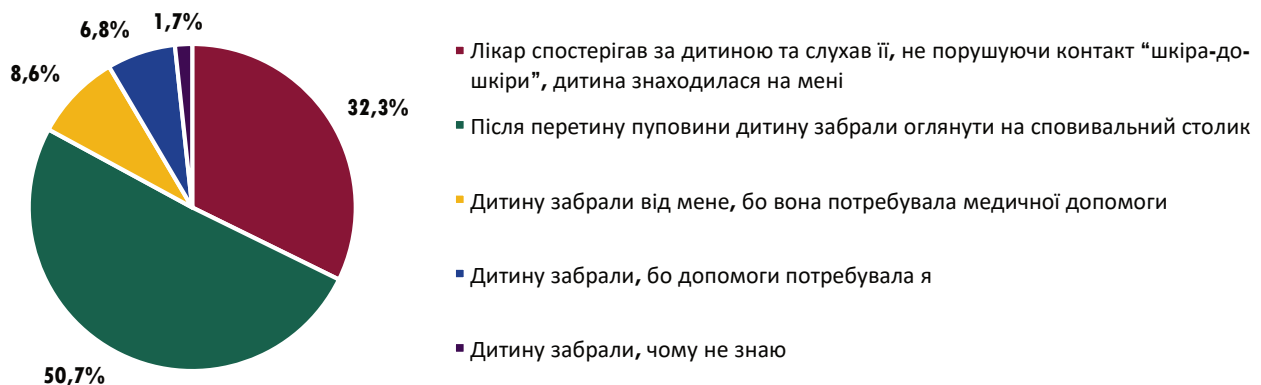
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=5409)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, половину новонароджених (50,7%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 17,1% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише третина дітей (32,3%) оглядалася зі збереженням контакту «шкіра до шкіри»<sup>2</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=5990)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 51,3% опитаних – з них у випадку 38,7% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 12,6% – з чоловіком або іншими родичами. Третина немовлят (31,1%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, кожна десята опитана (10,1%) зазначала, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від неї з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=6953)



<sup>2</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

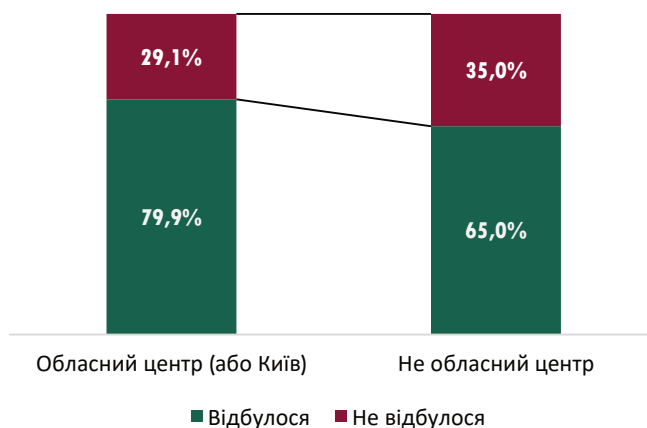
Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 68,9% опитаних жінок.

Спостерігаємо відмінності у відповідях респонденток за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів. Не було виявлено значної різниці у відповідях за змінною столичного статусу.

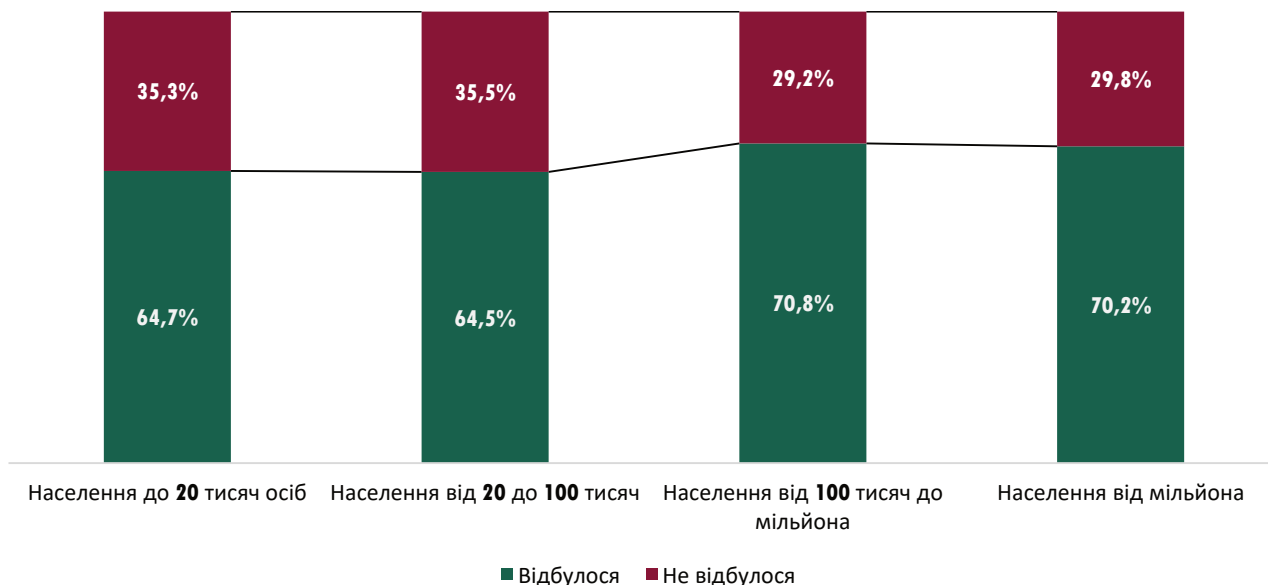
Як демонструє перший рисунок, жінки, які народжували в обласному центрі або Києві, повідомляли про те, що перше грудне годування їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, дещо частіше, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

Як бачимо з наступного рисунка, частка повідомлень про те, що грудне годування відбулося протягом перших двох годин життя, є дещо вищою в більших населених пунктах.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від обласного статусу населеного пункту (N=7011)



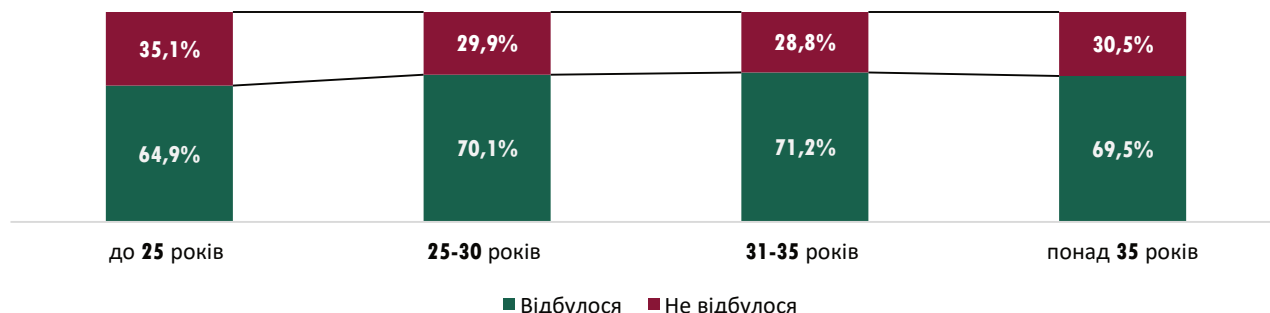
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=7011)





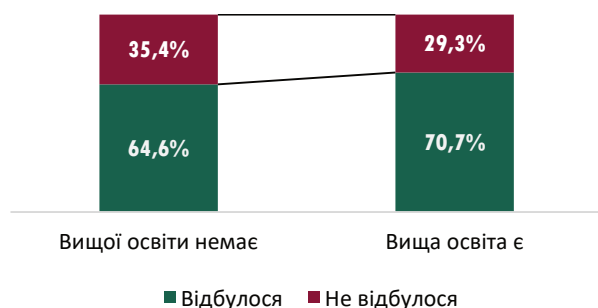
Крім того, частка таких повідомлень є дещо вищою серед жінок старшого віку.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від віку (N=7011)

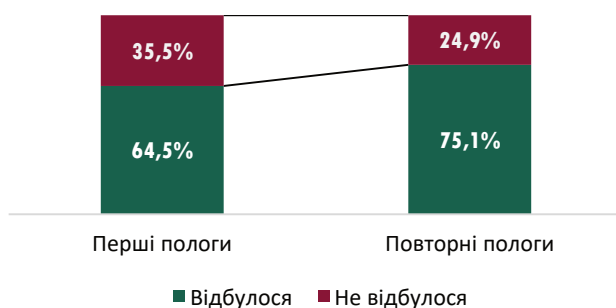


Респондентки з вищою освітою частіше вказували, що годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини. Також вищим є цей показник серед респонденток, які народжували повторно, а не вперше.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності вищої освіти (N=7010)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=7011)

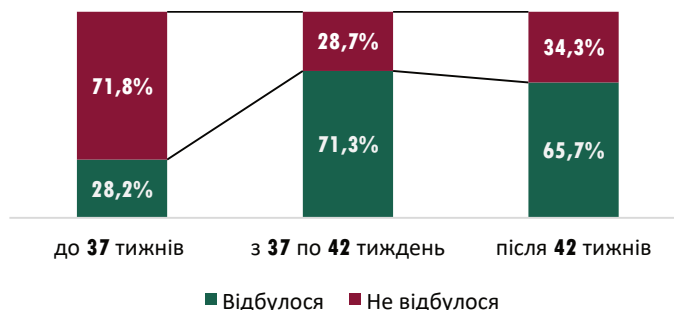


Цілком очікувано рідше про годування грудьми протягом перших двох годин після народження повідомляли жінки, чії пологи почалися раніше терміну.

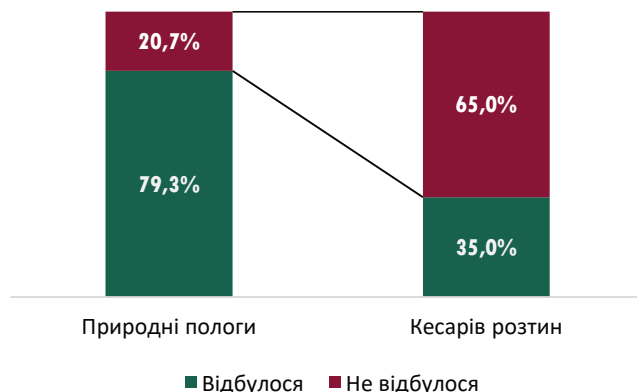
Не менш очікуваним є і результат, зображений на наступному рисунку, а саме – те, що жінки, які мали природні пологи, повідомляли про грудне вигодовування протягом перших двох годин життя дитини понад удвічі частіше, ніж ті, що мали кесарський розтин.

Жінки, які народжували за присутності партнера або партнерів, також згадували про годування грудьми в перші дві години життя дитини частіше, ніж ті, що народжували самі.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=7011)

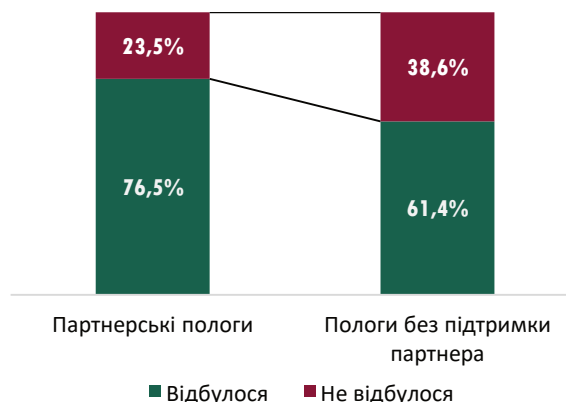


**Перше годування дитини  
грудьми протягом перших двох  
годин після народження  
залежно від типу пологів  
(N=6972)**

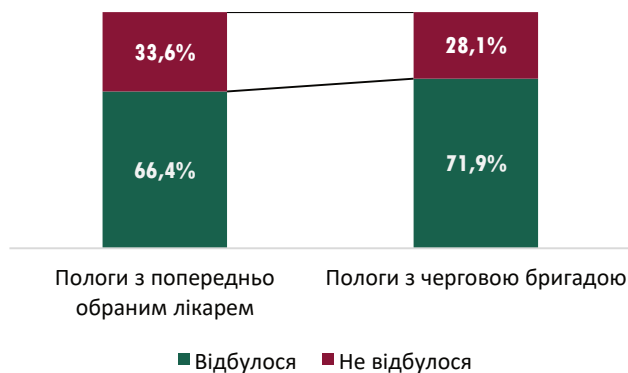


Врешті, дещо вищою є частка повідомлень про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини, серед тих опитаних, що народжували з черговою бригадою, а не за домовленістю – втім, можемо припустити, що ця відмінність зумовлена часткою жінок, що мали кесарський розтин, серед тих, що народжували за домовленістю.

**Перше годування дитини  
грудьми протягом перших  
двох годин після  
народження залежно від  
наявності партнерської  
підтримки (N=6172)**



**Перше годування дитини  
грудьми протягом перших двох  
годин після народження  
залежно від наявності  
попередньої домовленості про  
пологи з певним лікарем  
(N=7011)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

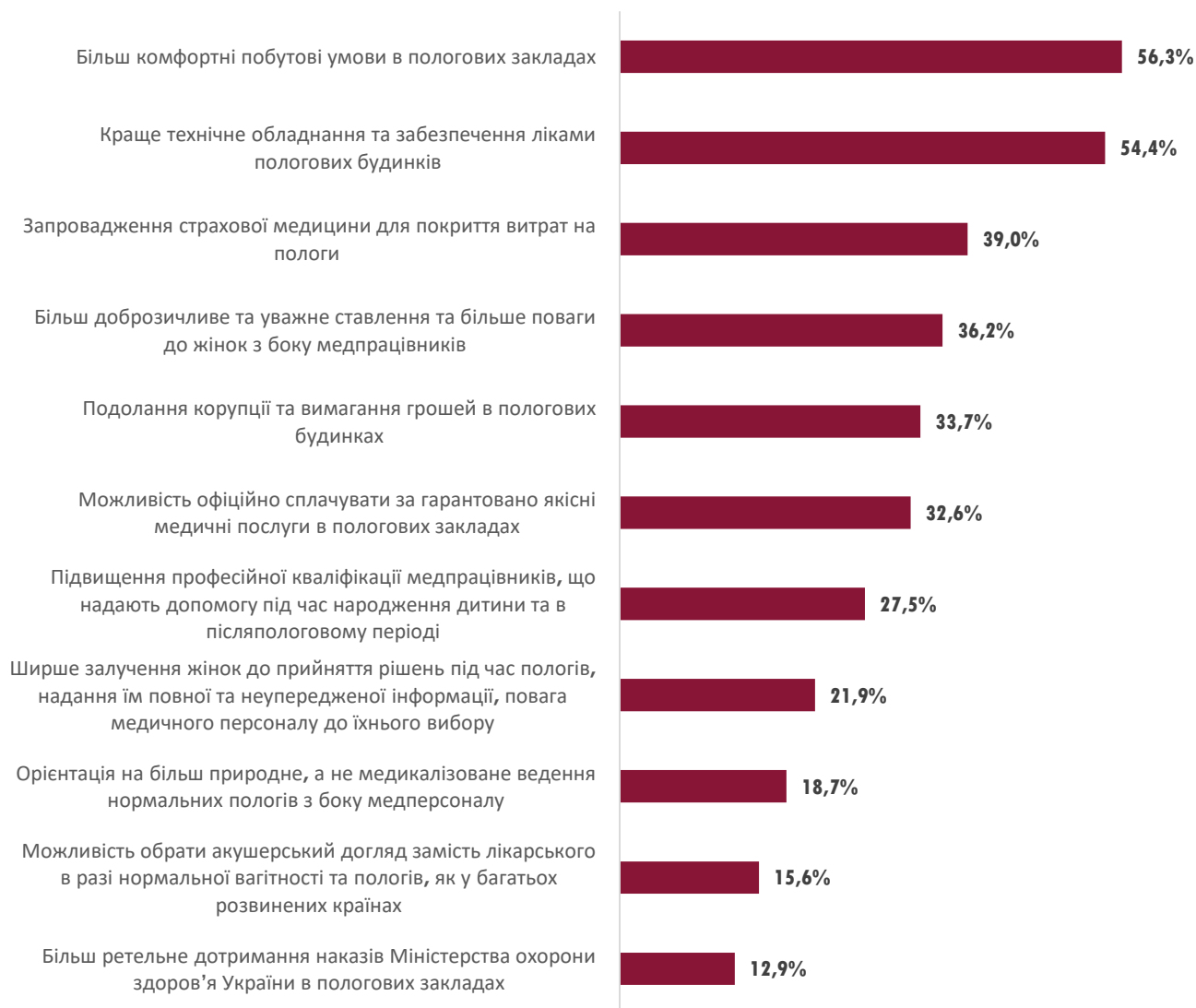
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (69,3%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (21,1% та 21% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (11,1%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 3,8% опитаних.

### Преперенції щодо народження наступної дитини (N=7099)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (56,3%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (54,4%). До другого за «популярністю» блоку ввійшли такі позиції, як «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (39%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (36,2%), «подолання корупції та вимагання грошей» (33,7%) та «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (32,6%). Найрідше обиралися такі варіанти відповідей, як «підвищення професійної кваліфікації медпрацівників» (27,5%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (21,9%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (18,7%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (15,6%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (12,9%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=7099)



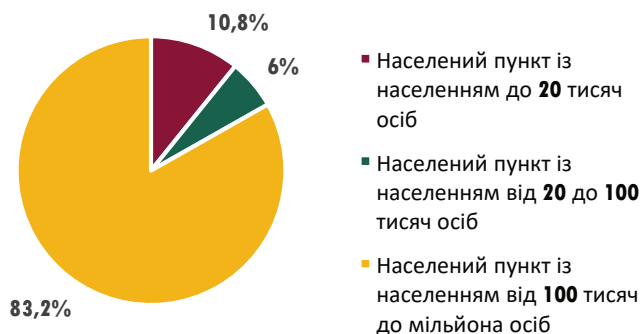
## Вінницька область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

В опитуванні взяли участь 822 респондентки з Вінниці. Абсолютна більшість (83,2%) народжувала в населену пункті з населенням від ста тисяч до мільйона – в межах області єдиним таким містом була Вінниця. Кожна десята (10,8%) народжувала в населеному пункті розміром до двадцяти тисяч осіб, і лише 6% опитаних – розміром від двадцяти до ста тисяч осіб.

Таблиця 2 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

#### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=822)



**Таблиця 2. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

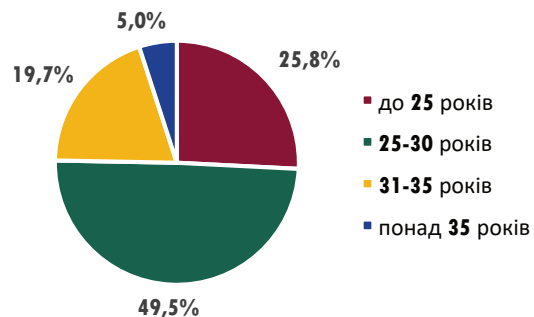
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                               | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Вінниця, Міський клінічний пологовий будинок №1                                 | 219                              | 26,6%                               |
| Вінниця, Міський клінічний пологовий будинок №2                                 | 179                              | 21,8%                               |
| Вінниця, Пологове відділення міської клінічної лікарні «Центр матері та дитини» | 158                              | 19,2%                               |
| Вінниця, Обласний перинатальний центр   | 80                               | 9,7%                                |
| Вінниця, Пологове відділення центральної районної лікарні                       | 48                               | 5,8%                                |
| Калинівка, Пологове відділення центральної районної лікарні                     | 19                               | 2,3%                                |
| Немирів, Пологовий будинок центральної районної лікарні                         | 14                               | 1,7%                                |
| Могилів-Подільський, Пологове відділення окружної лікарні                       | 12                               | 1,5%                                |
| Гайсин, Пологове відділення центральної районної лікарні                        | 11                               | 1,3%                                |
| Бершадь, Перинатальний центр  | 10                               | 1,2%                                |
| Жмеринка, Пологове відділення центральної районної лікарні                      | 9                                | 1,1%                                |
| Бар, Пологове відділення центральної районної лікарні                           | 8                                | 1,0%                                |
| Козятин, Пологове відділення центральної районної лікарні                       | 8                                | 1,0%                                |
| Іллінці, Пологове відділення центральної районної лікарні                       | 7                                | 0,9%                                |
| Хмільник, Пологове відділення центральної районної лікарні                      | 7                                | 0,9%                                |
| Погребище, Пологове відділення центральної районної лікарні                     | 5                                | 0,6%                                |
| Тиврів, Пологове відділення центральної районної лікарні                        | 5                                | 0,6%                                |
| Шаргород, Пологове відділення центральної районної лікарні                      | 5                                | 0,6%                                |
| Крижопіль, Пологове відділення окружної лікарні                                 | 4                                | 0,5%                                |
| Липовець, Пологове відділення центральної районної лікарні                      | 4                                | 0,5%                                |
| Літин, Пологове відділення районної лікарні                                     | 3                                | 0,4%                                |
| Тульчин, Пологове відділення центральної районної лікарні                       | 3                                | 0,4%                                |
| Ямпіль, Пологове відділення центральної районної лікарні                        | 2                                | 0,2%                                |
| Ладижин, Пологове відділення міської лікарні                                    | 1                                | 0,1%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я            | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Тростянець, Пологове відділення центральної районної лікарні | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>  | <b>822</b>                       | <b>100%</b>                         |

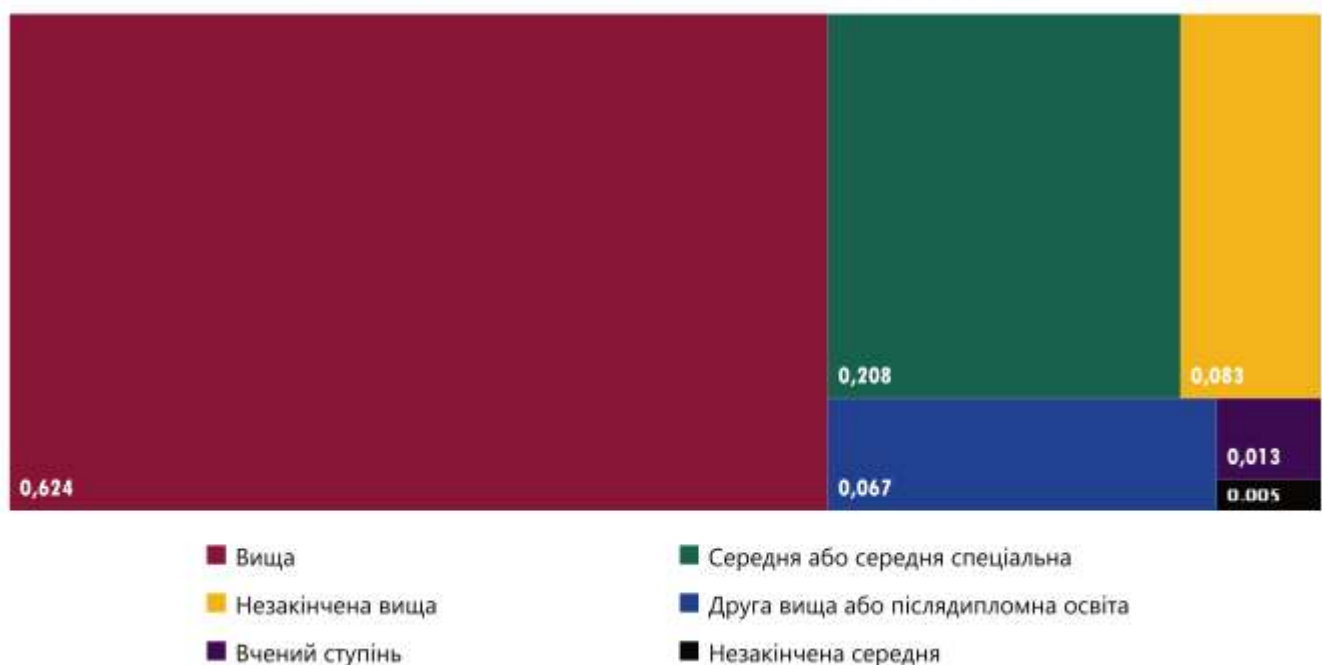
Половина респонденток (49,5%) на момент заповнення анкети належала до вікової групи від двадцяти п'яти до тридцяти років, чверть (25,8%) – до двадцяти п'яти, кожна п'ята (19,7%) – від тридцяти одного до тридцяти п'яти. Лише 5% респонденток зазначили, що їм понад тридцять п'ять років. Малонаповненість цієї останньої групи слід брати до уваги при порівнянні відповідей жінок різного віку.

Більшість опитаних (62,4%) вказали, що мають вищу освіту, 6,7% – другу або післядипломну освіту, 1,3% – вчений ступінь. При цьому 8,3% зазначили, що мають незакінчену вищу освіту; певна частка цієї групи могла здобувати вищу освіту на момент проходження опитування. П'ята частина респонденток (20,8%) мала середню або середню спеціальну освіту, і лише 0,5% обрали варіант «незакінчена середня».

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=822)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=822)

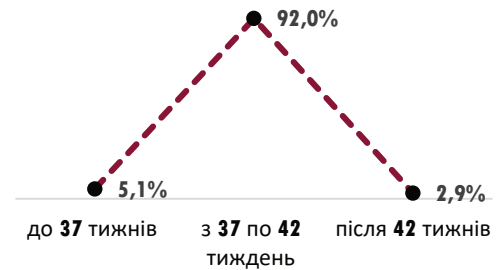


Майже дві треті (60%) респонденток у Вінницькій області зазначили, що ці пологи були для них першими, відповідно, 40% народжували повторно.

Більшість пологів (92%) відбулося в період з 37 до 42 тижня вагітності, 5,1% – до 37 тижнів, 2,9% – після 42. Враховуючи малонаповненість двох останніх категорій, слід ставитися до відмінностей у відповідях жінок, які народжували на різних термінах вагітності, з певною обережністю.

Більшість опитаних (85,2%) мали партнерські пологи. Частка жінок у вінницькій вибірці, що мали домовленість про пологи з певним лікарем, складає 37,1% – це найнижчий показник серед восьми представлених у дослідженні областей. При цьому майже кожна десята жінка (9,5%), яка мала таку домовленість, у результаті народжувала з черговою бригадою – це значення, навпаки, є найвищим по вибірці. Відповідно, 62,9% опитаних не планували пологи з попередньо обраним лікарем та народжували з черговою бригадою.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=822)

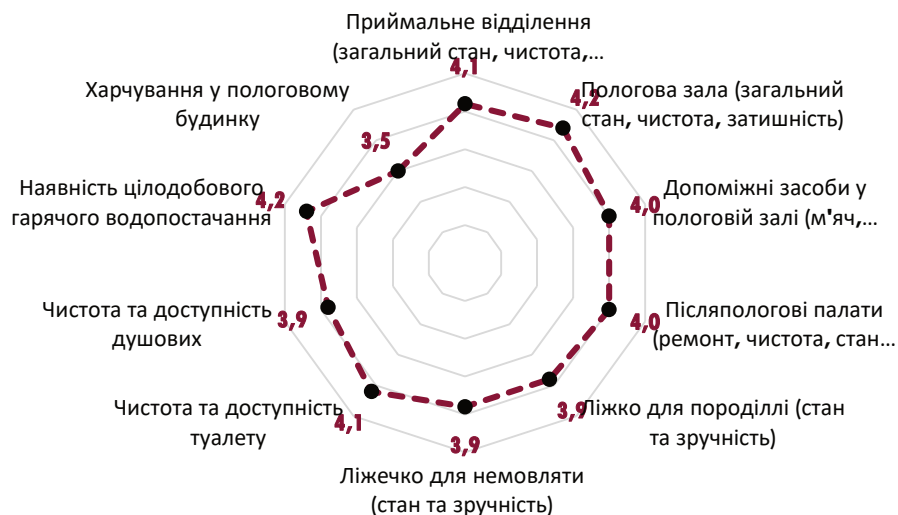


## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як бачимо з рисунка нижче, в цілому респондентки оцінюють своє перебування в закладі охорони здоров'я доволі високо – найнижчим значенням є 3,5, що можна округлити до «добре» (харчування в пологовому будинку), найвищим – 4,2, «добре» (пологова зала, наявність цілодобового гарячого водопостачання).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, доставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

Значні відмінності спостерігаються між відповідями жінок, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, а також серед тих, що народжували за домовленістю та черговою бригадою. Не

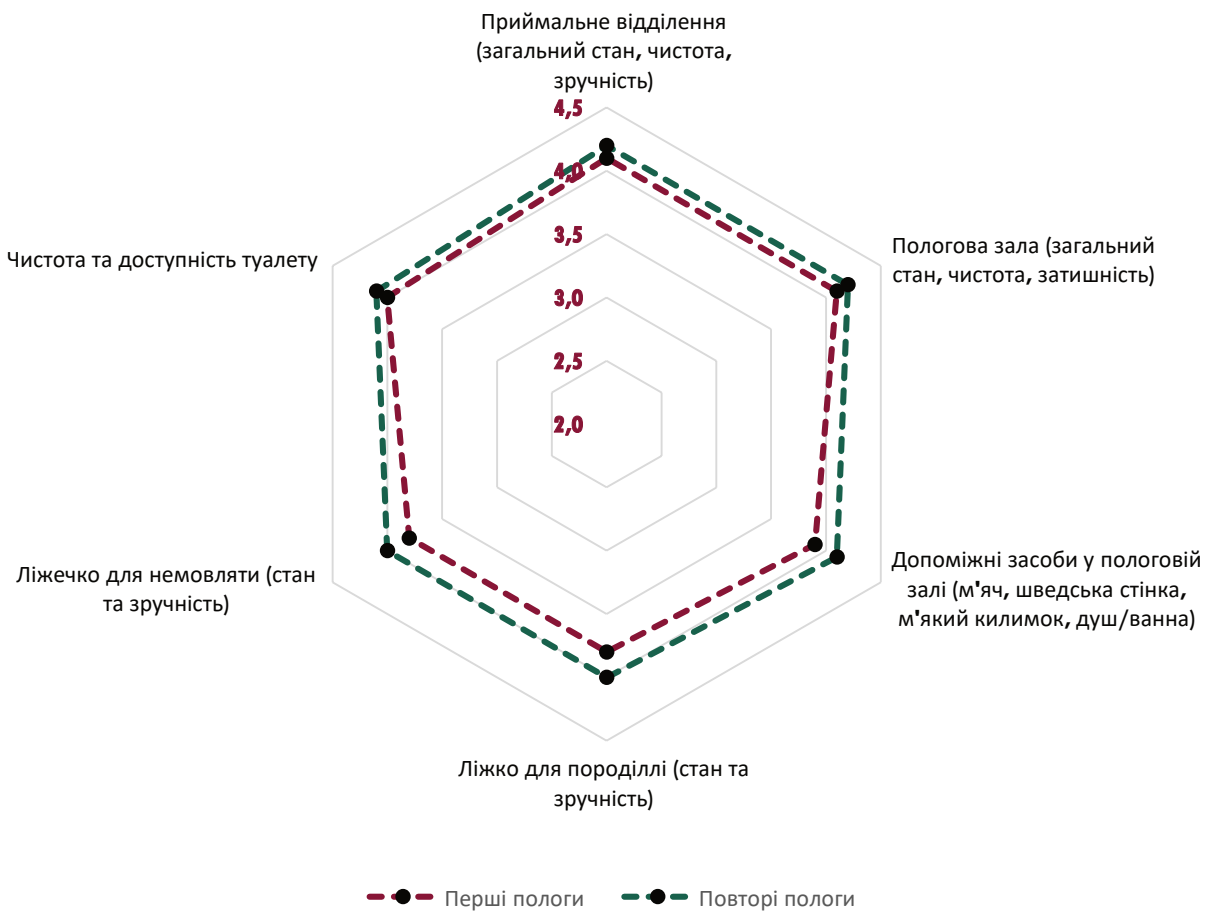


продемонстрували суттєвих відмінностей відповіді жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, у населених пунктах різних розмірів, різного віку, з наявною вищою освітою в порівнянні з респондентками без вищої освіти, що народжували природно та шляхом кесарського розтину, а також залежно від того, чи були пологи партнерськими.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

Як продемонстровано на рисунку нижче, жінки, чиї пологи були повторними, були схильні оцінювати своє перебування в закладі охорони здоров'я дещо вище, ніж ті, що народжували вперше.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попереднього досвіду пологів



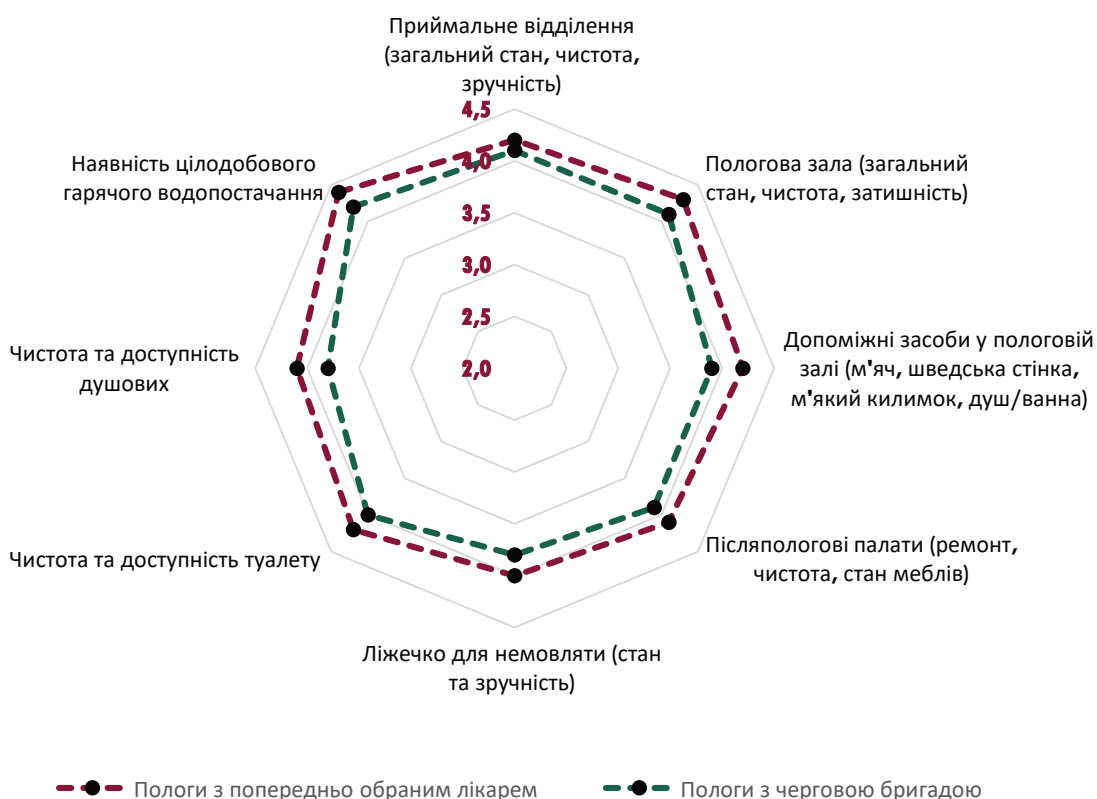
Відмінності залежно від терміну вагітності, на якому відбулися пологи, спостерігаються лише у випадку двох змінних – «харчування в пологовому будинку» та «післяпологові палати». Бачимо, що в обох випадках жінки, які народжували в період з 37 до 42 тижня вагітності, були більш задоволені, ніж ті, що народжували до 37 та після 42 тижня.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від терміну пологів



Порівнюючи задоволеність жінок, що народжували за домовленістю та з черговою бригадою, бачимо, що першім залишали систематично вищі оцінки.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

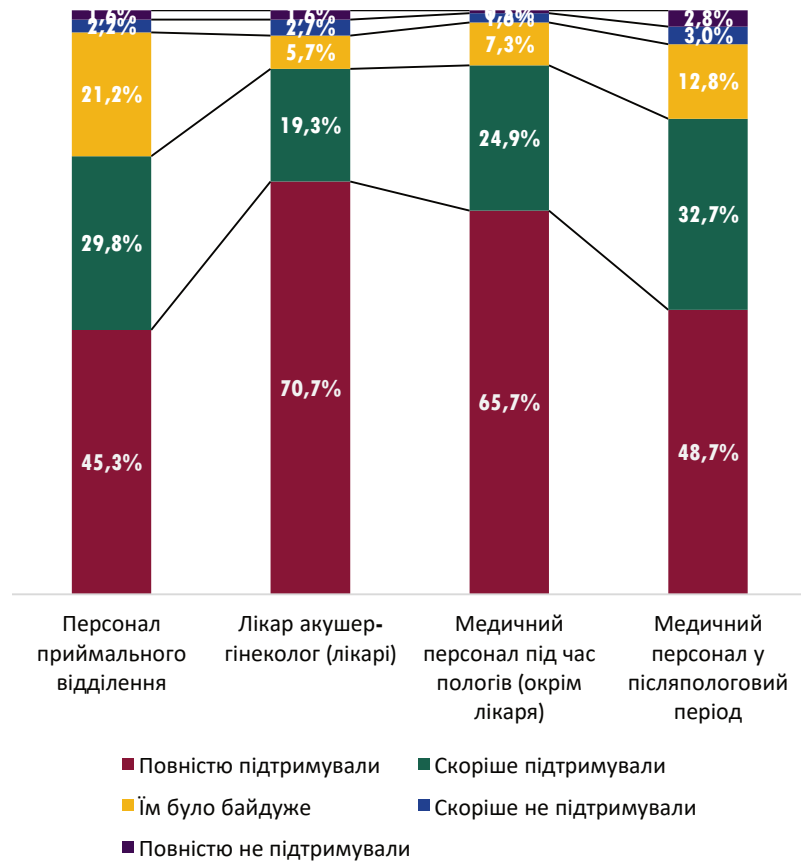
Бачимо, що, незважаючи на в цілому доволі високу оцінку всіх чотирьох категорій медичного персоналу, жінки оцінювали емоційну підтримку лікарів-гінекологів та персоналу безпосередньо під час пологів значно вище, ніж персоналу приймального відділення та післяпологового періоду.

Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Спостерігаємо статистично значущу різницю у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, залежно від розміру населеного пункту, того, першими чи повторними були пологи, терміну вагітності, а також того, проходили пологи з попередньо обраним лікарем або з черговою бригадою. Не було виявлено значної різниці у відповідях жінок різного віку, тих, що мали та не мали вищої освіти, народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину, а також тих, що народжували з партнером та самотійно.

Помічаємо з рисунка нижче, що, незважаючи на відсутність різниці в оцінці підтримки з боку лікарів-гінекологів та медичного персоналу під час пологів, жінки, що народжували в обласному центрі (тобто у Вінниці), оцінювали підтримку персоналу приймального відділення та післяпологового відділення дещо нижче, ніж опитувані з населених пунктів необласного значення. Можна припустити, що це пов'язано з

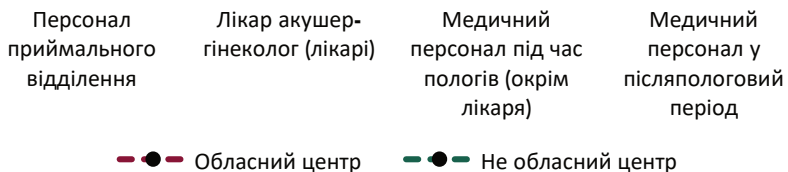
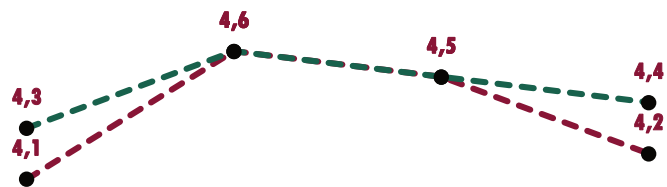
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=822)



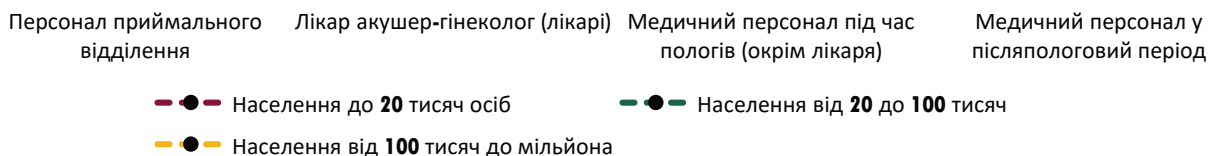
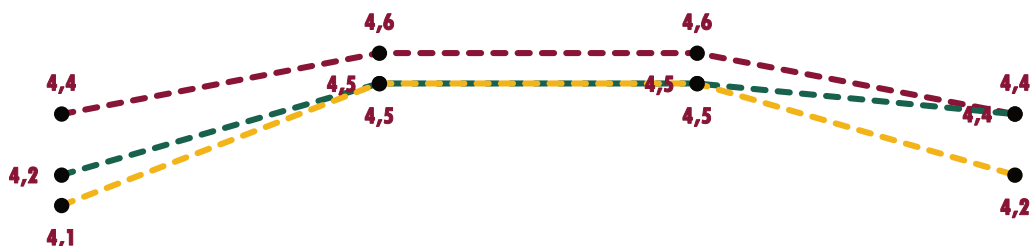
меншою завантаженістю закладів охорони здоров'я менших населених пунктів і наявністю в їхнього персоналу можливості ставитися до породіль із більшою увагою.

Наступний рисунок підтримує таку гіпотезу: бачимо, що задоволеність емоційною підтримкою зростає зі зменшенням населеного пункту.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=822)

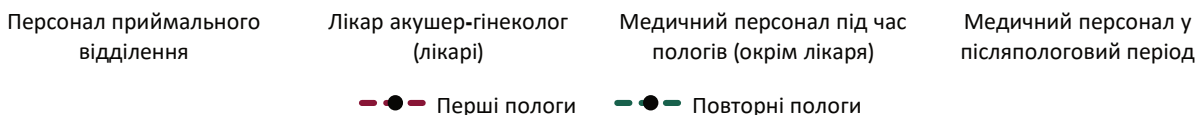


### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=822)



Також більш задоволеними емоційною підтримкою були ті жінки, які народжували повторно.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



Термін вагітності, на якому відбулися пологи, також впливає на оцінку емоційної підтримки: бачимо, що жінки, пологи яких відбулися до 37 тижня вагітності, оцінювали її дещо нижче, ніж інші жінки, що може бути пов'язане з медичною специфікою ведення недоношеної вагітності.

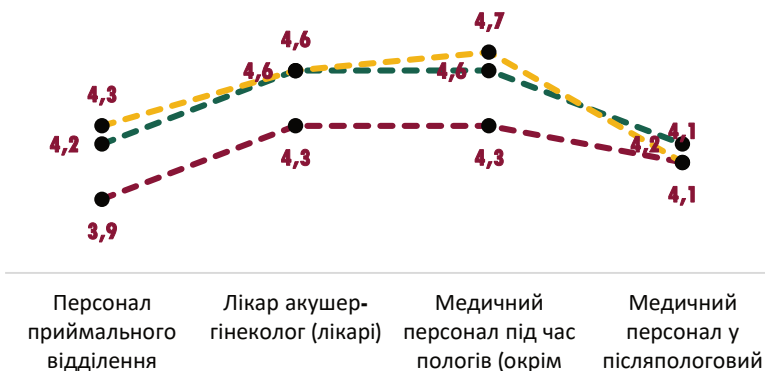
Нарешті, більш позитивними є оцінки тих жінок, які народжували за домовленістю – показово, що найбільшою є відмінність щодо емоційної підтримки з боку лікаря-гінеколога, з яким укладається така домовленість.

Оцінюючи, чи ставився до них персонал з повагою, більшість жінок (87,6%) відповіли «так» або «скоріше так».

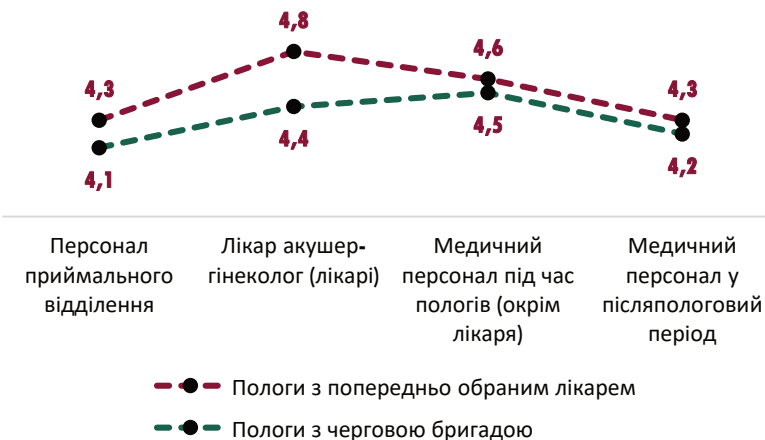
Спостерігаємо суттєві відмінності у відповідях опитаних, які народжували в обласному центрі в порівнянні з іншими населеними пунктами, а також залежно від розміру населеного пункту, того, були пологи першими чи повторними та терміну вагітності. Не прослідковується суттєвої різниці у відповідях жінок різного віку, з наявною та відсутньою вищою освітою, що народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з та без партнерів та за домовленістю та з черговою бригадою.

Як бачимо з рисунка, жінки, що народжували в обласному центрі, значно частіше обирали опцію «скоріше так», ніж однозначне «так» – враховуючи, що при цьому пропорція позитивних оцінок до негативних залишається в цілому однаковою, можна припустити, що жінки в обласному центрі були більш критичні у своїх оцінках.

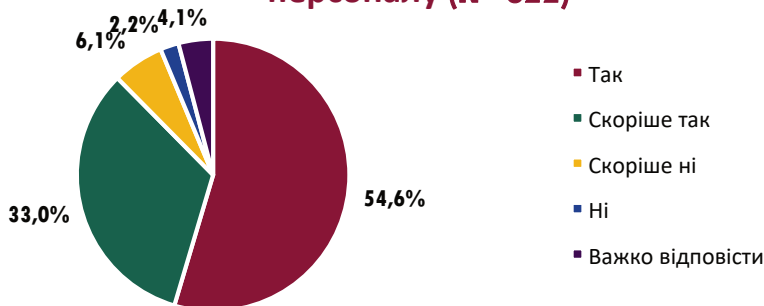
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від терміну пологів (N=822)



### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)



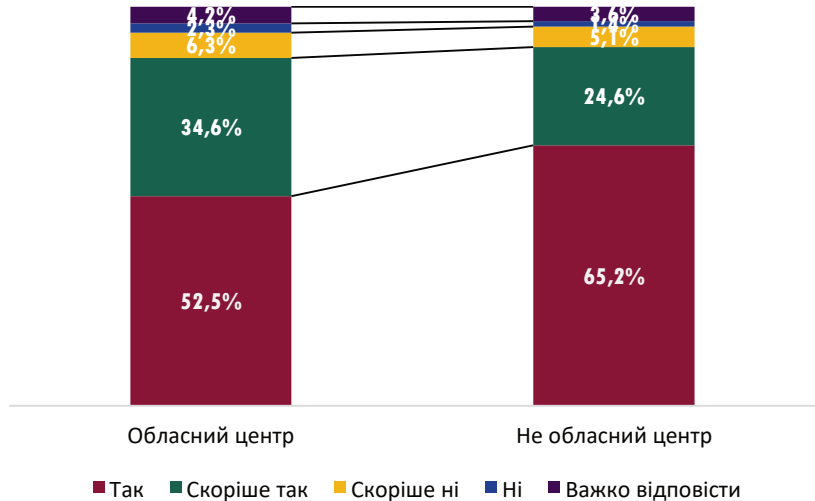
### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=822)



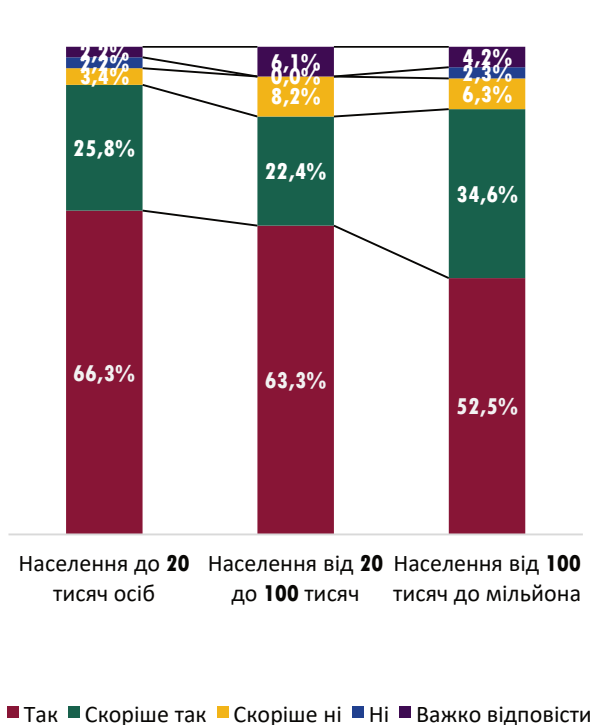
Утім, якщо порівнювати розбіжності залежно від розміру населеного пункту, бачимо, що жінки в малих містах залишали негативні відгуки дещо рідше, ніж у більших. Це підтримує попередню гіпотезу про більшу критичність жінок із більших населених пунктів, проте може й буквально свідчити про більш поважне ставлення в малих містах у порівнянні з більшими.

Попри в цілому позитивні відгуки, жінки в повторних пологах залишали однозначно позитивні оцінки («так») частіше, ніж ті, що народжували вперше.

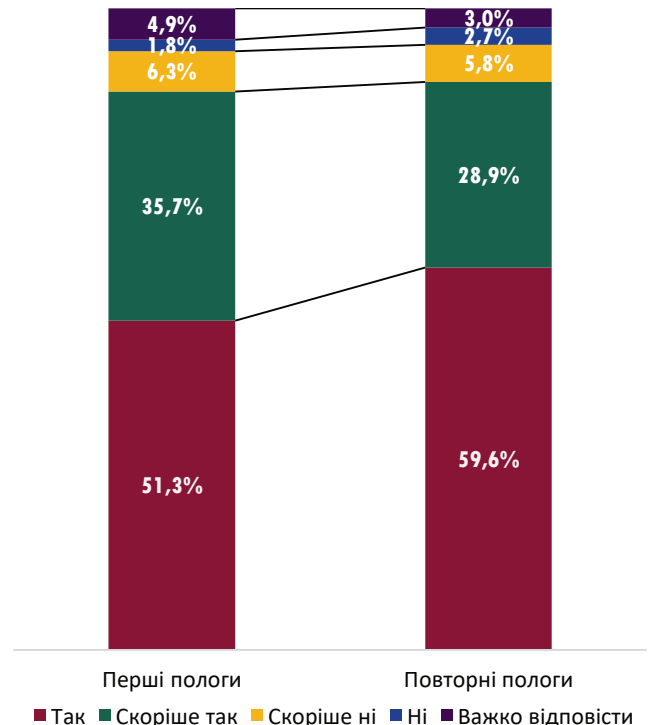
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=822)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=822)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



Внаслідок малонаповненості двох категорій змінної терміну вагітності, на якому відбулися пологи («до 37 тижнів» та «після 42 тижнів»), до наступного графіка слід ставитися з певною обачністю, проте навіть беручи до увагу цю пересторогу, бачимо, що жінки, які народили завчасно, залишали позитивні відгуки щодо поважного ставлення до них з боку медичного персоналу рідше, ніж дві інші категорії, а також серед них є вищою пропорція тих, кому було складно відповісти на це запитання. Припускаємо, що як неповажна могла зчитуватись поведінка медичного персоналу, спричинена необхідністю діяти в обставинах ранніх пологів.

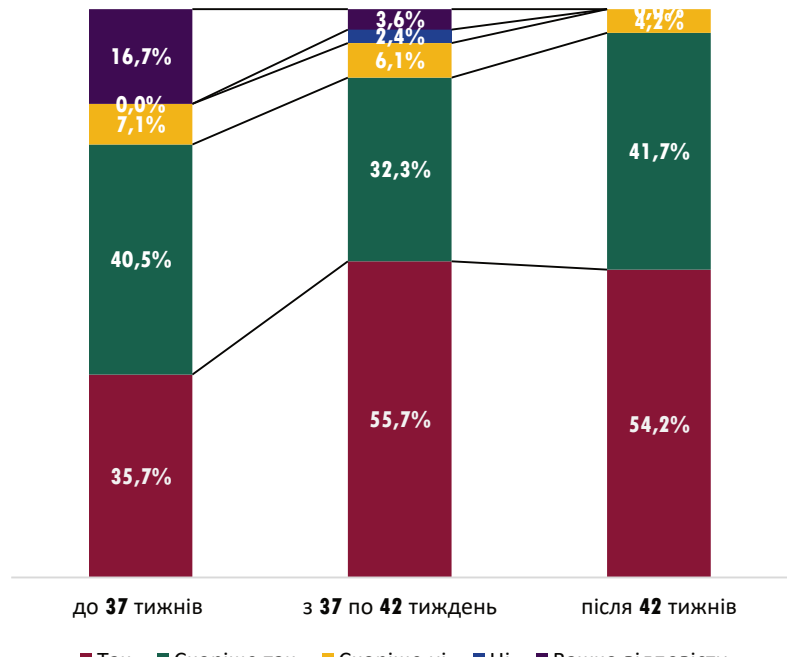
Більшість опитаних (84,1%) зазначила, що в їхніх пологах було дотримано приватність та конфіденційність.

Ми можемо спостерігати значущу різницю у відповідях жінок, які народжували вперше та повторно, залежно від терміну вагітності, а також того, чи були пологи партнерськими та за домовленістю. Незначною є різниця у відповідях залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, вікової групи респонденток, наявності в них вищої освіти, а також того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину.

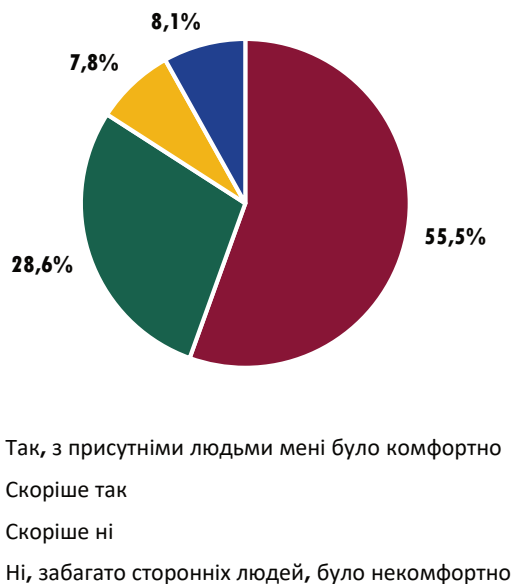
Так, бачимо з рисунка, що жінки в повторних пологах почувалися в цілому комфортніше та повідомляли про порушення своєї приватності та конфіденційності рідше.

Внаслідок малонаповненості до змінної тижня вагітності, на якому відбулися пологи, слід ставитися обережно, проте навіть та такої умови бачимо тенденцію, за якої жінки, які народили до 37 тижня вагітності, залишають більш негативні відгуки частіше, ніж ті, що народили з 37 до 42 тижня.

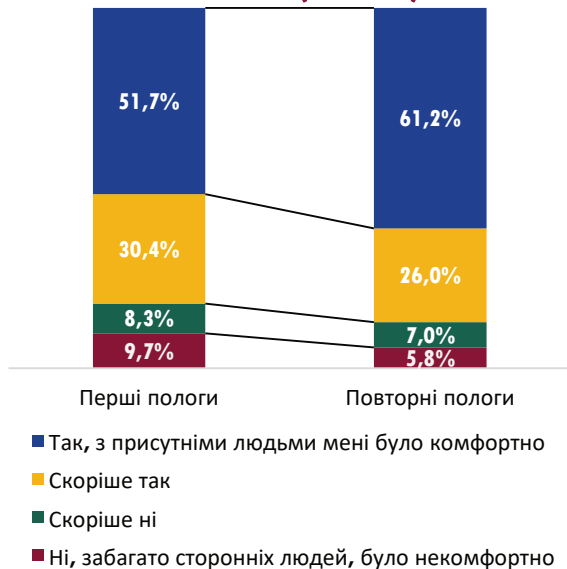
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від терміну пологів (N=822)



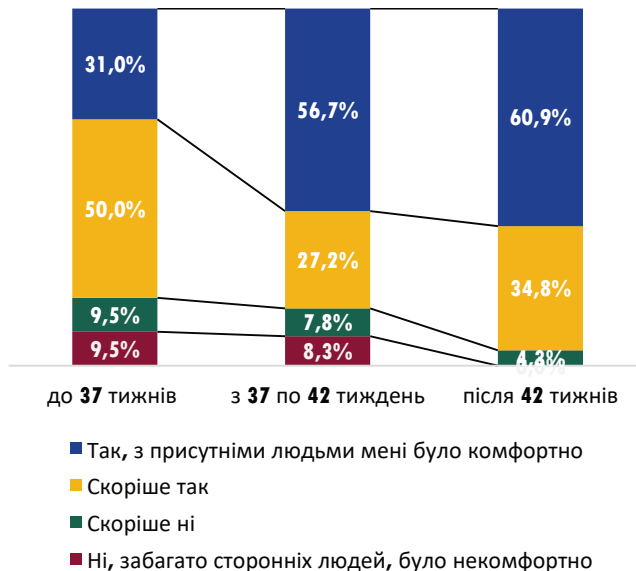
### Приватність та конфіденційність пологів (N=811)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=811)



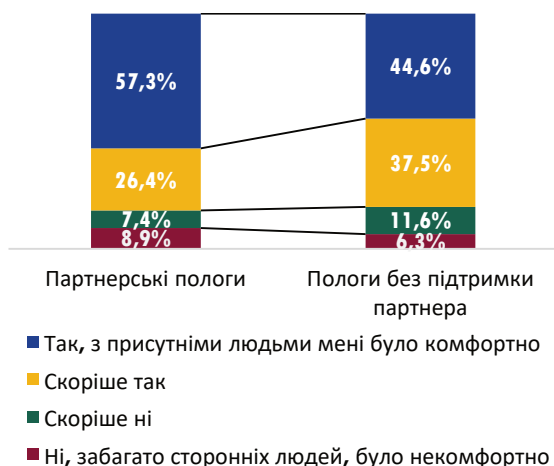
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від терміну пологів (N=811)



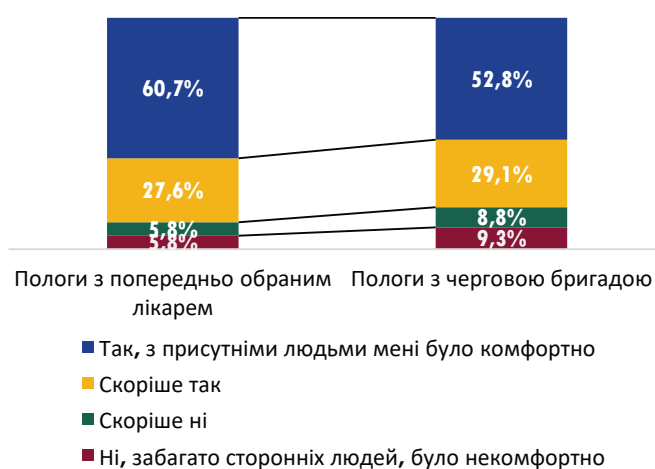
Бачимо, що партнерські пологи сприяють збереженню приватності та конфіденційності, оскільки жінки, які народжували разом із партнерами, частіше залишали однозначно позитивні оцінки цієї змінної, ніж ті, що народжували самотійно.

Подібним чином, ті жінки, які народжували за домовленістю, частіше давали однозначно позитивні відповіді щодо дотримання в їхніх пологах приватності та конфіденційності, тимчасом як ті опитані, що народжували з черговою бригадою, частіше повідомляли про їхнє порушення.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=749)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=811)





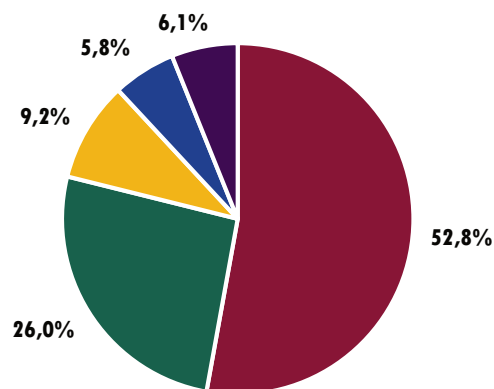
Відповідаючи на запитання про те, чи відчували вони себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження», 78,8% опитаних обрали опції «так» або «скоріше так».

Суттєві відмінності у відповідях можна помітити залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, а також того, були пологи першими чи повторними та чи були вони договірними. Несуттєвими виявилися фактори вікової групи, наявності вищої освіти, терміну вагітності, того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були присутності в пологах партнери.

Згідно з рисунком, жінки, що народжували поза обласним центром, значно частіше обирали варіант «так», ніж ті, чиї пологи відбулися у Вінниці – у їхньому випадку однозначні «так» «перетекли» в категорію «скоріше так».

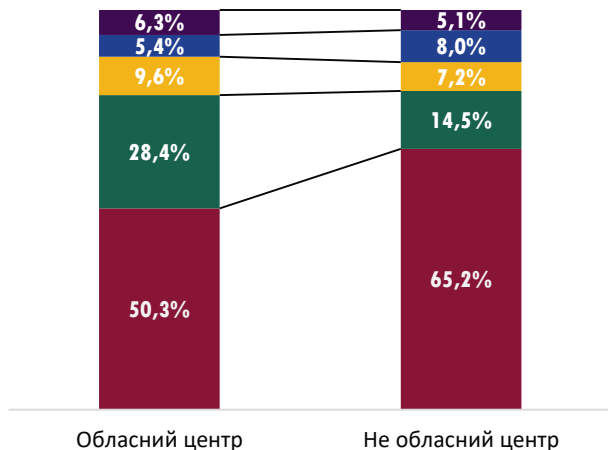
Бачимо підтвердження цієї тенденції й у розрізі населених пунктів різного розміру, оскільки понад сто тисяч осіб населення в умовах області, що розглядається, проживає лише у Вінниці.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=822)

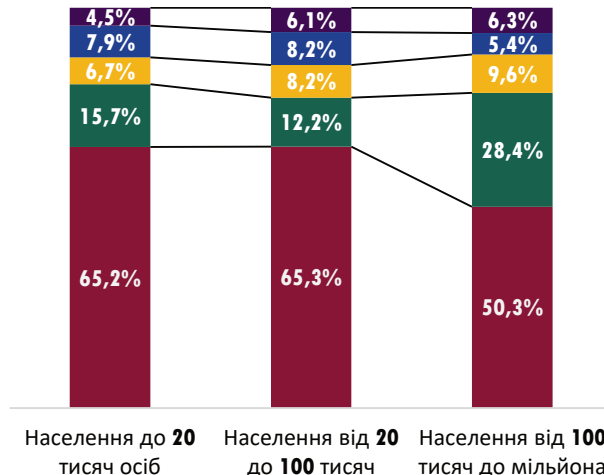


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від обласного статусу населеного пункту (N=822)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від розміру населеного пункту (N=822)

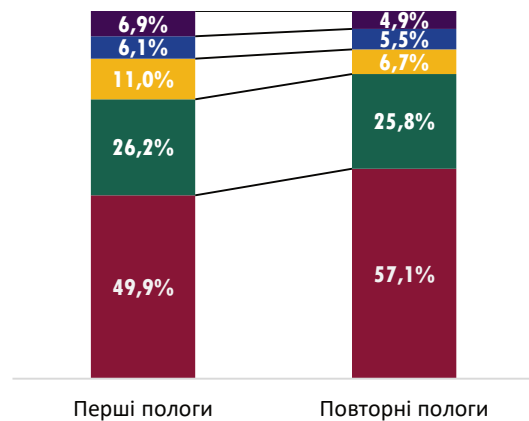


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти ■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

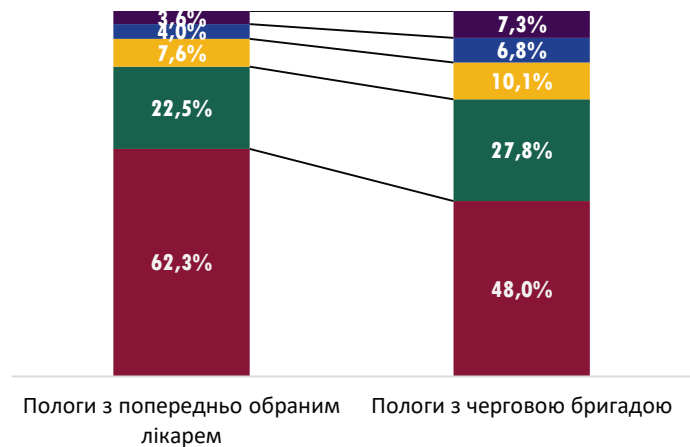
Як і у випадку попередніх змінних, жінки, які народжували повторно, зазначали про своє активне залучення до процесу пологів частіше, ніж ті, для кого пологи 2018 року стали першими.

Нарешті, активному залученню до процесу пологів також сприяє попередня домовленість із конкретним лікарем на противагу пологам із черговою бригадою.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

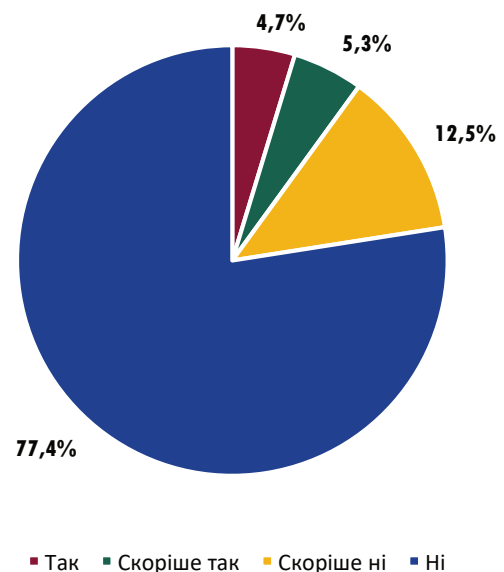
Лише 10% опитаних у Вінницькій області зазначили, що зазнали в пологовому будинку психологічного тиску чи залякування.

Суттєві відмінності у відповідях наявні залежно від того, були пологи першими чи повторними, а також того, чи були вони договірними. Відповідно, не було виявлено різниці між відповідями залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, вікової категорії жінок, наявності в них вищої освіти, терміну їхньої вагітності, того, відбулися пологи природно чи шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

Бачимо, що частка відповідей «скоріше ні» серед жінок, які народжували вперше, є дещо вищою, ніж серед тих, чий пологи були повторними. З огляду на це можемо припустити, що ця різниця принаймні частково спричинена особистим сприйняттям жінок у перших пологах.

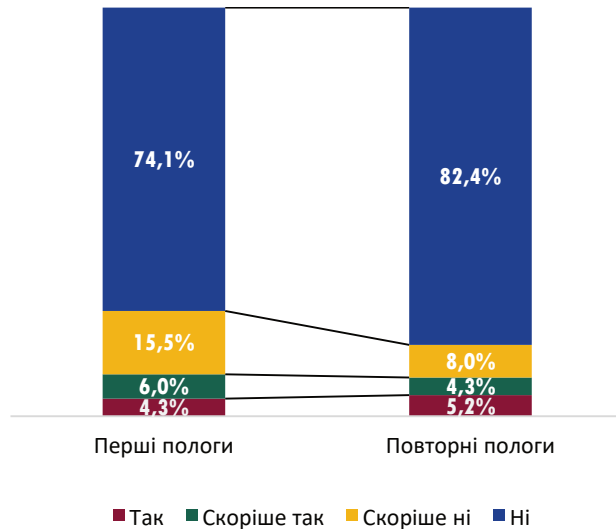
Жінки, чий пологи відбулися в присутності чергової бригади, також частіше повідомляли про тиск або залякування у своїх пологах, ніж ті, що мали попередню домовленість із певним лікарем.

### Психологічний тиск чи залякування (N=807)

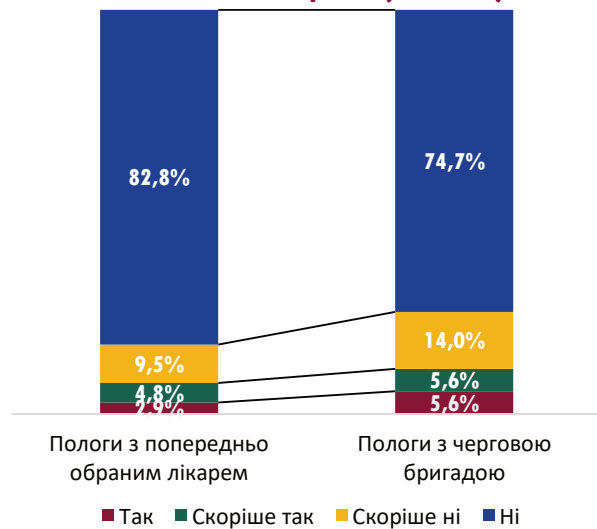


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=807)



### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=807)



Більшість опитаних (82,1%) вказали, що задоволені доглядом, який вони отримали в пологовому будинку. Слід зазначити, що це найвищий показник задоволеності серед усіх восьми досліджуваних областей.

Бачимо значні відмінності у відповідях жінок залежно від обласного статусу населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та домовленості про пологи з певним лікарем. Не було виявлено різниці у відповідях жінок із населених пунктів різного розміру, із різних вікових груп, з наявною та відсутньою вищою освітою, що народжували природно та шляхом кесарського розтину, за партнерами та без.

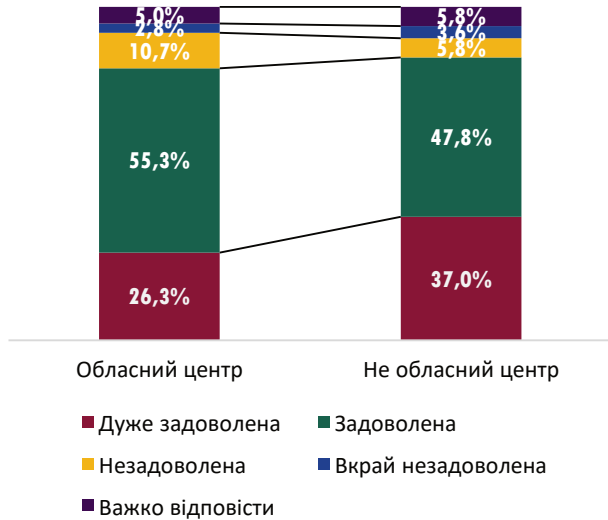
Бачимо з рисунка нижче, що жінки, що народжували в населених пунктах не обласного значення, частіше були «дуже задоволеними» доглядом, ніж ті, чий пологи відбулися у Вінниці. Ймовірно, це можна пояснити меншим навантаженням у пологових будинках поза обласним центром та, відповідно, наявністю в їхнього персоналу можливості ставитися до породіль з більшою увагою.

Жінки, що народжували вперше, частіше були незадоволені отриманим доглядом – вони не тільки частіше обирали варіант відповіді «незадоволена», але й рідше – «дуже задоволена».

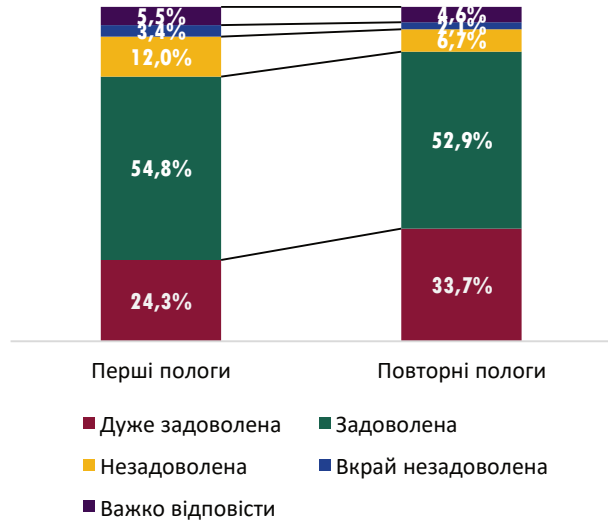
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=822)



### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від обласного статусу населеного пункту (N=822)



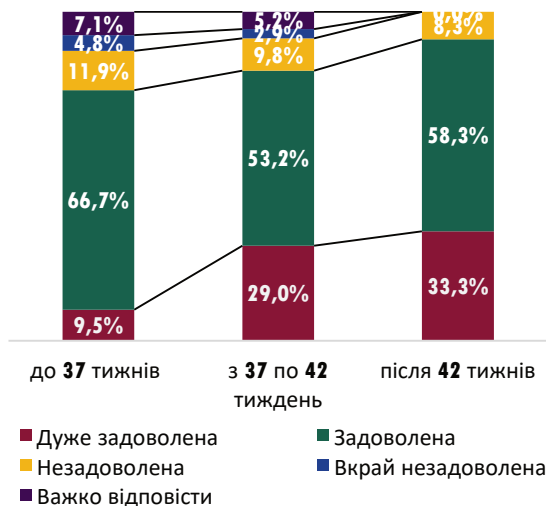
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



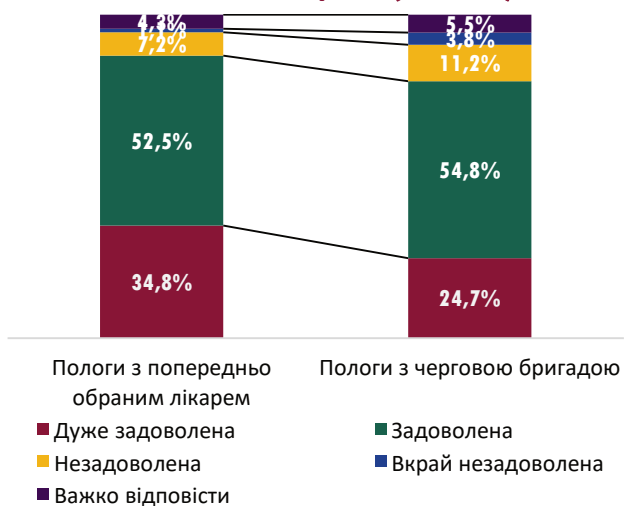
Якщо розглядати різницю у відповідях респонденток, які народжували на різних тижнях вагітності, бачимо, що жінки, чиї пологи почалися раніше терміну (до 37 тижня), обирали варіант «дуже задоволена» рідше, ніж дві інші групи. (Утім, до цього конкретного результату слід ставитися з певною обережністю внаслідок малонаповненості першого та третього варіантів відповіді).

Також більшу задоволеність доглядом демонструють ті жінки, чиї пологи відбулися з попередньо обраним лікарем, а ті опитані, що народжували з черговою бригадою, частіше вказували, що незадоволені доглядом.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від терміну пологів (N=822)



### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)



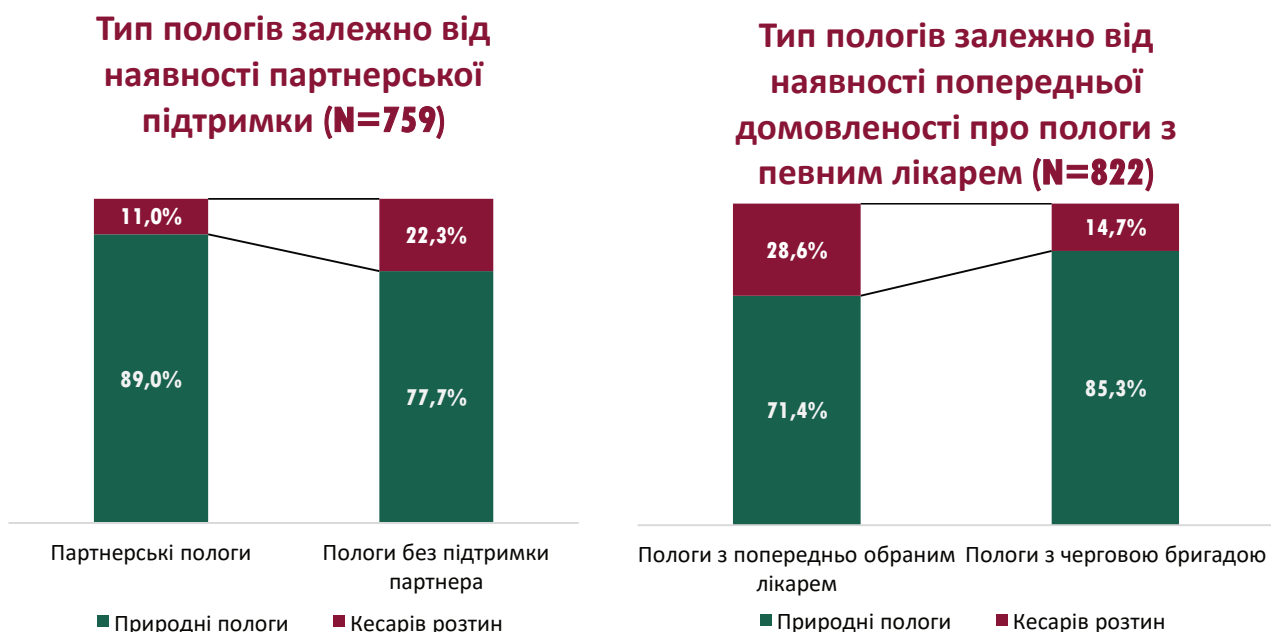
### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (80,7%) народила природним шляхом, 19,3% – шляхом кесаревого розтину.

Різниця у відповідях респонденток наявна за змінними партнерських та договірних пологів. Не було виявлено статистично значущої різниці у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду та терміну вагітності.

Так, бачимо, що жінки, які народжували самі, мали кесарський розтин удвічі частіше, ніж ті, що народжували з партнерами – ймовірно, це можна пояснити часткою запланованих кесарських розтинів, під час яких присутність партнерів не була передбачена.

Крім того, подібним чином можна пояснити й вищу частку кесарських розтинів серед жінок, які мали договірні пологи, а не народжували з черговою бригадою.



Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 78,6%, у випадку 21,4% вони були викликані штучно. Це найвищий показник природного початку пологів серед областей. Утім, 31,7% не знали причину стимуляції, у решті 68,3% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

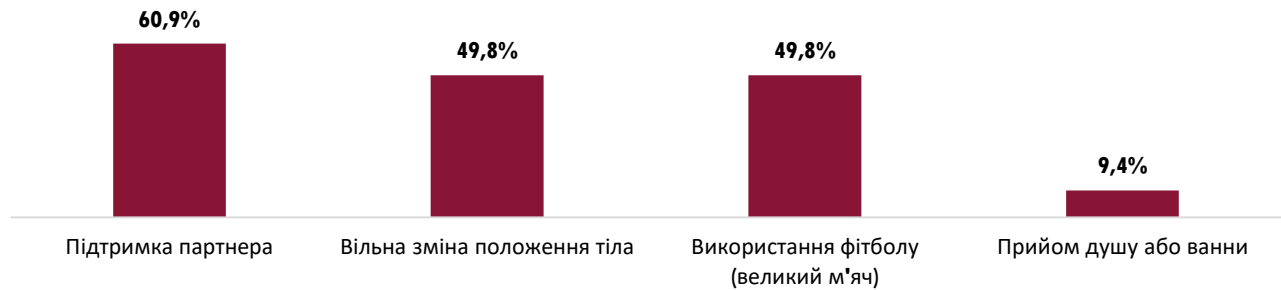
Попередньо запланованими були 52,8% кесарських розтинів, решта 47,2% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Три чверті запланованих кесарських розтинів (75%) відбулися до початку перейм (з них 85,7% — за медичними показаннями, 14,3% — за особистим бажанням жінки), інші 25% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 65,3% розпочалися самі, початок решти 34,6% був стимульований штучно: у випадку 84,6% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 15,4% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (60,9%). Дещо рідше обирали такі варіанти відповідей, як вільна зміна положення тіла та використання фітболу (по 49,8%), ще рідше – прийом душу або ванни (9,4%).

## Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=822)



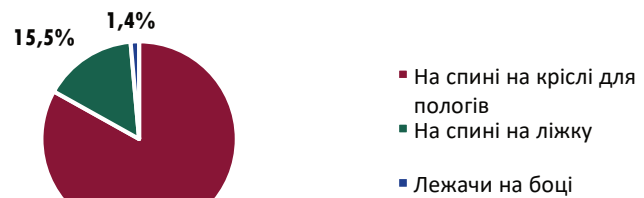
Абсолютна більшість жінок (98,6%) зазначила, що народжувала на спині: 83,1% – на кріслі для пологів, 15,5% – на ліжку. Це найвищий показник серед усіх восьми досліджуваних областей. Лише 1,4% вказали, що народжували, лежачи на боці.

Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 74,1% респонденток, незручною або скоріше незручною – 15,2%; ще 10,8% було важко відповісти на це запитання.

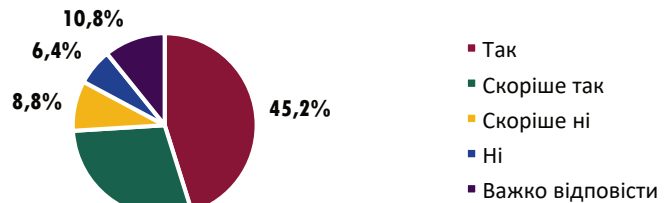
Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (52,7%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (40,7%). У випадку 6,6% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 52,5% випадків, решта опитаних (47,5%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Положення в момент народження дитини (N=664)



## Зручність положення в момент народження дитини (N=660)



## Причина народження в незручній позиції (N=440)



## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина опитаних (52,7%) зазначила, що в їхніх пологах було застосовано амніотомію, причому з них у випадку 28,5% її було здійснено без пояснень та отримання згоди. Утім, слід зазначити, що у Вінницькій області найвища частка респонденток, які вказали, що щодо них амніотомія не застосовувалась (40,8%).

Було виявлено значні відмінності у відповідях респонденток за змінними терміну вагітності, типу пологів та партнерських пологів. Несуттєвими виявилися відмінності за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду та домовленості про пологи з певним лікарем.

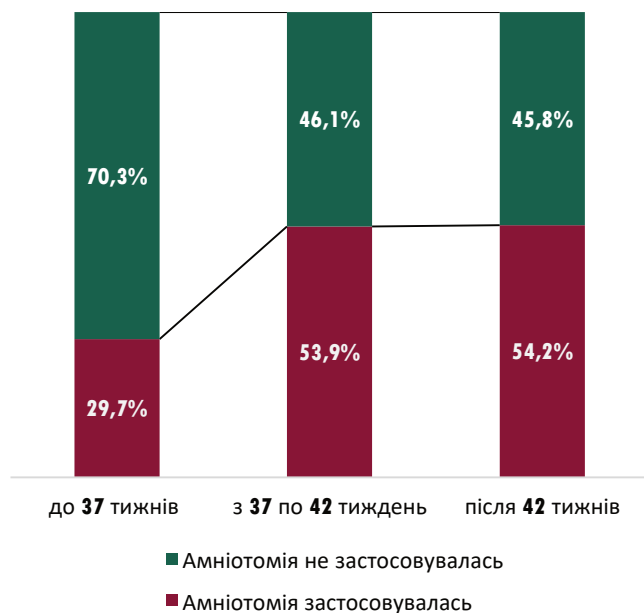
Так, бачимо, що частка повідомлень про застосування в пологах амніотомії очікувано збільшується зі зростанням терміну вагітності.

Вищою є частка повідомлень про застосування маніпуляції серед опитаних, які народжували природним шляхом.

### Застосування амніотомії (N=759)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=759)



### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=759)



Врешті, частка амніотомій є вищою серед тих респонденток, які народжували за присутності партнера чи партнерів, ніж серед тих, що були в пологах самі.

Понад половина респонденток (67,7%) вказали, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, з них у випадку 21,1% це відбувалося без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

Спостерігаємо значні відмінності у відповідях за змінними обласного центру, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та типу пологів. Відповідно, не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях за змінними розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, партнерських та договірних пологів.

### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=759)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=750)



Так, бачимо, що респондентки, які народжували поза обласним центром, згадували про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків частіше, ніж ті, що народжували у Вінниці.

Вищою є частка повідомлень про такі втручання серед тих жінок, які народжували вперше.

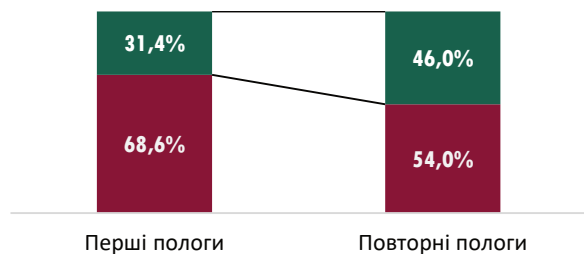
Найрідше про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків зазначали жінки, чії пологи відбулися з 37 до 42 тижня, натомість найчастіше – ті, що народили після 42 тижня. Можемо припустити, що у Вінницькій області є поширеною активна стимуляція перенесеної вагітності.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від обласного статусу населеного пункту (N=750)



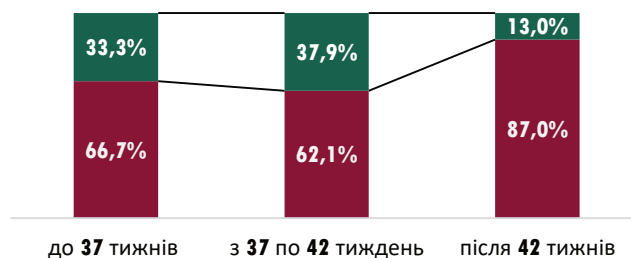


### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=750)



- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від терміну пологів (N=750)



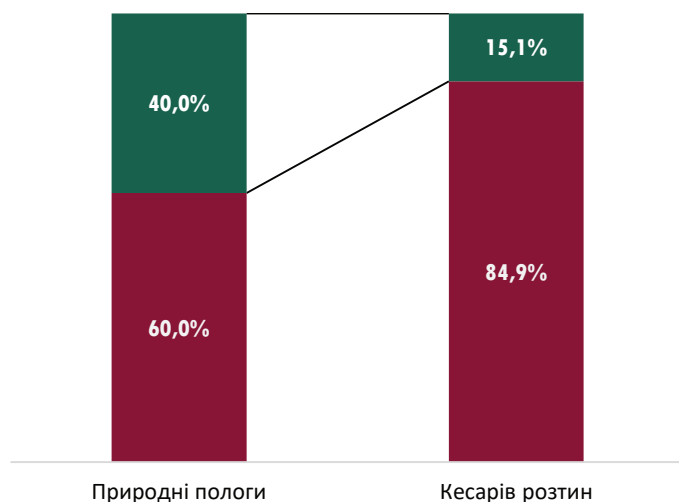
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались

Насамкінець, очікувано вищою є частка повідомлень про застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків серед тих респонденток, чий пологів відбулися кесарським шляхом, а не природним.

Чверть респонденток (26,1%) вказали, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, причому у випадку 56,6% вона була виконана без згоди або без попередження.

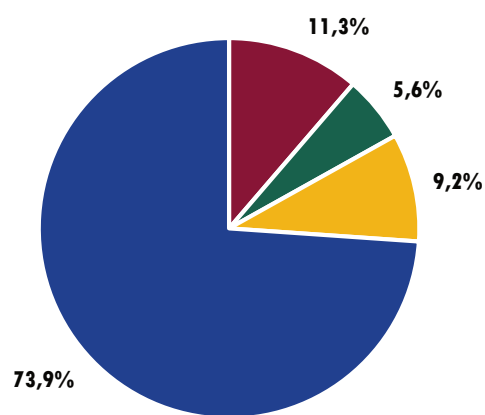
Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях респонденток різного віку та тих, що народжували вперше та повторно. Не було виявлено значних відмінностей за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=750)



- Крапельниці, пігулки чи інші ліки не застосовувались
- Крапельниці, пігулки чи інші ліки застосовувались

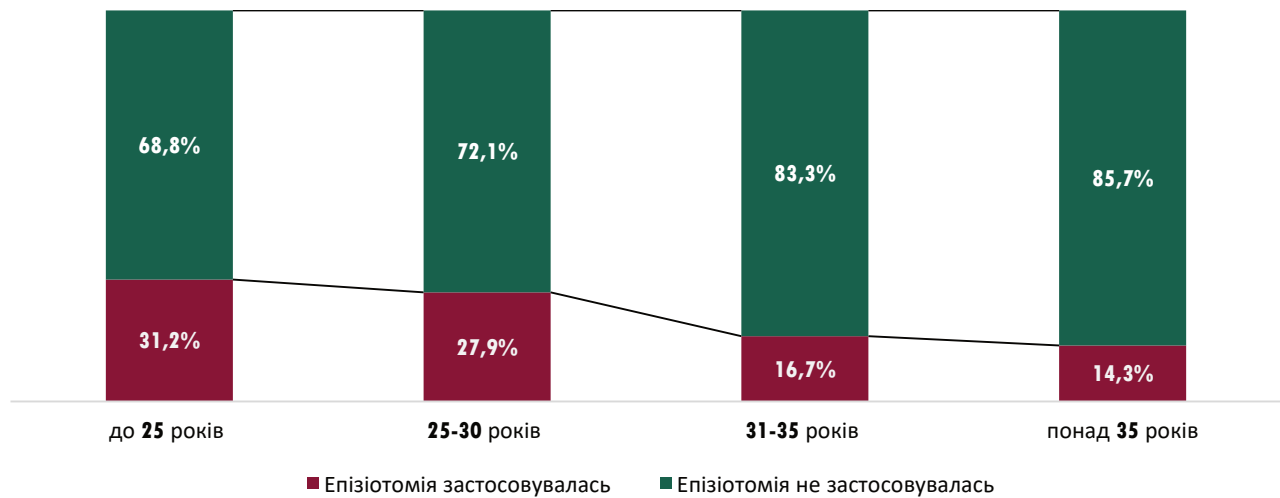
### Застосування епізіотомії (N=664)



- Так, мене спитали про згоду на це
- Так, без моєї згоди на це
- Так, без попередження
- Ні, мені промежину не розрізали

Як бачимо на рисунку, частка повідомлень про застосування в пологах епізіотомії зростає зі зменшенням віку.

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=664)

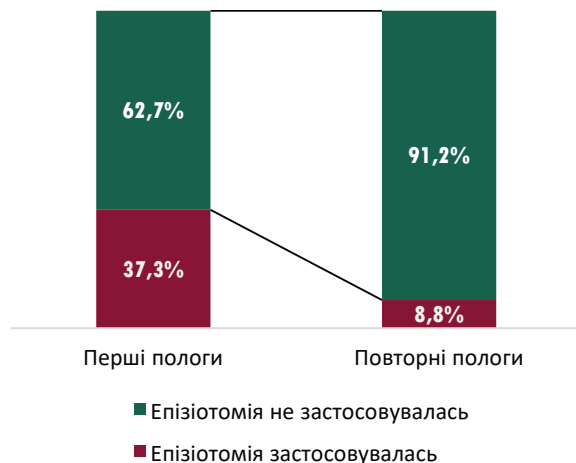


Схожим чином, жінки в повторних пологах повідомляли про застосування цієї маніпуляції понад утрічі рідше, ніж жінки в перших пологах – припускаємо, ці змінні віку та попереднього пологового досвіду пов'язаними між собою.

Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 30,4% респонденток, причому у випадку 2 тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 6,5% респонденток не змогли відповісти на запитання.

Значними були відмінності у відповідях жінок, що народжували у Вінниці та інших населених пунктах області та вперше й повторно. Несуттєвими виявилися відмінності у відповідях за змінними розміру населеного пункту, вікової групи, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=664)



### Застосування тиску на живіт (N=664)



Так, про тиск на живіт під час пологів частіше повідомляли опитані, які народжували в обласному центрі.

Крім того, вдвічі частіше про застосування цієї маніпуляції згадували жінки в перших пологах у порівнянні з тими, що народжували повторно.

### Застосування тиску на живіт залежно від обласного статусу населеного пункту (N=664)



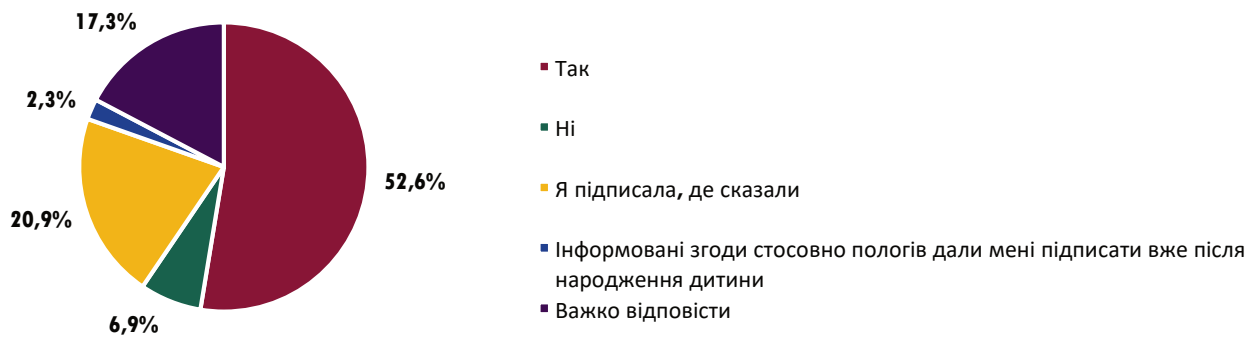
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=664)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали дещо понад половини опитаних (52,6%). Особливу увагу слід звернути на те, що кожна п'ята (20,9%) підписала документи, «де сказали», а ще 17,3% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

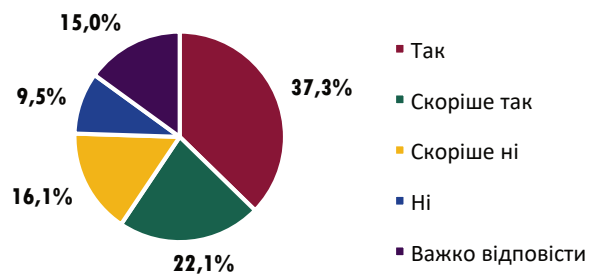
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=822)



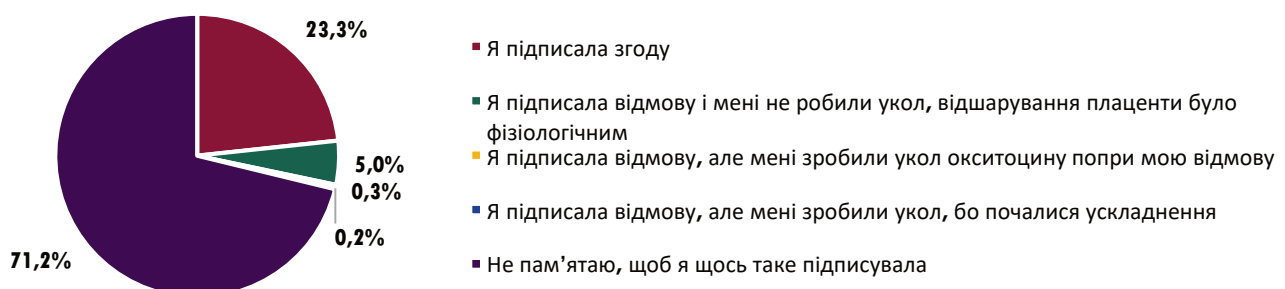
Майже дві третини респонденток (59,4%) отримали чи скоріше отримали пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Чверть опитаних (25,6%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а кожна сьома жінка (15%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомила майже чверть респонденток (23,3%), натомість майже три чверті (71,2%) вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=822)



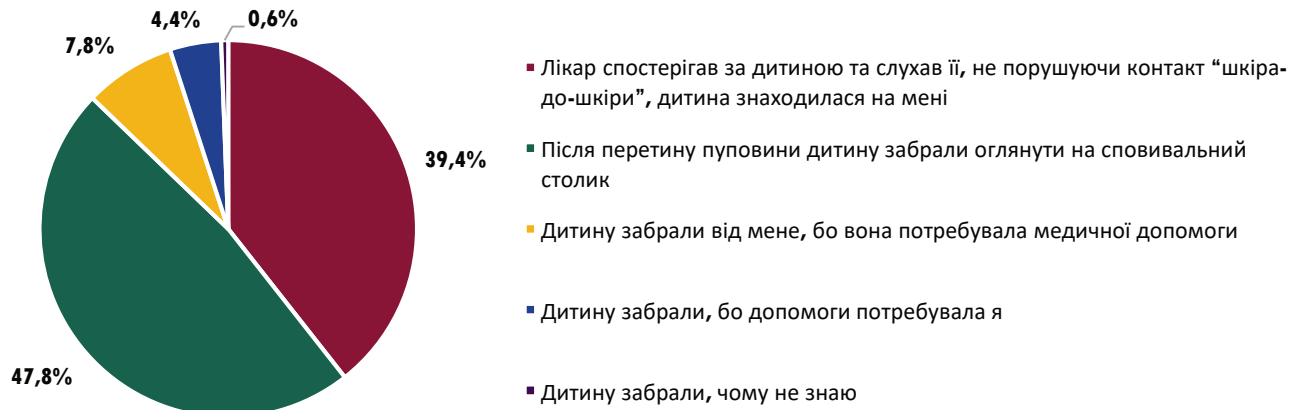
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=664)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, майже половину новонароджених (47,8%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 12,8% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише дещо більше третини дітей (39,4%) оглядалися зі збереженням контакту «шкіра до шкіри» – це найвищий показник за вісьмома досліджуваними областями<sup>3</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=663)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 53,2% опитаних – з них у випадку 42% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 11,2% – з чоловіком або іншими родичами. Понад третина немовлят (35,1%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, 5,4% опитаних зазначали, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від них з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=814)



<sup>3</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 81,3% опитаних жінок. Це найвищий результат за вісьмома досліджуваними областями.

Бачимо різницю у відповідях жінок, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, природно та шляхом кесарського розтину, з партнером та без. Не було виявлено статистично значущої різниці у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти та партнерських пологів.

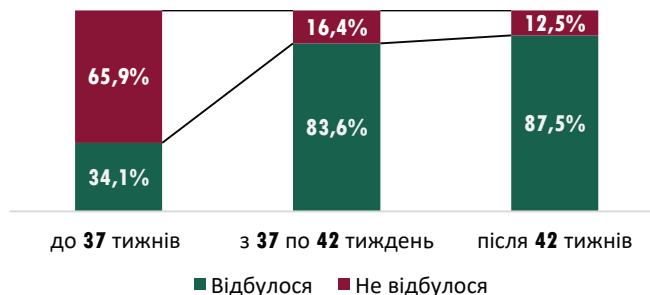
Так, бачимо, що жінки, які народжували повторно, повідомляли про те, що перше годування дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, дещо частіше, ніж ті, що народжували вперше.

Цілком очікувано частка таких респонденток зростає зі збільшенням терміну, на якому відбулися пологи.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=816)



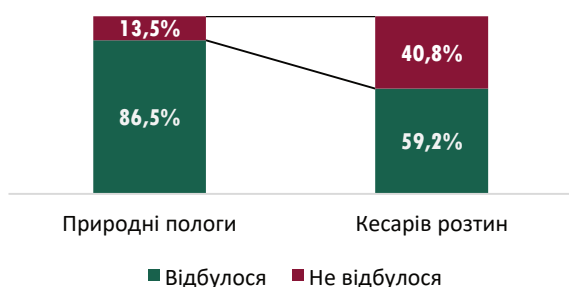
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=816)



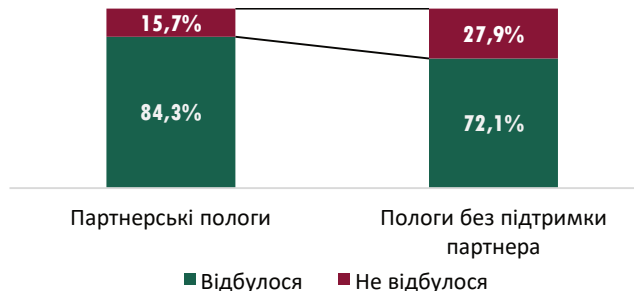
Не менш очікувано частіше погодувати дитину грудьми протягом перших двох годин її життя частіше вдалося тим респонденткам, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

Врешті, дещо вищим це значення є серед жінок, які народжували з партнером, а не самі.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=816)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=754)



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

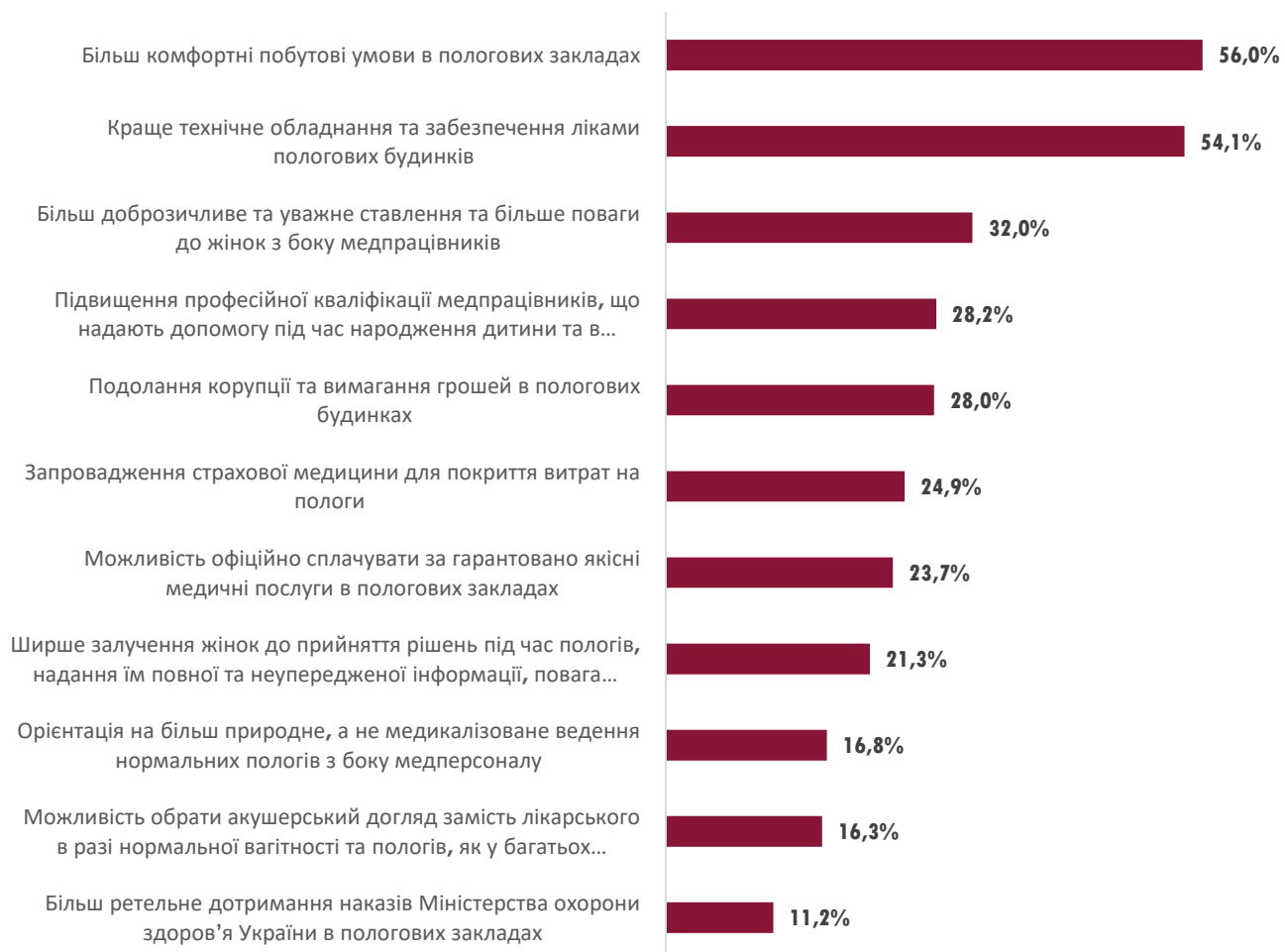
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (75,1%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (17,8% та 16,9% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (10,7%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 1,3% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=822)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (56%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (54,1%). Далі йшли такі позиції, як «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (32%), «підвищення професійної кваліфікації медпрацівників» (28,2%), «подолання корупції та вимагання грошей» (28%), «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (24,9%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (23,7%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (21,3%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (16,8%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (16,3%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,2%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=822)





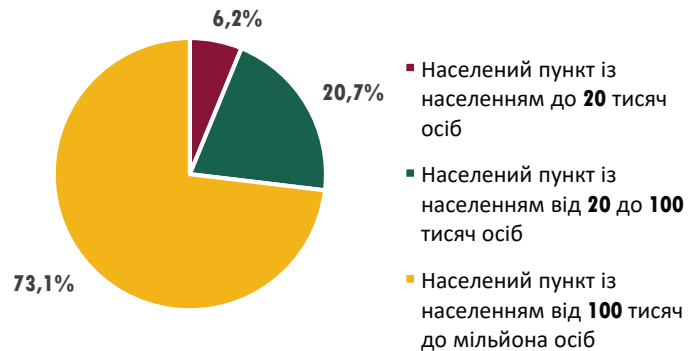
## Житомирська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Житомирська вибірка опитування нараховує 822 респонденток. Три чверті з них (73,1%) народжували в населеному пункті розміром від ста тисяч до мільйона осіб (у межах обласної підвибірки ця категорія представлена лише Житомиром), кожна п'ята (20,7%) – у населеному пункті розміром від двадцяти до ста тисяч осіб, 6,2% – до двадцяти тисяч осіб.

Таблиця 3 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

**Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=822)**



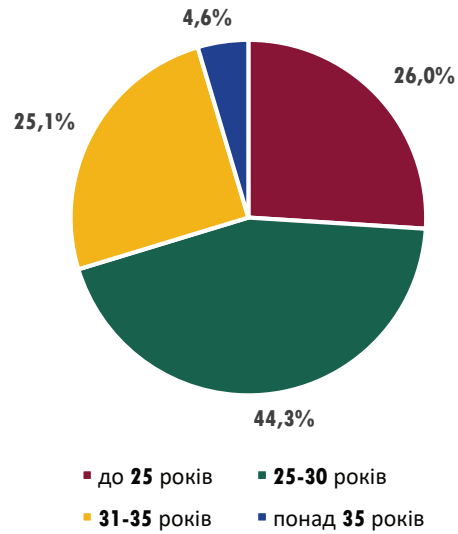
**Таблиця 3. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я  | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Житомир, пологове відділення Центральної міської лікарні № 1                                 | 401                              | 48,8%                               |
| Житомир, Обласний перинатальний центр  | 200                              | 24,3%                               |
| Бердичів, пологове відділення центральної міської лікарні                                    | 80                               | 9,7%                                |
| Коростень, пологове відділення центральної міської лікарні                                   | 36                               | 4,4%                                |
| Новоград-Волинський, пологове відділення міськрайонного територіального медичного об'єднання | 30                               | 3,6%                                |
| Овруч, пологове відділення центральної районної лікарні                                      | 15                               | 1,8%                                |
| Любар, пологове відділення центральної районної лікарні                                      | 14                               | 1,7%                                |
| Коростишів, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 12                               | 1,5%                                |
| Малин, пологове відділення міськрайонного територіального медичного об'єднання               | 12                               | 1,5%                                |
| Радомишль, пологове відділення центральної районної лікарні                                  | 5                                | 0,6%                                |
| Андрушівка, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 3                                | 0,4%                                |
| Ємільчено, пологове відділення центральної районної лікарні                                  | 3                                | 0,4%                                |
| Олевськ, пологове відділення центральної районної лікарні                                    | 3                                | 0,4%                                |
| Романів, пологове відділення центральної районної лікарні                                    | 3                                | 0,4%                                |
| Ружин, пологове відділення центральної районної лікарні                                      | 2                                | 0,2%                                |
| Чуднів, пологове відділення центральної районної лікарні                                     | 2                                | 0,2%                                |
| Черняхів, пологове відділення територіального медичного об'єднання                           | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>  | <b>822</b>                       | <b>100%</b>                         |

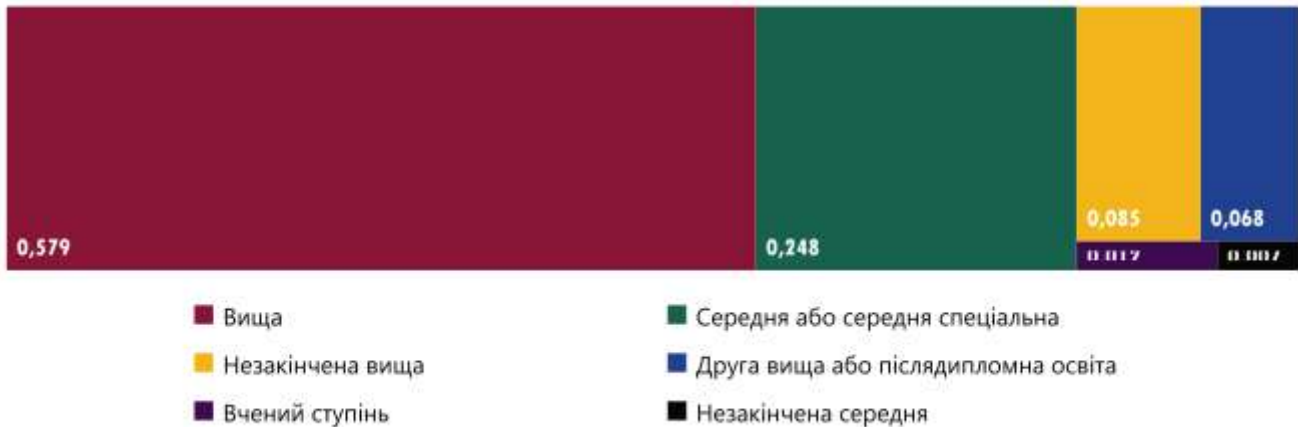
Майже половина опитаних (44,3%) вказала, що їхній вік лежить у проміжку від двадцяти п'яти до тридцяти років, по чверті (26% та 25,1% відповідно) – у проміжку до двадцяти п'яти та від тридцяти одного до тридцяти п'яти відповідно, 4,6% зазначили, що їм понад тридцять п'ять років. Враховуючи малонаповненість останньої категорії, слід ставитися обережно до відмінностей у відповідях цієї та решти вікових груп.

Половина респонденток (57,9%) вказала, що має вищу освіту, 6,8% – другу або післядипломну освіту, 1,2% – вчений ступінь, ще 8,5% зазначили, що мають незакінчену вищу освіту (потенційно певна частка цієї групи могла здобувати вищу освіту на момент заповнення анкети). Четверть вибірки (24,8%) засвідчила, що має середню або середню спеціальну, а 0,7% – незакінчену середню освіту.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=822)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=822)

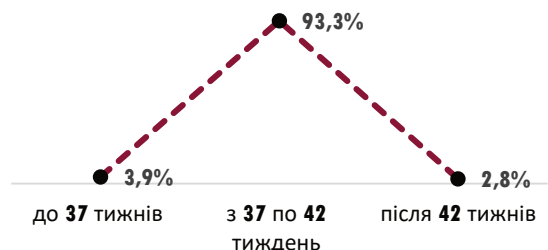


Про те, що пологи 2018 року були для них першими, повідомило 55,6% опитаних у Житомирській області, відповідно, решта 44,4% мали повторні пологи.

Пологи більшості опитаних (93,3%) відбулися в період з 37 до 42 тижня вагітності; у випадку 3,9% пологи відбулися до 37 тижня вагітності, 2,8% – після 42 тижнів. Розглядаючи відмінності у відповідях жінок, що народжували на різних термінах вагітності, слід брати до уваги малонаповненість двох останніх категорій, оскільки це може призводити до різниці в них, яка пояснюється малою кількістю респонденток, а не реальними відмінностями.

Більшість респонденток (82,3%) мали партнерські пологи. Майже дві треті опитаних (59,4%) зазначили, що мали попередню домовленість про пологи з лікарем,

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=822)



проте 5,7% з них у результаті народжували з іншим лікарем. Відповідно, 40,6% планували та народжували з черговою бригадою.

## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як бачимо з рисунка, в цілому респондентки оцінювали своє перебування в закладі охорони здоров'я доволі високо: найнижчою оцінкою є 3,5, що при округленні відповідає варіанту відповіді «добре» (харчування в пологовому будинку), найвищою – 4,3, «добре» (пологова зала).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, доставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

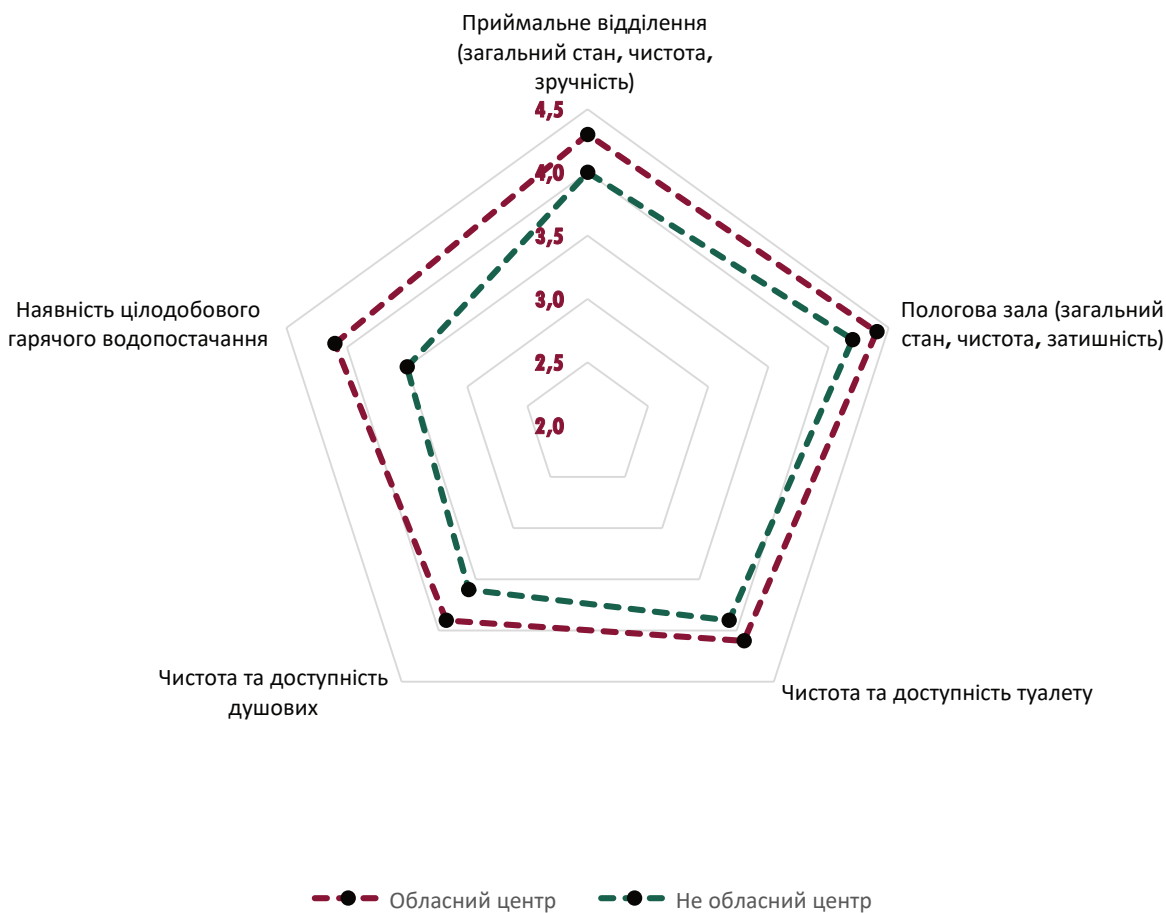
Значущою є різниця між відповідями жінок, які народжували в обласному центрі (Житомирі) в порівнянні з рештою населених пунктів області, залежно від розміру населеного пункту та того, чи народжувала жінка з попередньо обраним лікарем. Відсутність залежності бачимо за змінними віку, наявності вищої освіти,

типу пологів (природним шляхом або шляхом кесарського розтину), того, були вони першими чи повторними, терміну вагітності та того, чи були вони партнерськими.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

Бачимо з першого рисунка, що респондентки, що народжували в Житомирі, були дещо більше задоволені отриманими послугами, ніж жінки з решти населених пунктів.

### Здоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



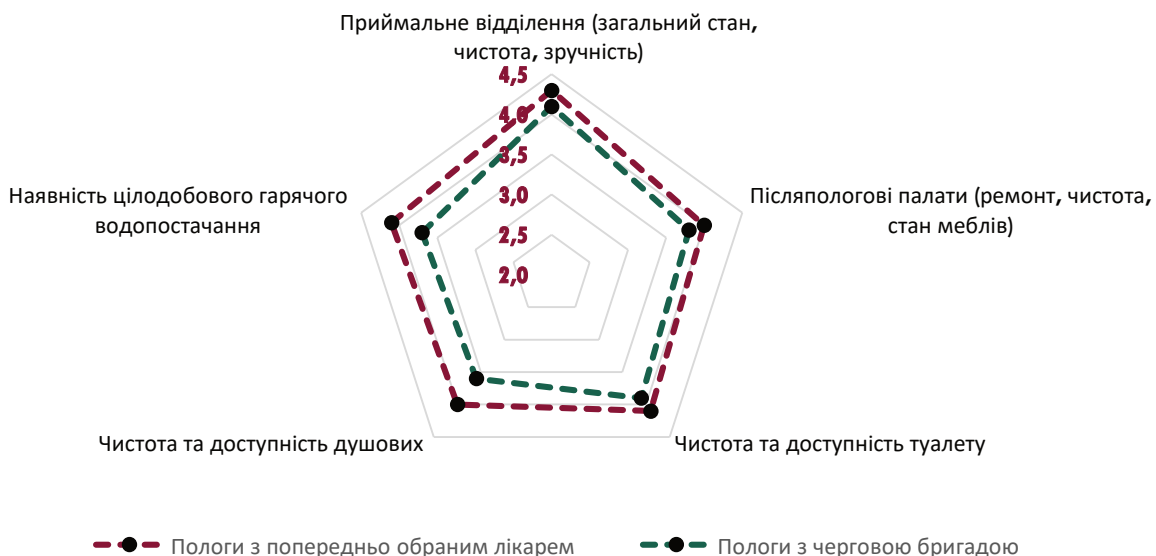
Наступний рисунок підтверджує цей висновок: бачимо, що жінки з міст із населенням, що перевищує сто тисяч осіб (у контексті області – Житомир), переважно оцінюють своє перебування в пологовому будинку найвище, проте найгірші оцінки спостерігаємо з боку опитаних у містах середнього розміру. Винятком є лише змінна «допоміжні засоби в пологовій залі» – за нею найнижчу оцінку залишили жінки з населених пунктів розміром до двадцяти тисяч осіб. З цього можемо зробити висновок про погане технічне забезпечення пологових закладів у малих містах Житомирської області.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



Бачимо з рисунка нижче, що жінки, які народжували за домовленістю оцінювали своє перебування в пологовому закладі систематично вище, ніж ті, чий пологи відбулися з черговою бригадою.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

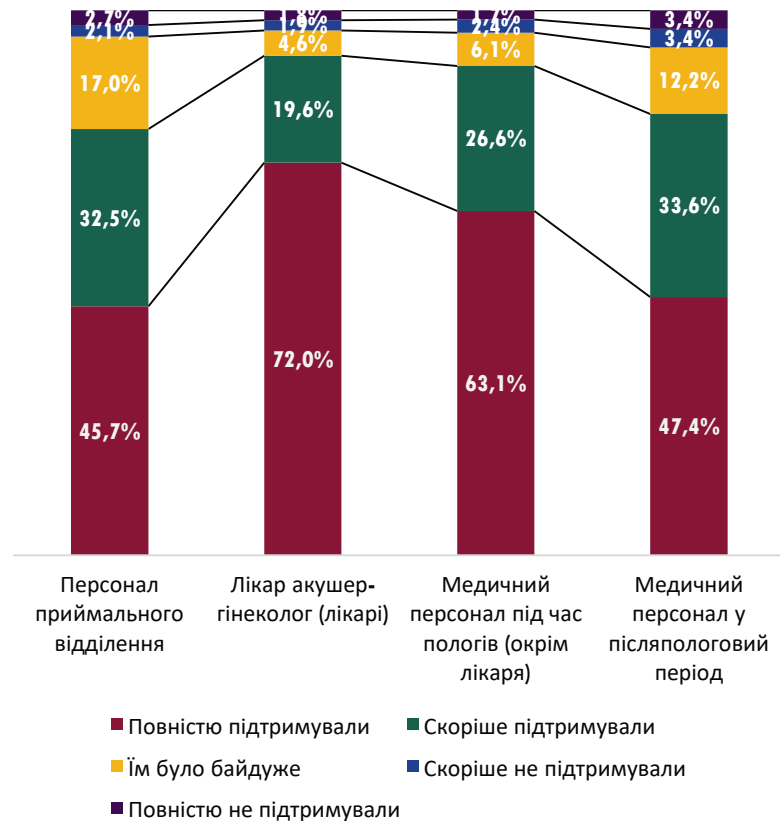
Загальні показники емоційної підтримки є дуже високими, тим не менш, бачимо, що жінки оцінювали підтримку акушерів-гінекологів та персоналу, безпосередньо задіяного в процесі пологів, значно вище, ніж персоналу приймального відділення та післяпологового періоду.

Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Помічаємо статистично значущі відмінності у відповідях жінок, що народжували в населених пунктах різних розмірів, що належать до різних вікових груп, тими, що народжували вперше та повторно, та тими, чий полог відбувся за домовленістю та з черговою бригадою. Не було помічено відмінностей у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, тих, що мали та не мали вищої освіти, народжували природно чи шляхом кесарського розтину, на різних термінах вагітності та з або без партнерів.

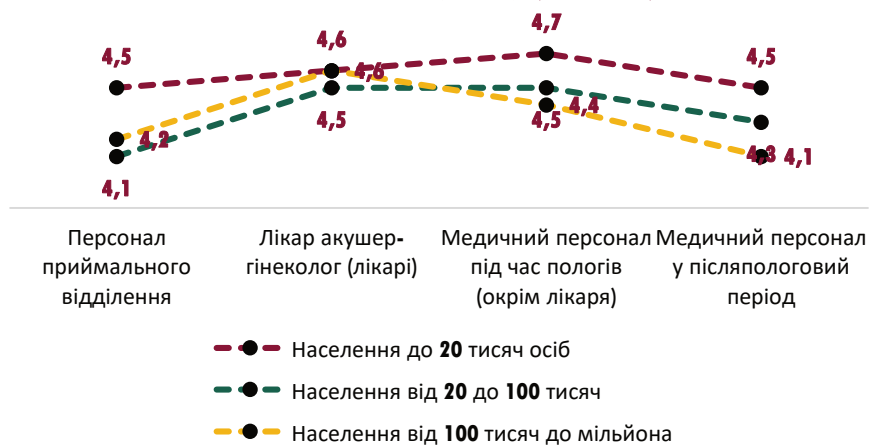
Як демонструє рисунок нижче, найвищі оцінки емоційної підтримки надавали жінки з найменших населених пунктів. При цьому зберігається тенденція до диференціації між оцінками різних категорій персоналу, описана вище.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=822)



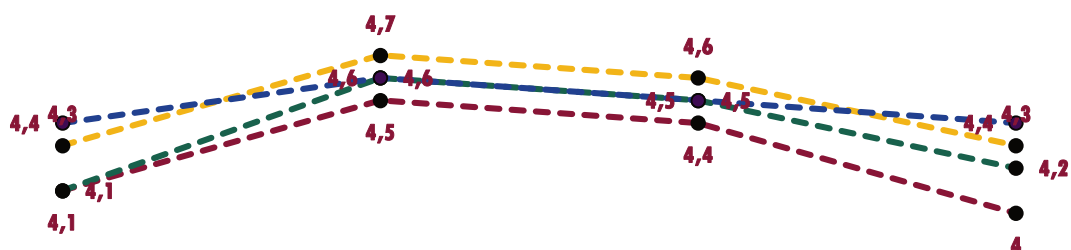
Згідно з наступним рисунком, оцінка також залежить від віку респондентки: якщо відкинути найстаршу вікову групу, яка є малонаповненою й тому може відображати дещо викривлені результати, бачимо тенденцію до підвищення оцінки з підвищенням віку.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=822)





### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від віку (N=822)



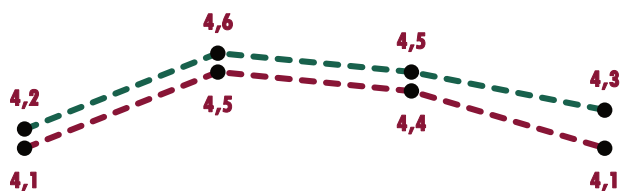
Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

—●— до 25 років    —●— 25-30 років    —●— 31-35 років    —●— понад 35 років

Крім того, дещо вище емоційну підтримку оцінювали й жінки в повторних пологах; очевидно, ці дві змінні можуть певною мірою корелювати між собою.

Нарешті, спостерігаємо тенденцію до більшої задоволеності підтримкою персоналу з боку тих респонденток, чий полог відбувся за попередньою домовленістю. Показовою є різниця в оцінці емоційної підтримки з боку акушера-гінеколога, з яким укладається така домовленість.

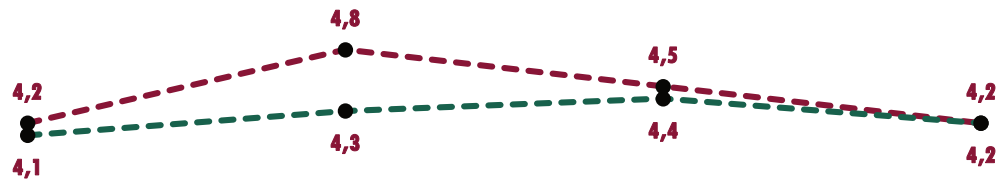
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

—●— Перші пологи    —●— Повторні пологи

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)



Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

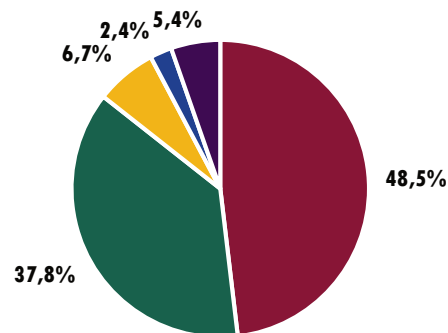
—●— Пологи з попередньо обраним лікарем    —●— Пологи з черговою бригадою

Більшість опитаних (86,3%) вказали, що медичний персонал ставився до них із повагою чи радше з повагою.

Можемо побачити значні відмінності у відповідях жінок різного віку, тих, що народжували вперше та повторно, природно та шляхом кесарського розтину, з попередньою домовленістю та з черговою бригадою. Не спостерігаються суттєві відмінності між відповідями жінок, які народжували в обласному центрі та інших населених пунктах, в населених пунктах різних розмірів, тих, що мали та не мали вищої освіти, залежно від терміну вагітності та присутності партнерів.

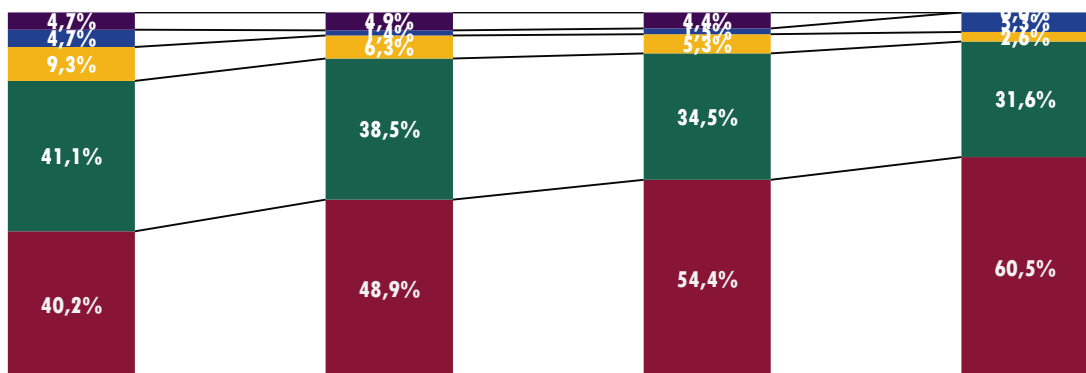
Так, бачимо, що частка однозначних «так» на запитання про те, чи ставився до них персонал із повагою, зростає зі зростанням віку. Протилежною є ситуація з варіантом відповіді «скоріше ні».

## Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=822)



■ Так    ■ Скоріше так    ■ Скоріше ні    ■ Ні    ■ Важко відповісти

## Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від віку (N=822)

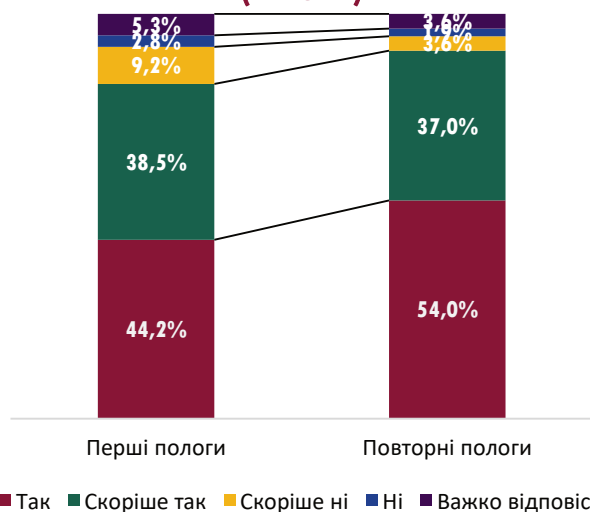


■ Так    ■ Скоріше так    ■ Скоріше ні    ■ Ні    ■ Важко відповісти

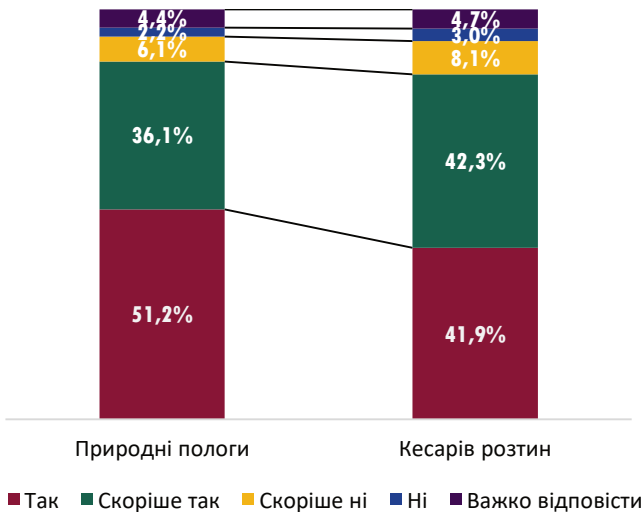
Жінки, які вже мали досвід попередніх пологів, частіше давали однозначно позитивну відповідь; жінки в перших пологах частіше повідомляли, що до них ставилися без належної поваги. Ймовірно, ці дві змінні є взаємопов'язаними.

Жінки, чиї пологи були природними, були також більш схильні оцінювати ставлення персоналу як поважне, ніж ті, чиї пологи відбулися шляхом кесарського розтину.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=822)

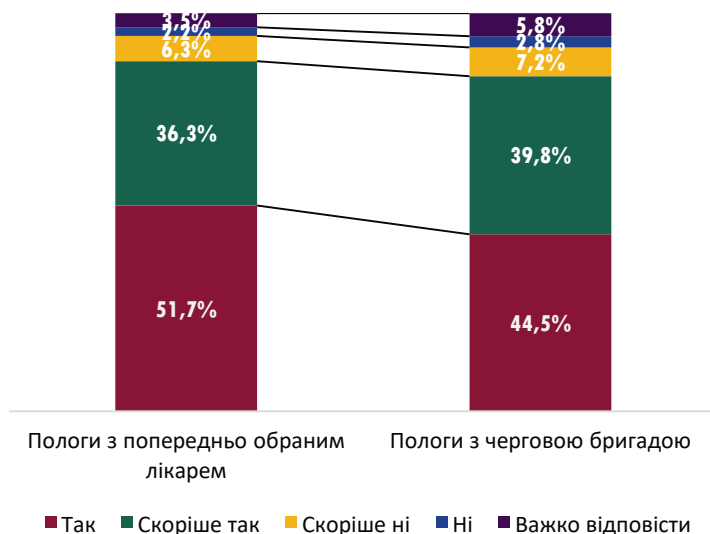


Крім того, частіше вважали ставлення до них персоналу поважним ті жінки, що народжували за домовленістю.

Більшість респонденток (88,3%) вказала, що їхня приватність та конфіденційність під час пологів була збережена.

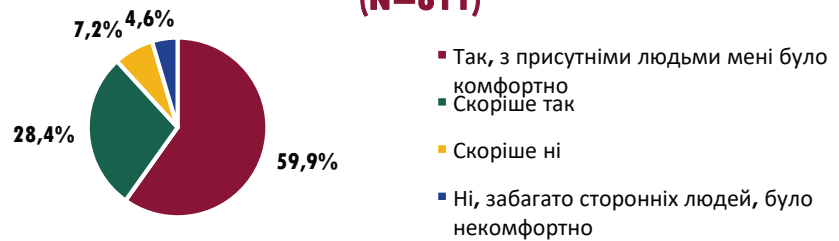
Суттєві відмінності спостерігалися у відповідях жінок із різних вікових груп та серед тих, що народжували за домовленістю та з черговою бригадою. Несуттєвими були відмінності у відповідях жінок залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, наявності в респонденток вищої освіти, залежно від типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину), досвіду попередніх пологів, терміну вагітності та присутності партнерів.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)

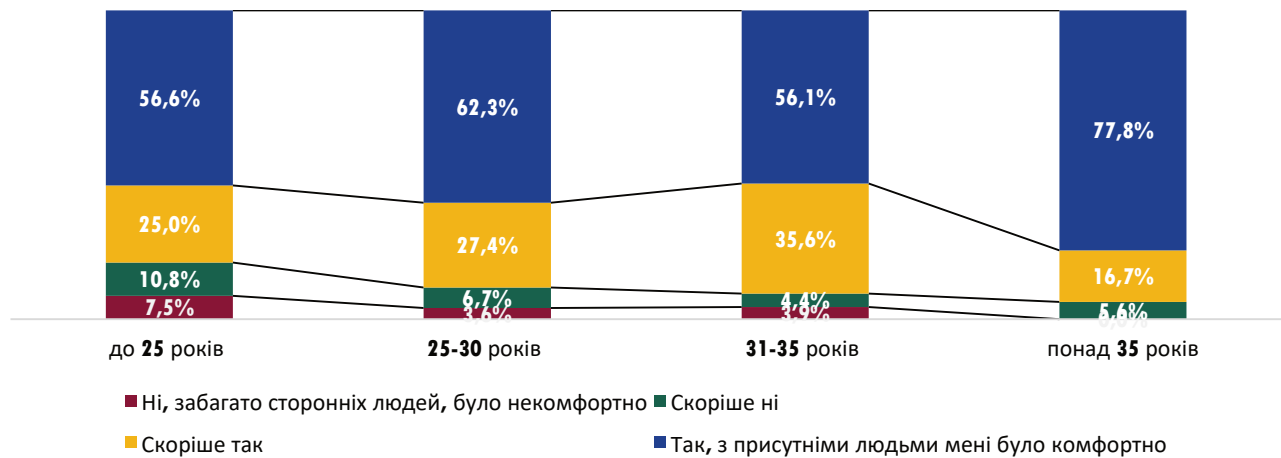


Так, бачимо, що серед молодших жінок дещо вища частка тих, що зазначали про порушення їхньої приватності та конфіденційності (при цьому слід врахувати, що найстарша вікова група є малонаповненою, а отже, дані в ній можуть бути викривленими).

### Приватність та конфіденційність пологів (N=811)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від віку (N=811)

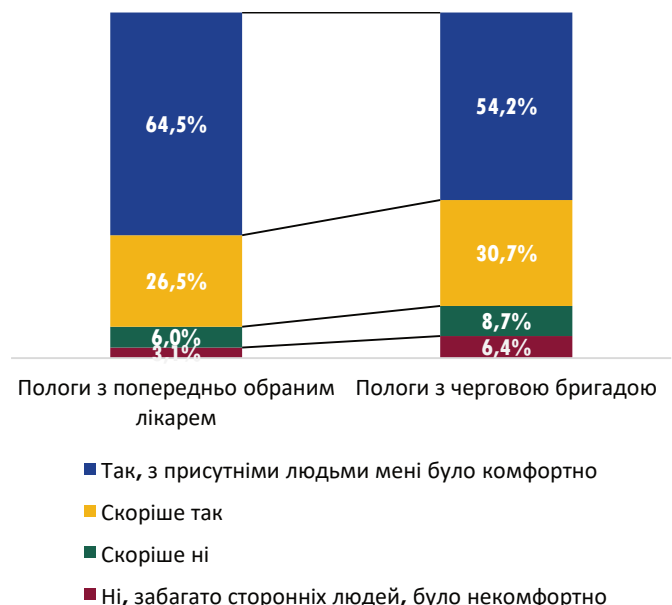


Ті жінки, чії пологи проходили з попередньо обраним лікарем, частіше повідомляли про дотримання їхньої приватності та конфіденційності, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

Три чверті опитаних (78,8%) вказали, що відчували себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

Суттєві відмінності у відповідях можна помітити, порівнявши відповіді жінок, які народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з партнерами та без та за домовленістю й із черговою бригадою. Відповідно, не було виявлено залежності відповідей від обласного статусу населеного пункту, його розміру, вікової групи респонденток, наявності в них вищої та досвіду попередніх пологів, а також терміну вагітності.

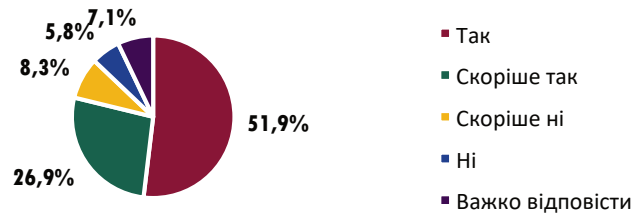
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=811)



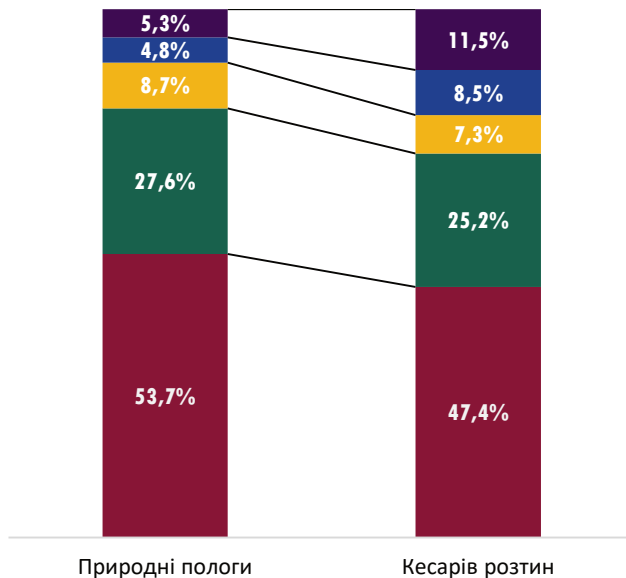
Жінки, які народжували природним шляхом, частіше зазначали, що відчували себе активними учасницями процесу, ніж ті, що мали кесарський розтин.

Ті, що народжували за присутності партнера чи партнерів також відчували свою активну залученість частіше, ніж ті, що народжували самостійно.

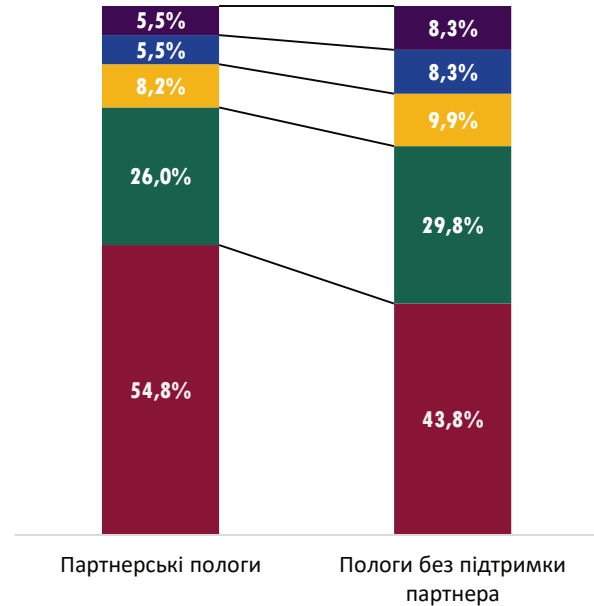
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=822)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=822)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=683)



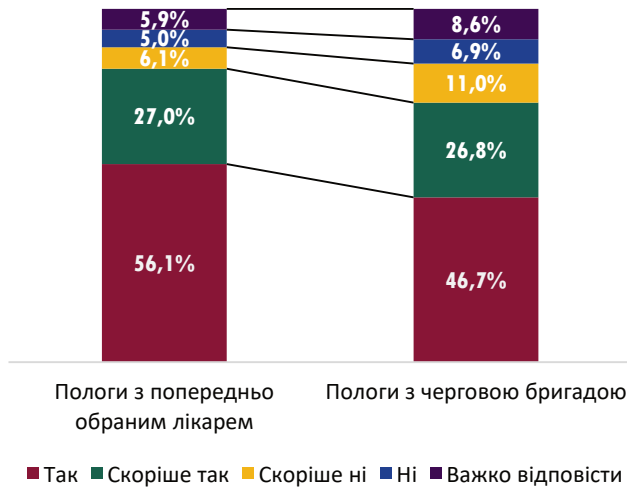
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти ■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

Фактор договірних пологів також відіграв свою роль: ті жінки, які народжували в присутності лікаря, з яким вони домовилися про пологи заздалегідь, відповідали, що відчують свою активну залученість до пологів, частіше, ніж ті, чиї пологи відбулися за участі чергової бригади.

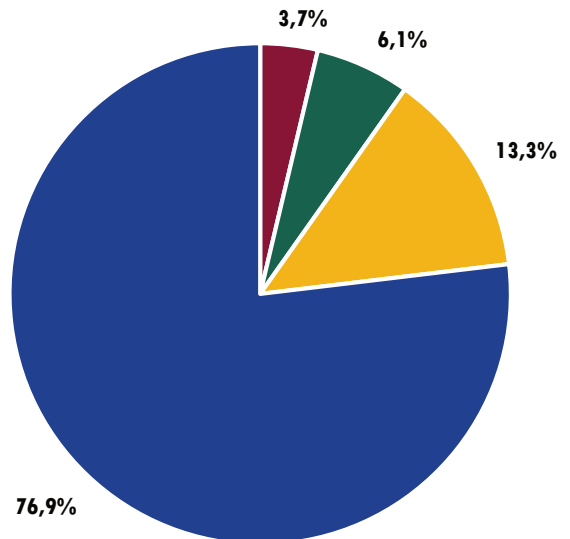
Абсолютна більшість респонденток (90,2%) зазначила, що не відчувала психологічного тиску чи залякування у своїх пологах.

Спостерігаємо суттєві відмінності при порівнянні відповідей жінок різного віку, з наявним та відсутнім досвідом попередніх пологів та тих, що народжували за домовленістю та з черговою бригадою. Несуттєвими були відмінності у відповідях жінок залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, наявності в них вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину) та присутності в пологах партнерів.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)**

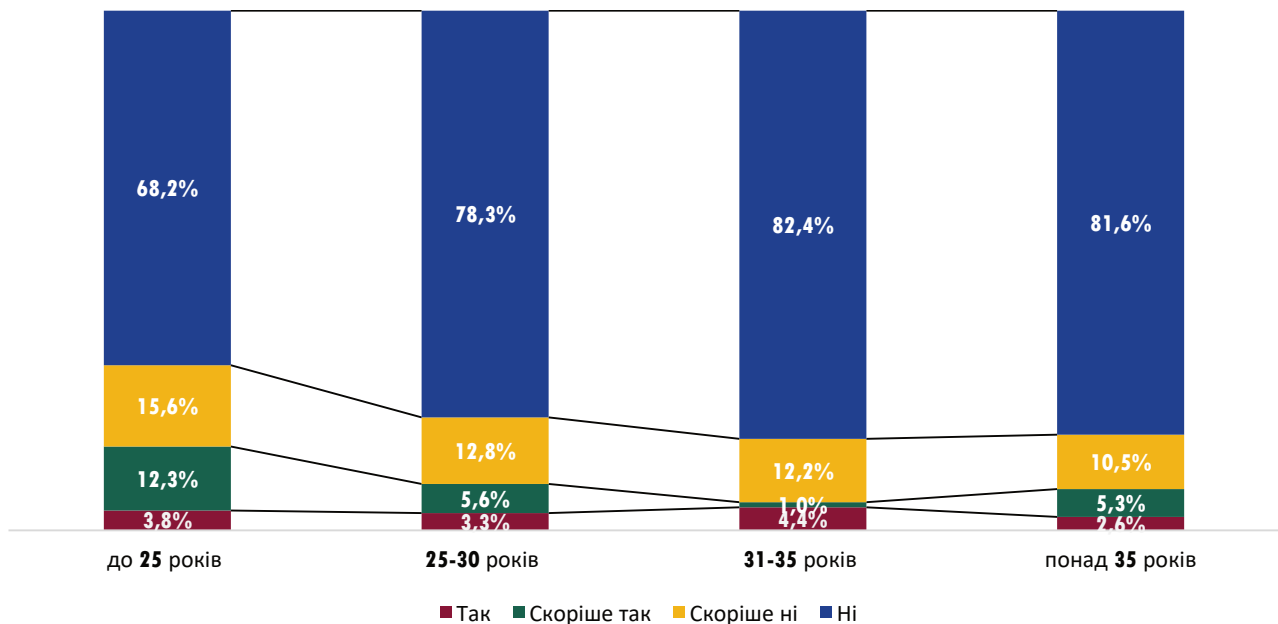


**Психологічний тиск чи залякування (N=814)**



Так, бачимо певну тенденцію в збільшенні частоти повідомлень про наявність психологічного тиску чи залякування зі зменшенням віку.

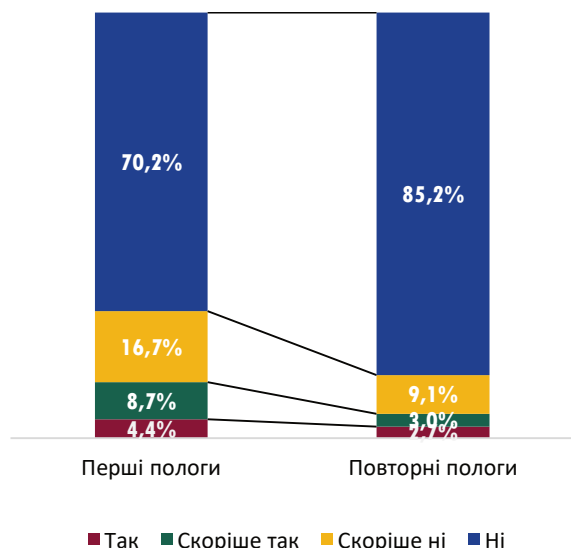
**Психологічний тиск чи залякування залежно від віку (N=814)**



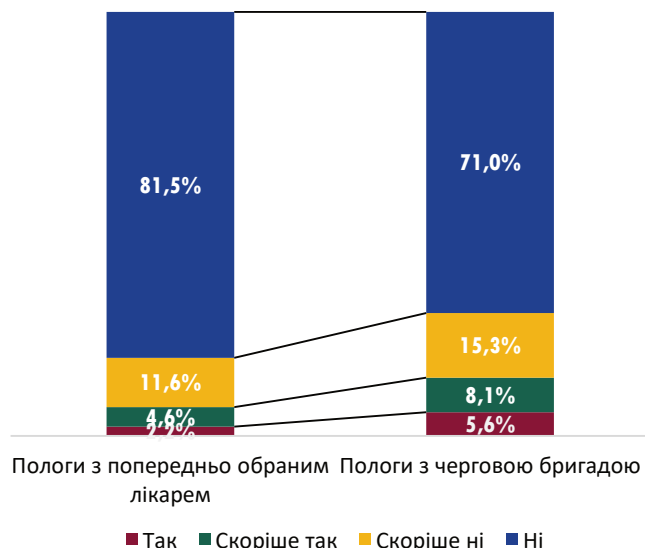
Подібним чином про тиск чи залякування частіше повідомляли ті жінки, для яких пологи 2018 року стали першими. Ймовірно, ці дві змінні є взаємопов'язаними.

Крім того, про тиск чи залякування також частіше зазначали ті опитані, які народжували з черговою бригадою, а не попередньо обраним лікарем.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=814)



### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=814)



Загальний рівень задоволеності доглядом у пологовому будинку є доволі високим: 82,1% респонденток, відповідаючи на це запитання, обрали варіанти «дуже задоволена» або «задоволена».

Суттєві відмінності можна помітити при порівнянні відповідей жінок, які народжували вперше та повторно та за домовленістю й із черговою бригадою. Не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, вікової групи респонденток, наявності в них вищої освіти, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину), терміну вагітності, а також того, чи були пологи партнерськими.

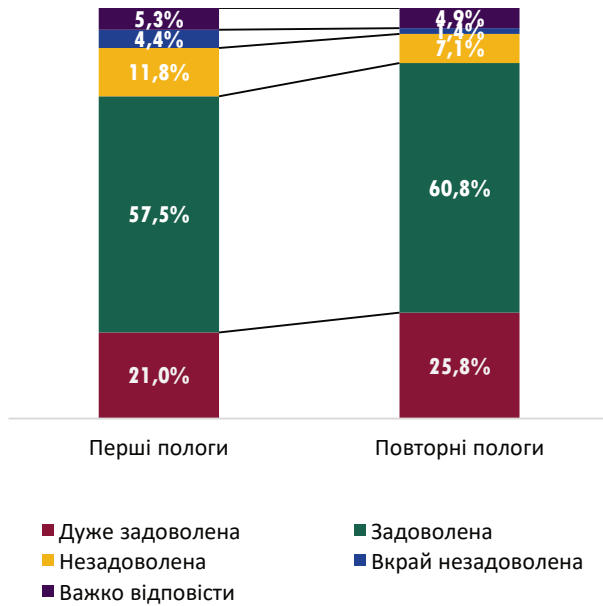
Так, жінки в перших пологах частіше повідомляли про те, що залишилися незадоволеними отриманим у пологовому доглядом.

Повторюючи вже встановлену тенденцію, більш незадоволеними доглядом були жінки, які народжували з черговою бригадою.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=822)



**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=822)**



**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)**





### Розділ 3. Хід пологів

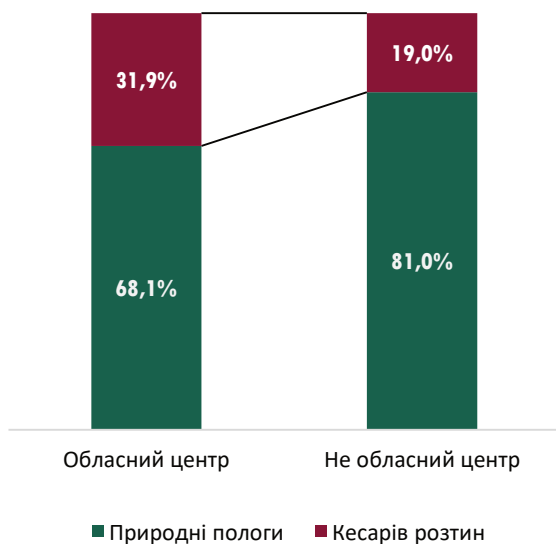
Більшість респонденток (71,5%) народила природним шляхом, 28,5% – шляхом кесаревого розтину. Це найвищий показник кесарських розтинів серед усіх областей.

Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях опитаних за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку та договірних пологів. Не було виявлено відмінностей за змінними вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та партнерських пологів.

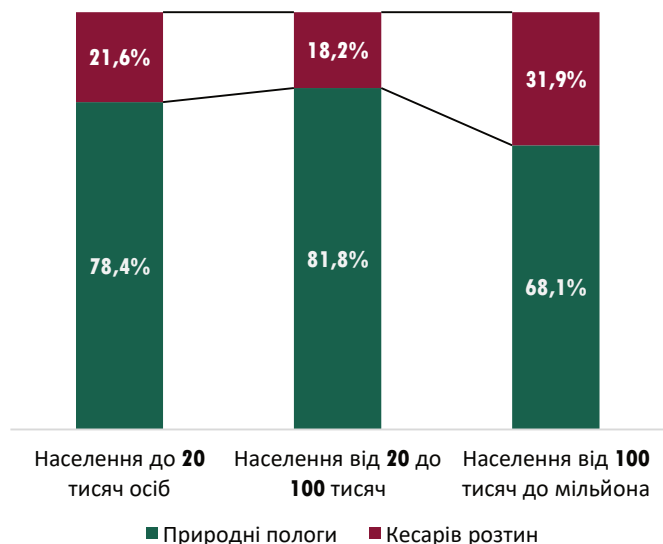
Як демонструє перший рисунок, жінки, які народжували в Житомирі, мали кесарський розтин частіше, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів області.

Це підтверджується і наступним рисунком, на якому видно, що частка кесарських розтинів є найвищою в найбільшому місті області (Житомирі), а найменшою – в населених пунктах середнього розміру.

**Тип пологів залежно від обласного статусу населеного пункту (N=822)**

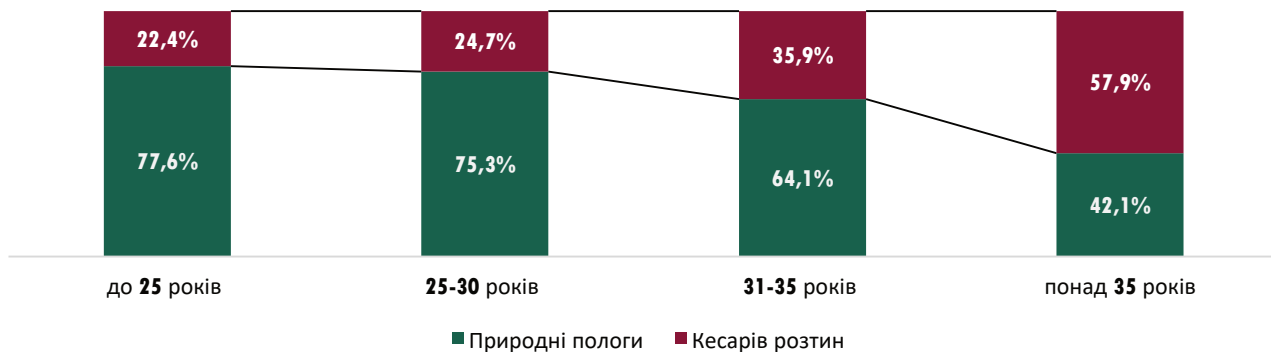


**Тип пологів залежно від розміру населеного пункту (N=822)**



Спостерігаємо тенденцію до зростання частки кесарських розтинів зі збільшенням віку опитаних.

**Тип пологів залежно від віку (N=822)**



Врешті, понад удвічі вищою є частка кесарських розтинів серед опитаних, які народжували за домовленістю, а не з черговою бригадою – можемо припустити, що це принаймні частково пояснюється запланованими кесарськими розтинами.

Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 75,3%, у випадку 24,7% вони були викликані штучно, при цьому 31,7% не знали причину стимуляції. У решті 68,3% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

Попередньо запланованими були 68,8% кесарських розтинів, решта 31,2% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів. Це найнижчий показник незапланованих КР за областями.

Більшість запланованих кесарських розтинів (86,4%) відбулися до початку перейм (з них 77,7% — за медичними показаннями, 22,3% — за особистим бажанням жінки), інші 13,7% — після початку перейм за медичними показаннями.

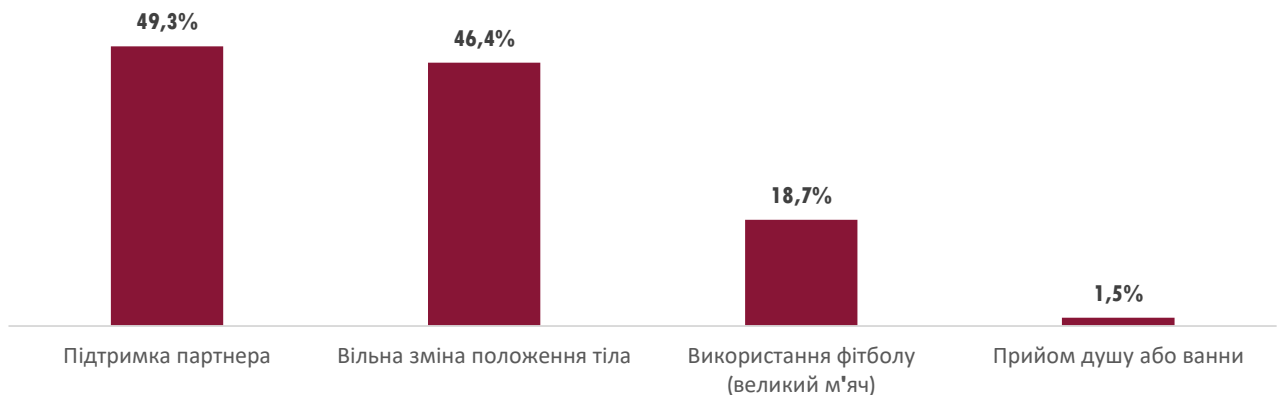
Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 68,5% розпочалися самі, початок решти 31,5% був стимульований штучно: у випадку 73,9% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 26,1% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (49,3%) та вільну зміну положення тіла (46,4%). Значно менше згадували використання фітболу (18,7%), ще рідше – прийом душу або ванни (1,5%).

### Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=822)



### Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=822)



Абсолютна більшість жінок (90,5%) зазначила, що народжувала на спині: 71,4% – на кріслі для пологів, 19,1% – на ліжку. Ще 8,6% вказали, що народжували, лежачи на боці. Лише одиниці народжували стоячи (0,5%), сидячи чи напівсидячи (0,2%) чи навколішки (0,2%).

Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 74% респонденток, незручною або скоріше незручною – 16%; ще 10% було важко відповісти на це запитання.

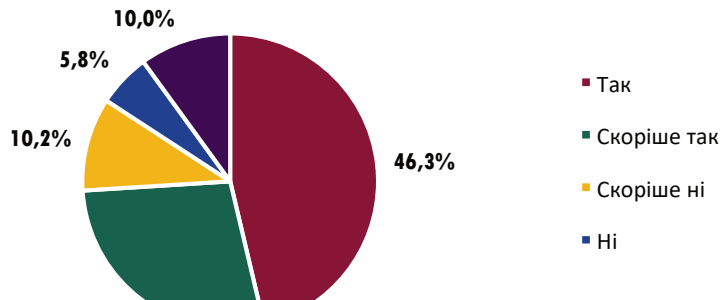
Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (50,1%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (43,5%). У випадку 6,4% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 52,1% випадків, решта опитаних (47,9%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

### Положення в момент народження дитини (N=591)



### Зручність положення в момент народження дитини (N=589)



### Причина народження в незручній позиції (N=421)



## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

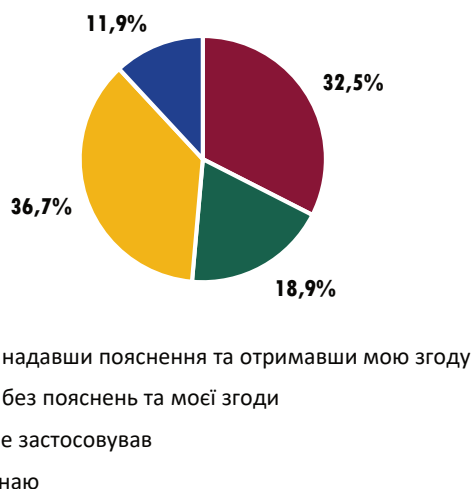
Понад половина респонденток (51,4%) зазначили, що в їхніх пологах була застосована амніотомія; у випадку 36,7% із них її було виконано без пояснень та згоди жінки.

Статистично значуща різниця у відповідях респонденток наявна за змінними вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів та партнерських пологів. Несуттєвими були відмінності у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності попереднього пологового досвіду та договірних пологів.

Бачимо з рисунка, що жінки з вищою освітою вказували про застосування у своїх пологах амніотомії частіше, ніж жінки без вищої освіти.

Очікувано, частка повідомлень про застосування амніотомії збільшується зі зростанням терміну вагітності, на якому відбулися пологи.

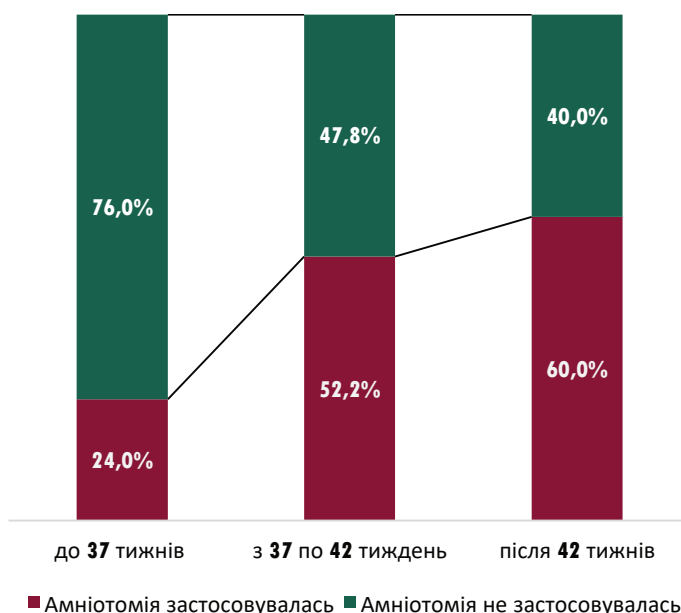
### Застосування амніотомії (N=683)



### Застосування амніотомії залежно від наявності вищої освіти (N=683)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=683)



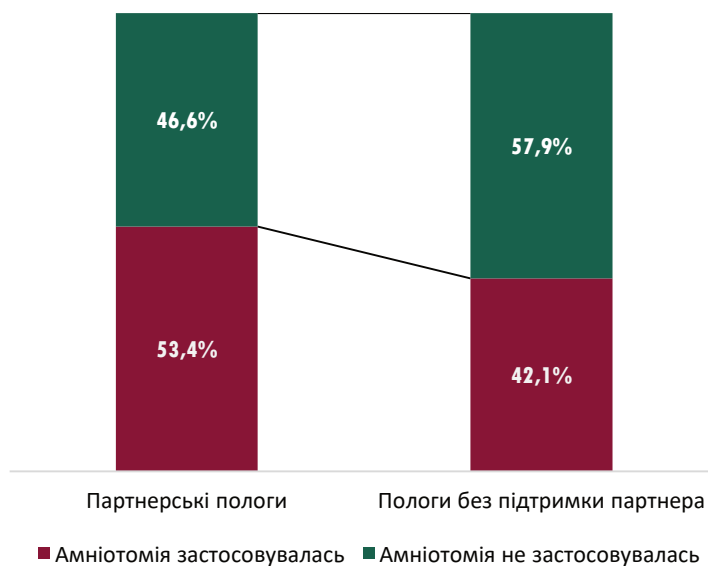
Також частіше про амніотомію повідомляли жінки, чий пологи відбувалися природним шляхом, на противагу тим, що мали кесарський розтин.

Нарешті, частіше про застосування в їхніх пологах амніотомії згадували жінки, які мали партнерські пологи, ніж ті, що народжували самі.

### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=683)



### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=683)



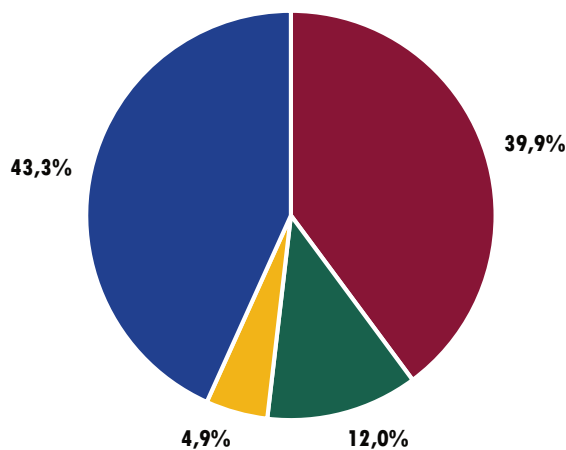
Дещо понад половини опитаних (56,8%) зазначили, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, причому у випадку 21,1% маніпуляції виконувалися без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

Значні відмінності у відповідях респонденток наявні за змінними вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду та типу пологів. Несуттєвими були відмінності у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, терміну вагітності, партнерських та договірних пологів.

Бачимо з рисунка, що жінки з вищою освітою частіше зазначали про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків.

Також частіше про цю маніпуляцію згадували жінки в перших, а не повторних пологах.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=675)



- Так, надавши пояснення та отримавши мою згоду
- Так, без пояснень та моєї згоди
- Так, була екстренна ситуація, і мені все пояснили потім
- Ні, не застосовував

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності вищої освіти (N=675)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=675)



Зрештою, спостерігаємо цілком очікувано вищу частку повідомлень про застосування в пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків у випадку жінок, що мали кесарський розтин.

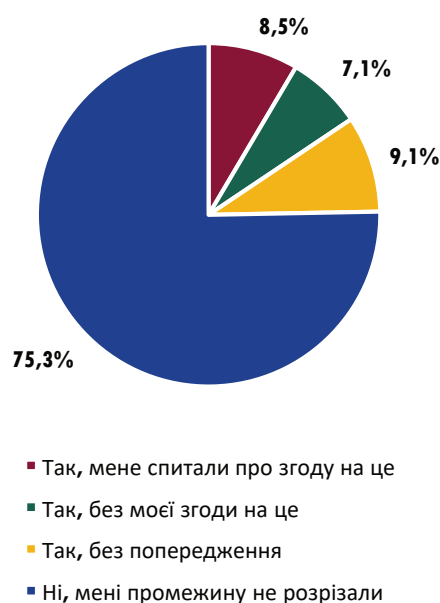
Чверть опитаних (24,7%) зазначили, що під час їхніх пологів було застосовано епізіотомію, причому у випадку 65,7% маніпуляція була виконана без згоди або без попередження.

Можна побачити різницю у відповідях жінок різного віку та тих, що народжували вперше та повторно. Відповідно, не було виявлено значущої різниці у відповідях опитаних за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=675)

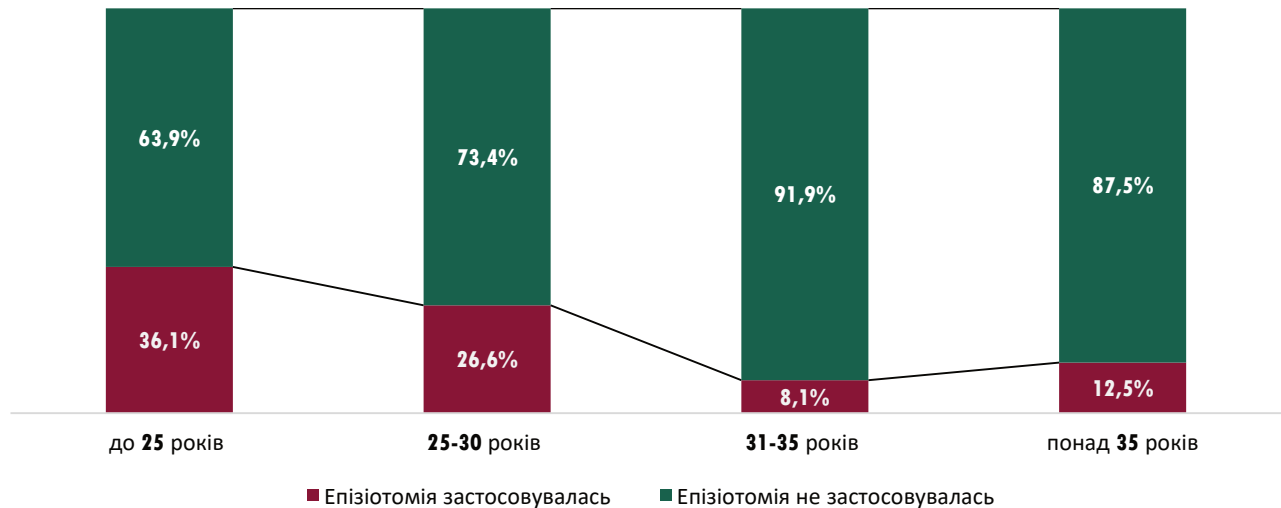


### Застосування епізіотомії (N=591)



Так, бачимо тенденцію до зростання частки повідомлень про епізіотомію зі зменшенням віку опитаних (той факт, що категорія жінок віком понад тридцять п'ять років вибивається з цієї тенденції, може пояснюватися малонаповненістю цієї конкретної групи).

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=591)

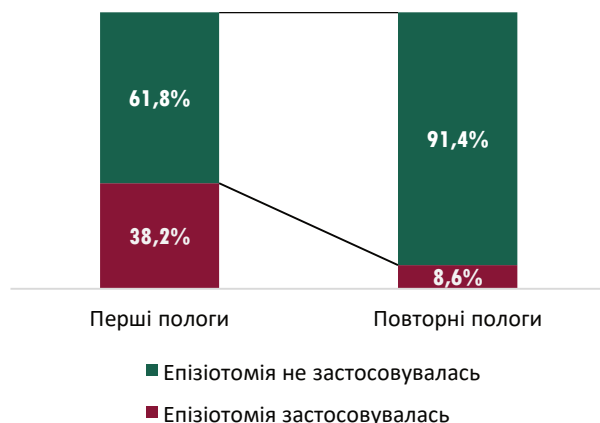


Ймовірно, змінна віку пов'язана зі змінною наявності попереднього пологового досвіду, оскільки, як демонструє наступний рисунок, жінки в перших пологах зазначали про застосування епізіотомії в чотири рази частіше, ніж жінки в повторних пологах.

Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 23% респонденток, причому у випадку 1 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 6,4% респонденток не змогли відповісти на запитання.

Статистично значущою була різниця у відповідях жінок різного віку та тих, що народжували вперше та повторно. Не було виявлено значущої різниці у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=591)

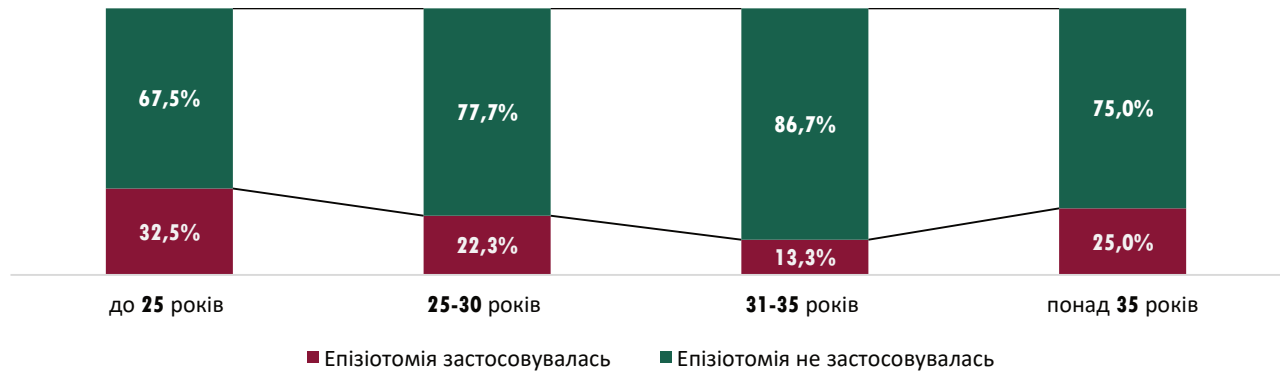


### Застосування тиску на живіт (N=591)



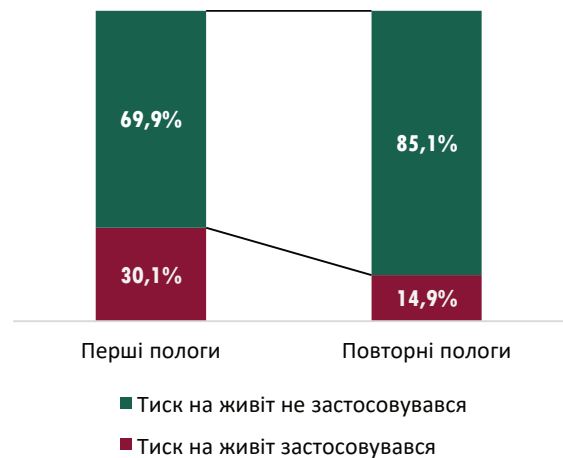
Як і у випадку епізіотомії, рисунок демонструє тенденцію до збільшення частки повідомлень про застосування тиску на живіт в пологах зі зменшенням віку (і, як і в попередньому випадку, тенденція може не поширюватися на найстаршу вікову групу з технічної причини, а саме –малонаповненості цієї групи).

### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=591)



Схожим чином удвічі частіше про тиск на живіт повідомляли жінки в перших пологах, що може вказувати на пов'язаність двох змінних між собою.

### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=591)

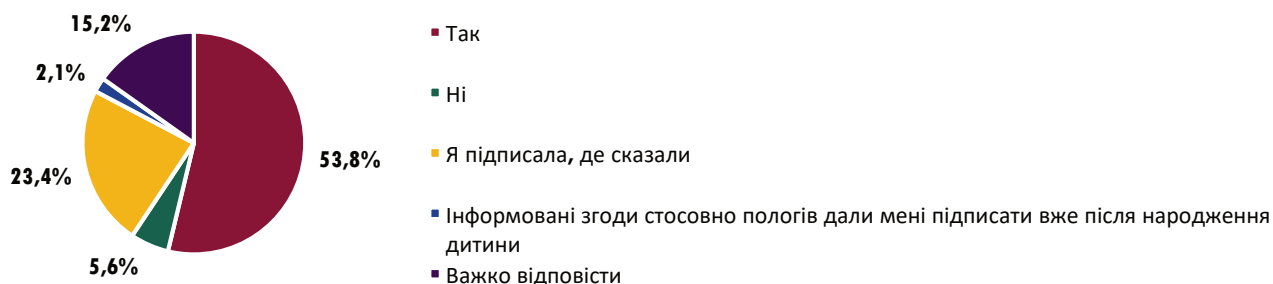




## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали дещо понад половини опитаних (53,8%). Особливу увагу слід звернути на те, що майже кожна четверта (23,4%) підписала документи, «де сказали», а ще 15,2% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

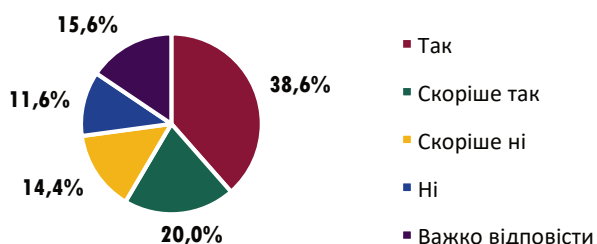
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=822)



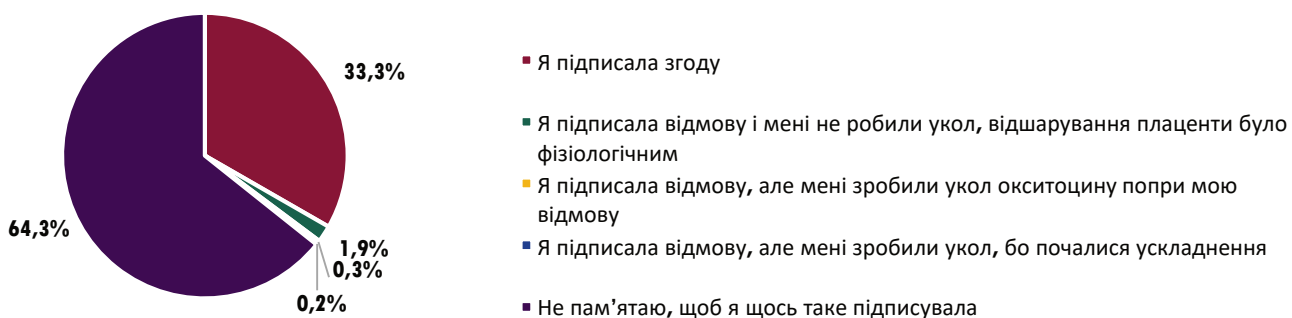
Майже дві третини респонденток (58,6%) отримали чи скоріше отримали пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Чверть опитаних (26%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а кожна шоста жінка (15,6%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомила третина респонденток (33,3%), натомість дві треті (64,3%) вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=822)



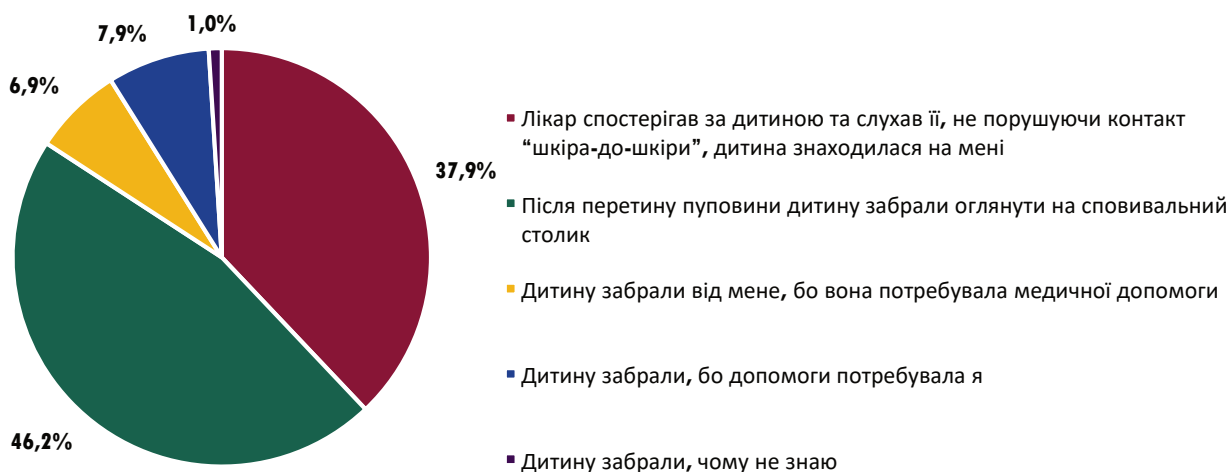
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=591)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, майже половину новонароджених (46,2%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 15,8% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише дещо більше третини дітей (37,9%) оглядалися зі збереженням контакту «шкіра до шкіри»<sup>4</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=667)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 79,4% опитаних – це найвищий показник за досліджуваними областями. З них у випадку 54,6% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 23% – з чоловіком або іншими родичами. Лише 13,9% немовлят перебували поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутими.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=814)



<sup>4</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

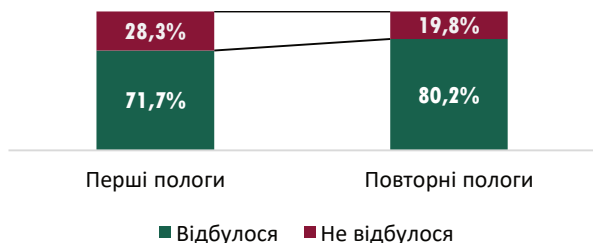
Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 75,4% опитаних жінок.

Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях опитаних за змінними наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів та партнерських пологів. Не було виявлено значущих відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, партнерських пологів.

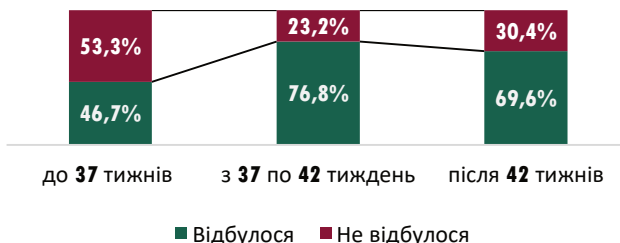
Як можемо спостерігати на першому рисунку, жінки, які народжували повторно, повідомляли про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя їхньої дитини, частіше, ніж ті, що народжували вперше.

Також рідше про це зазначали жінки, чий пологи відбулися раніше терміну.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=810)**



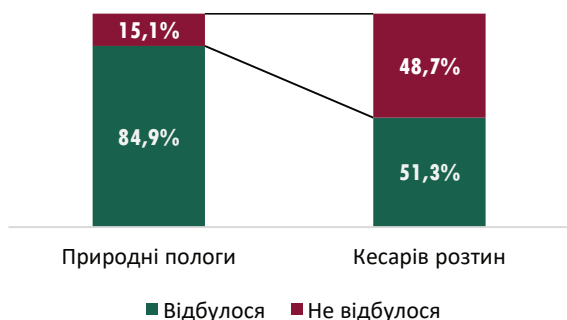
**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=810)**



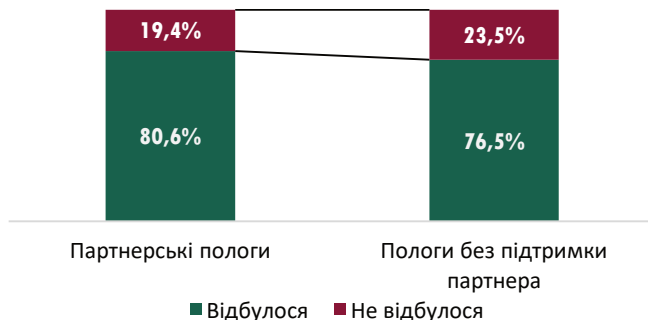
Цілком очікувано частіше про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини, згадували ті опитані, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

Врешті, дещо частіше про це зазначали респондентки, які народжували з партнером або партнерами, а не самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=810)**



**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=676)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

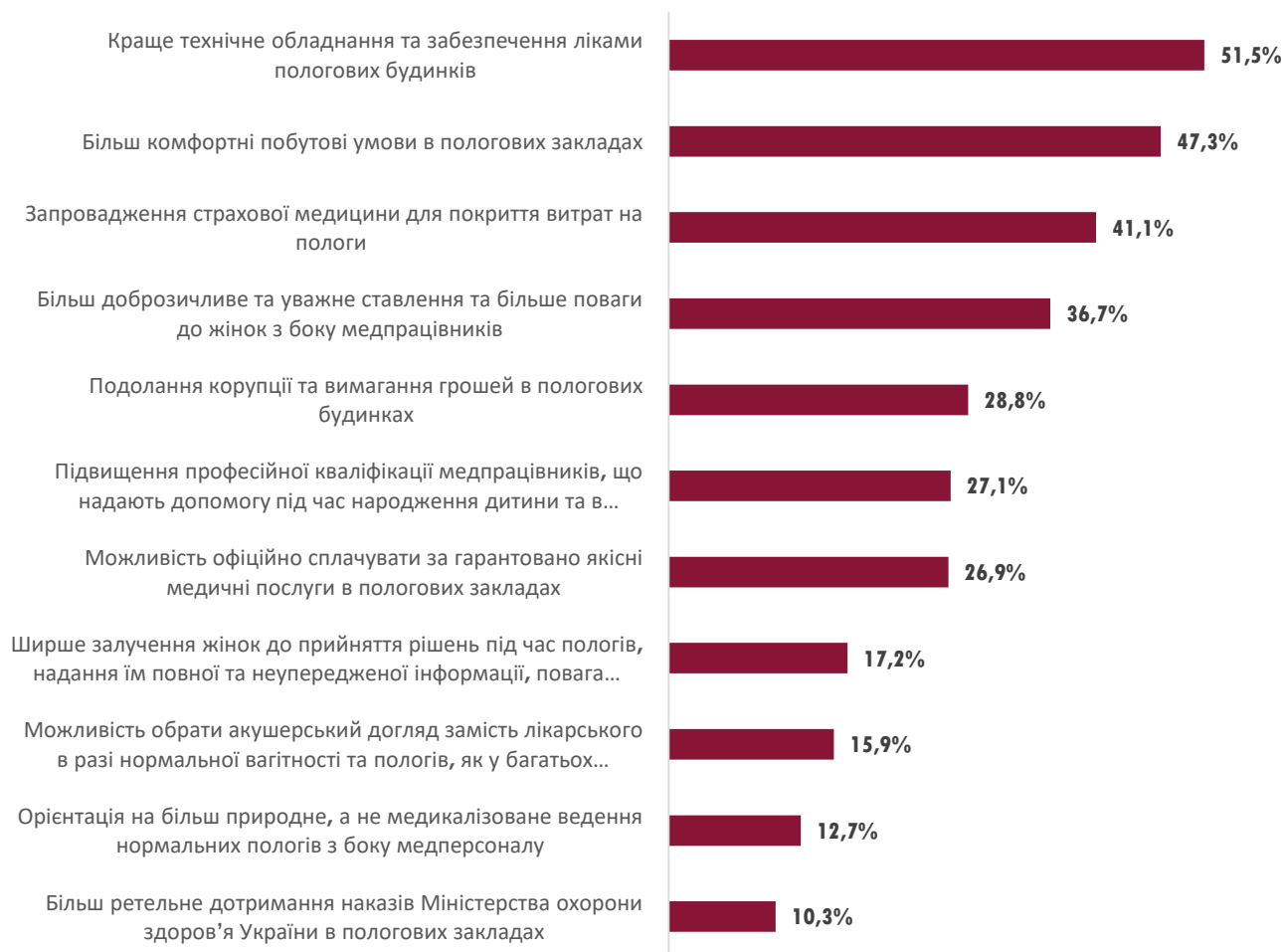
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (78%) обрала варіант «у тому ж самому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (14,5% та 12,3% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (10,6%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 2,3% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=822)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (51,5%) та «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (47,3%). Далі йшли такі позиції, як «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (41,1%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (36,7%), «подолання корупції та вимагання грошей» (28,8%), «підвищення професійної кваліфікації медпрацівників» (27,1%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (26,9%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (17,2%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (15,9%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (12,7%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (10,3%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=822)



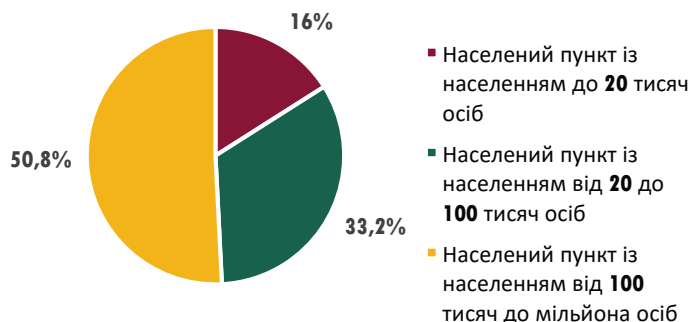
## Закарпатська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Підвибірка Закарпатської області містила відповіді 805 респонденток. Половина з них (50,8%) народжувала в населеному пункті розміром понад 100 тисяч осіб (у цьому випадку – в Ужгороді); третина (33,2%) – у населеному пункті розміром від двадцяти до ста тисяч осіб, решта 16% – до двадцяти тисяч осіб.

Таблиця 4 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

**Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=805)**



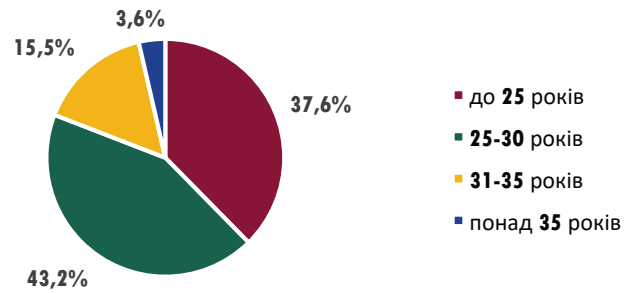
**Таблиця 4. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                  | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Ужгород, Обласний перинатальний центр                              | 277                              | 34,4%                               |
| Мукачеве, пологове відділення центральної районної лікарні         | 158                              | 19,6%                               |
| Ужгород, пологове відділення центральної районної лікарні          | 132                              | 16,4%                               |
| Виноградів, пологове відділення центральної районної лікарні       | 58                               | 7,2%                                |
| Іршава, пологове відділення районної лікарні                       | 51                               | 6,3%                                |
| Хуст, пологове відділення центральної районної лікарні             | 46                               | 5,7%                                |
| Тячів, пологове відділення центральної районної лікарні            | 29                               | 3,6%                                |
| Рахів, пологове відділення центральної районної лікарні            | 14                               | 1,7%                                |
| Воловець, пологове відділення центральної районної лікарні         | 12                               | 1,5%                                |
| Свалява, пологове відділення центральної районної лікарні          | 12                               | 1,5%                                |
| Міжгір'я, пологове відділення центральної районної лікарні         | 6                                | 0,7%                                |
| Берегове, пологове відділення центральної районної лікарні         | 5                                | 0,6%                                |
| Перечин, пологове відділення центральної районної лікарні          | 4                                | 0,5%                                |
| Великий Березний, пологове відділення центральної районної лікарні | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>  | <b>805</b>                       | <b>100%</b>                         |

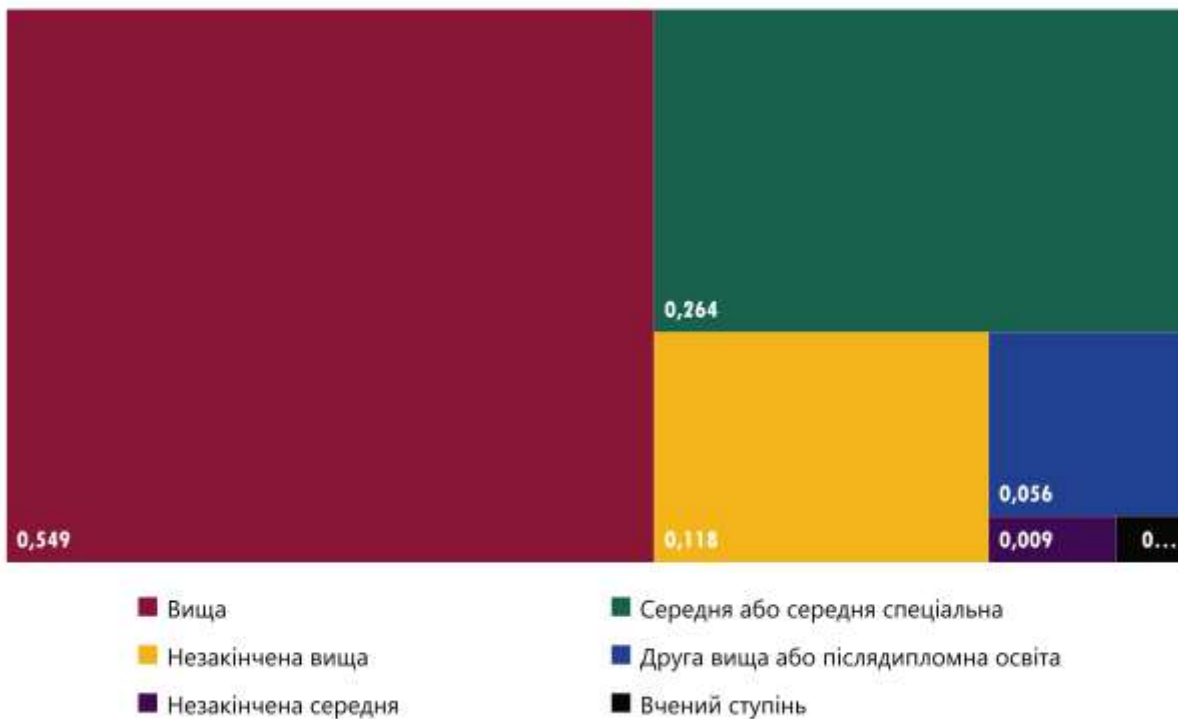
Найчисельнішою віковою групою вибірки є жінки у віці від двадцяти п'яти до тридцяти років (43,2%) та до двадцяти п'яти років (37,6%). Дві старші групи – від тридцяти одного до тридцяти п'яти та від тридцяти п'яти – є менш наповненими (15,5% та 3,6%) відповідно. Це слід брати до уваги при порівнянні відповідей різних вікових груп опитаних.

Більшість респонденток у вибірці повідомили про те, що мають вищу освіту (54,9%), ще 5,6% – другу чи післядипломну освіту, 0,5% – вчений ступінь. Кожна дев'ята (11,8%) зазначила, що має незакінчену вищу освіту (ймовірно, певна частка цих респонденток здобувала її на момент проходження опитування). Четверть (26,4%) вказала, що має середню або середню спеціальну, дещо менше відсотку (0,9%) – незакінчену середню освіту.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=805)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=804)

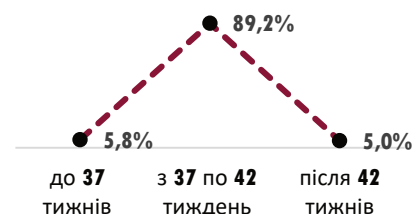


56,3% опитаних на Закарпатті зазначили, що пологи 2018 року були для них першими, відповідно, для решти 43,7%.

Більшість пологів у вибірці (89,2%) відбулися в термін з 37 до 42 тижня, 5,8% – до 37 тижня, 5% – після 42 тижнів. Слід звернути увагу на те, що на Закарпатську область припадає майже п'ята частина (18,3%) всіх випадків народження на пізньому терміні.

69,3% опитаних мали партнерські пологи, решта 30,7% народжували самі. Серед респонденток Закарпатської області мали домовленість про народження з певним лікарем 66,3%, у випадку 6,5% із них пологи відбулися з іншим лікарем. Решта 33,7% планували та народжували з черговою бригадою.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=805)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як можна помітити з рисунка, опитані були схильні оцінювати своє перебування в пологовому доволі високо: найнижчою оцінкою є 3,2, що відповідає варіанту відповіді «задовільно» (чистота та доступність душових), найвищою – 4, «добре» (пологова зала).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

Суттєвою є різниця між відповідями жінок, які народжували в обласному центрі на протигагу решті населеним пунктам, а також залежно від розміру населеного пункту, наявності в опитаних вищої освіти, того, чи були пологи партнерськими, а також того, проходили вони з попередньо обраним лікарем чи з

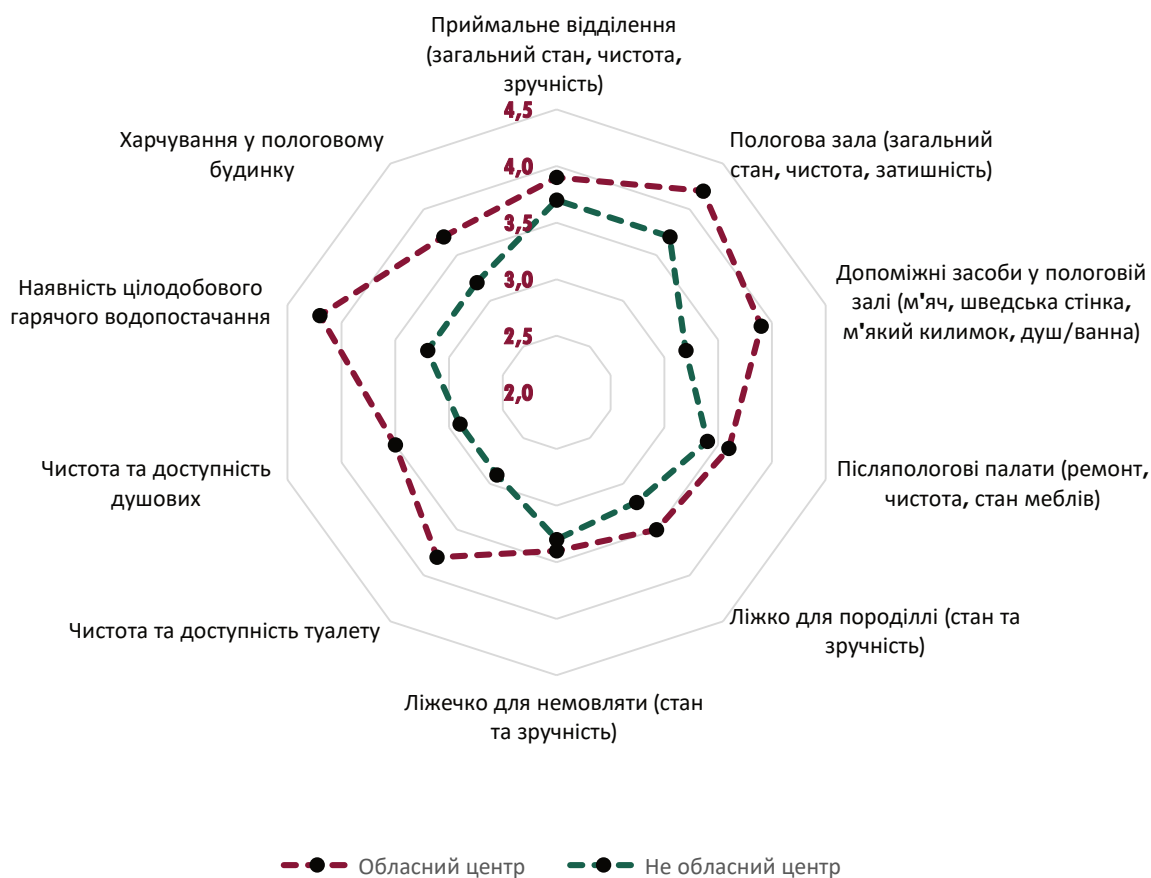


черговою бригадою. Незначними були відмінності між відповідями жінок різного віку, тими, що народжували вперше та повторно, залежно від терміну вагітності та типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину).

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

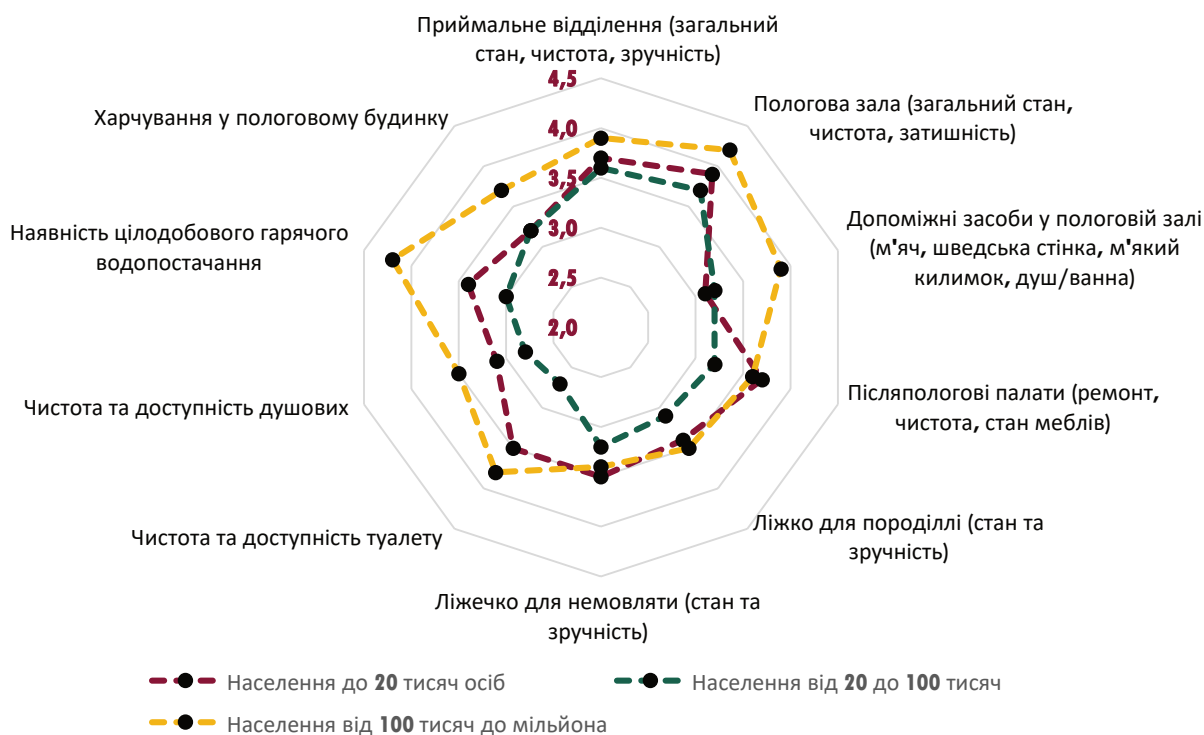
Перш за все, бачимо, що жінки, які народжували в Ужгороді, були значно більш задоволені своїм перебуванням у закладі охорони здоров'я, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах області.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



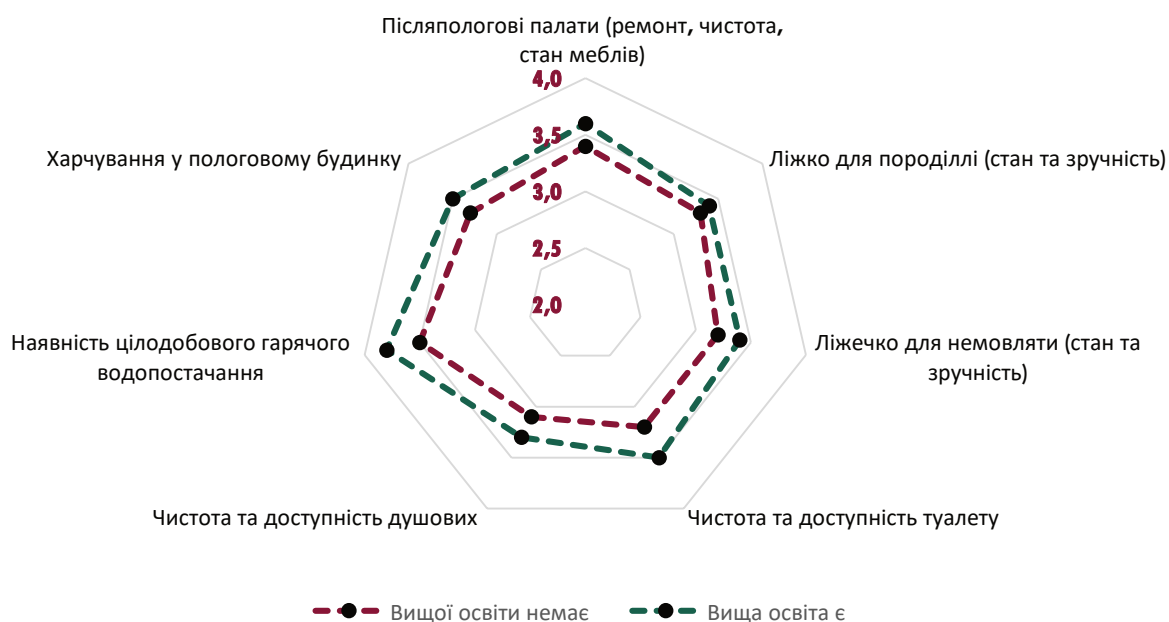
При цьому, як видно з наступного слайду, це не є тенденцією до покращення оцінки зі збільшенням розміру населеного пункту, оскільки найменш задоволені своїм перебуванням у закладі охорони здоров'я є жінки з міст середнього розміру.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



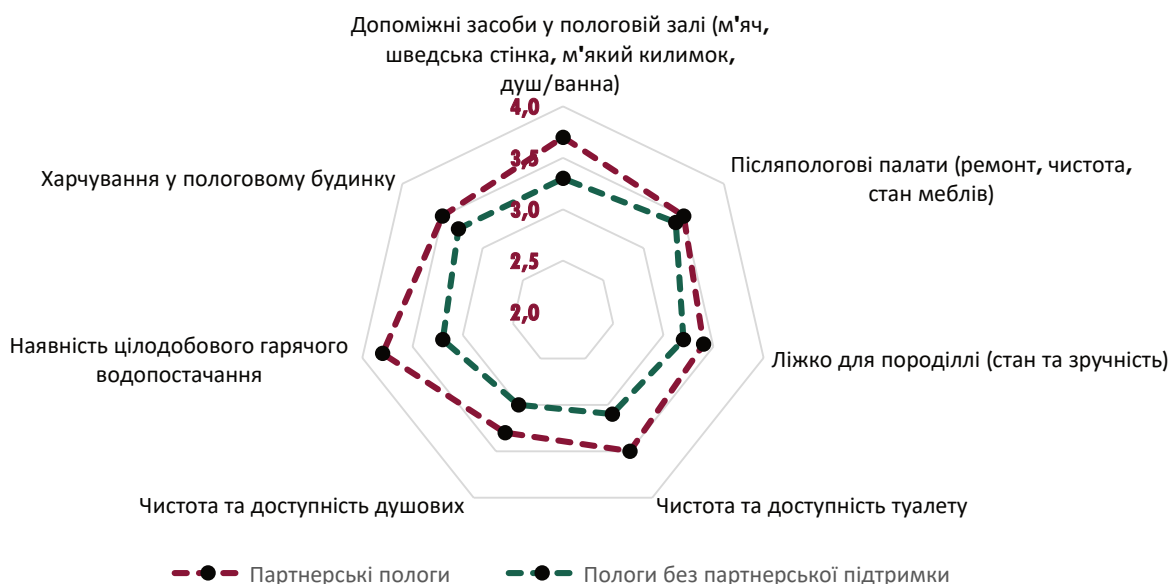
Жінки з вищою освітою були також схильні залишати більш високі оцінки, ніж жінки без респондентки без вищої освіти.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності вищої освіти



Як бачимо з рисунка нижче, присутність партнера може також сприяти більш позитивному досвіду.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності партнерської підтримки



Нарешті, жінки, чиї пологи відбулися за присутності попередньо обраного лікаря, оцінювали своє перебування в закладі статистично вище, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

Як видно з рисунка нижче, в цілому опитані оцінювали отриману ними емоційну підтримку доволі високо, проте прослідковується чітке розрізнення між ставленням акушерів-гінекологів та персоналу безпосередньо в пологах (більш високе) та персоналом приймального відділення та післяпологового періоду (більш низьке).

Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Єдина суттєва різниця спостерігається між відповідями жінок, які народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину, а також із черговою бригадою та попередньо обраним лікарем. Не спостерігаємо суттєвої різниці у відповідях опитаних, які народжували в обласному центрі проти решти населених пунктів, залежно від розміру населеного пункту, віку, наявності чи відсутності вищої освіти, того, були це перші чи повторні пологи, терміну вагітності, а також того, чи були пологи партнерськими.

Як демонструє перший рисунок, жінки, які мали кесарський розтин, були схильні оцінювати емоційну підтримку медичного персоналу дещо вище, ніж ті, що народжували природним шляхом. Імовірно, емоційна підтримка, яку надавав персонал, була прямо пов'язана з фактом кесаревого розтину.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=805)



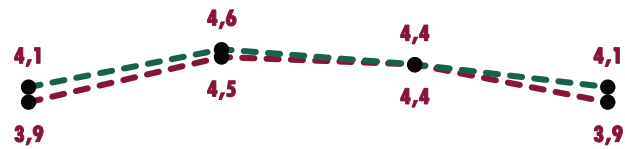
Крім того, вище оцінювали емоційну підтримку ті жінки, чий полог був договірним: показово, найсуттєвіша різниця в оцінці стосується саме акушерів-гінекологів, з якими зазвичай укладається договір.

Понад три чверті (80,2%) опитаних вказали, що ставлення до них з боку медичного персоналу було поважним.

Бачимо різницю лише у відповідях жінок, які народжували з черговою бригадою в порівнянні з договірним лікарем. Відсутня суттєва різниця у відповідях опитаних, що народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, залежно від розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти, того, першими чи повторними були пологи, терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину) та того, чи були вони партнерськими.

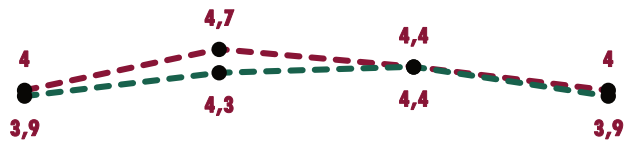
Так, бачимо, що жінки, що народжували з черговою бригадою, частіше повідомляли проте, що персонал ставився до них без належної поваги.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=805)



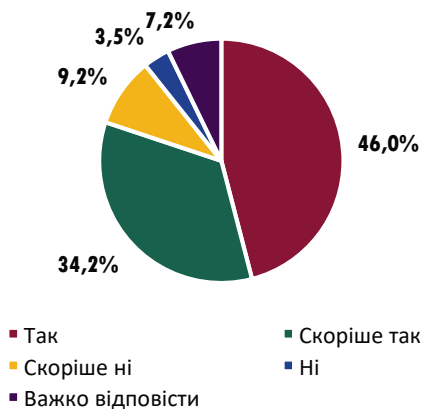
Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікарів)      Медичний персонал у післяпологовий період

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)

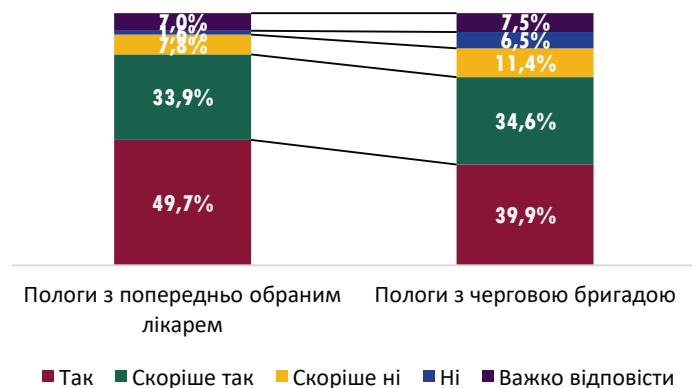


Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікарів)      Медичний персонал у післяпологовий період

### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=805)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)



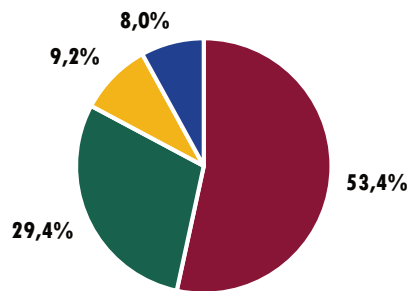
Більшість респонденток (82,8%) зазначили, що їхня приватність та конфіденційність у пологах була збережена.

Суттєві відмінності у відповідях спостерігаємо серед жінок, чиї пологи почалися на різних термінах вагітності та серед тих, що народжували за домовленістю та з черговою бригадою. Несуттєвими були відмінності між відповідями жінок із обласного центру та інших населених пунктів, із населених пунктів різного розміру, респонденток, що належали до різних вікових груп, мали та не мали вищої освіти, народжували вперше та повторно, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з та без партнерів.

Так, жінки, що народжували в період з 37 до 42 тижня вагітності, частіше почувалися в пологах комфортно та вказували, що їхня приватність та конфіденційність була дотримана.

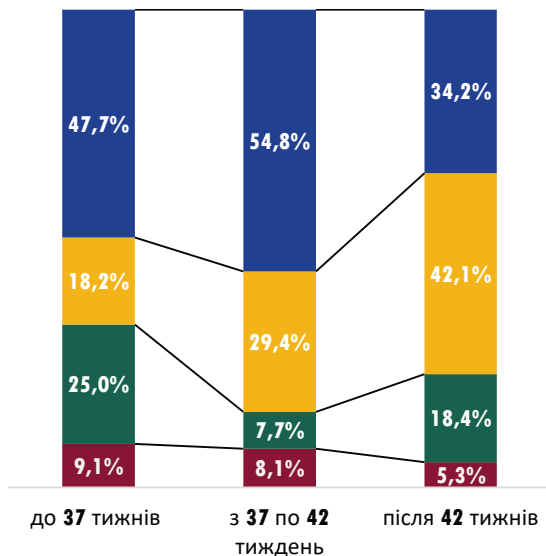
Про дотримання їхньої приватності та конфіденційності також частіше вказували жінки, що народжували за домовленістю, ніж ті, чиї пологи відбувалися з черговою бригадою.

### Приватність та конфіденційність пологів (N=759)



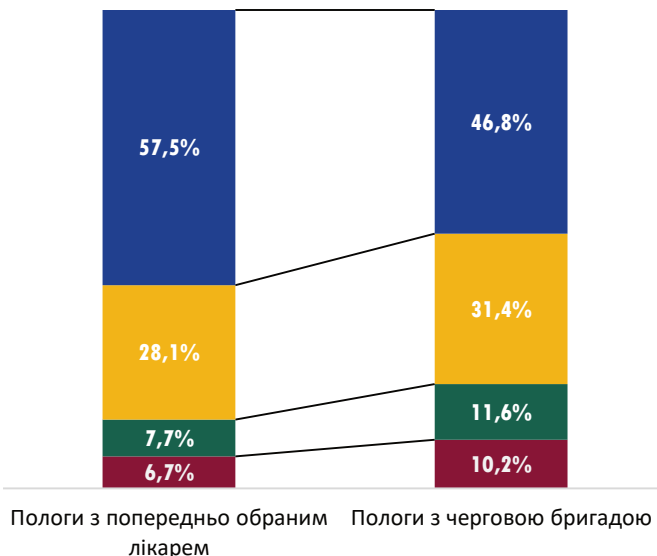
- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від терміну пологів (N=759)



- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=759)



- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

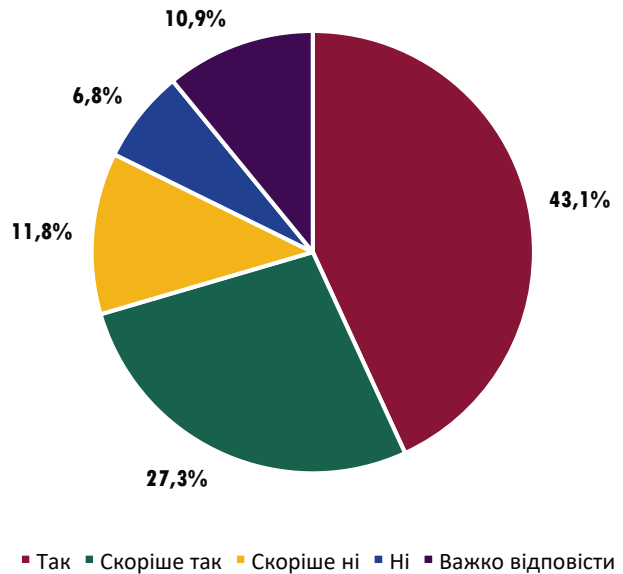
Більшість опитаних (70,4%) вказали, що почувалися «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

Значні відмінності у відповідях прослідковуються залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, шляху народження (природний або кесарський розтин), а також фактору договірних пологів. Несуттєвими були фактори вікової групи, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду та партнера в пологах.

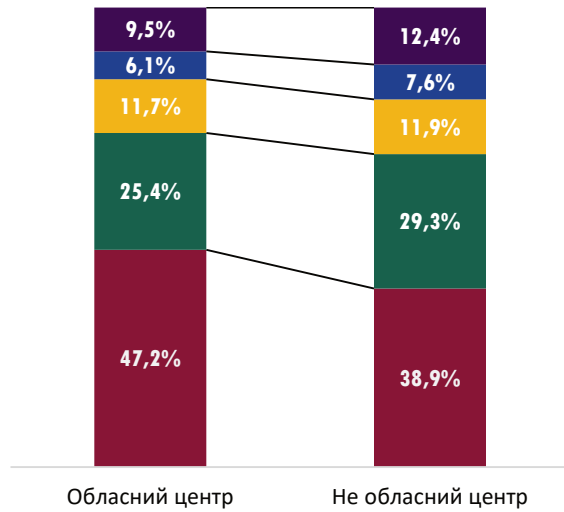
Бачимо з рисунка нижче, що жінки, що народжували в обласному центрі, повідомляли про свою активну роль у пологах дещо частіше, ніж ті жінки, чиї пологи відбувалися в населених пунктах необласного значення.

При цьому найменшу автономність відчували жінки з населених пунктів середнього розміру.

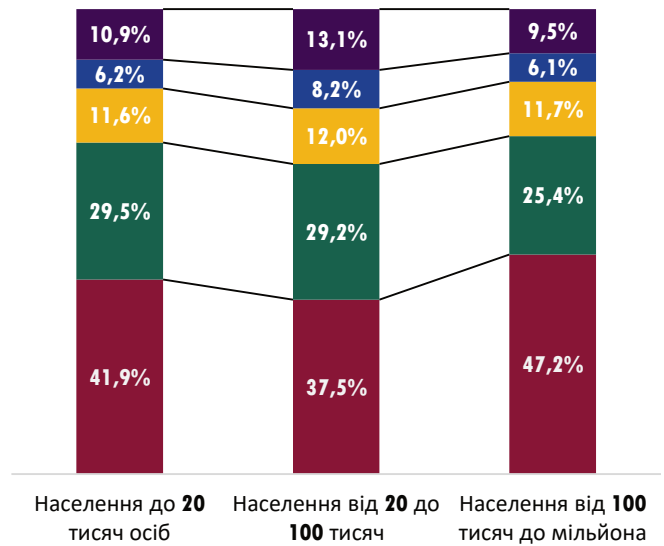
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=805)



**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від обласного статусу населеного пункту (N=805)**



**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від розміру населеного пункту (N=805)**



■ Так  
■ Скоріше ні  
■ Важко відповісти

■ Скоріше так  
■ Ні

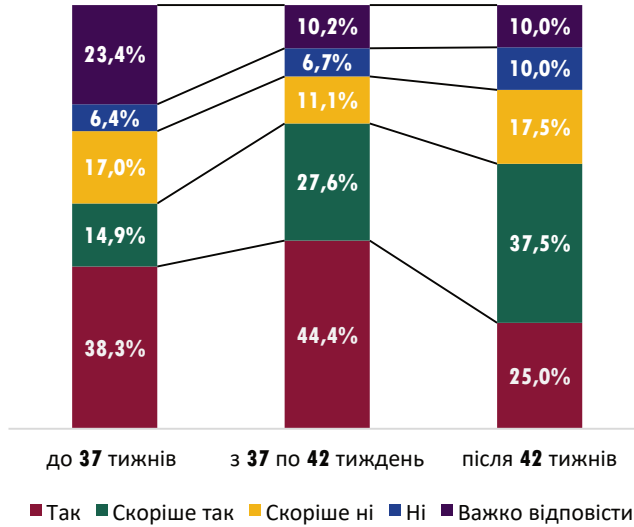
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

Повторюючи тенденцію попередніх змінних, жінки, що народжували в період з 37 до 42 тижня вагітності, були найбільш задоволені своєю залученістю до процесу власних пологів.

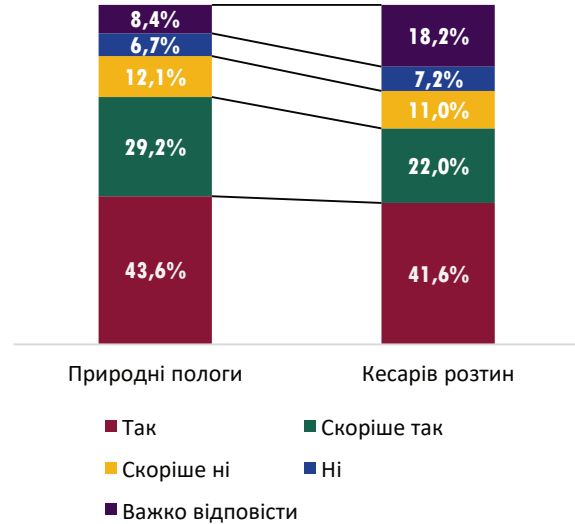
Якщо розглядати відмінності між відповідями жінок залежно від того, яким чином відбулися їхні пологи, то бачимо вищу задоволеність своєю залученістю серед жінок, що народжували природним шляхом. Ця різниця досягнута головним чином великою амбівалентністю жінок, які мали кесарський розтин: фактично кожна п'ята з них (18,2%) не змогла відповісти на запитання.



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від терміну пологів (N=805)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=805)



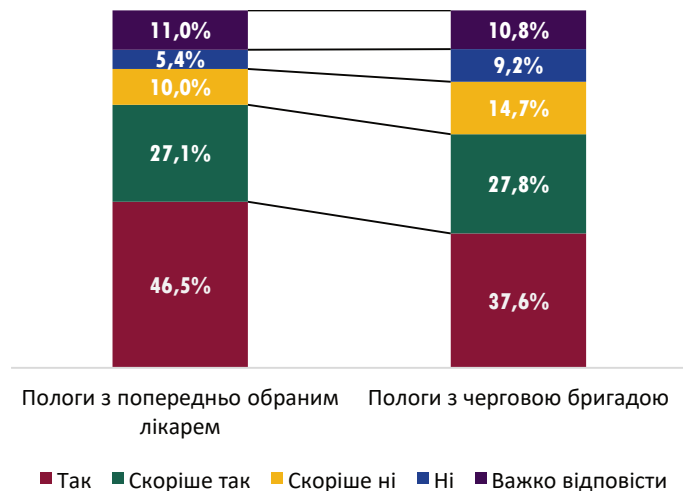
Нарешті, позитивні варіанти відповідей частіше обиралися тими жінками, що мали договірні пологи, якщо порівнювати їх із тими, що народжували з черговою бригадою.

Лише 10,9% опитаних зазначили, що зазнали психологічного тиску чи залякування в пологах.

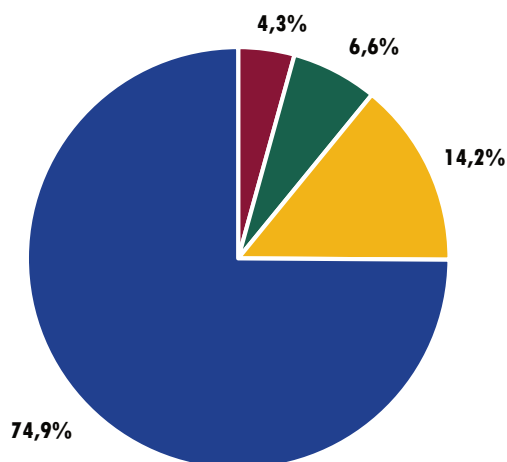
Різниця у відповідях прослідковується лише за факторами обласного статусу, наявності попереднього досвіду пологів та домовленості про пологи з певним лікарем. Несуттєвими є відмінності серед відповідей жінок із населених пунктів різного розміру, із різних вікових груп, що мають та не мають вищої освіти, народжували на різних термінах вагітності, природним шляхом або шляхом кесарського розтину, з та без партнерів.

Бачимо, що жінки, які народжували поза обласним центром, повідомляли про тиск чи залякування дещо частіше, ніж ті, чії пологи відбулися в Ужгороді, та частіше обирали варіант відповіді «скоріше ні» замість однозначного «ні».

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)

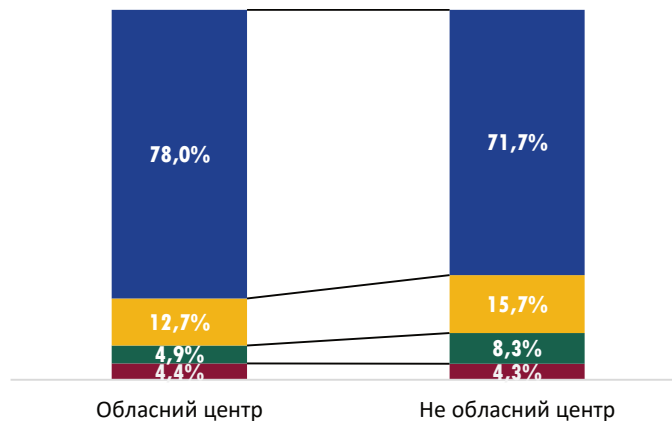


### Психологічний тиск чи залякування (N=805)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від обласного статусу населеного пункту (N=805)

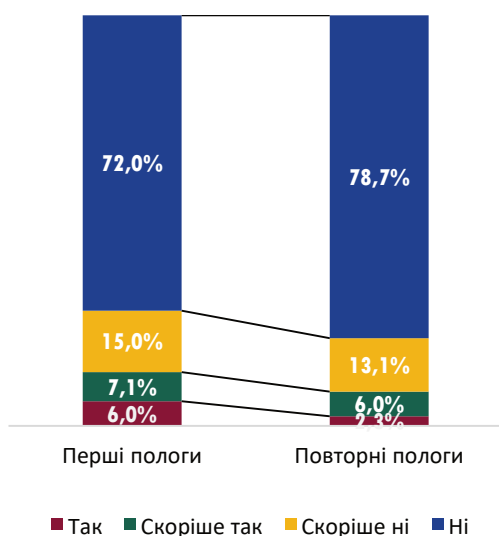


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

Також частіше про тиск та залякування зазначали жінки в перших пологах.

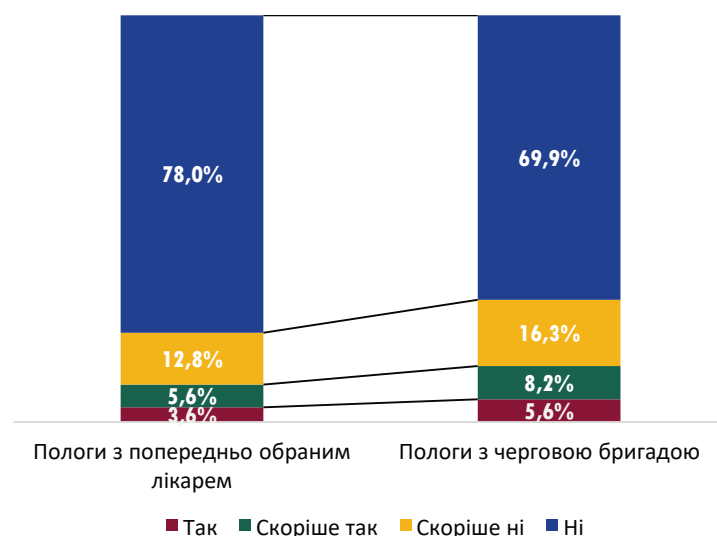
Як і в багатьох попередніх випадках, варіанти «так» та «скоріше так» частіше обирали ті жінки, що народжували з черговою бригадою, а не за домовленістю.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=805)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

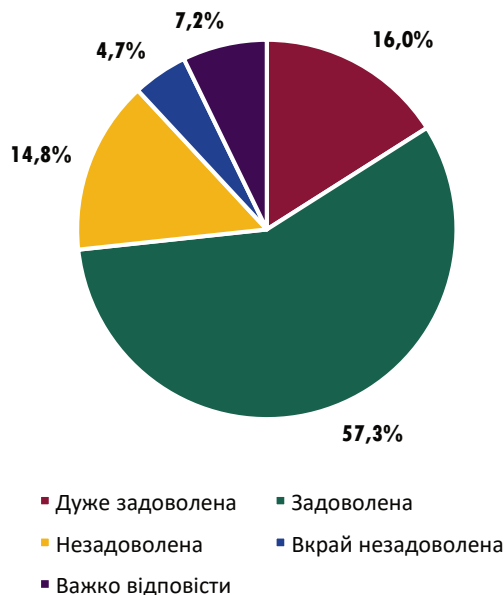
У цілому рівень задоволеності доглядом у пологовому будинку є високим: 73,3% опитаних відповіли, що вони «дуже задоволені» або «задоволені» ним.

Значні відмінності наявні у відповідях жінок із обласного центру в порівнянні з іншими населеними пунктами, із населених пунктів різних розмірів, а також серед тих, що народжували з черговою бригадою та за домовленістю. Несуттєвими були фактори віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, того, відбулися пологи природним шляхом чи шляхом кесарського розтину, а також залежно від того, чи були вони партнерськими.

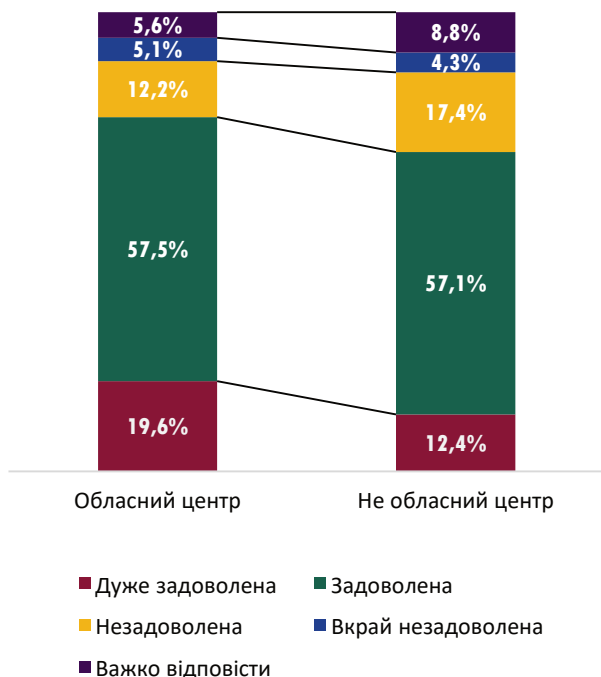
Як можна помітити з рисунка, жінки, що народжували в Ужгороді, були більше задоволені доглядом у пологовому будинку, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

При цьому найменш задоволеними є жінки з населених пунктів розміром від двадцяти до ста тисяч осіб, а значення жінок із найменших населених пунктів майже збігаються зі значеннями респонденток із обласного центру.

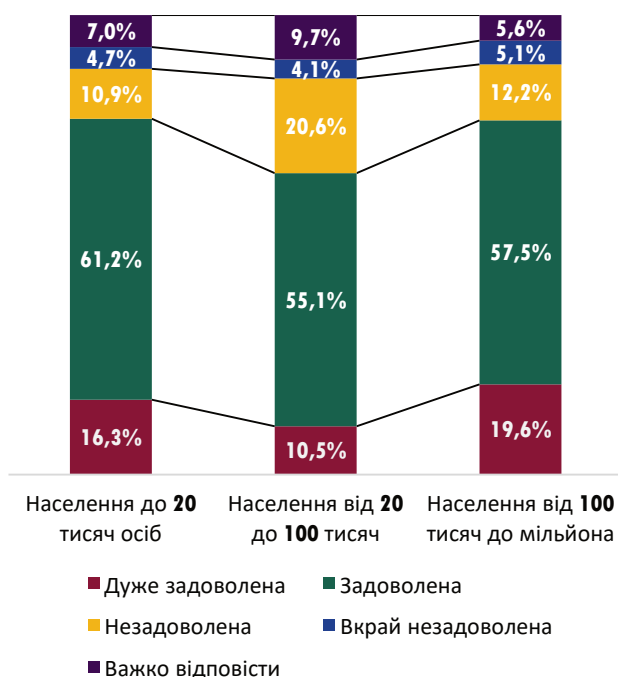
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=805)



### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від обласного статусу населеного пункту (N=805)

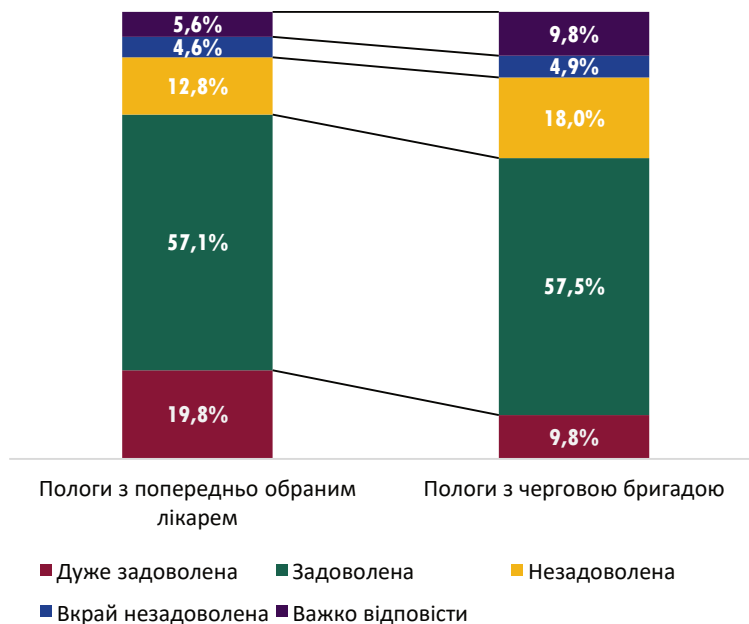


### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від розміру населеного пункту (N=805)



Повторюючи вже встановлену тенденцію, більшу задоволеність доглядом продемонстрували жінки, які народжували за домовленістю.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)



### Розділ 3. Хід пологів

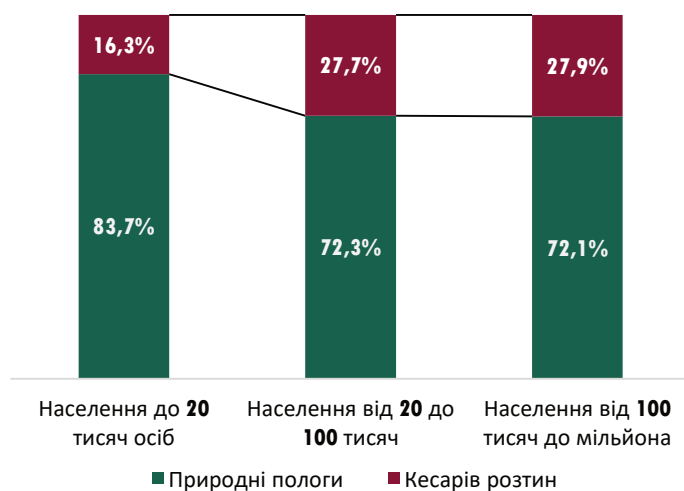
Більшість респонденток (74%) народила природним шляхом, 26% – шляхом кесаревого розтину.

Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях респонденток за змінними розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, партнерських та договірних пологів. Відсутні відмінності у відповідях за змінними обласного центру, віку та вищої освіти.

Як демонструє перший рисунок, частка кесарських розтинів зростає зі збільшенням розміру населеного пункту.

Жінки, які народжували вперше, повідомляли про застосування кесарського розтину частіше, ніж ті, що народжували повторно.

**Тип пологів залежно від розміру населеного пункту (N=805)**



**Тип пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=805)**

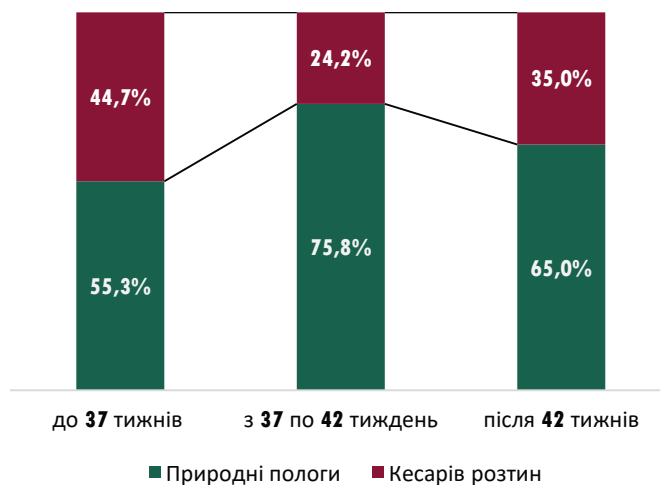


Також найчастіше кесарський розтин мали ті опитані, які народили раніше терміну.

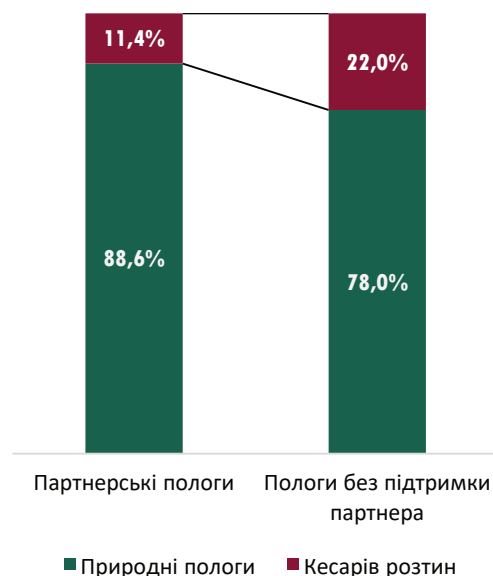
Респондентки, які народжували самі, мали кесарський розтин майже вдвічі частіше, ніж ті, що народжували з партнерами – можемо припустити, що це частково пояснюється часткою запланованих кесарських розтинів, присутність партнера під час яких не була передбачена.

Схожим чином, а саме, запланованими кесарськими розтинами, може пояснюватися і те, що жінки, які мали договірні пологи, повідомляли про застосування кесарського розтину майже втричі частіше, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

**Тип пологів залежно від терміну пологів (N=805)**



### Тип пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=698)



### Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=805)



Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 78,5%, у випадку 21,5% вони були викликані штучно, при цьому 23,4% не знали причину стимуляції. У решті 76,6% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

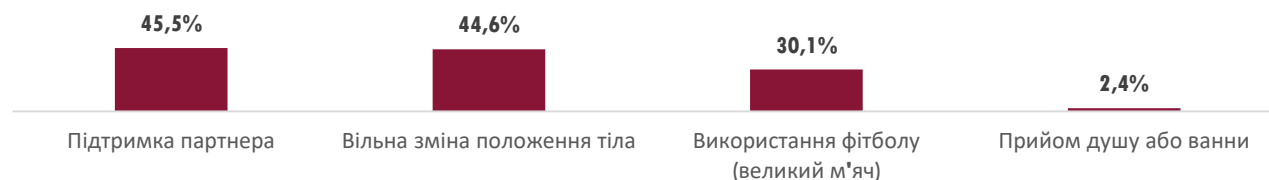
Попередньо запланованими були 64,6% кесарських розтинів, решта 35,4% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (79,3%) відбулися до початку перейм (з них 84,1% — за медичними показаннями, 15,9% — за особистим бажанням жінки), інші 20,7% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 55,4% розпочалися самі, початок решти 44,6% був стимульований штучно: у випадку 78,8% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 21,2% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (45,5%) та вільну зміну положення тіла (44,6%). Дещо менше згадували використання фітболу (30,1%), ще рідше – прийом душу або ванни (2,4%).

### Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=805)



Більшість жінок (86,4%) зазначила, що народжувала на спині: 52,5% – на кріслі для пологів, 33,9% – на ліжку. Це найнижчий за досліджуваними областями показник пологів на спині на кріслі, але найвищий – на спині на ліжку, що може свідчити про брак ресурсів на рівні області. Ще 13% вказали, що народжували сидячи або напівсидячи. Лише одиниці народжували, лежачи на боці (0,3%) чи навколішки (0,2%).

Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 71,6% респонденток, незручною або скоріше незручною – 18,9%; ще 9,5% було важко відповісти на це запитання.

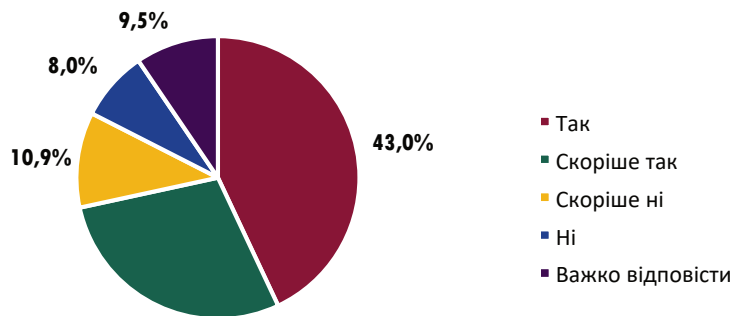
Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (47,6%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (42%). У випадку 10,3% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 57,6% випадків, решта опитаних (42,4%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

### Положення в момент народження дитини (N=598)



### Зручність положення в момент народження дитини (N=598)



### Причина народження в незручній позиції (N=464)



## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Майже половина (49,6%) опитаних вказали, що в їхніх пологах застосовувалася амніотомія, причому у випадку 37,2% із них цю маніпуляцію було виконано без пояснень та згоди. Крім того, на Закарпатську область припадає найвища частка жінок, які не змогли відповісти на це запитання (14%), що може також свідчити про непоширеність практики інформування пацієнток щодо здійснюваних маніпуляцій.

Статистично значущі відмінності у відповідях наявні за змінними терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину) та партнерських пологів. Відповідно, незначущою була різниця у відповідях залежно від обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду та договірних пологів.

Так, рисунок нижче демонструє зростання частки повідомлень про застосування в пологах амніотомії зі збільшенням терміну вагітності.

Також частка повідомлень про це втручання є вищою серед жінок, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

### Застосування амніотомії (N=698)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=698)



### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=698)





Крім того, також частіше про застосування в їхніх пологах амніотомії згадували жінки, які народжували за присутності партнера.

Половина респонденток (62,9%) зазначили, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки; у випадку 26,9% із них це робилося без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

Значні відмінності у відповідях спостерігаємо за змінними віку, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів і договірних пологів. Несуттєвою була різниця у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, наявності вищої освіти та партнерських пологів.

### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=698)

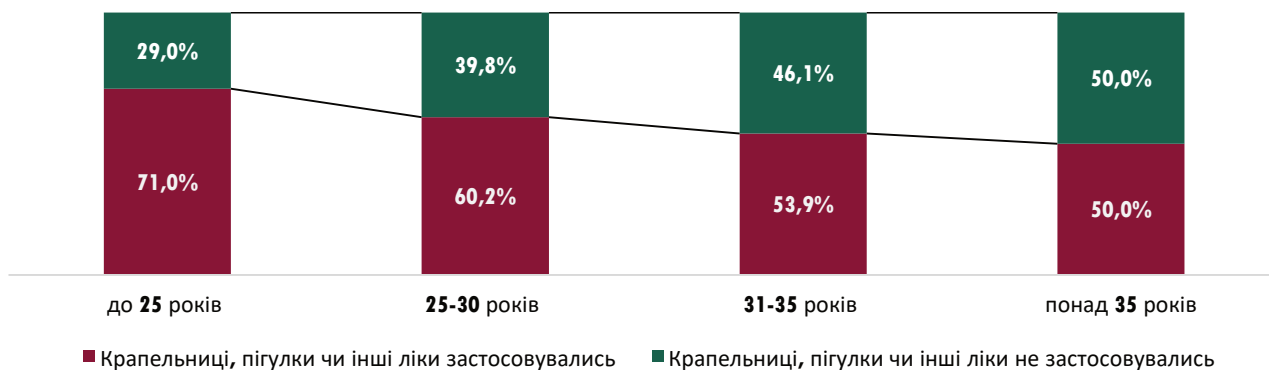


### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=667)



Перший рисунок демонструє тенденцію до зростання частки повідомлень про застосування крапельниць, пігулок чи інших ліків зі зменшенням віку.

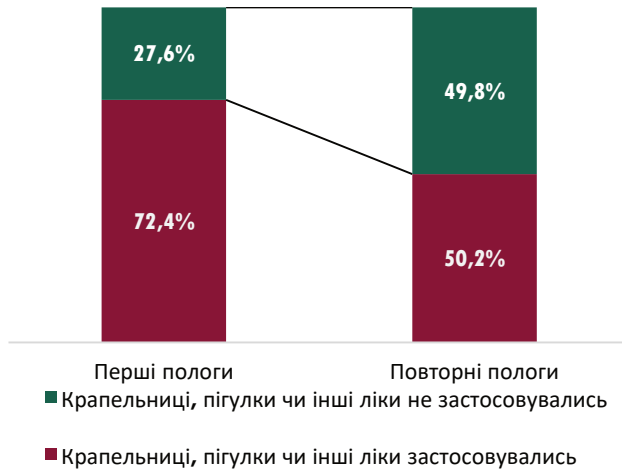
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від віку (N=667)



Схожим чином частіше про такі види втручань повідомляли жінки, які народжували вперше.

Наступний рисунок демонструє, що частіше про крапельниці, пігулки чи інші ліки у своїх пологах згадували опитані, що мали недоношену або переношену вагітність.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=667)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від терміну пологів (N=667)



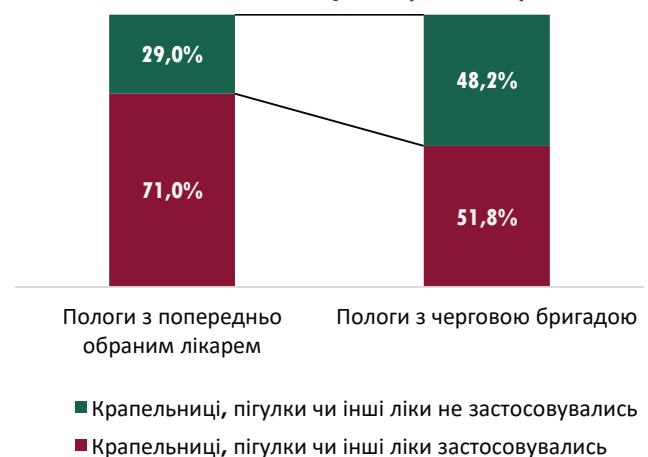
Також цілком очікувано про це частіше зазначали жінки, що мали кесарський розтин, а не природні пологи.

Насамкінець, частка жінок, які згадували про крапельниці, пігулки чи інші ліки у своїх пологах, значно вища серед тих, що народжували за домовленістю, ніж серед тих, чиї пологи відбулися з черговою бригадою.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=667)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=667)



Про те, що під час їхніх пологів було застосовано епізіотомію, вказали 37,3% респонденток, причому у випадку 65,9% з них маніпуляція виконувалась без згоди або без попередження.

Значущі відмінності у відповідях наявні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку та наявності попереднього пологового досвіду. Несуттєвими є відмінності у відповідях за змінними вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

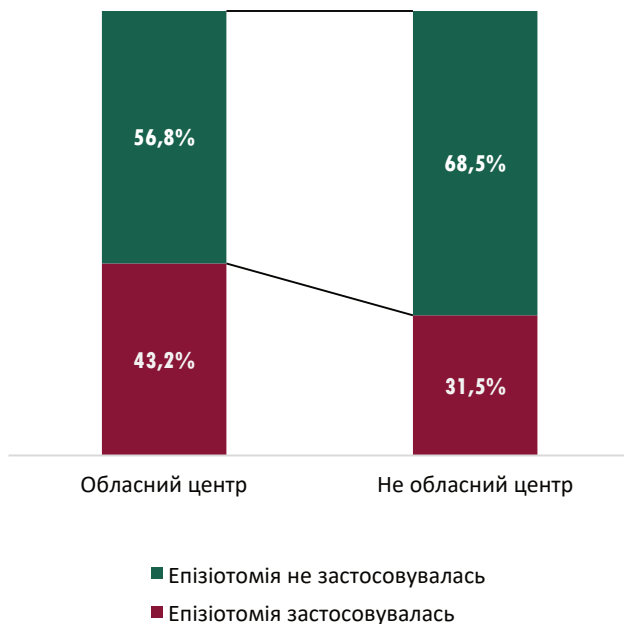
Так, жінки, які народжували в Ужгороді, повідомляли про застосування в їхніх пологах епізіотомії в цілому частіше, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

Утім, залежність між часткою тих, що згадали про епізіотомію у своїх пологах, та розміром населеного пункту на є прямою: так, попри те, що найвища частка повідомлень про епізіотомію припадає на найбільше місто області (Ужгород), найрідше про це втручання згадували респондентки з населених пунктів розміром від двадцяти до ста тисяч осіб населення.

### Застосування епізіотомії (N=598)



### Застосування епізіотомії залежно від обласного статусу населеного пункту (N=598)

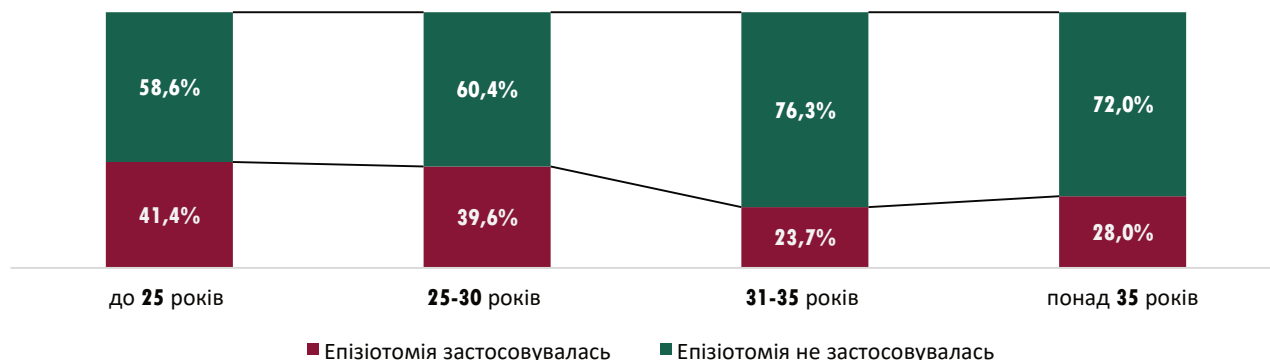


### Застосування епізіотомії залежно від розміру населеного пункту (N=598)



Зате спостерігаємо тенденцію до збільшення частки повідомлень про епізіотомію зі зменшенням віку – виняток у випадку жінок віком понад тридцять п'ять років може пояснюватися малонаповненістю цієї групи.

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=598)



Подібним чином значно частіше про епізіотомію у своїх пологах повідомляли жінки, що народжували вперше.

Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 30,4% респонденток, причому у випадку 2 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 8,9% респонденток не змогли відповісти на запитання.

Значні відмінності у відповідях спостерігаємо за змінними віку та наявності попереднього пологового досвіду. Відповідно, не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=598)

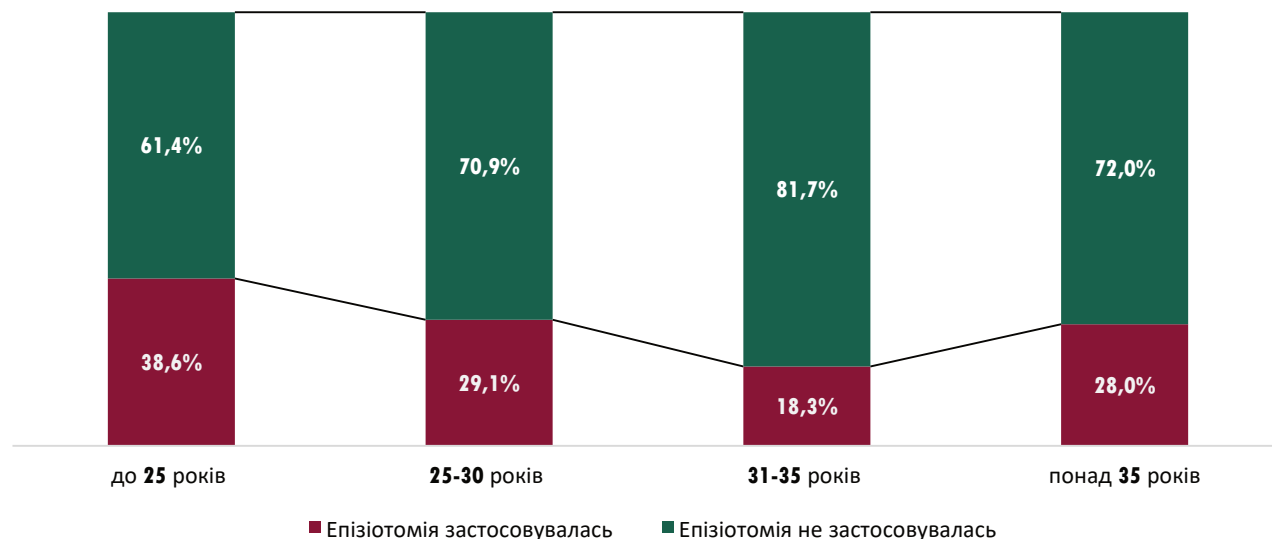


### Застосування тиску на живіт (N=598)



Як і у випадку попередніх змінних, рисунок демонструє зростання частки жінок, які згадали про застосування тиску на живіт у своїх пологах, зі зменшенням їхнього віку; як і до цього, на пропорцію відповідей найстаршої вікової категорії може впливати малонаповненість цієї категорії.

### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=598)



Нарешті, вдвічі частіше про тиск на живіт у пологах згадували жінки в перших пологах – імовірно, змінні віку та попереднього пологового досвіду є пов’язаними між собою.

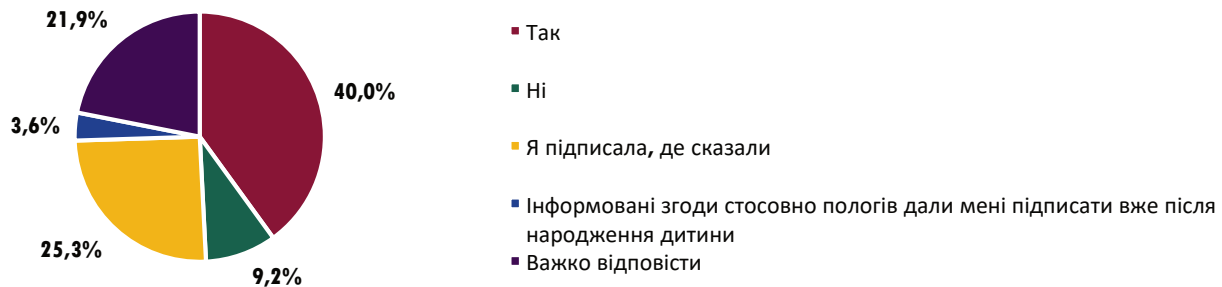
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=598)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали менше половини опитаних (40%) – це найнижчий показник серед досліджуваних областей. Особливу увагу слід звернути на те, що чверть (25,3%) підписали документи, «де сказали», а ще 21,9% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

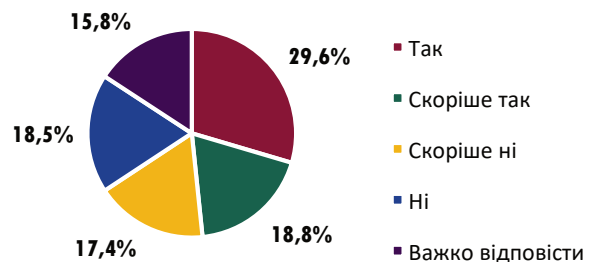
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=805)



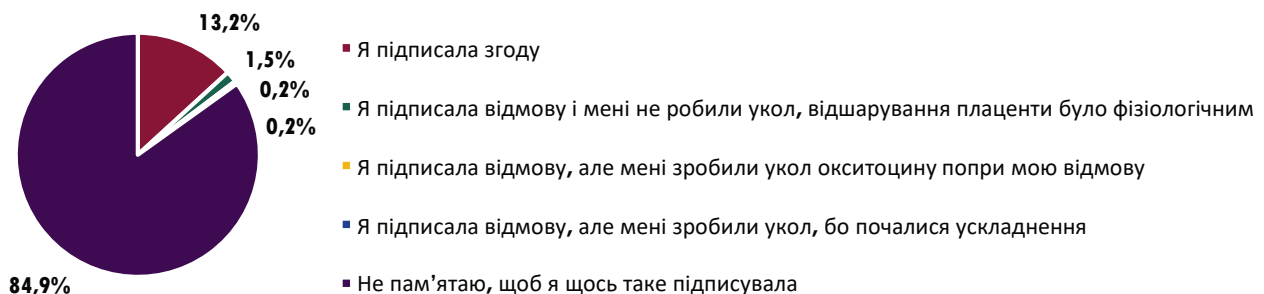
Лише дещо менше половини респонденток (48,4%) отримали чи скоріше отримали пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Третина опитаних (35,9%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а майже кожна сьома жінка (15,8%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомило 13,2% респонденток, натомість чотири з п'яти (84,9%) вказували, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне – це найвищий показник за вісьмома досліджуваними областями.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=805)



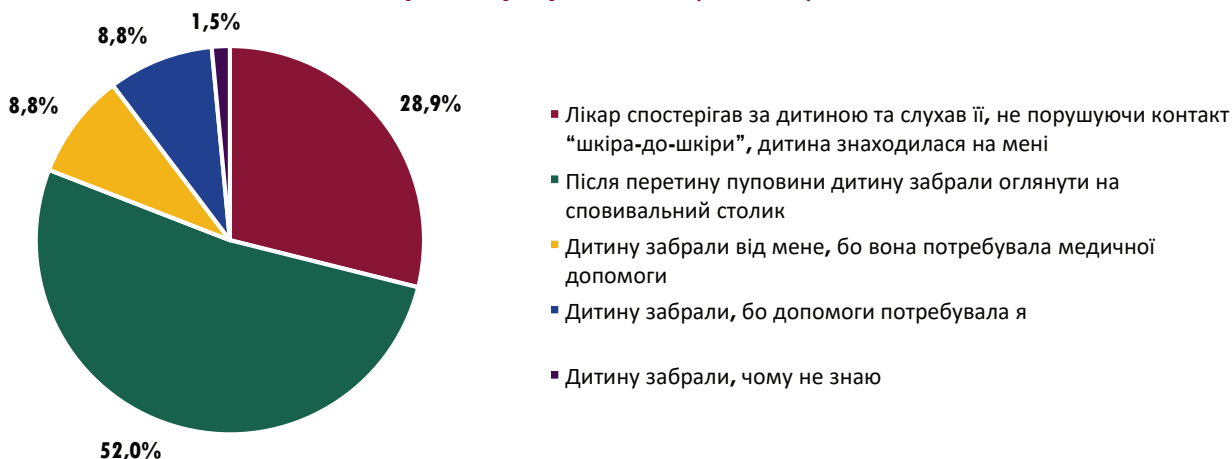
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=598)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, половину новонароджених (52%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 19,1% з різних причин забрали від матері взагалі. Менше третини дітей (28,9%) оглядалися зі збереженням контакту «шкіра до шкіри»<sup>5</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=737)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 57,8% опитаних – з них у випадку 45,2% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 12,6% – з чоловіком або іншими родичами. Кожне п'яте немовля (22,8%) перебувало поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутим – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, кожна десята опитана (10,6%) зазначала, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від неї з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=786)



<sup>5</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 58,6% опитаних жінок. Це найнижчий показник за областями.

Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях респонденток за змінними розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів. За змінною обласного центру відмінності у відповідях були відсутні.

Як демонструє перший рисунок, найрідше про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя їхньої дитини, повідомляли жінки, які народжували в населених пунктах середнього розміру.

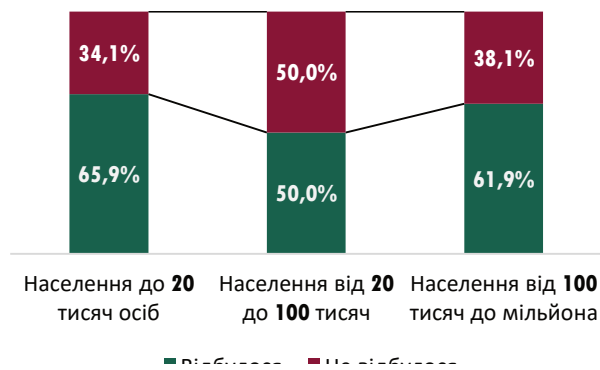
Згідно з наступним рисунком, жінки віком до двадцяти п'яти та від тридцяти одного до тридцяти п'яти років згадували про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя їхньої дитини, дещо рідше, ніж жінки віком від двадцяти п'яти до тридцяти та понад тридцять п'ять років.

Дещо вищою частка таких була серед тих опитаних, що мали вищу освіту, в порівнянні з тими, що не мали.

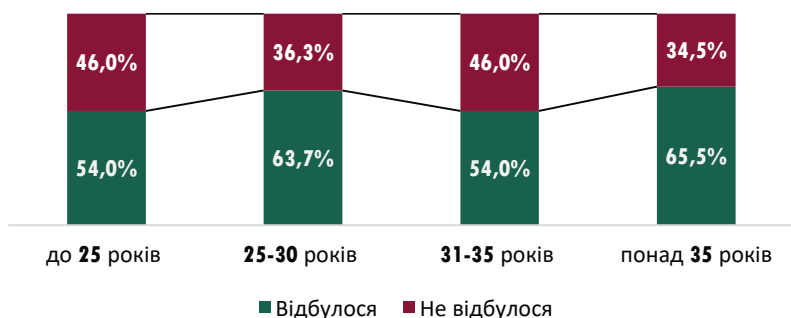
Бачимо на наступній сторінці, що жінки в повторних пологах вказували, що перше годування їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, частіше, ніж жінки в перших пологах.

Очікувано нижчою була частка таких повідомлень серед жінок, чийі пологи відбулися раніше терміну. Занижені показники у підгрупі жінок, що народили після сорок другого тижня, в порівнянні з тими, що народили з тридцять сьомого до сорок другого, можуть пояснюватися малонаповненістю цієї групи.

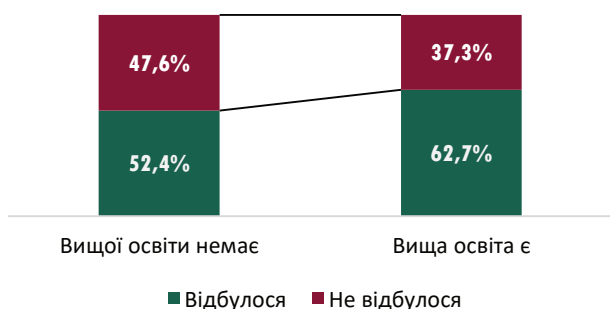
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=802)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від віку (N=802)

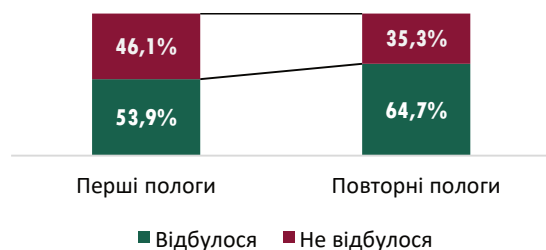


### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності вищої освіти (N=801)

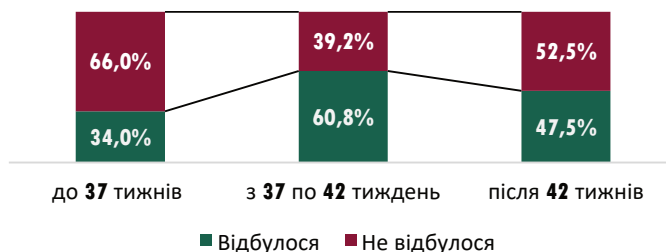




**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього...**



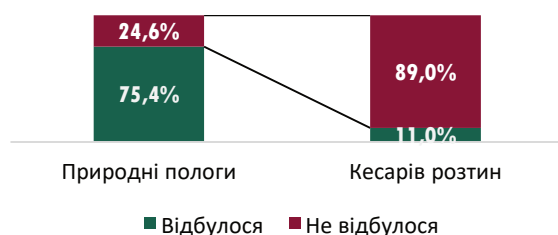
**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=802)**



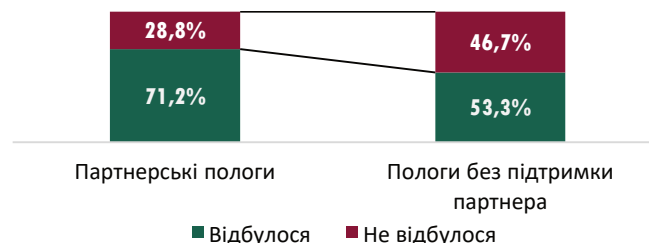
Також очікувано низьким є цей показник серед жінок, які мали кесарський розтин, у порівнянні з тими, що народжували природно.

Жінки, що наражували з партнером або партнерами, згадували про те, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, дещо частіше, ніж ті, що народжували самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=802)**

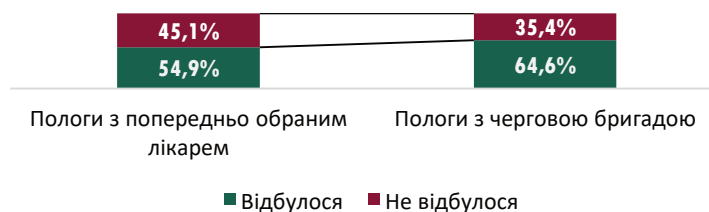


**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=695)**



Врешті, дещо вищою є частка повідомлень про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини, серед тих опитаних, що народжували з черговою бригадою, а не за домовленістю – можемо припустити, що ця відмінність зумовлена часткою жінок, що мали кесарський розтин, серед тих, що народжували за домовленістю.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=802)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

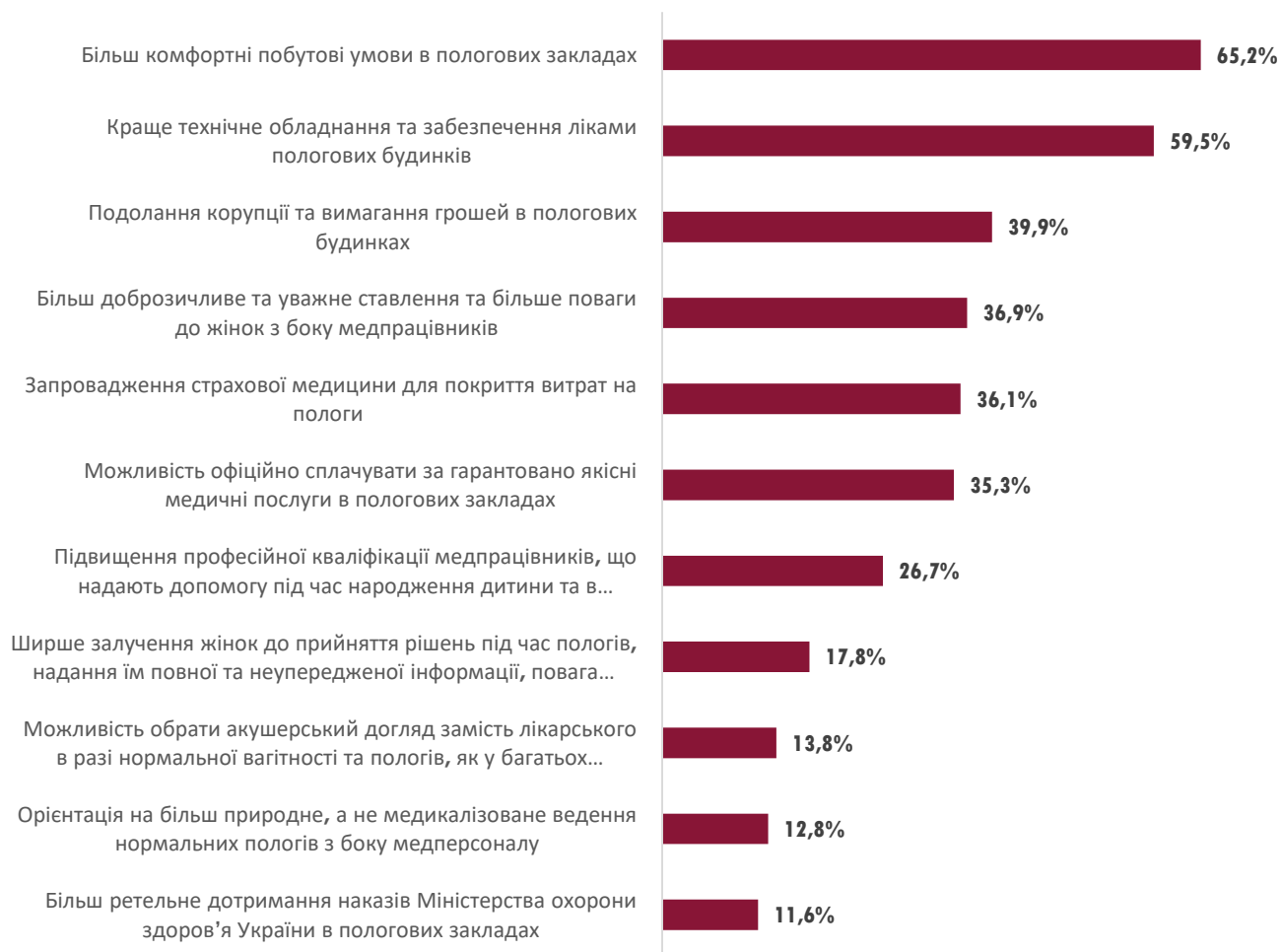
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (66,2%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (23,4% та 22,7% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (8,3%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 3,5% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=805)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (65,2%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (59,5%). Далі йшли такі позиції, як «подолання корупції та вимагання грошей» (39,9%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (36,9%), «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (36,1%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (35,3%), «підвищення професійної кваліфікації медпрацівників» (26,7%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (17,8%), можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (13,8%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (12,8%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,6%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=805)



## Івано-Франківська область

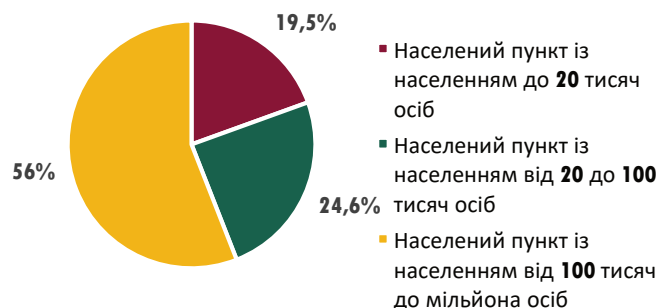
### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Івано-Франківська підвибірка опитування охоплює 802 респонденток. Понад половина з них (56%) народжувала в населених пунктах розміром від ста тисяч до мільйона осіб (у межах області – в Івано-Франківську), чверть (24,6%) – від двадцяти до ста тисяч осіб, п'ята частина (19,5%) – до двадцяти тисяч осіб.

Таблиця 5 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

**Таблиця 5. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

#### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=802)



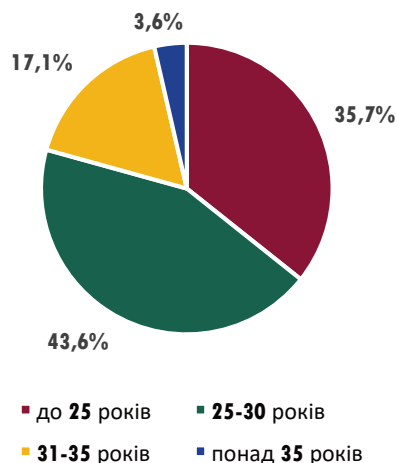
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                             | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Івано-Франківськ, Обласний перинатальний центр                                | 225                              | 28,1%                               |
| Івано-Франківськ, міський перинатальний центр                                 | 224                              | 27,9%                               |
| Коломия, пологовий будинок  | 73                               | 9,1%                                |
| Калуш, пологовий будинок  | 71                               | 8,9%                                |
| Городенка, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні   | 32                               | 4,0%                                |
| Надвірна, акушерське відділення центральної районної лікарні                  | 27                               | 3,4%                                |
| Долина, пологове відділення центральної районної лікарні                      | 26                               | 3,2%                                |
| Богородчани, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні | 25                               | 3,1%                                |
| Глумач, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні      | 21                               | 2,6%                                |
| Косів, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні       | 16                               | 2,0%                                |
| Лисець, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні      | 13                               | 1,6%                                |
| Снятин, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні      | 11                               | 1,4%                                |
| Галич, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні       | 8                                | 1,0%                                |
| Рожнятів, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні    | 8                                | 1,0%                                |
| Яремче, акушерське відділення центральної міської лікарні                     | 8                                | 1,0%                                |
| Рогатин, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні     | 5                                | 0,6%                                |
| Болехів, пологове відділення центральної міської лікарні                      | 3                                | 0,4%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я           | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Бурштин, пологове відділення центральної міської лікарні    | 3                                | 0,4%                                |
| Верховина, пологове відділення центральної районної лікарні | 2                                | 0,2%                                |
| Заболотов, акушерське відділення районної лікарні           | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>   | <b>802</b>                       | <b>100%</b>                         |

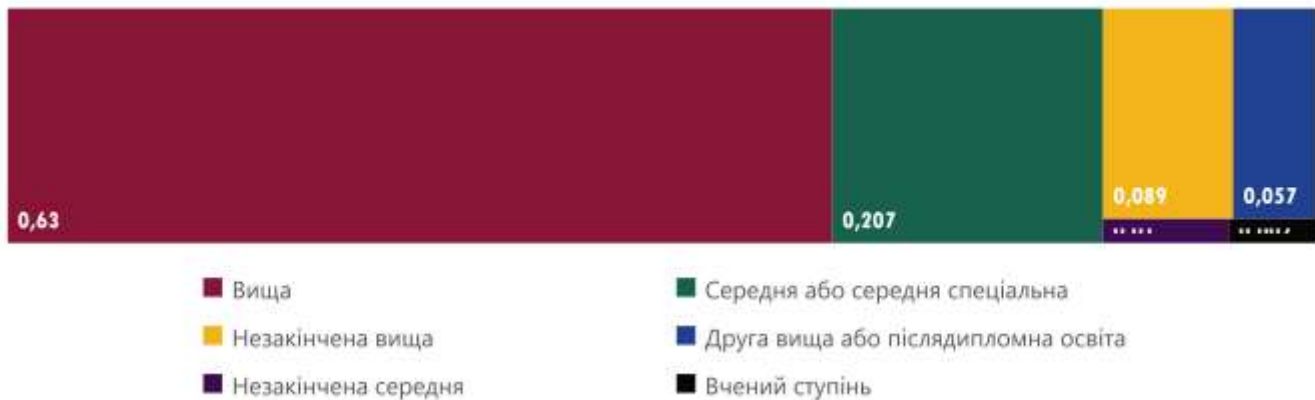
Вік більшості опитаних (43,6%) належить до проміжку від двадцяти п'яти до тридцяти років, третини (35,7%) – до двадцяти п'яти, 17,1% – від тридцяти одного до тридцяти п'яти. Найменш наповненою категорією (3,6%) є жінки віком понад тридцяти п'яти років. Слід враховувати це при порівнянні відмінностей між відповідями цієї та решти вікових груп.

Більшість респонденток (63%) зазначила, що має вищу освіту, ще 5,7% здобули другу вищу або післядипломну освіту, 0,7% – вчений ступінь; 8,9% вказали, що мають незакінчену вищу освіту (ймовірно, певна частка респонденток, що обрали цю опцію, здобувала вищу освіту на момент заповнення анкети). Кожна п'ята респондентка має середню або середню спеціальну, 1% – незакінчену середню освіту.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=802)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=802)

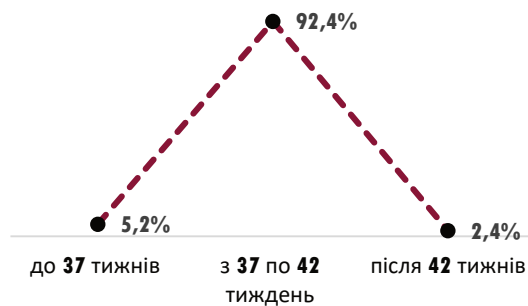


Для 58,6% опитаних пологи 2018 року були першими, відповідно, для решти 41,1% вони стали повторними.

Більшість респонденток (92,4%) народжували в період з 37 до 42 тижня вагітності, 5,2% – до 37 тижня, 2,4% – після 42 тижня. Слід брати до уваги малонаповненість двох останніх груп при порівнянні відповідей жінок, які народжували на різних термінах вагітності.

74,1% опитаних мали партнерські пологи, решта 25,9% народжували самі. Попередню домовленість про пологи з певним лікарем мали 67,9%, проте у 9,3% випадків пологи відбувалися з іншим лікарем. Решта 32,1% планували та народжували з черговою бригадою.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=802)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Незважаючи на те, що в цілому опитані оцінювали своє перебування в закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області доволі високо (найнижчим значенням є 3,1, «задовільно» (харчування в пологовому будинку), найвищим – 4, «добре» (приймальне відділення та пологова зала)), ці оцінки є дещо нижчими, якщо порівнювати їх із результатами за іншими областями (див. підрозділи звіту за областями).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

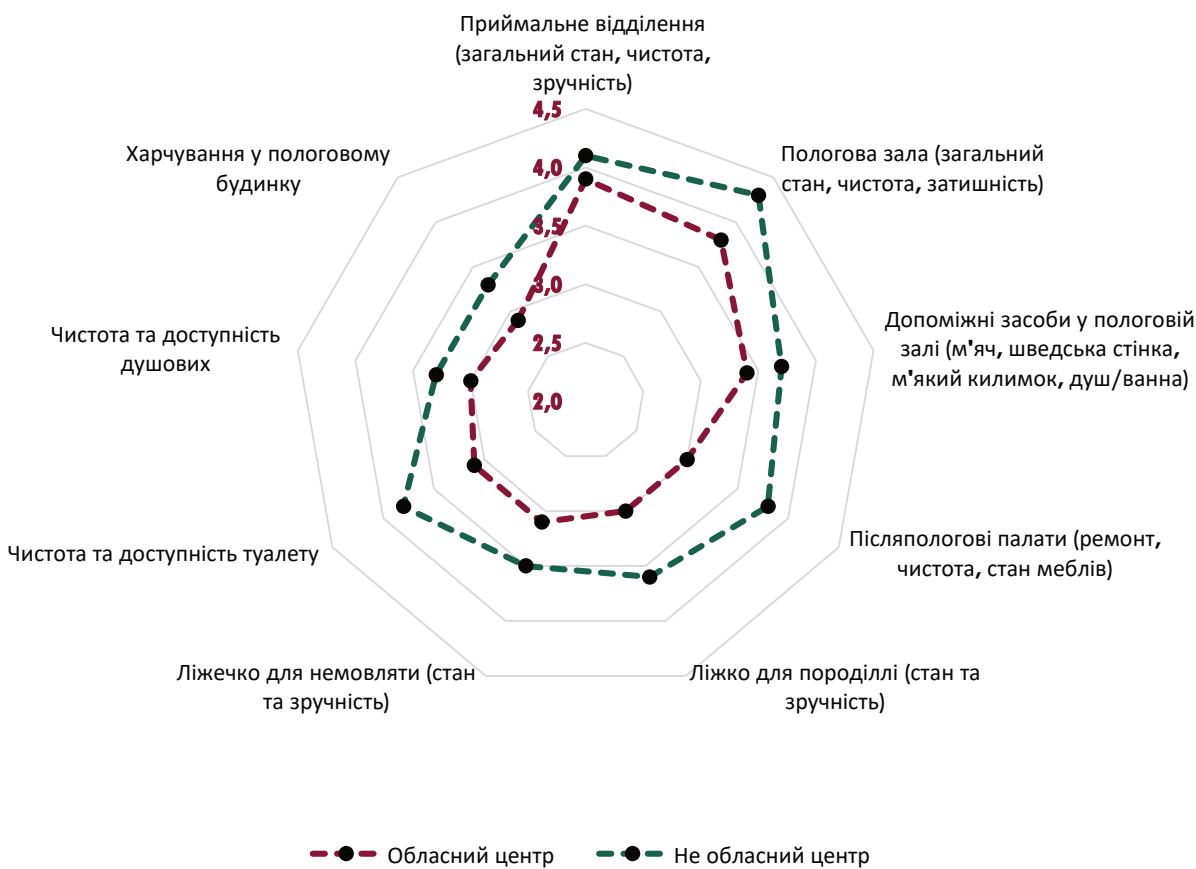
Спостерігаємо суттєву різницю у відповідях респонденток, які народжували в обласному центрі на противагу решті населених пунктів, а також у населених пунктах різних розмірів, залежно від того,

першими пологи були чи повторними, терміну вагітності та типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину). Була відсутньою різниця у відповідях жінок різного віку, тих, що мали вищу освіту на противагу тим, що не мали, тим, що мали партнерські пологи та народжували самі, а також між тими, що народжували з попередньо обраним лікарем та з черговою бригадою.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

Так, жінки, що народжували в обласному центрі (Івано-Франківську), були суттєво менш задоволені своїм перебуванням у пологовому закладі, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

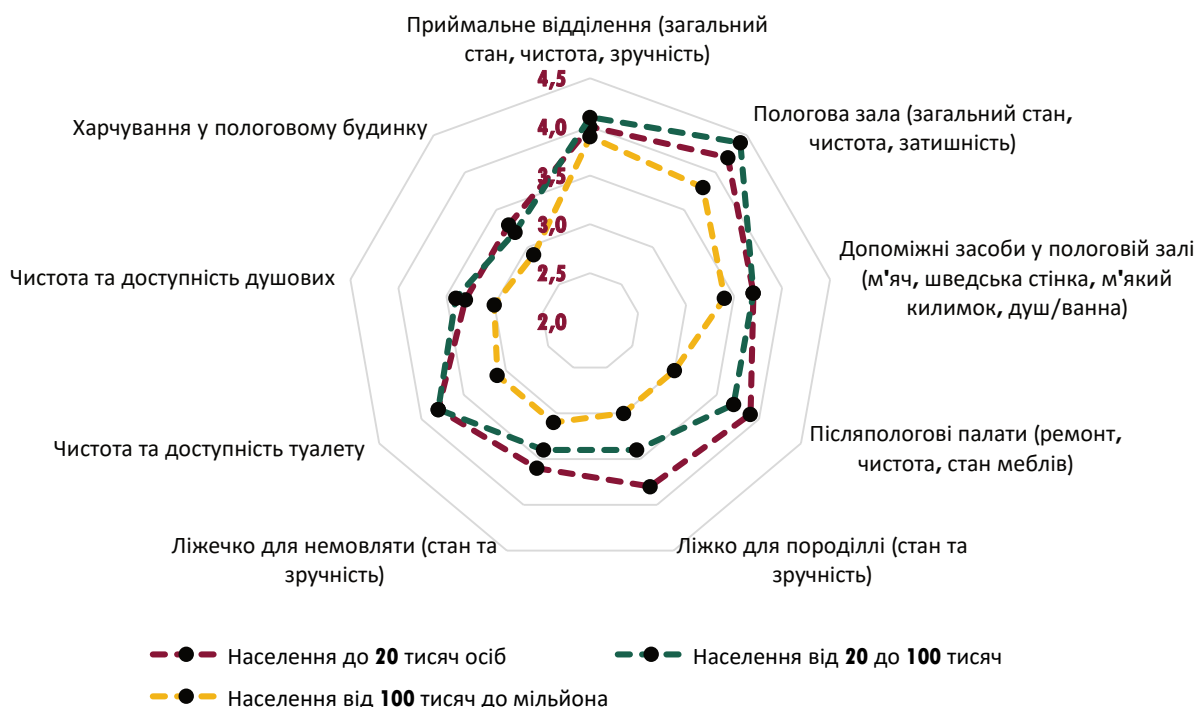
### Здоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



Цей розрив у оцінках стає ще яскравішим, якщо поглянути на наступний графік, де видно, що задоволеність певними аспектами перебування в закладі охорони здоров'я (наприклад, післяпологовими палатами, ліжками для породіллі та немовляти тощо) зростає зі зменшення розміру населеного пункту.

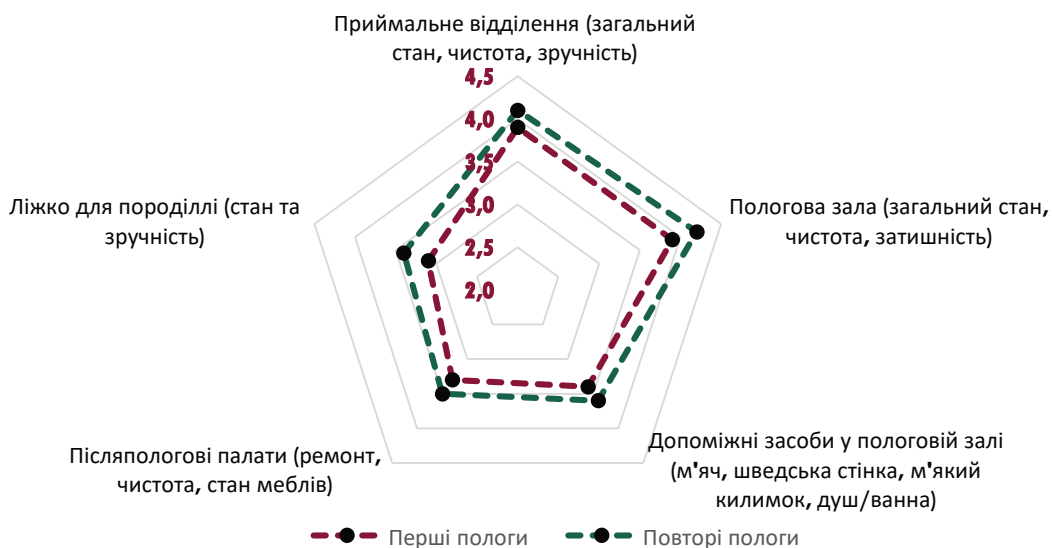


## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



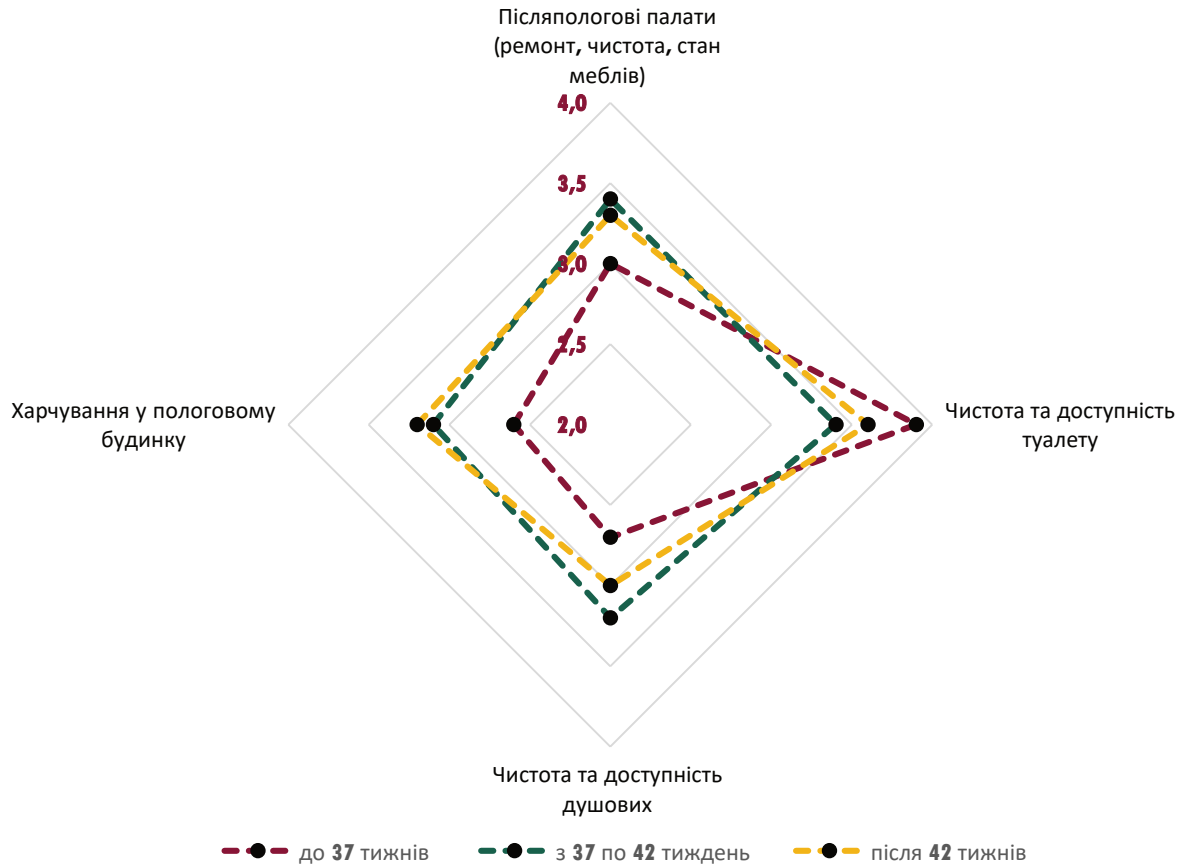
Жінки, які народжували повторно, були більш задоволені своїм перебуванням у закладі, ніж ті опитувані, які народжували вперше.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попереднього досвіду пологів



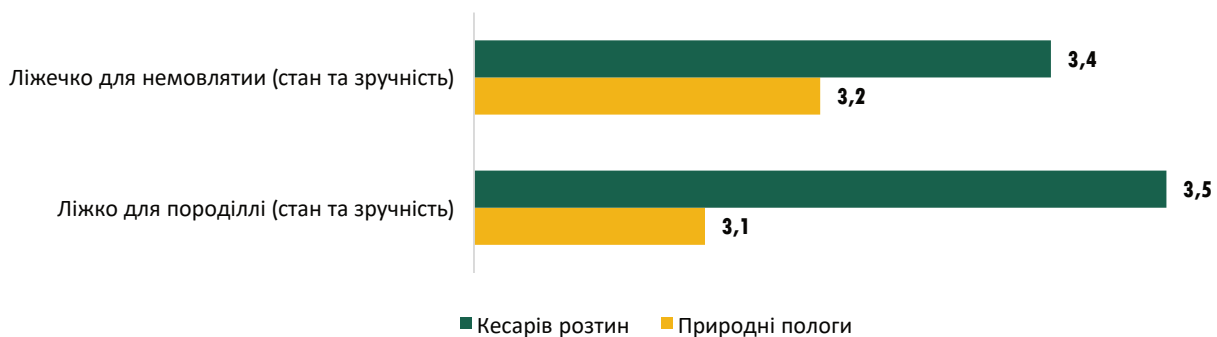
Як видно з рисунка нижче, найменш задоволені своїм перебуванням у закладі охорони здоров'я жінки, що народили до 37 тижня вагітності, у той час як оцінки жінок, які народили з 37 до 42 та після 42 тижня, були подібними. Єдиним винятком є змінна «чистота та доступність туалету», в якій спостерігаємо протилежну ситуацію. (Втім, до змінної «термін вагітності» слід ставитися з обережністю з огляду на малонаповненість двох її категорій.)

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від терміну пологів



Що стосується фактору типу пологів, відмінності прослідковуються лише за двома змінними – «ліжечко для немовляти» та «ліжко для породіллі»: бачимо, що жінки, які мали кесарський розтин, були значно більш задоволені ними, ніж ті, що народжували природно.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від типу пологів



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

Як бачимо з рисунка нижче, в цілому жінки були задоволені отриманою емоційною підтримкою, проте ступінь цієї задоволеності доволі суттєво різниться залежно від професійної спеціалізації персоналу: найвищу оцінку опитані віддали акушерам-гінекологам та медичному персоналу, безпосередньо залученому до пологів, відповідно.

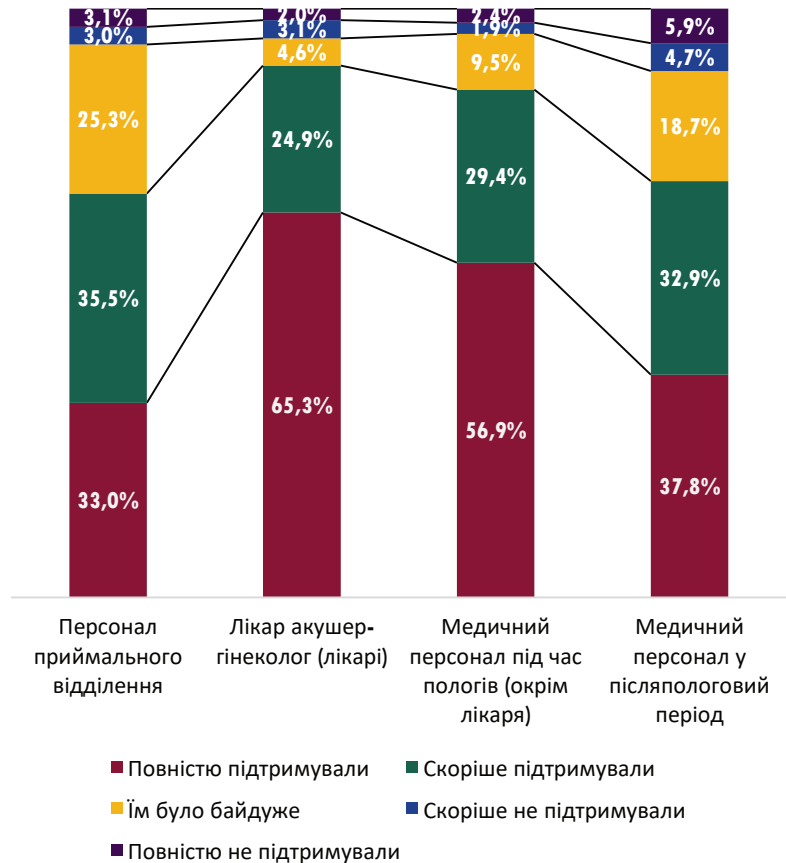
Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг».

Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Було виявлено суттєві відмінності у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, а також залежно від їхнього розміру, у відповідях жінок, які мали та не мали вищої освіти, тих, що народжували вперше й повторно, та залежно від того, з черговою бригадою проходили пологи чи з попередньо обраним лікарем. Несуттєвими виявилися відмінності між відповідями жінок різного віку, які народжували на різних термінах вагітності, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з партнерами та без.

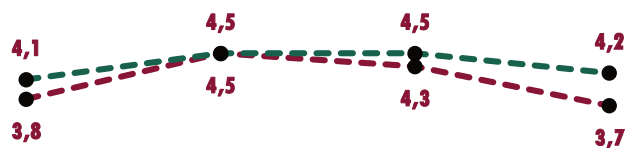
Бачимо з першого рисунка, що жінки, чиї пологи відбулися в обласному центрі, були схильні оцінювати підтримку персоналу в цілому гірше, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=802)



Наступний рисунок демонструє, що задоволеність емоційною підтримкою з боку персоналу в області зменшується зі збільшенням розміру населеного пункту.

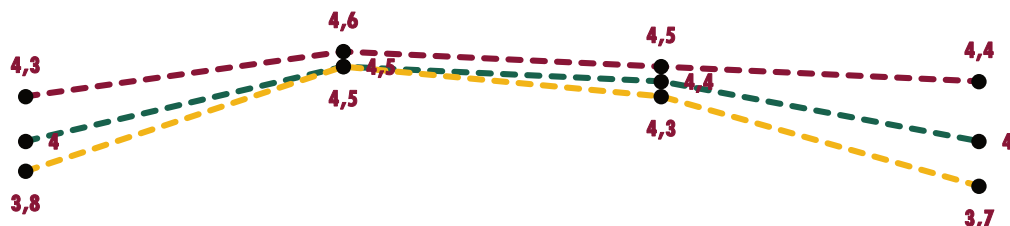
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=802)



Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)      Медичний персонал у післяпологовий період

—●— Обласний центр      —●— Не обласний центр

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=802)



Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

-●- Населення до 20 тисяч осіб    -●- Населення від 20 до 100 тисяч  
 -●- Населення від 100 тисяч до мільйона

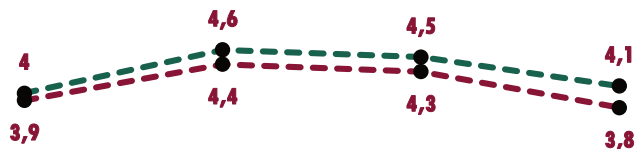
Також дещо позитивніше оцінювали підтримку персоналу жінки у вибірці, які не мали вищої освіти. Це може бути пов'язане з попередньою змінною, якщо припустити, що жінки з вищою освітою частіше проживають у більших населених пунктах.

Також більш позитивними були відгуки жінок, які народжували повторно, в порівнянні з тими, для яких пологи 2018 року стали першими.

Нарешті, більш позитивні відгуки залишали ті жінки, чий пологи були договірними – особливо показовою є різниця у відповідях щодо емоційної підтримки з боку акушерів-гінекологів, з якими і укладається договір про пологи.

Чотири з п'яти опитаних (79,5%) вказали, що медичний персонал ставився до них із повагою.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=802)



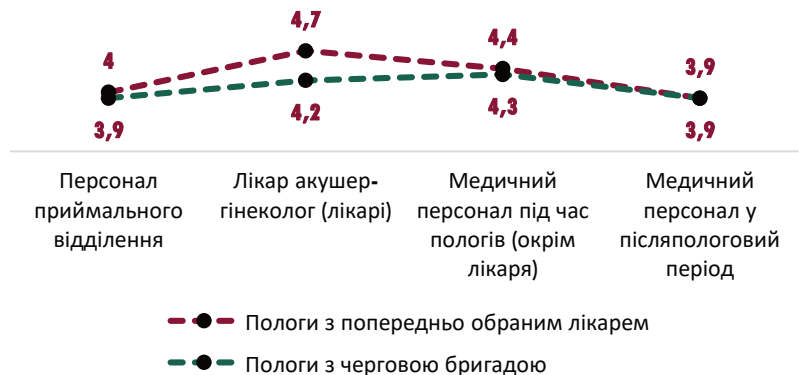
Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

-●- Перші пологи    -●- Повторні пологи  
 -●- Вищої освіти немає    -●- Вища освіта є

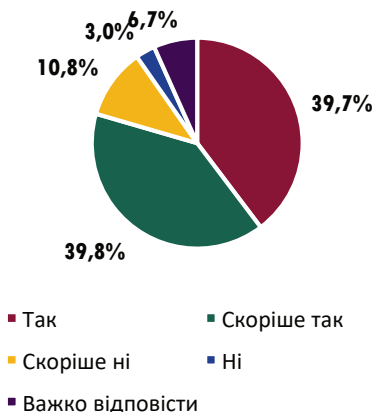
Спостерігається різниця між відповідями жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з іншими населеними пунктами, в населених пунктах різного розміру залежно від того, були пологи першими чи повторними, а також того, чи були вони довірливими. Не спостерігається відмінностей у відповідях жінок різного віку, різного освітнього рівня, чиї пологи відбулися на різних термінах вагітності та різними шляхами (природним та шляхом кесарського розтину), з партнерами та без них.

Так, жінки, які народжували в обласному центрі, повідомляли про те, що до них ставилися без належної поваги, дещо частіше.

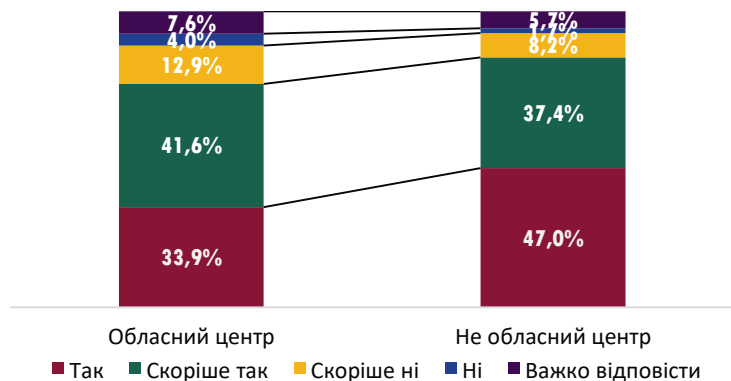
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=802)



### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=802)



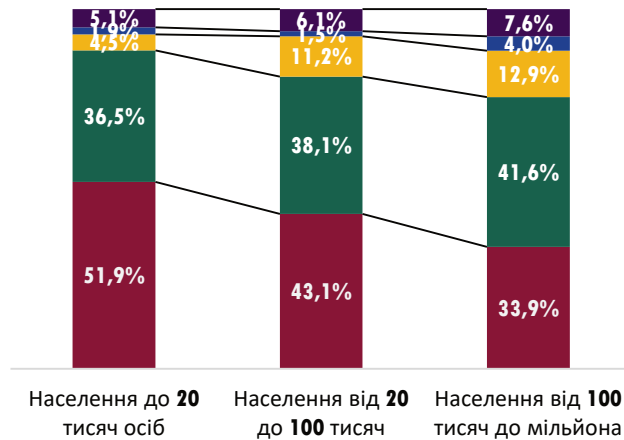
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=802)



Бачимо з наступного рисунка, що частка опитаних, які повідомляють про ставлення без належної поваги, збільшується зі збільшенням розміру населеного пункту.

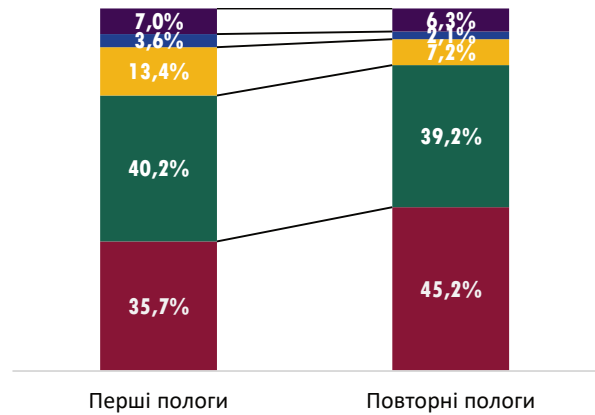
Також частіше про неповажне ставлення повідомляли жінки з першим пологовим досвідом.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=802)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=802)



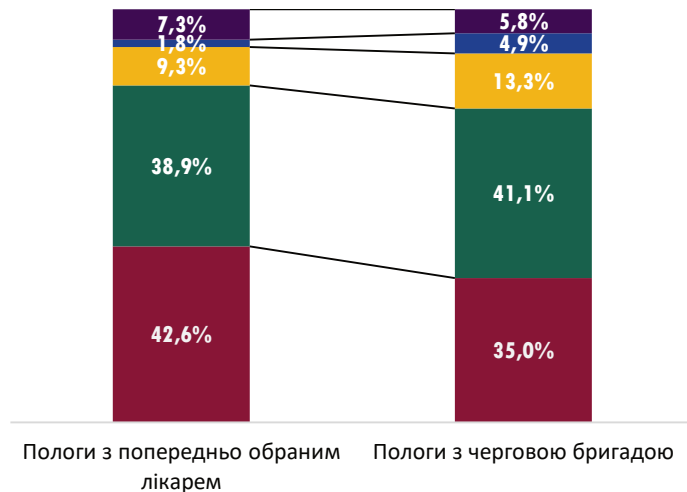
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

Нарешті, про неповажне ставлення частіше повідомляли ті жінки, чий полог відбувся за супроводу чергової бригади.

Понад три чверті опитаних (81,6%) зазначили, що їхня приватність та конфіденційність у пологах була дотримана.

Спостерігаємо суттєві відмінності у відповідях жінок, які народжували вперше та повторно, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, а також тих, що народжували з черговою бригадою та договірним лікарем. Несуттєвими були відмінності у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі та решті населених пунктів, в населених пунктах різних розмірів, залежно від віку, наявності вищої освіти, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, та того, чи були вони партнерськими.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=802)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

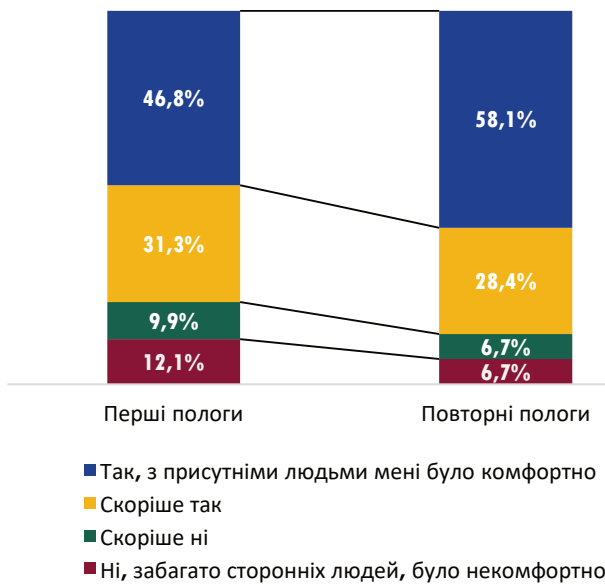
Бачимо з рисунка, що жінки, які народжували повторно, вважали, що їхня конфіденційність і приватність була дотримана, частіше, ніж ті, що народжували вперше.

Жінки, які народжували природним шляхом, повідомляли про порушення в їхніх пологах приватності та конфіденційності частіше, ніж ті, що мали кесарський розтин. Слід зазначити, що в загальній вибірці спостерігається протилежна тенденція.

### Приватність та конфіденційність пологів (N=791)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=791)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від типу пологів (N=765)



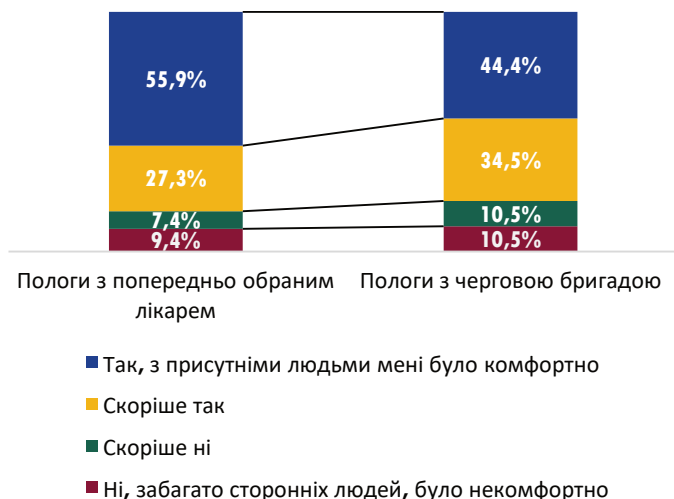
Жінки, що народжували за домовленістю, були значно більш задоволені дотриманням своєї конфіденційності і приватності, ніж ті, чий полог відбувся з черговою бригадою.

Більшість (72,1%) зазначила, що почувалася «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

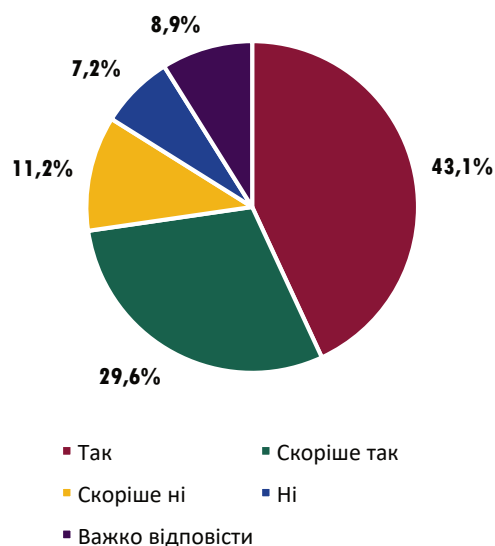
Значні розбіжності спостерігаються у відповідях жінок із населених пунктів різного розміру, тих, що народжували вперше та повторно, за домовленістю та з черговою бригадою. Не було виявлено статистично значущої різниці у відповідях жінок, чий полог відбувся в обласному центрі та інших населених пунктах, залежно від вікової групи, наявності вищої освіти, терміну вагітності, того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи був присутній партнер.



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=791)



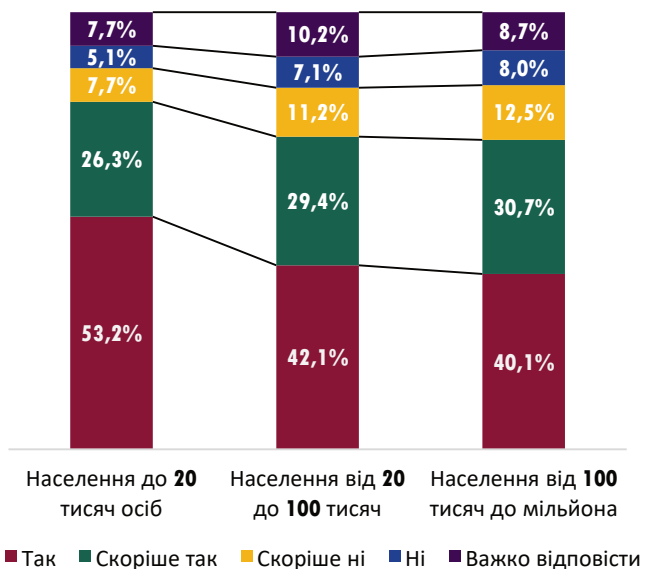
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=802)



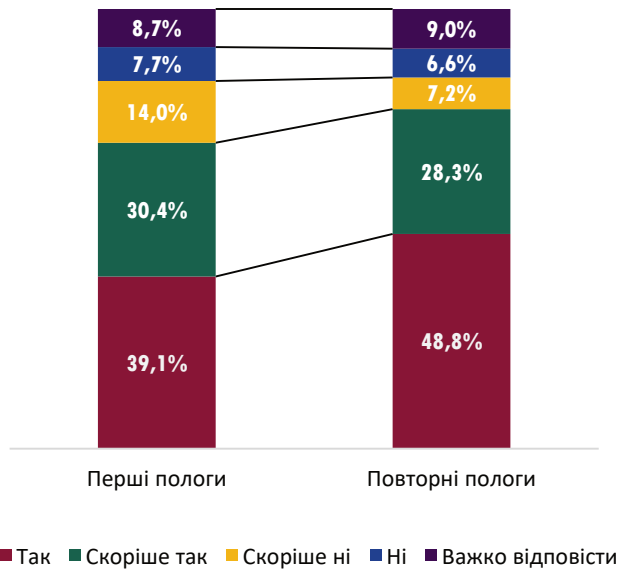
Так, бачимо, що відчуття своєї активної залученості до процесу пологів зменшується зі збільшенням розміру населеного пункту.

Більшу залученість також відчували жінки в повторних пологах у порівнянні з тими, що народжували вперше.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від розміру населеного пункту (N=802)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=802)

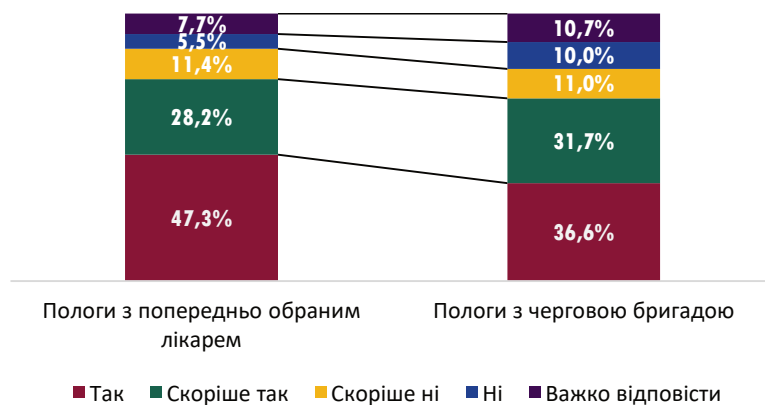


Крім того, частіше про свою залученість до процесу повідомляли жінки, що народжували з договірним лікарем, аніж ті, що народжували з черговою бригадою.

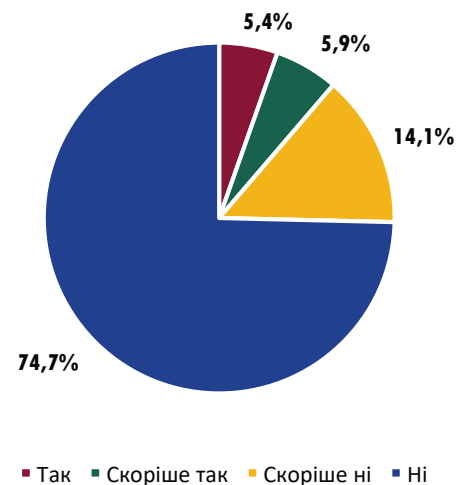
Одна з десяти жінок вказувала, що проти неї в пологах було застосовано тиск або залякування.

Значні відмінності наявні залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, вікової групи, того, першими чи повторними були пологи, відбулися природним шляхом чи шляхом кесарського розтину, за домовленістю чи з черговою бригадою. Несуттєвими були фактори наявності вищої освіти, терміну вагітності та того, чи були пологи партнерськими.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=802)



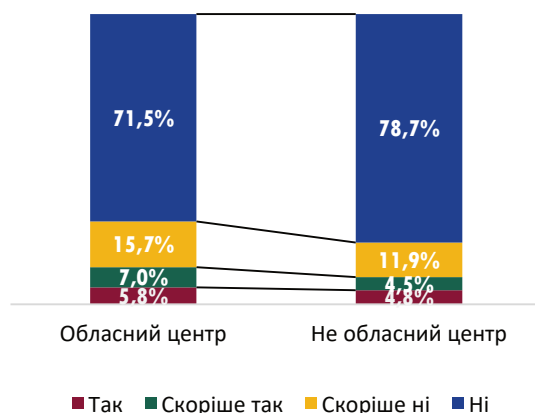
### Психологічний тиск чи залякування (N=797)



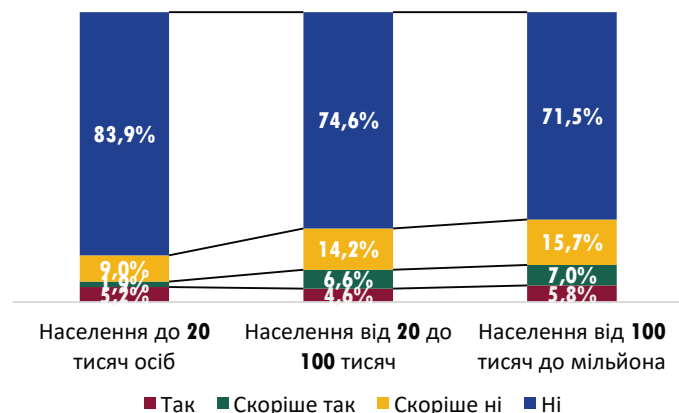
Бачимо, що жінки, що народжували в обласному центрі, повідомляли про тиск або залякування в пологах частіше, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах.

Згідно з наступним рисунком, частка повідомлень про психологічний тиск або залякування зростає зі зростанням розміру населеного пункту.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від обласного статусу населеного пункту (N=797)

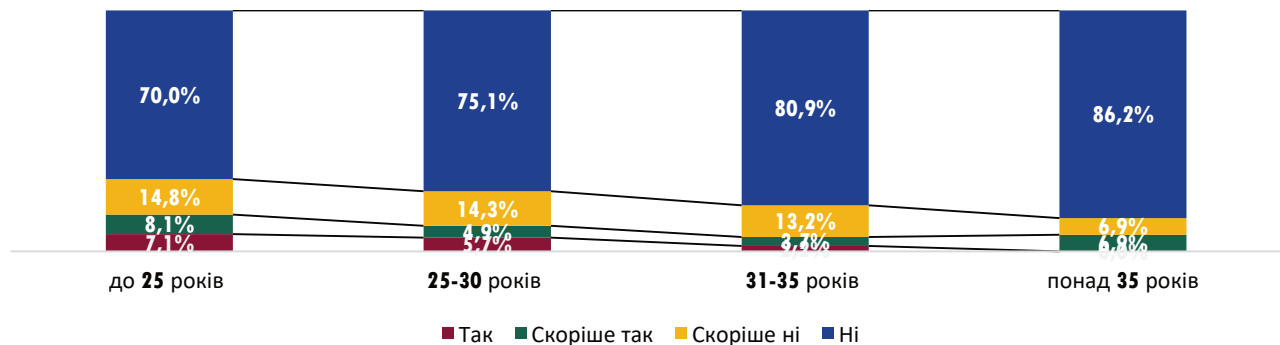


### Психологічний тиск чи залякування залежно від розміру населеного пункту (N=797)



Схожим чином ця частка зростає і зі зменшенням віку – респондентки молодшого віку повідомляли про тиск або залякування частіше, ніж опитані старшого віку.

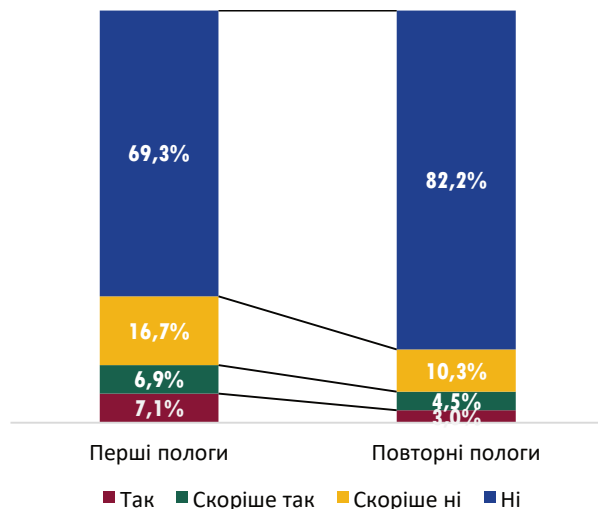
### Психологічний тиск чи залякування залежно від віку (N=797)



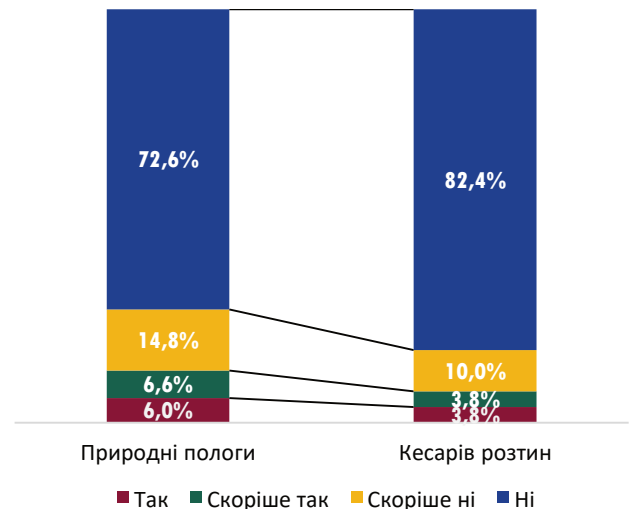
Жінки, які народжували вперше, були більше схильні відповідати на запитання про психологічний тиск та залякування позитивно.

Також про тиск або залякування частіше повідомляли жінки, які народжували природно, в порівнянні з тими, що мали кесарський розтин.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=797)



### Психологічний тиск чи залякування залежно від типу пологів (N=772)

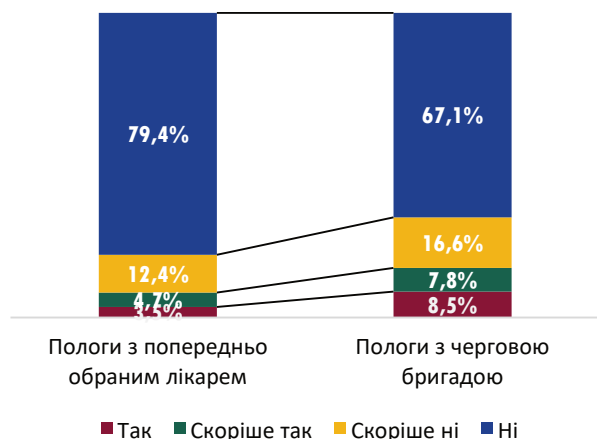


Крім того, частіше про тиск або залякування повідомляли ті жінки, чії пологи проходили з черговою бригадою.

У цілому опитані продемонстрували задоволеність отриманим у пологовому будинку доглядом – 68,8% у відповідь на це запитання обрали варіанти «дуже задоволена» або «задоволена».

Значні відмінності у відповідях бачило залежно від обласного статусу населеного пункту, його розміру, терміну вагітності та того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину. Не було помічено суттєвих відмінностей за змінними вікової групи, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, того, чи були пологи партнерськими та договірними.

**Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=797)**



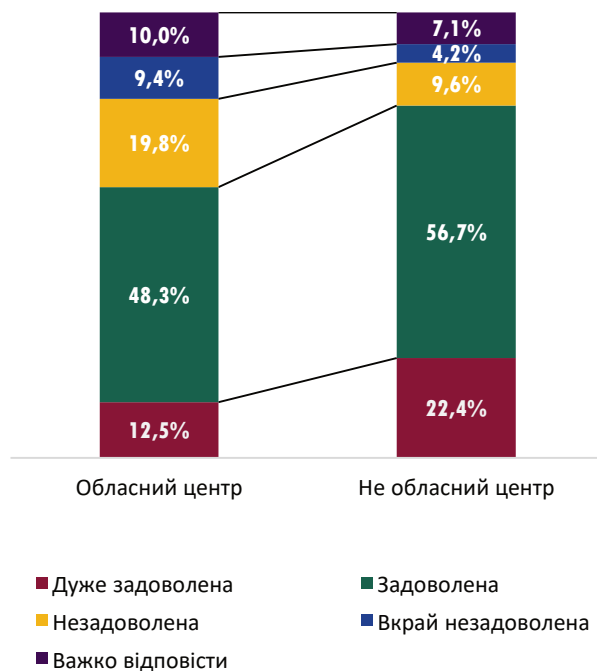
**Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=802)**



Більш задоволеними доглядом були жінки, що народжували поза обласним центром.

На наступному графіку бачимо повторення вже засвідченої тенденції до підвищення рівня задоволеності зі зменшенням розміру населеного пункту.

**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від обласного статусу населеного пункту (N=802)**



**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від розміру населеного пункту (N=802)**



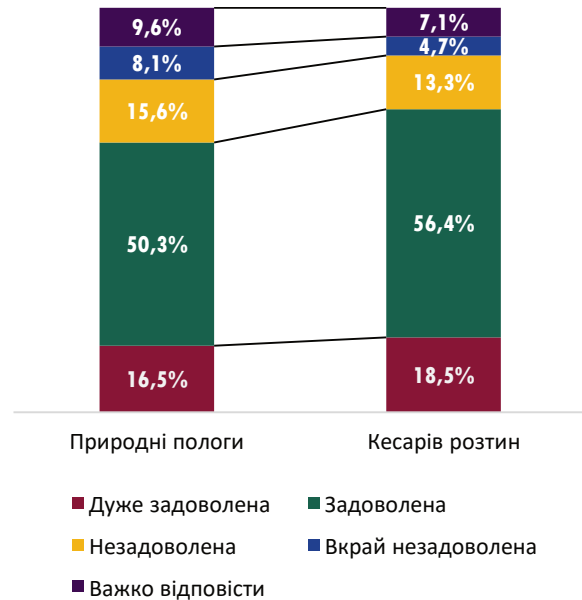
Незважаючи на малонаповненість двох категорій змінної «термін вагітності» (до 37 та після 42 тижнів), можна помітити, що жінки, чиї пологи почалися рано, були задоволені отриманим у пологовому будинку доглядом рідше, а також частіше обирали варіант «важко відповісти», що також вказує амбівалентність.

Нарешті, дещо частіше про невдоволення доглядом повідомляли ті жінки, які народжували природним шляхом, у порівнянні з тими, що мали кесарський розтин.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від терміну пологів (N=802)



### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від типу пологів (N=776)



### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (72,8%) народила природним шляхом, 27,2% – шляхом кесаревого розтину.

Бачимо різницю у відповідях жінок, які народжували з черговою бригадою та за попередньою домовленістю. Не було виявлено значних відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, партнерських пологів.

Так, бачимо з рисунка, що ті опитані, чиї пологи були договірними, мали кесарський розтин удвічі частіше, ніж ті, що народжували з черговою бригадою. Втім, така відмінність може принаймні частково пояснюватися запланованими кесарськими розтинами, які частіше відбуваються з попередньо обраним лікарем.

Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 74,7%, у випадку 25,3% вони були викликані штучно, при цьому 25,9% не знали причину стимуляції. У решті 74,1% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

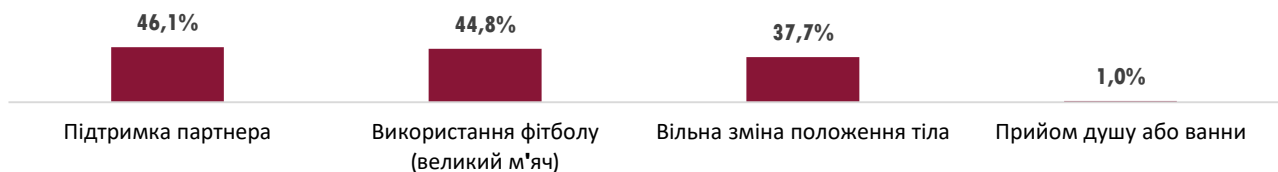
Попередньо запланованими були 67,8% кесарських розтинів, решта 32,2% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (78,3%) відбулися до початку перейм (з них 80,4% — за медичними показаннями, 19,6% — за особистим бажанням жінки), інші 21,7% — після початку перейм за медичними показаннями.

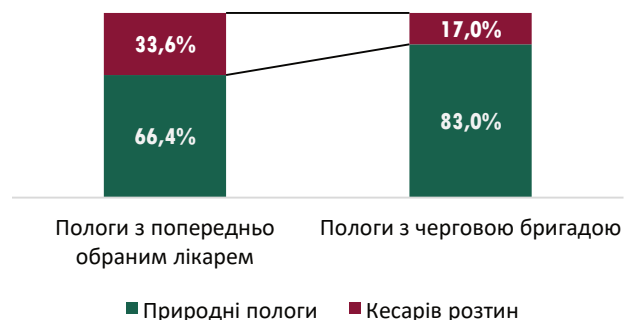
Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 61,8% розпочалися самі, початок решти 38,2% був стимульований штучно: у випадку 73,1% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 26,9% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (46,1%) та фітбол (44,8%). Дещо менше згадували вільну зміну положення тіла (37,7%), ще рідше – прийом душу або ванни (1%).

#### Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=802)



#### Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=776)



Абсолютна більшість жінок (97,2%) зазначила, що народжувала на спині: 69,4% – на кріслі для пологів, 27,8% – на ліжку. Лише одиниці народжували, лежачи на боці (1,7%), сидячи чи напівсидячи (0,9%) чи навколішки (0,2%).

Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 69,3% респонденток, незручною або скоріше незручною – 17,7%; ще 13% було важко відповісти на це запитання.

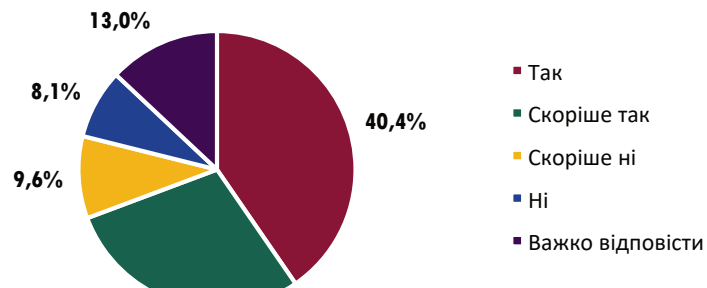
Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (55,9%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (33,2%). У випадку 11% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 54,6% випадків, решта опитаних (45,4%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

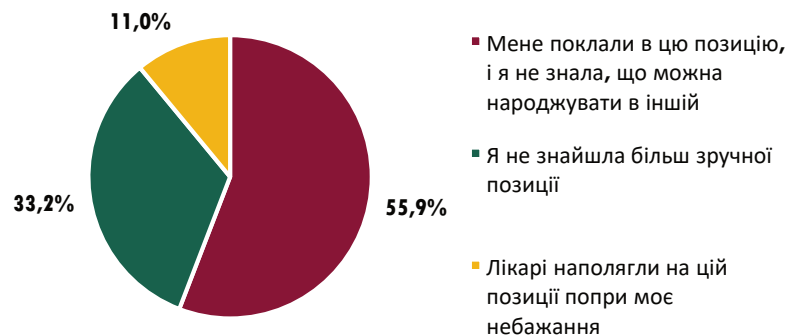
### Положення в момент народження дитини (N=575)



### Зручність положення в момент народження дитини (N=570)



### Причина народження в незручній позиції (N=374)



## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина респонденток (51%) повідомила, що під час їхніх пологів було застосовано амніотомію, причому у випадку 33,5% із них це було здійснено без пояснень та згоди.

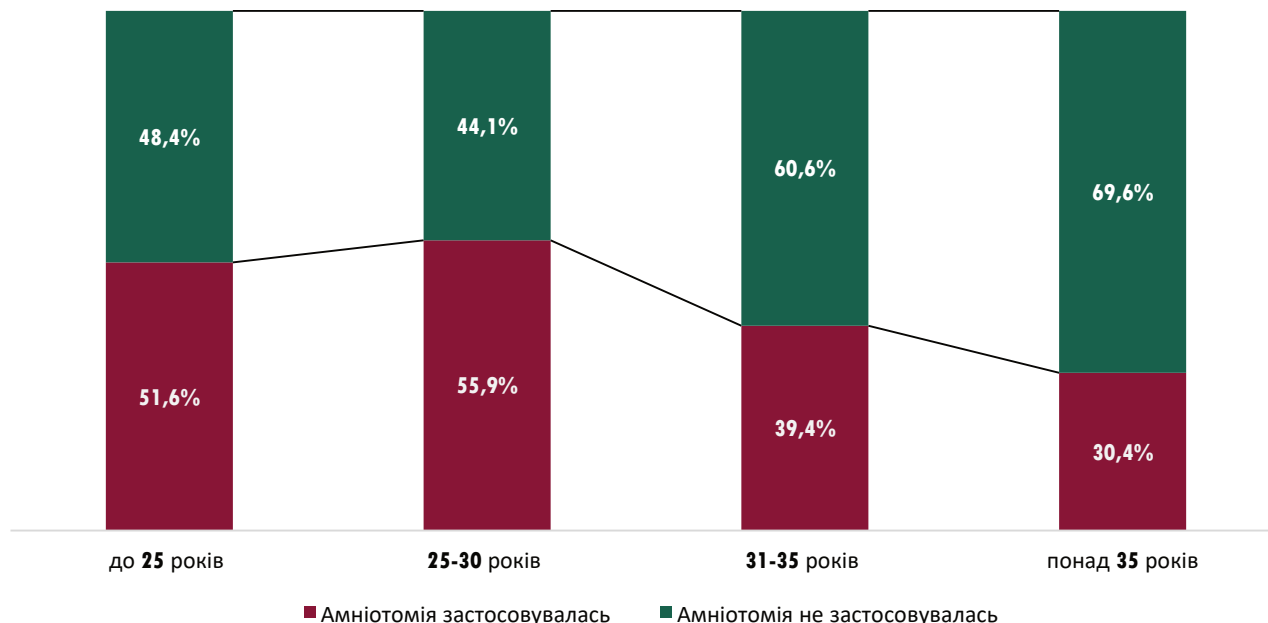
Суттєві відмінності у відповідях наявні за змінними віку, терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину), а також партнерських та договірних пологів. Не було виявлено значних відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду.

Так, перший рисунок демонструє, що про амніотомію у своїх пологах частіше згадували жінки молодшого віку, а якщо відкинути категорію опитаних віком від двадцяти п'яти до тридцяти років, можна говорити про тенденцію до збільшення частки повідомлень про втручання зі зменшенням віку.

### Застосування амніотомії (N=684)



### Застосування амніотомії залежно від віку (N=684)

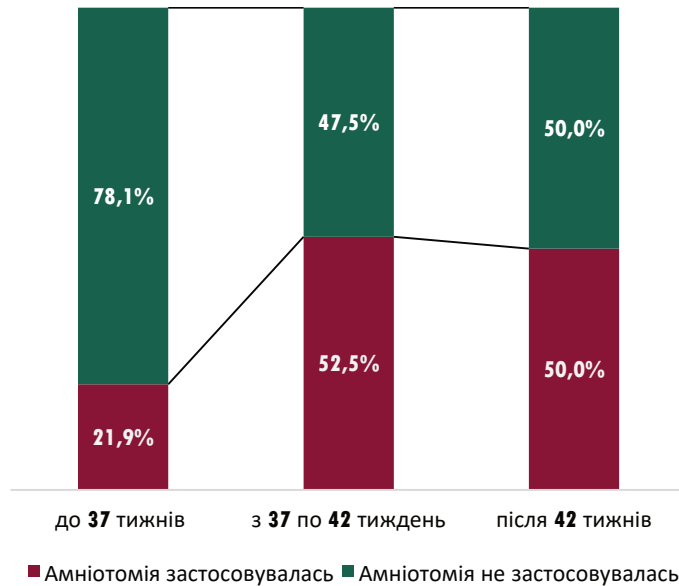


Наступний рисунок демонструє очікувано низьку частку повідомлень про амніотомію серед жінок із недоношеною вагітністю.

Частка згадок амніотомії є вищою серед жінок, які народжували природно, а не шляхом кесарського розтину.



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=684)



### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=664)



Також вищою є частка повідомлень про цю маніпуляцію серед жінок, які народжували в присутності партнера.

Врешті, дещо частіше про застосування амніотомії згадували жінки, чиї пологи були договірними.

### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=684)



### Застосування амніотомії залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=684)

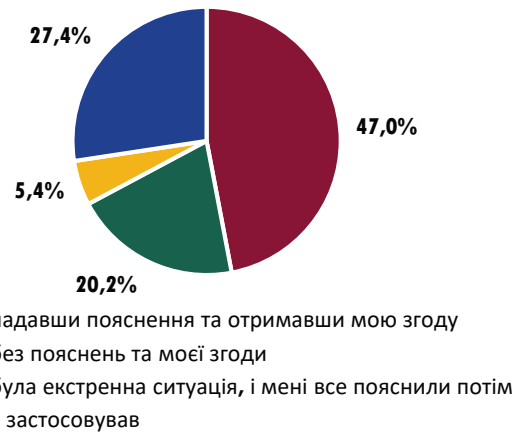


Майже чверть опитаних (72,6%) вказали, що в їхніх пологах застосовувались крапельниці, пігулки чи інші ліки, причому у випадку 27,7% маніпуляції здійснювалися без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

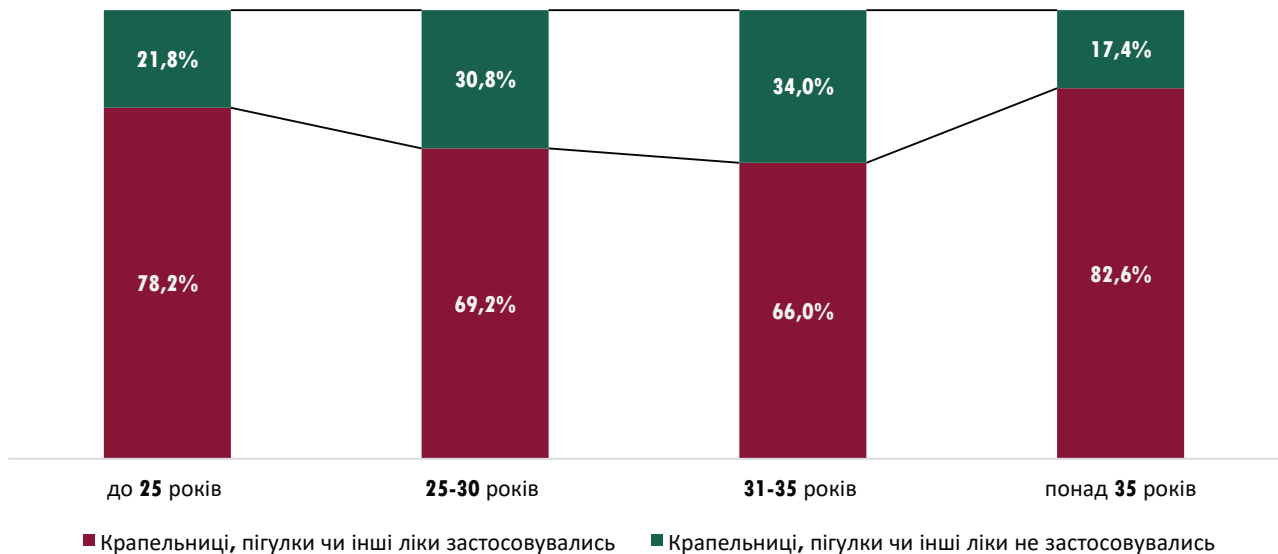
Статистично значущі відмінності у відповідях спостерігаємо за змінними віку, наявності попереднього пологового досвіду, типу пологів та партнерських пологів. Відповідно, не було помічено різниці у відповідях респонденток за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності та договірних пологів.

Так, перший рисунок демонструє зменшення частки повідомлень про застосування в пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків зі зростанням віку опитаних (винятковість жінок віком понад тридцять п'ять років може пояснюватися малонаповненістю цієї групи).

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=679)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від віку (N=679)



Частіше про такі типи втручань зазначали ті жінки, які народжували вперше.

Крім того, очікувано вищою є частка повідомлень про крапельниці, пігулки чи інші ліки серед опитаних, які мали кесарський розтин.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=679)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=659)



Врешті, більше про подібні втручання згадували жінки, чий пологи відбулися за присутності їхніх партнерів.

У вибірці Івано-Франківської області про застосування у своїх пологах епізіотомії вказала третина жінок (33,1%). У випадку 67,3% із них маніпуляція була здійснена без згоди або без попередження.

Статистично значущі відмінності спостерігаються за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду. Несуттєвими були відмінності у відповідях за змінними терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності партнерської підтримки (N=679)



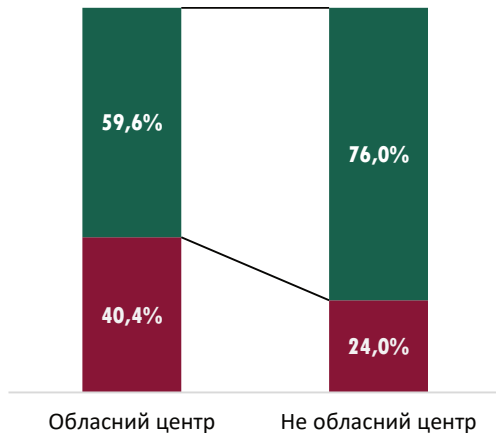
### Застосування епізіотомії (N=575)



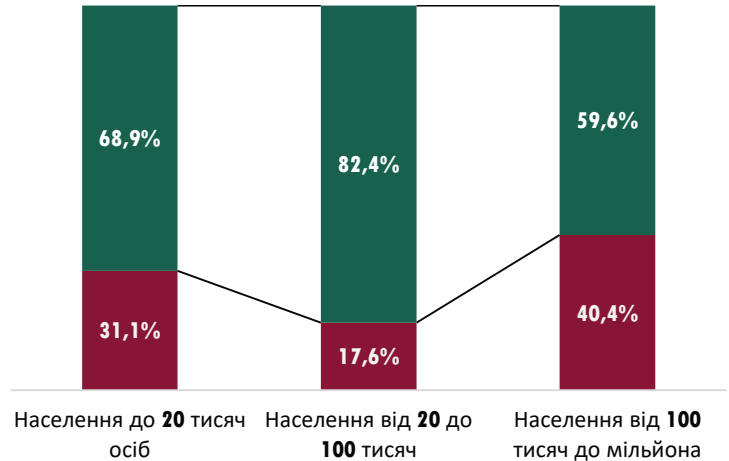
Бачимо, що жінки, які народжували в Івано-Франківську, згадували про застосування в їхніх пологах епізіотомії в цілому частіше, ніж ті, що народжували поза обласним центром.

Попри найвищі показники застосування епізіотомії в обласному центрі, тенденція до зменшення частки повідомлень про це втручання зі зменшенням розміру населеного пункту відсутня – найрідше про нього повідомляли жінки з населених пунктів розміром від двадцяти до ста тисяч осіб.

**Застосування епізіотомії залежно від обласного статусу населеного пункту (N=575)**



**Застосування епізіотомії залежно від розміру населеного пункту (N=575)**



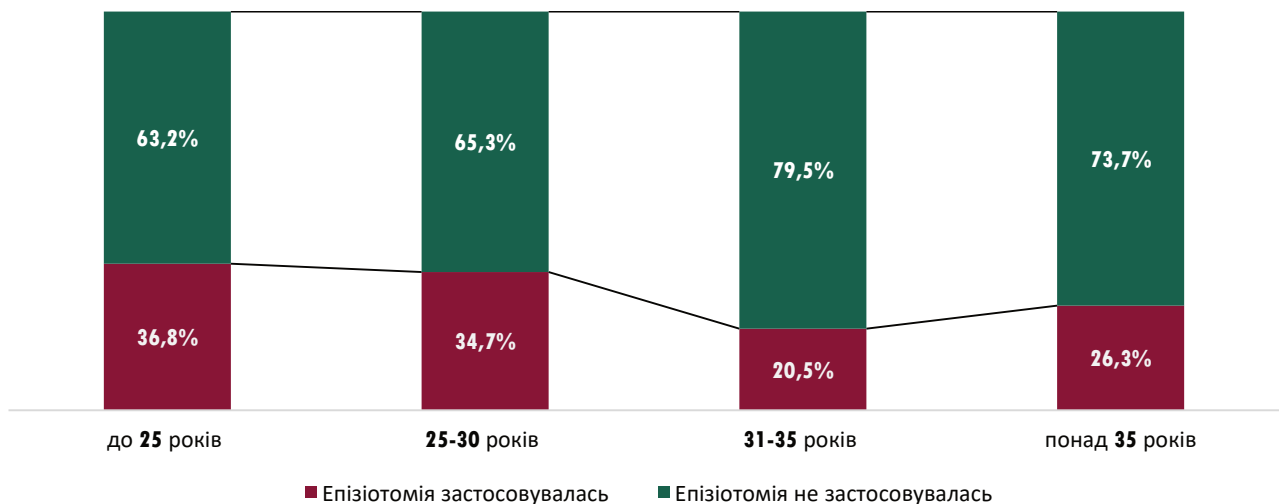
■ Епізіотомія не застосовувалась

■ Епізіотомія застосовувалась

■ Епізіотомія застосовувалась ■ Епізіотомія не застосовувалась

Як і у випадку крапельниць, пігулок та інших ліків, рисунок нижче демонструє тенденцію до зменшення частки повідомлень про застосування в пологах епізіотомії зі зростанням віку – винятком є лише жінки віком понад тридцять п'ять років, проте це може пояснюватись малонаповненістю цієї групи.

**Застосування епізіотомії залежно від віку (N=575)**



■ Епізіотомія застосовувалась

■ Епізіотомія не застосовувалась

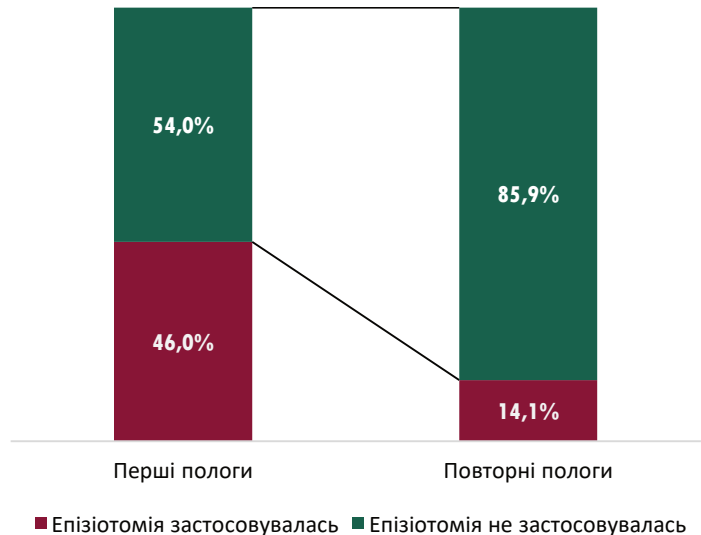
Крім того, частіше про застосування епізіотомії згадували жінки, що мали вищу освіту.

Нарешті, значно вищою є частка повідомлень про це втручання серед жінок, які народжували вперше, а не повторно.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності вищої освіти (N=575)



### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=575)



Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 41% респонденток, причому у випадку 11 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка (два найвищі показники за вісьмома досліджуваними областями). Ще 8,3% респонденток не змогли відповісти на запитання.

### Застосування тиску на живіт (N=575)



Статистично значущі відмінності у відповідях спостерігаються за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду. Відповідно, немає значущої різниці у відповідях за змінними терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

Так, жінки, що народжували в Івано-Франківську, згадували про застосування в їхніх пологах тиску на живіт частіше, ніж ті, що народжували поза обласним центром.

При цьому наявна тенденція до зростання частки жінок, що повідомляли про таке втручання, зі збільшенням розміру населеного пункту.

### Застосування тиску на живіт залежно від обласного статусу населеного пункту (N=575)

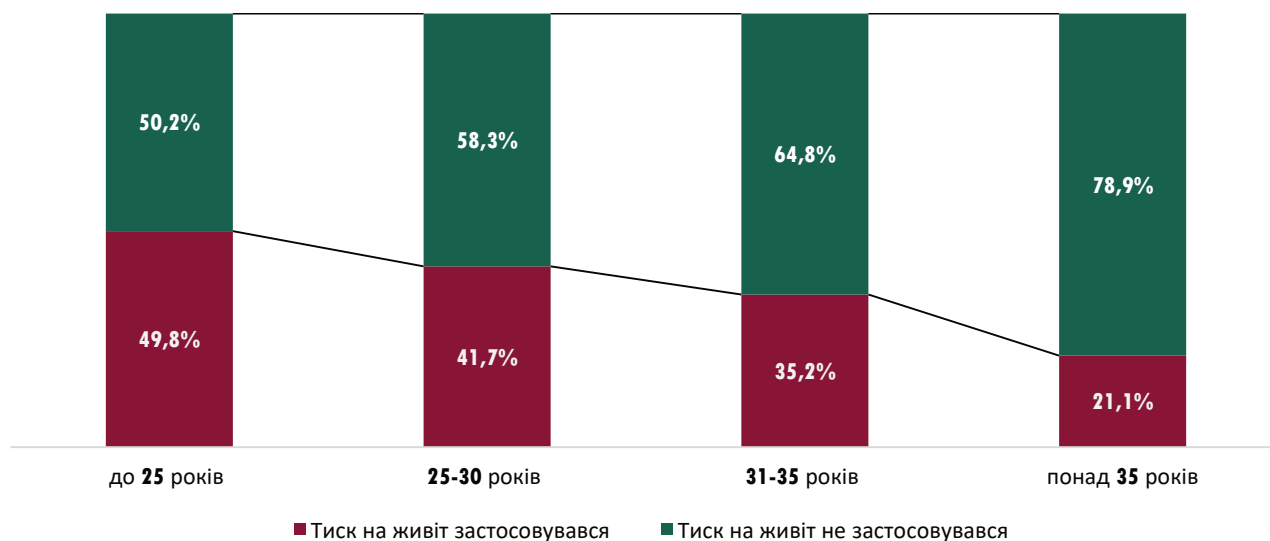


### Застосування тиску на живіт залежно від розміру населеного пункту (N=575)



Крім того, також спостерігається тенденція до зменшення частки повідомлень про застосування тиску на живіт зі зростанням віку опитаних.

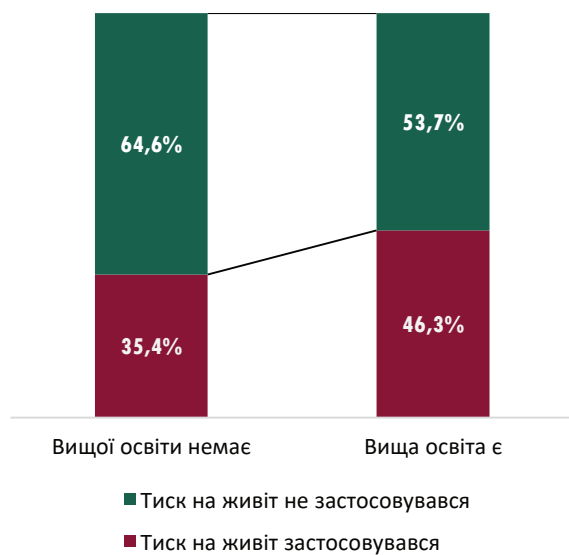
### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=575)



При цьому опитані, які мали вищу освіту, згадували про застосування цієї маніпуляції частіше, ніж респондентки без вищої освіти.

Врешті, про застосування тиску на живіт понад удвічі частіше згадували жінки в перших, а не повторних пологах.

### Застосування тиску на живіт залежно від наявності вищої освіти (N=575)



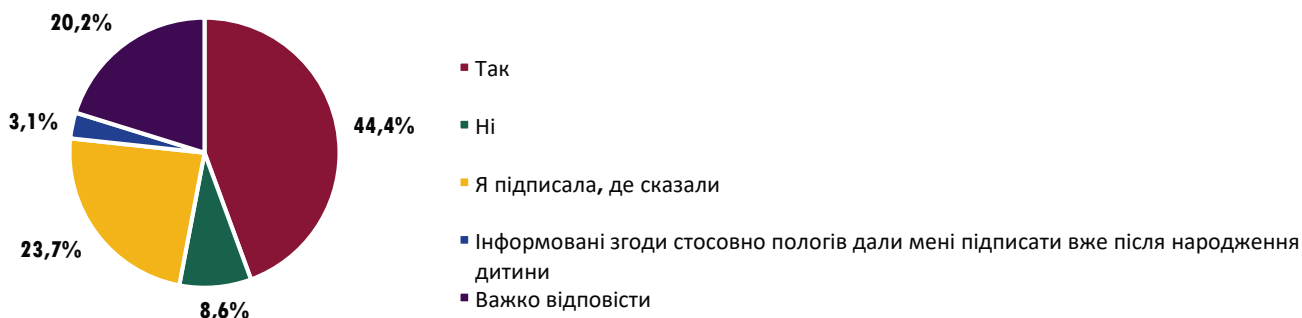
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=575)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали менше половини опитаних (44,4%). Особливу увагу слід звернути на те, що майже кожна четверта (23,7%) підписала документи, «де сказали», а ще 20,2% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

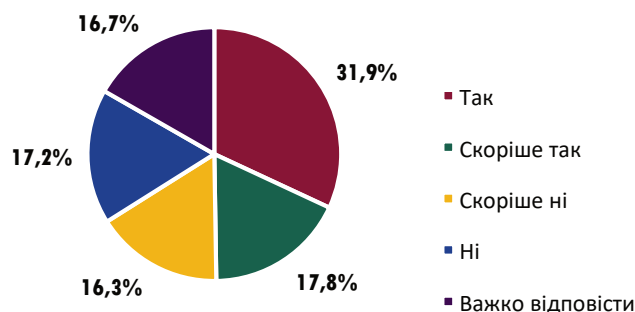
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=802)



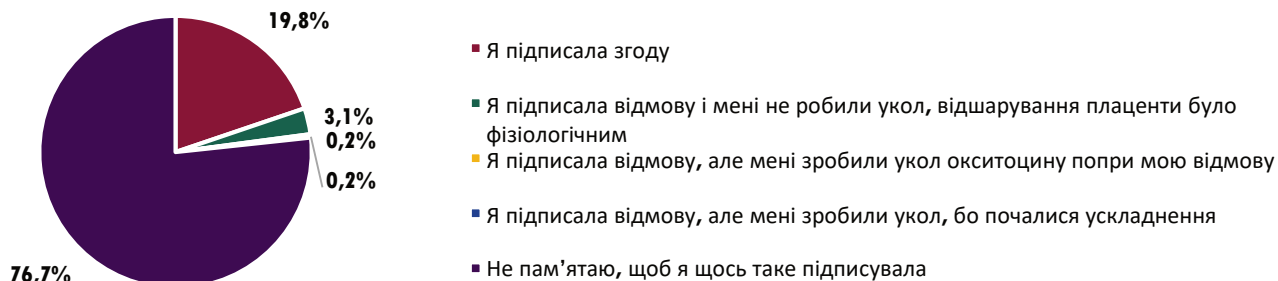
Лише половина респонденток (49,7%) отримали чи скоріше отримали пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Третина опитаних (33,5%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а кожна шоста жінка (16,7%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вона підписувала згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомляла кожна п'ята респондентка (19,8%), натомість майже три чверті (76,7%) вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=802)



### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=575)





## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, понад половину новонароджених (55,7%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 22,9% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише кожна п'ята дитина (21,3%) оглядалася зі збереженням контакту «шкіра до шкіри».

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=759)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами лише третини опитаних (33%) – з них у випадку 16,2% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 16,8% – з чоловіком або іншими родичами. Це найгірший показник серед восьми досліджуваних областей. Майже половина немовлят (44,5%) перебували поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутими – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, 12,3% опитаних зазначали, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від них з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=778)



Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 67,5% опитаних жінок.

Спостерігаємо статистично значущу різницю у відповідях опитаних за змінними розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та типу пологів. Не було виявлено значних відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, віку, вищої освіти, партнерських та довірливих пологів.

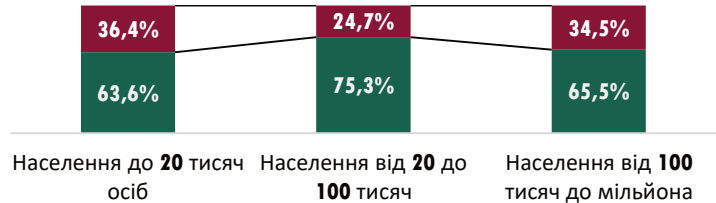
Як демонструє рисунок, частка опитаних, які вказали, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, є найвищою серед жінок, які народжували в населених пунктах середнього розміру.

Також ця частка є вищою серед респонденток, які народжували повторно, а не вперше.

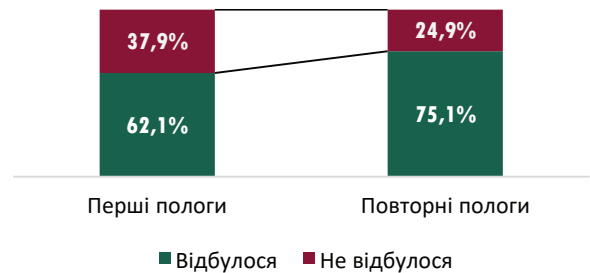
Бачимо, що вона очікувано збільшується зі зростанням терміну вагітності, на якому відбулися пологи.

Зрештою, не менш очікувано вищою є частка жінок, які вказали, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, серед тих, що народили природно, а не шляхом кесарського розтину.

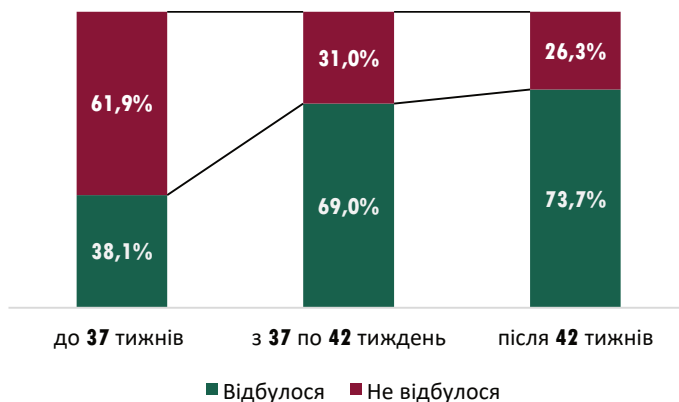
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=791)



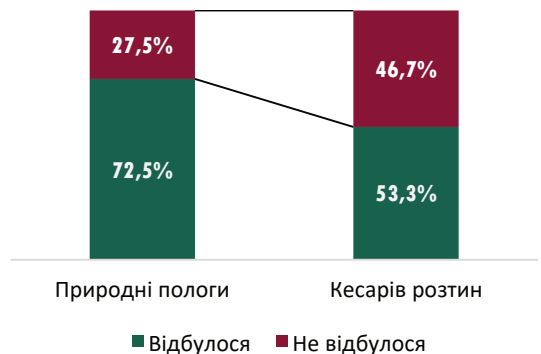
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=791)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=791)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=766)



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

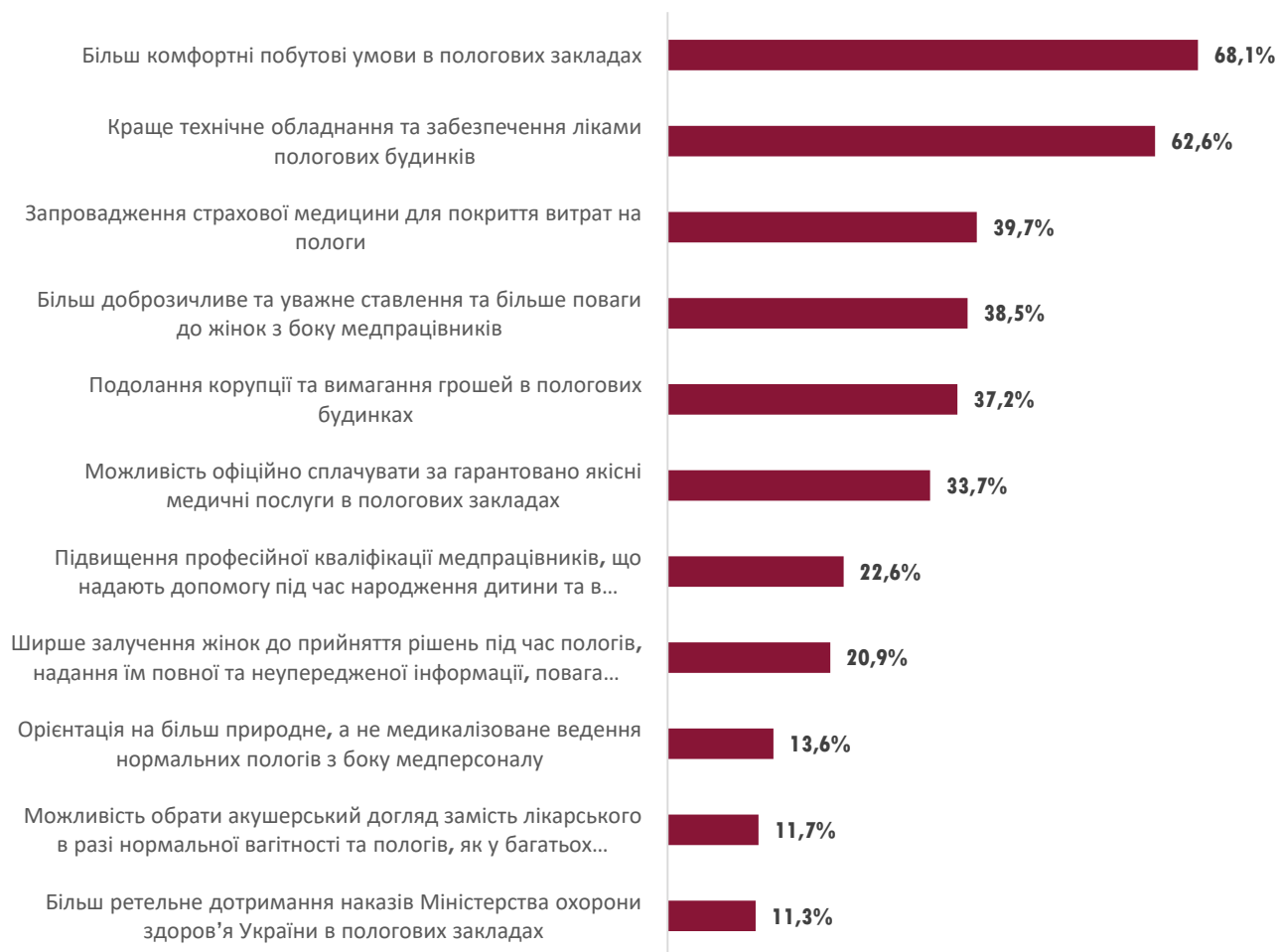
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (66,2%) обрала варіант «у тому ж самому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в приватному пологовому будинку» та «в акушерському центрі» (24,1% та 18,5% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (7,6%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 3,9% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=802)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (68,1%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (62,6%). Далі йшли такі позиції, як «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (39,7%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (38,5%), «подолання корупції та вимагання грошей» (37,2%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (33,7%), «підвищення професійної кваліфікації працівників» (22,6%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (20,9%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (13,6%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (11,7%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,3%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=802)



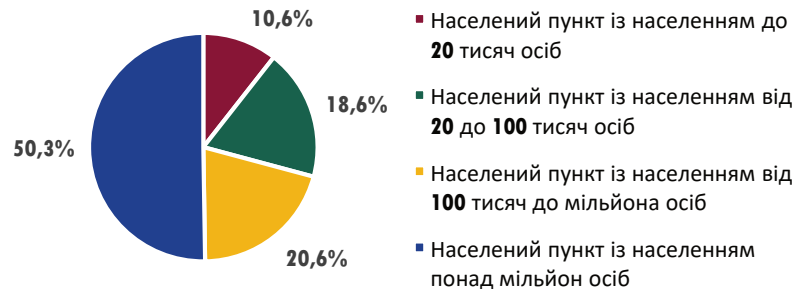
## Київська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Частка респонденток із Київської області серед загальної вибірки складає 1401 особу. Половина з них (50,3%) народжували в населеному пункті розміром понад мільйон осіб (тобто в Києві), кожна п'ята (20,6%) – у населеному пункті розміром від ста тисяч до мільйона, 18,6% – від двадцяти до ста тисяч, 10,6% – до двадцяти тисяч осіб.

Серед опитаних у Києві 4,6% (65 осіб) народжували в приватних пологових закладах, решта 95,4% – у державних закладах охорони здоров'я. Таблиця 6 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

#### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=1401)



**Таблиця 6. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

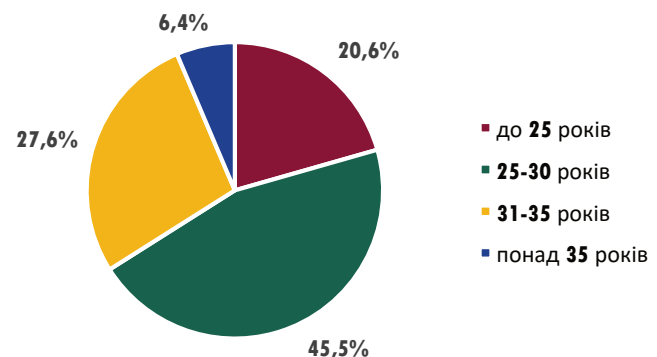
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                                   | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Біла Церква, міський пологовий будинок  | 164                              | 11,7%                               |
| Київський міський пологовий будинок №7  | 136                              | 9,7%                                |
| Київ, Обласний центр охорони здоров'я матері та дитини                              | 88                               | 6,3%                                |
| Бровари, пологове відділення центральної районної лікарні                           | 84                               | 6,0%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №5  | 81                               | 5,8%                                |
| Бориспіль, пологове відділення центральної районної лікарні                         | 69                               | 4,9%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №3  | 69                               | 4,9%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №6  | 65                               | 4,6%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №2  | 56                               | 4,0%                                |
| Боярка, пологове відділення центральної районної лікарні                            | 49                               | 3,5%                                |
| Переяслав-Хмельницький, пологове відділення центральної районної лікарні            | 45                               | 3,2%                                |
| Київ, пологове відділення Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМНУ (ІПАГ) | 43                               | 3,1%                                |
| Біла Церква, пологове відділення центральної районної лікарні, с. Шкарівка          | 40                               | 2,9%                                |
| Київ, Лелека – приватний пологовий будинок  | 37                               | 2,6%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №1  | 34                               | 2,4%                                |
| Васильків, пологове відділення центральної районної лікарні                         | 29                               | 2,1%                                |
| Київ, пологовий будинок УОЗ Дарницького району                                      | 27                               | 1,9%                                |
| Фастів, пологове відділення центральної районної лікарні                            | 26                               | 1,9%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я  | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Ворзель, Ірпінський пологовий будинок  | 25                               | 1,8%                                |
| Київ, пологове відділення Дорожньої клінічної лікарні №1 (Залізничний пологовий будинок) | 25                               | 1,8%                                |
| Яготин, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 22                               | 1,6%                                |
| Вишгород, пологове відділення центральної районної лікарні                               | 20                               | 1,4%                                |
| Київ, Ісіда – приватний пологовий будинок  | 18                               | 1,3%                                |
| Київ, міський пологовий будинок №4   | 16                               | 1,1%                                |
| Кагарлик, пологове відділення центральної районної лікарні                               | 14                               | 1,0%                                |
| Богуслав, пологове відділення центральної районної лікарні                               | 13                               | 0,9%                                |
| Українка, пологове відділення центральної районної лікарні                               | 13                               | 0,9%                                |
| Баришівка, пологове відділення центральної районної лікарні                              | 12                               | 0,9%                                |
| Миронівка, пологове відділення центральної районної лікарні                              | 11                               | 0,8%                                |
| Київ, Адоніс – приватний пологовий будинок, с. Бузова                                    | 10                               | 0,7%                                |
| Бородянка, пологове відділення центральної районної лікарні                              | 9                                | 0,6%                                |
| Володарка, пологове відділення центральної районної лікарні                              | 9                                | 0,6%                                |
| Сквира, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 8                                | 0,6%                                |
| Тетіїв, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 8                                | 0,6%                                |
| Макарів, пологове відділення центральної районної лікарні                                | 7                                | 0,5%                                |
| Березань, пологове відділення міської лікарні  | 6                                | 0,4%                                |
| Рокитне, пологове відділення центральної районної лікарні                                | 5                                | 0,4%                                |
| Іванків, пологове відділення центральної районної лікарні                                | 3                                | 0,2%                                |
| Тараща, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 3                                | 0,2%                                |
| Славутич, пологове відділення Спеціалізованої медико-санітарної частини № 5              | 1                                | 0,1%                                |
| Ставище, пологове відділення центральної районної лікарні                                | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>  | <b>1401</b>                      | <b>100%</b>                         |

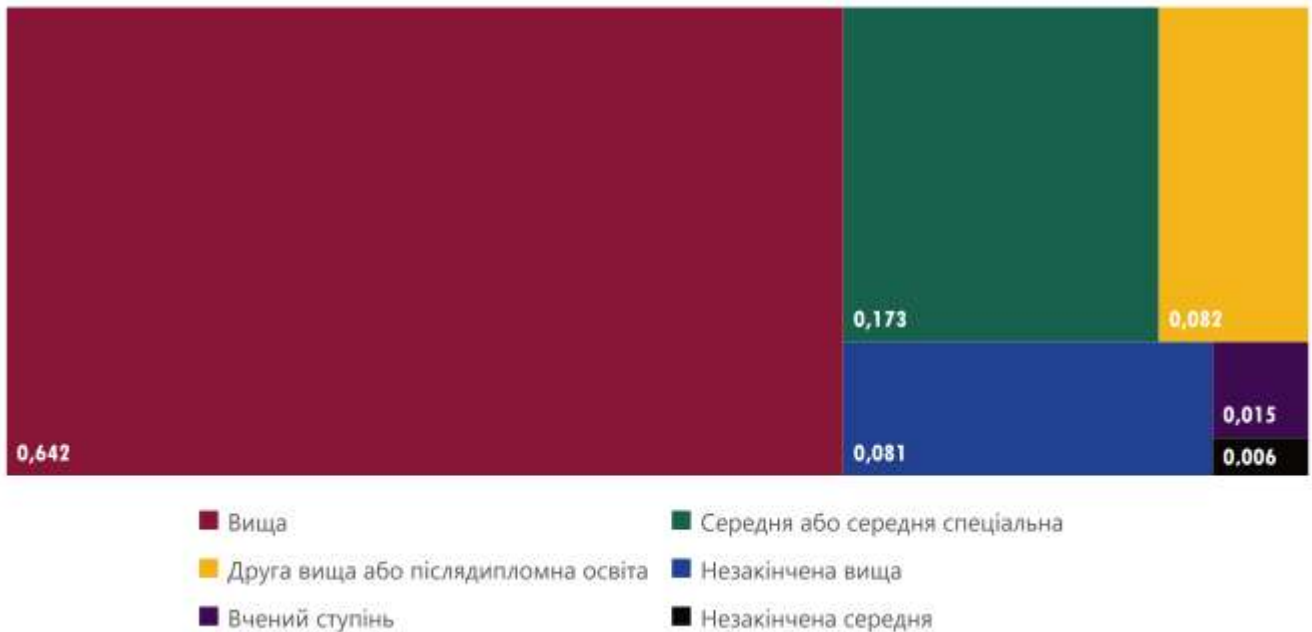
Найчисельнішою віковою групою підвибірki є жінки від двадцяти п'яти до тридцяти років (45,5%). Чверть (27,6%) належить до групи від тридцяти одного до тридцяти п'яти років, п'ята частина (20,6%) – до двадцяти п'яти років. Найменшою є група жінок віком понад тридцять п'ять років (6,4%) – це слід брати до уваги при розгляді відмінностей між відповідями опитаних різного віку.

Більшість опитаних (64,2%) зазначили, що мають вищу освіту, ще 8,2% мають другу вищу або післядипломну освіту, 1,5% – вчений ступінь, а 8,1% вказали, що мають незакінчену вищу освіту, що може вказувати на те, що певна частка жінок здобували її на момент заповнення анкети. Дещо менше п'ятої частини вибірки (17,3%) обрали варіант «середня або середня спеціальна освіта», а 0,6% – «незакінчена середня».

**Розподіл респонденток за віковою групою (N=1401)**



## Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=1401)



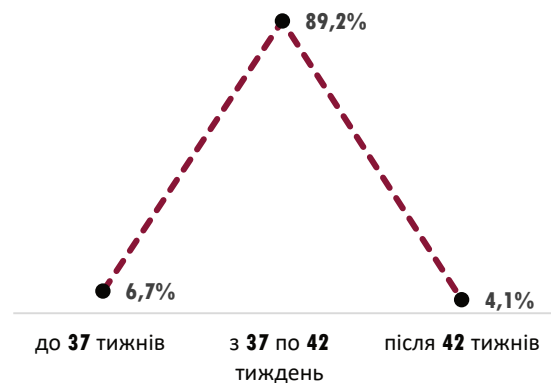
Про те, що вони народжували вперше, зазначило 59,8% респонденток, решта 40,2% народжували повторно.

Пологи більшості респонденток (89,2%) відбулися в період з 37 до 42 тижня вагітності, у випадку 6,7% – до 37 тижня, 4,1% – після 42 тижня. Слід зазначити, що на Київську область у вибірці припадає по чверті всіх пологів на ранньому та пізньому терміні вагітності (24,5% та 26,1% відповідно). Ймовірно, частково це пояснюється тим, що 9,7% пологів у підвибірці відбулися в Перинатальному центрі міста Києва (також відомий як Київський міський пологовий будинок №7), який спеціалізується на передчасних пологах.

62,9% опитаних респонденток мали партнерські пологи, решта 37,1% народжували самостійно. Слід зазначити, що це найнижчий показник партнерських пологів за досліджуваними областями.

Про наявність домовленості про пологи з певним лікарем вказали 44,7% жінок, з них із іншим лікарем в результаті народжували 6,4%. Відповідно, 55,3% планували та народжували з черговою бригадою.

## Розподіл респонденток за терміном пологів (N=1401)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

У цілому респондентки оцінювали своє перебування в пологових закладах позитивно. Так, найнижчою оцінкою є 3,5, що після округлення відповідає варіанту відповіді «добре» (харчування в пологовому будинку), найвищою – 4,2, «добре» (пологова зала).

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

Значна різниця спостерігається між відповідями респонденток, які народжували в Києві на противагу решті населених пунктів, а також залежно від розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти,

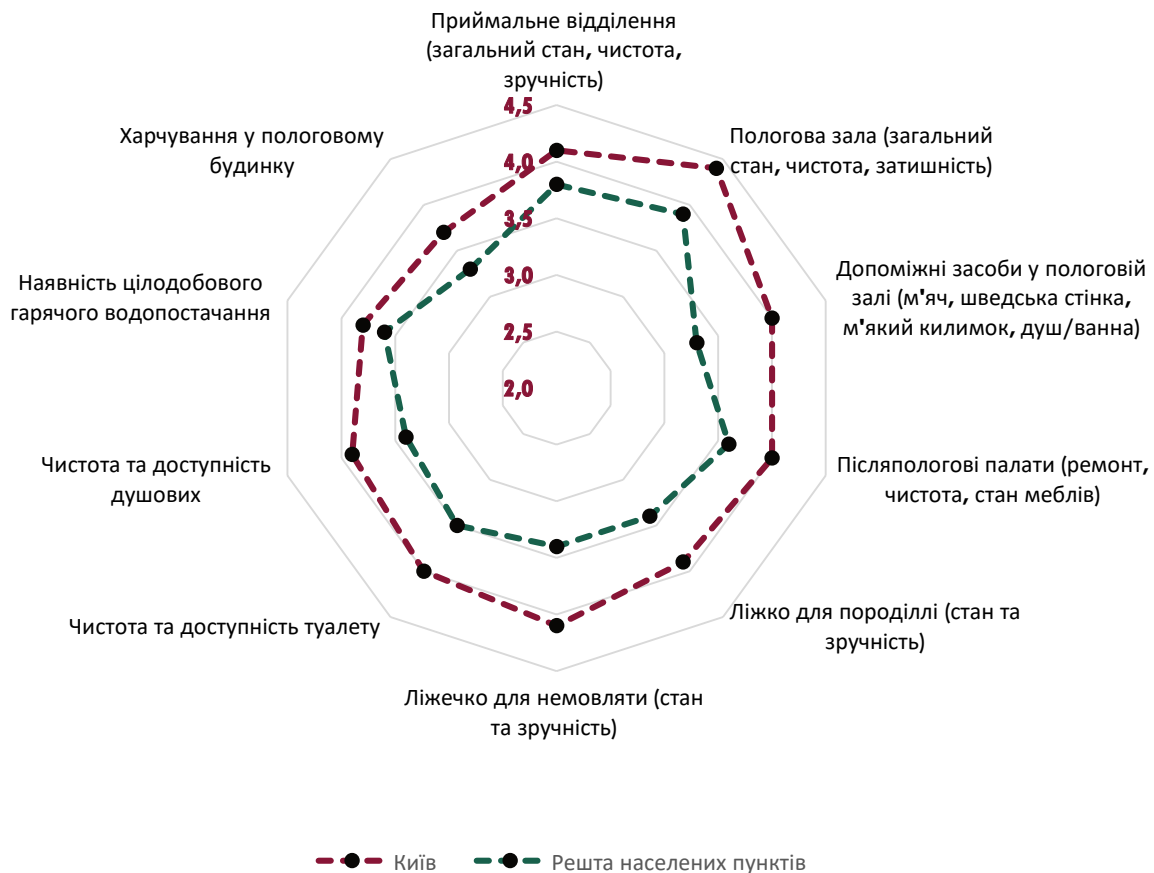


природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину та того, чи були вони партнерськими. Не було знайдено значних відмінностей між відповідями жінок, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, а також тими, що народжували з черговою бригадою та попередньо обраним лікарем.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

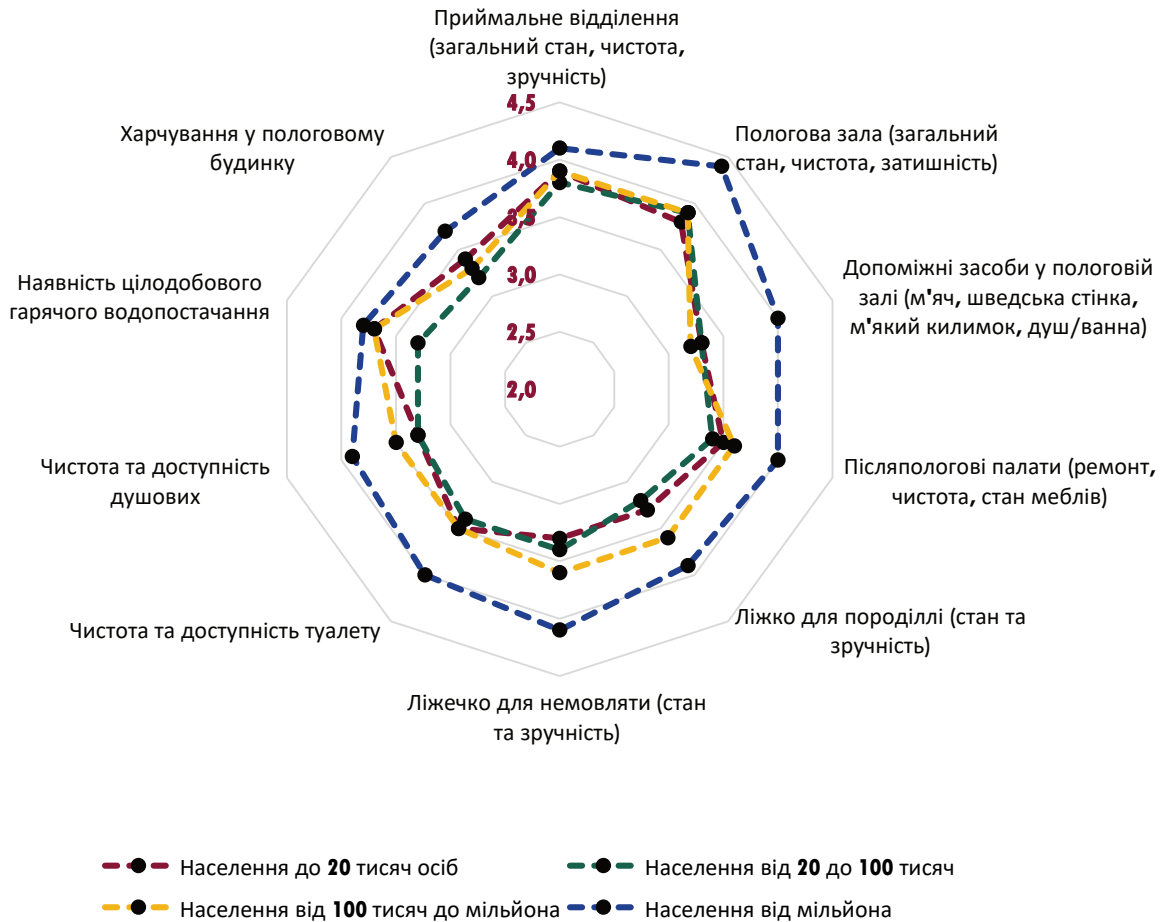
Так, бачимо на першому рисунку, що жінки, які народжували в Києві, залишали систематично вищі оцінки свого перебування в закладі, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів області.

### Здоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від столичного статусу населеного пункту



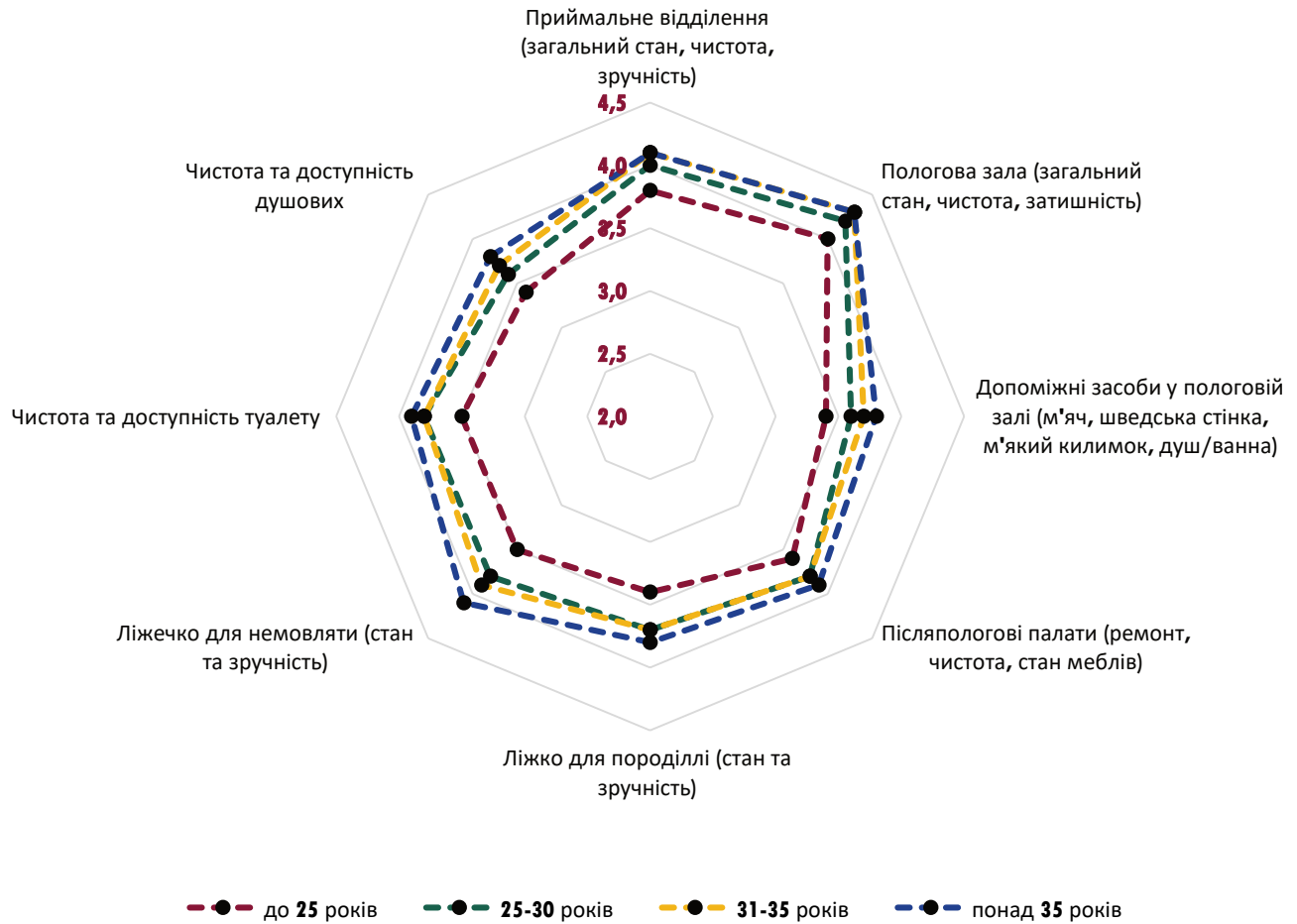
При цьому різниця більшою мірою пояснюється столичним статусом міста, аніж його розміром, оскільки наступний рисунок не демонструє збільшення задоволеності зі збільшенням розміру населеного пункту, як це можна помітити в деяких інших випадках.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



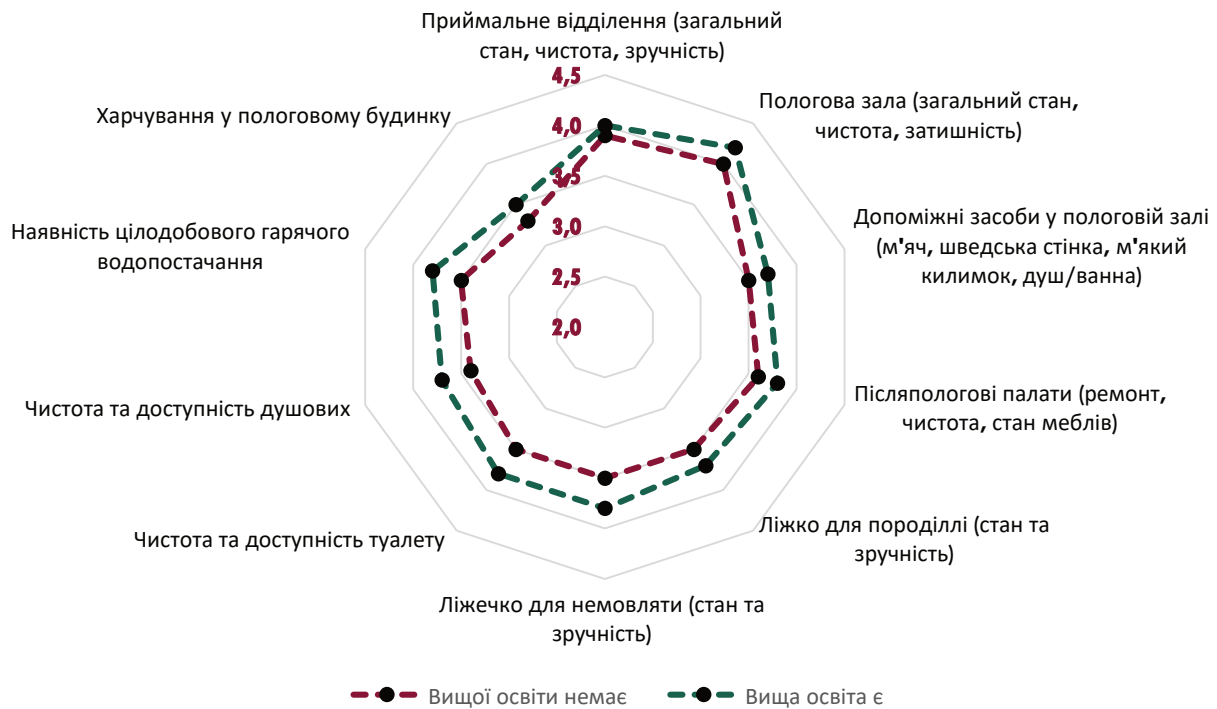
Натомість спостерігаємо тенденцію до збільшення задоволеності зі збільшенням віку – це може свідчити як про більш високі очікування молодших жінок, так і про покращення якості послуг у порівнянні з минулим, яке здатні помітити жінки більш старшого віку.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від віку



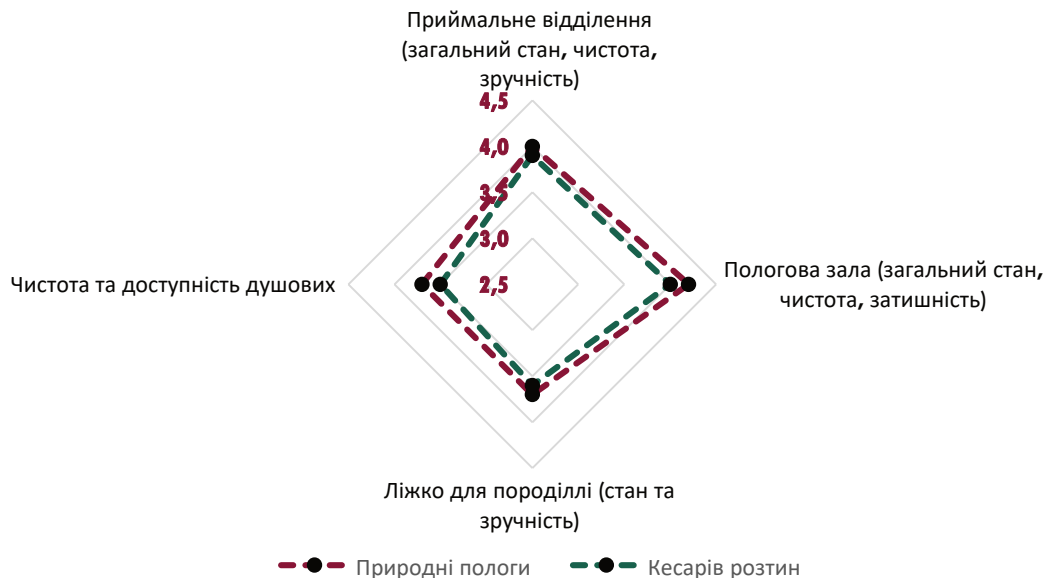
Жінки, що мали вищу освіту, оцінювали своє перебування в закладі в цілому вище, ніж ті, що не мали вищої освіти.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності вищої освіти



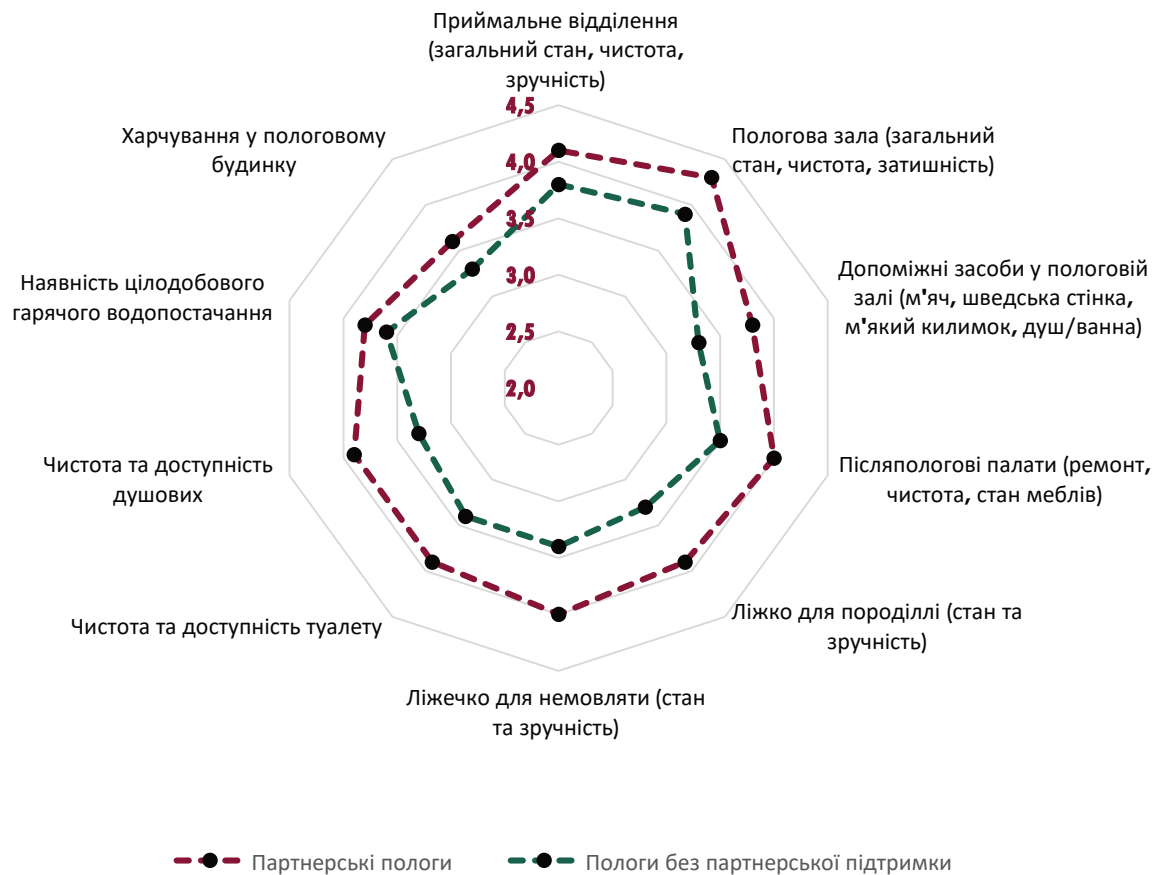
Також більш високими були оцінки жінок, чії пологи відбулися природним шляхом, а не через кесарський розтин.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Значно позитивнішими були враження від перебування у закладі охорони здоров'я тих жінок, чії пологи відбувалися за присутності їхніх партнерів.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності партнерської підтримки



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

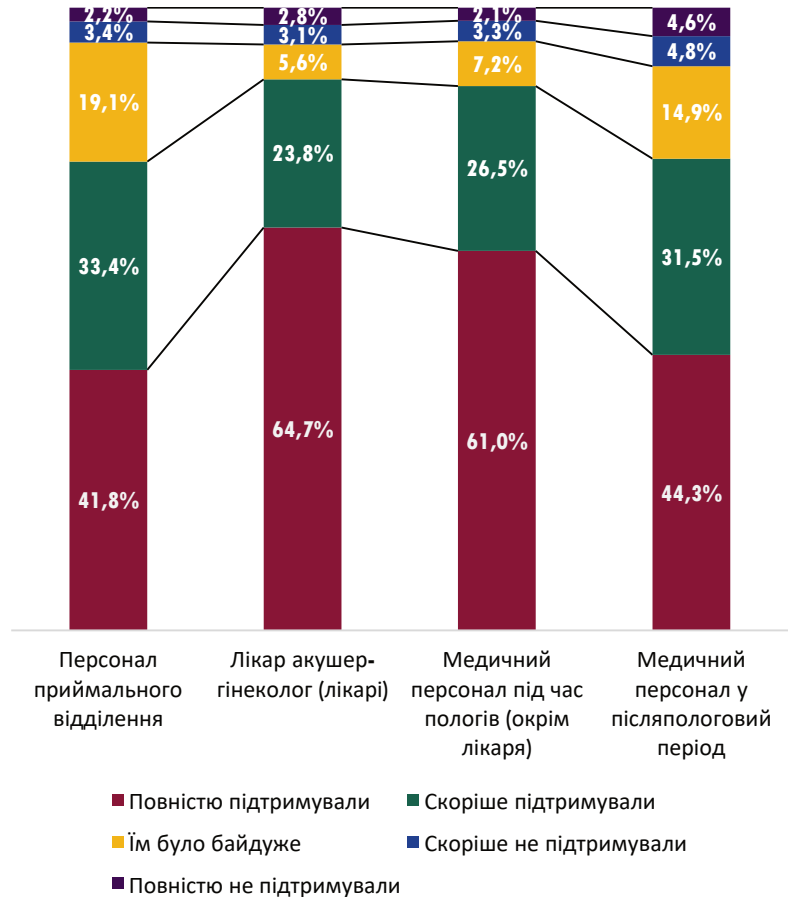
Бачимо з рисунка, що в цілому респондентки оцінювали емоційну підтримку в пологах доволі високо, проте залишали систематично вищі оцінки підтримки з боку акушерів-гінекологів та персоналу, безпосередньо залученого до процесу пологів, у порівнянні з персоналом приймального відділення та післяпологового періоду.

Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

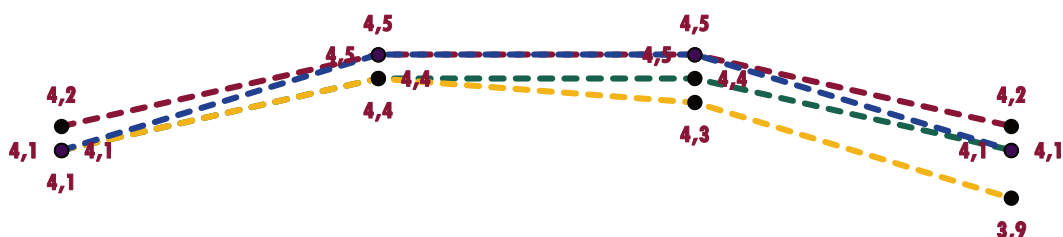
Можна спостерігати різницю у відповідях жінок, які народжували в населених пунктах різного розміру, тих, що народжували вперше та повторно, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з партнерами та без, за присутності чергової бригади чи попередньо обраного лікаря. Не було знайдено суттєвих відмінностей у відповідях жінок, що народжували в Києві в порівнянні з іншими населеними пунктами області, різного віку, з та без вищої освіти, на різних термінах вагітності.

Рисунок нижче свідчить про те, що в цілому найвищі оцінки емоційної підтримки з боку медичного персоналу були схильні залишати жінки, які народжували в найменших та найбільшому місті області (Києві), причому у випадку двох змінних (персонал приймального відділення та медичний персонал у післяпологовий період) перші були навіть більш задоволені, ніж столичні респондентки. Можна припустити, що високі оцінки жінок із малих населених пунктів пояснюються тіснішими зв'язками між пацієнтками та медичним персоналом, яким сприяє низький наплив пацієнтів; високі оцінки опитаних у Києві, ймовірно, пов'язані з дещо вищою якістю пологових послуг у столиці.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=1401)



## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=1401)



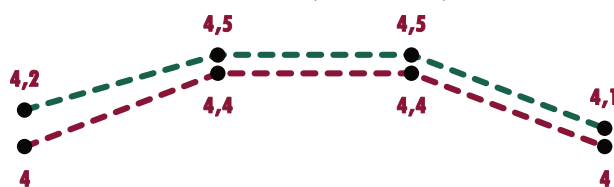
Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

-●- Населення до 20 тисяч осіб    -●- Населення від 20 до 100 тисяч  
 -●- Населення від 100 тисяч до мільйона    -●- Населення від мільйона

Більшу підтримку з боку персоналу відчували ті жінки, чиї пологи були повторними.

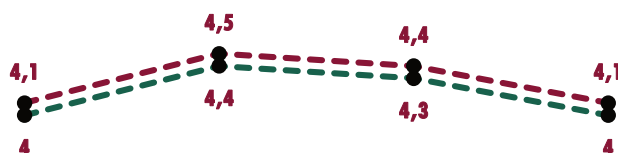
Також дещо вище оцінили підтримку ті жінки, чиї пологи відбулися природним шляхом, а не через кесарський розтин.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1401)



Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=1401)



Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

-●- Природні пологи    -●- Кесарів розтин

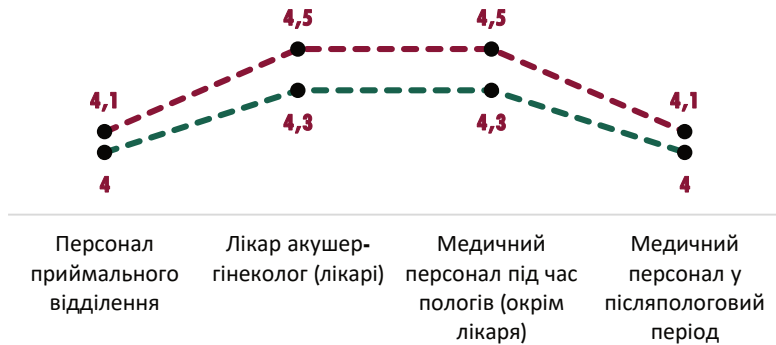
Значно вищими були оцінки респонденток, чий полог відбувся за присутності їхніх партнерів; найбільшою в цьому випадку є різниця в оцінці підтримки з боку акушерів-гінекологів та персоналу, присутнього безпосередньо під час пологів.

Нарешті, вищими були оцінки, залишені жінками, які мали договірні пологи, в порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою – особливо це стосується емоційної підтримки з боку акушерів-гінекологів.

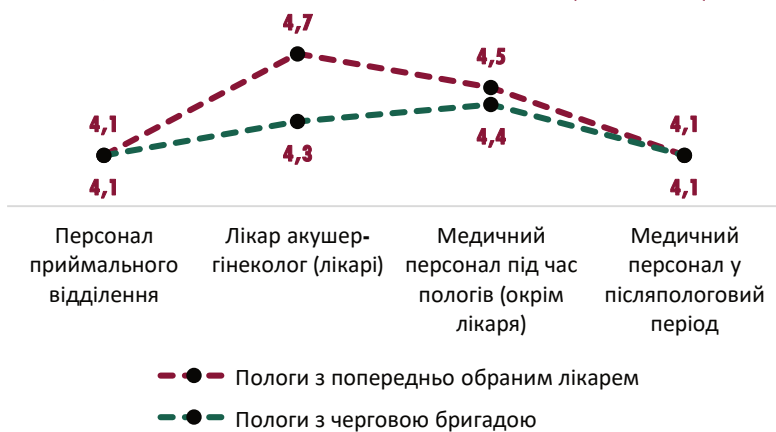
Респондентки Київської області у своїй більшості (81,5%) повідомляли, що персонал ставився до них із повагою.

Суттєвою є різниця у відповідях жінок, що народжували в Києві в порівнянні з іншими населеними пунктами області, в населених пунктах різних розмірів, різного віку, з та без вищої освіти й досвіду попередніх пологів, що народжували природним шляхом та шляхом кесарського розтину, за та без присутності партнерів, за домовленістю та з черговою бригадою. Незначними були відмінності у відповідях жінок, які народили на різних термінах вагітності.

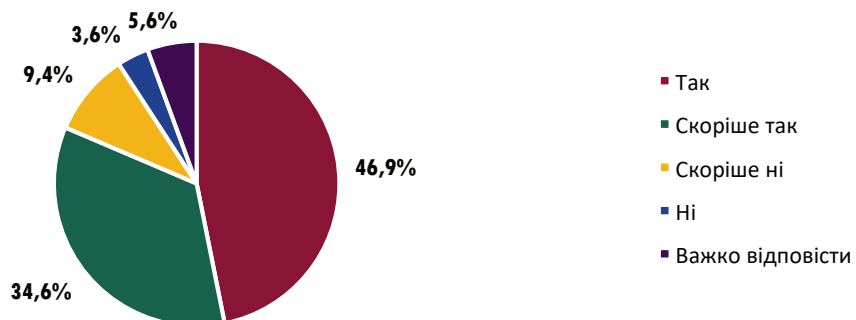
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=1198)



### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1401)



### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=1401)

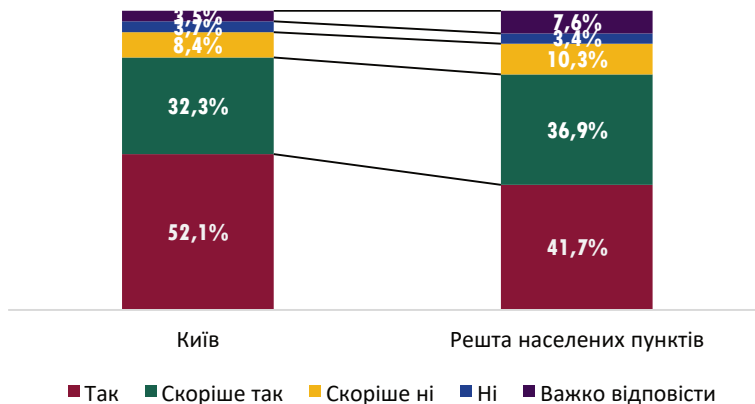




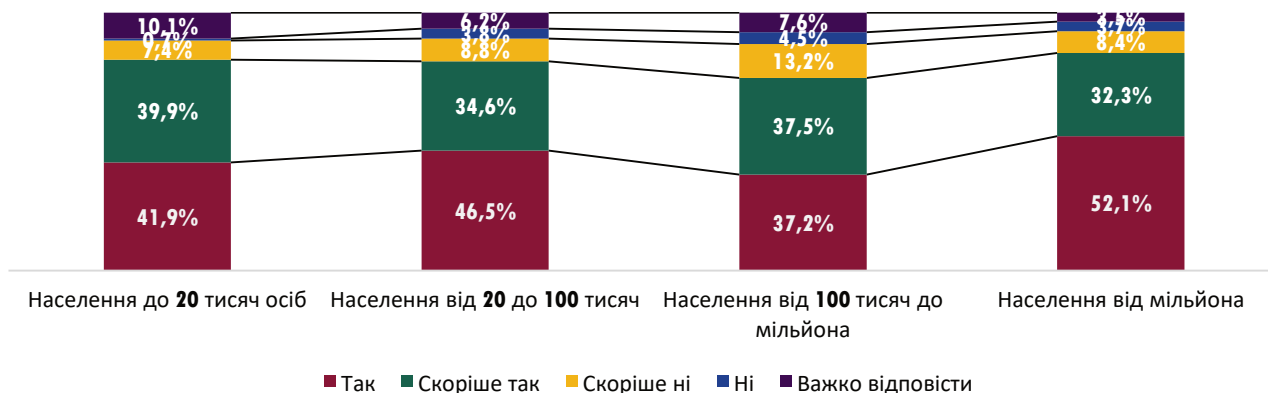
Бачимо з першого рисунка, що жінки, які народжували в Києві, частіше зазначали, що персонал ставився до них із повагою.

При тому, що в Києві цей показник був найвищим, бачимо, що у випадку населених пунктів розміром від ста тисяч осіб до мільйона спостерігається найбільший «обвал», а в найменших населених пунктах є доволі високою (10,1%) частка осіб, які не змогли відповісти на запитання однозначно.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1401)

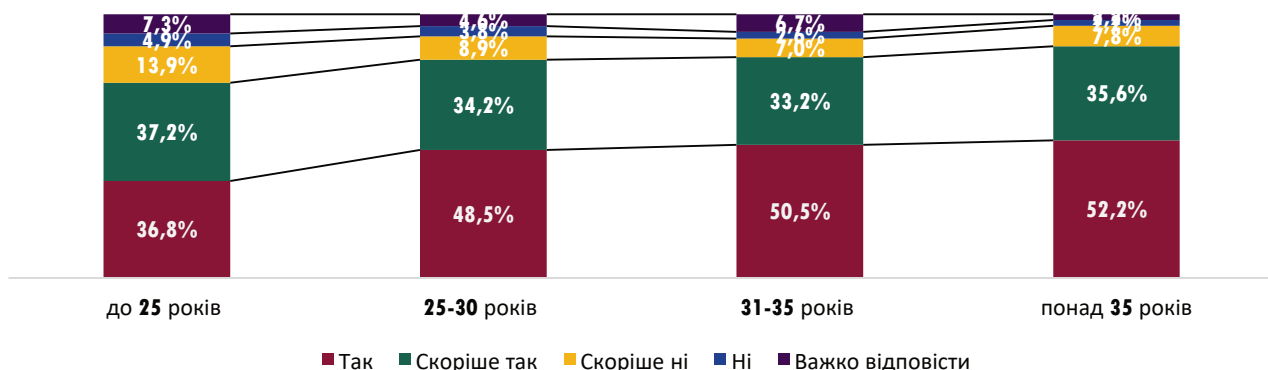


### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=1401)



Наступний графік демонструє тенденцію до збільшення частки опитаних, які вважали, що до них ставилися з належною повагою, зі збільшенням віку.

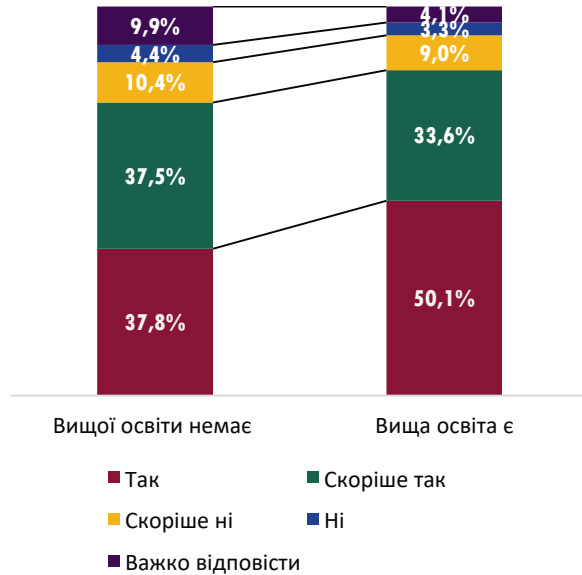
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від віку (N=1401)



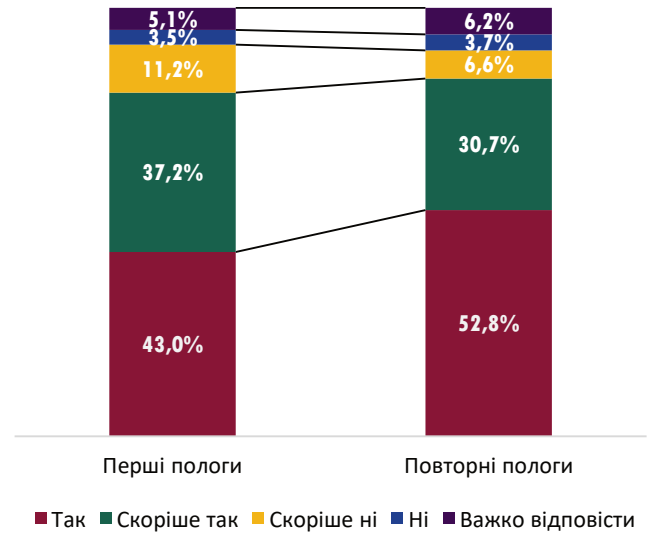
При цьому більше позитивних оцінок залишали жінки з наявною вищою освітою – можна припустити, що ці дві змінні пов’язані між собою, оскільки жінки старшого віку ймовірніше мають вищу освіту.

Наступний графік також підтримує цю гіпотезу, адже більш позитивними є відповіді жінок, які вже мали попередній пологовий досвід.

**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності вищої освіти (N=1401)**



**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1401)**

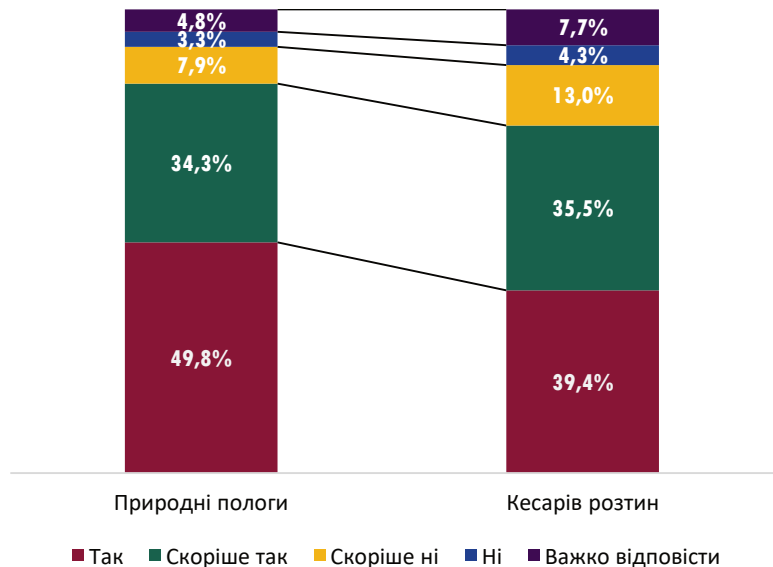


Спостерігаємо вищий рівень поважного ставлення щодо тих жінок, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

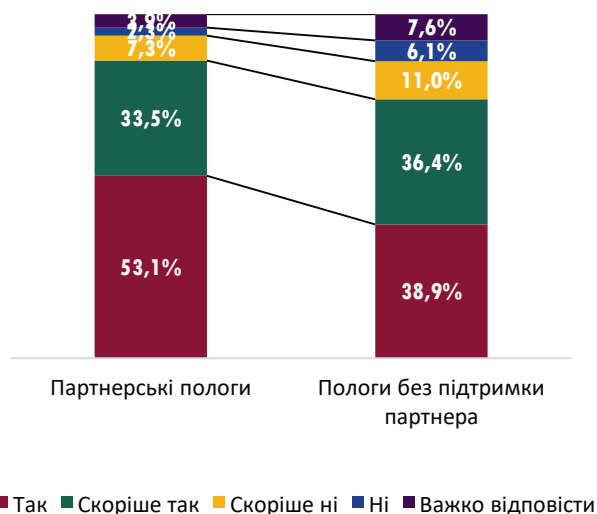
Ті опитані, які народжували в присутності партнера чи партнерів, значно частіше вказували, що персонал ставився до них із повагою.

Схожим чином були вищими оцінки поважного ставлення тих жінок, що мали договірні пологи, в порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою.

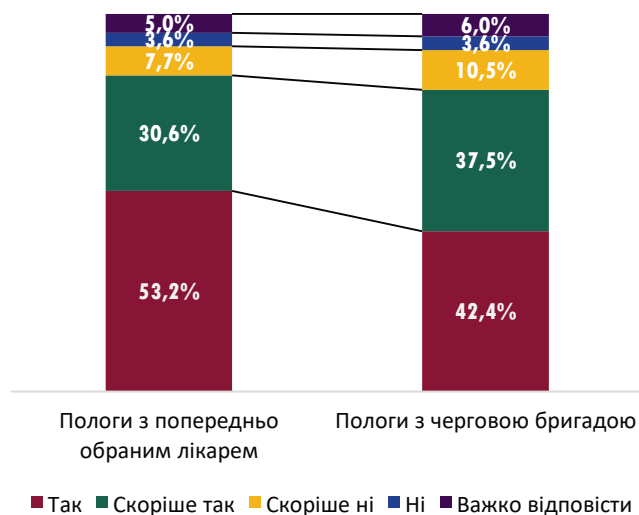
**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=1401)**



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=1198)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1401)

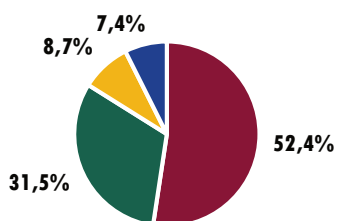


Четверо з п'яти респонденток (83,9%) вказали, що їхня приватність та конфіденційність у пологах була збережена.

Суттєва різниця спостерігається за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, чи були партнерськими та чи пройшли за домовленістю. Несуттєвими були фактори віку, наявності вищої освіти та терміну вагітності.

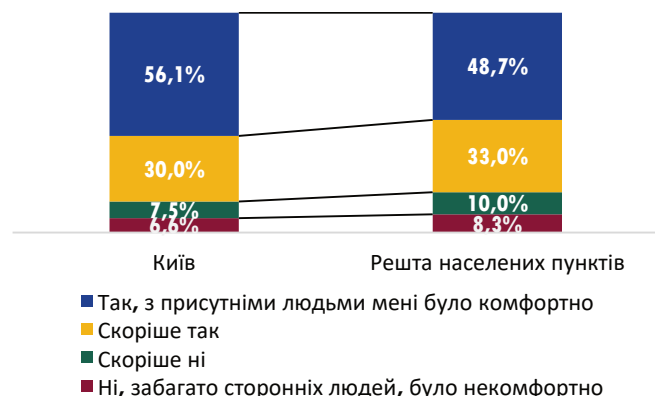
Як і у випадку попередніх змінних, опитані, які народжували в Києві, частіше зазначали, що їхні пологи були приватними та конфіденційними.

### Приватність та конфіденційність пологів (N=1387)



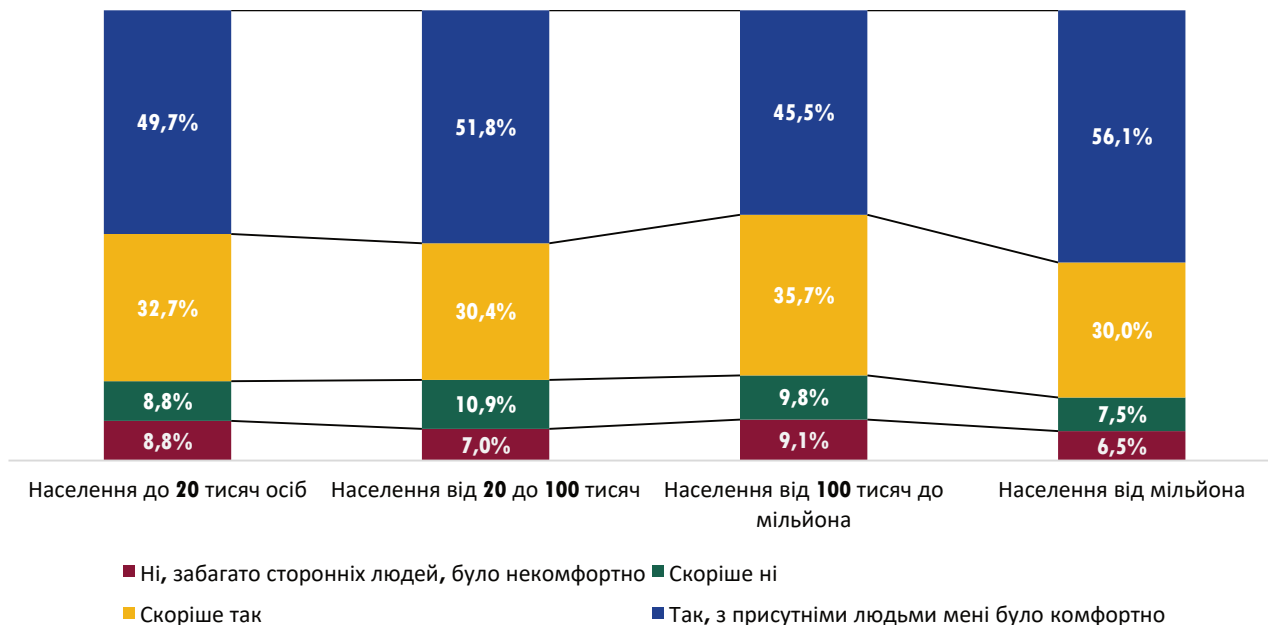
- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1387)



Повторюючи вже помічену тенденцію, бачимо, що найчастіше забезпеченням приватності та конфіденційності були незадоволені жінки з населених пунктів розміром від ста тисяч до мільйона осіб населення, хоча різниця є не дуже сильно вираженою.

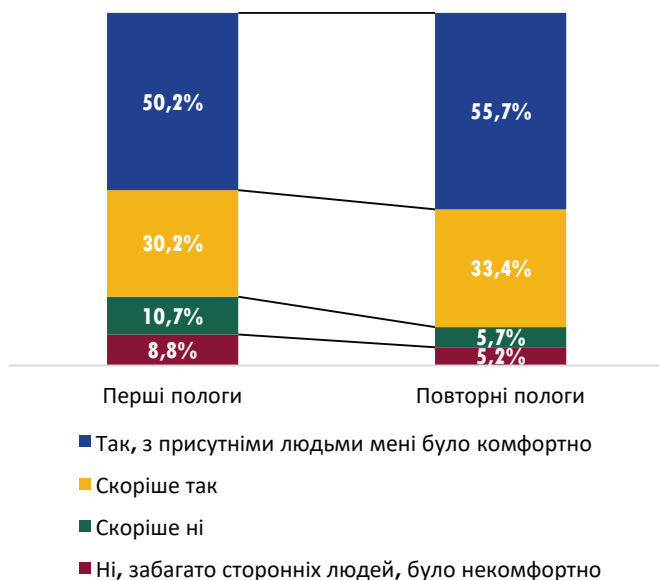
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від розміру населеного пункту (N=1387)



Жінки в перших пологах частіше вказували про порушення їхньої приватності та конфіденційності.

Також частіше про це повідомляли ті опитані, що мали кесарський розтин.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1387)



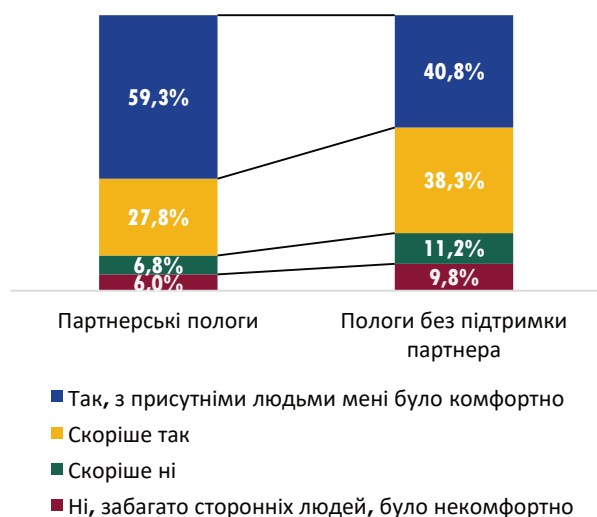
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від типу пологів (N=1387)



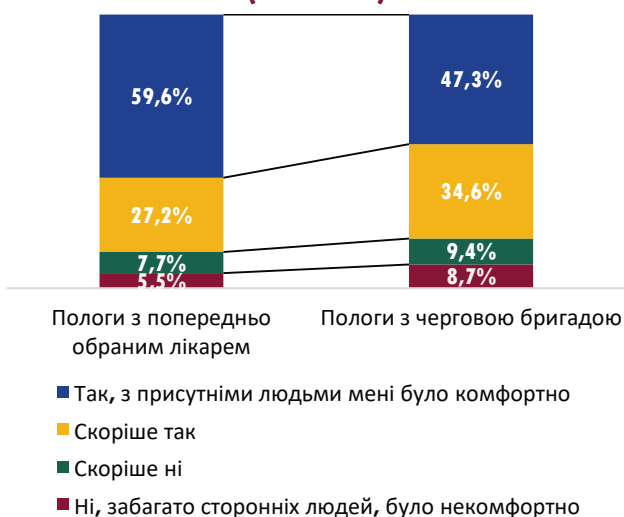
Яскравою є різниця між відповідями жінок, які народжували самостійно та за присутності партнерів: другі не лише рідше повідомляли про порушення своєї приватності та конфіденційності, але й значно частіше обирали однозначно позитивний варіант відповіді «так, з присутніми людьми мені було комфортно», а не «скоріше так».

Подібним чином, більш позитивними були відповіді тих опитаних, які мали пологи за домовленістю з певним лікарем.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=1186)



### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1387)

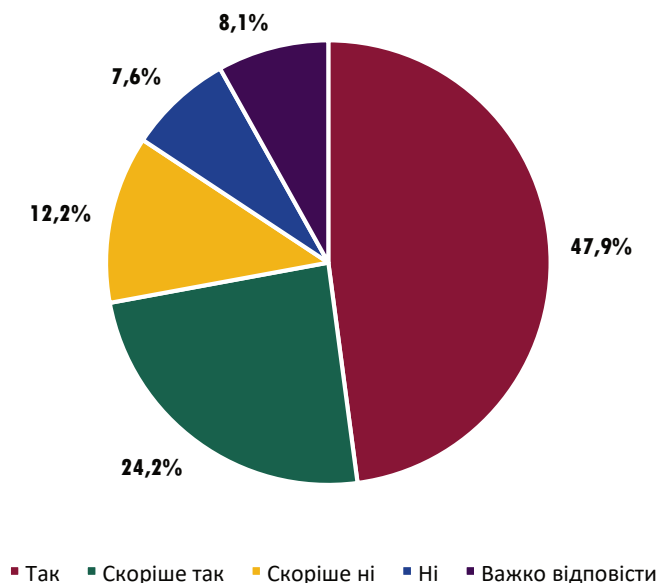


Більшість опитаних (72,1%) вказали, що відчували себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

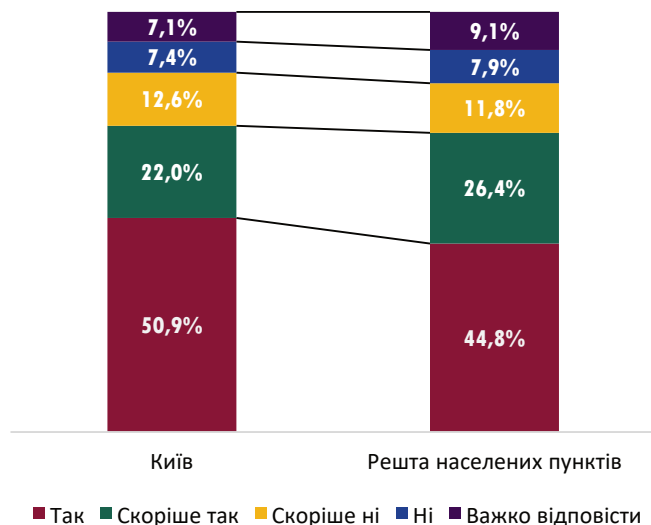
Суттєвою була різниця у відповідях залежно від столичного статусу, того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими та договірними. Відповідно, не мали значення фактори розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти та попереднього досвіду, а також терміну вагітності.

Опитані з Києві частіше обирали варіант «так», який у випадку решти населених пунктів є дещо меншим на користь не такого однозначного «скоріше так». Цілком очікувано, більшу залученість до процесу пологів відчували жінки, які народжували природним шляхом.

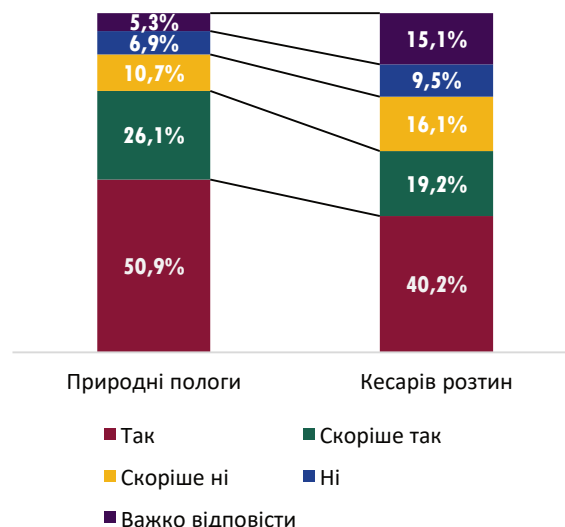
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=1401)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1401)



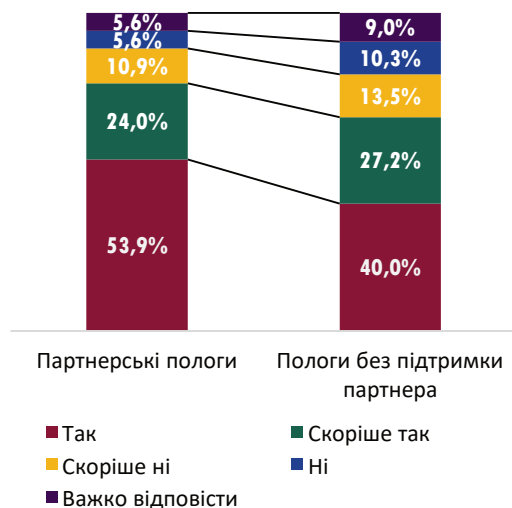
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=1401)



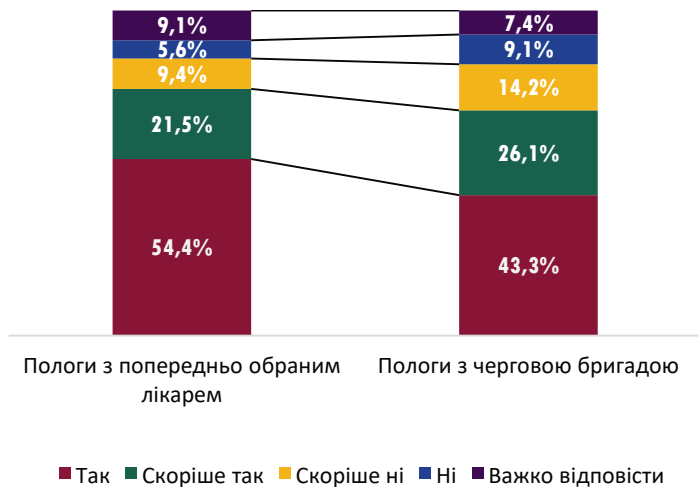
Ті опитані, які мали партнерські пологи, також частіше зазначали, що відчували себе активними учасницями процесу.

Нарешті, частіше залишали позитивні відгуки ті респондентки, які народжували не з черговою бригадою, а за домовленістю.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=1198)



### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1401)

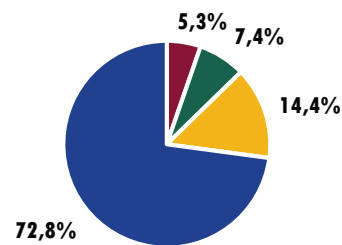


Лише 12,7% опитаних вказали, що відчували в пологах психологічний тиск чи залякування.

Різниця у відповідях наявна за змінними розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду та домовленості з певним лікарем. Несуттєвими виявилися фактори столичного статусу, вікової групи, наявності вищої освіти, терміну вагітності, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

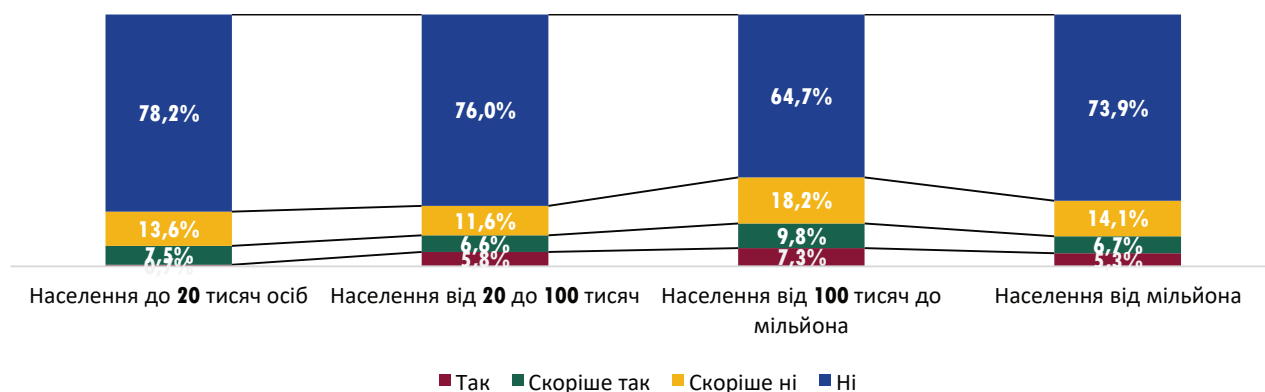
Так, бачимо вже помічену раніше тенденцію до дещо гірших оцінок серед респонденток із населених пунктів розміром від ста тисяч до мільйона осіб населення: такі опитані не лише частіше повідомляли про тиск чи залякування, а й були більше схильні обрати варіант «скоріше ні», аніж «ні», що вказує на певні вагання.

### Психологічний тиск чи залякування (N=1388)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від розміру населеного пункту (N=1388)

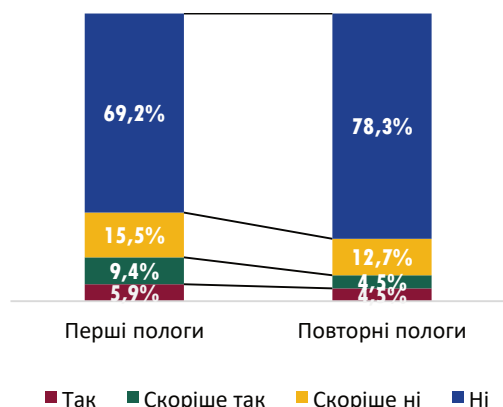


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

Частіше про тиск чи залякування згадували жінки, які народжували вперше, ніж ті, що мали повторні пологи.

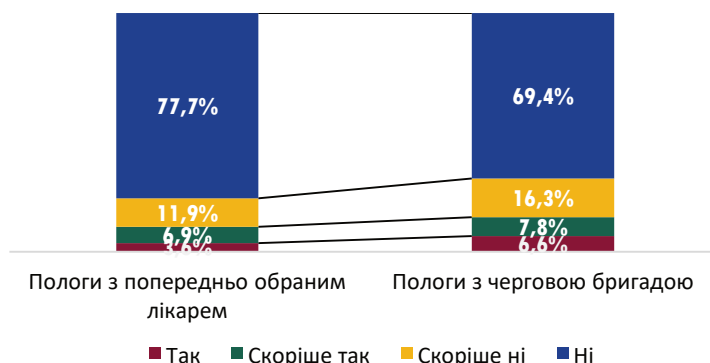
Також частіше про це звітували ті, що народжували з черговою бригадою.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1388)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1388)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

Три чверті респонденток у Київській області (75,6%) були задоволені доглядом, який вони отримали в пологовому закладі.

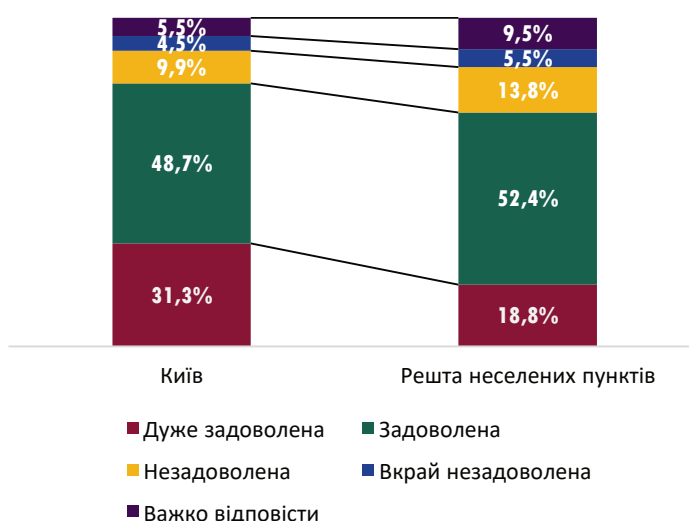
Суттєві відмінності у відповідях наявні за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти та попереднього досвіду пологів, а також того, чи були пологи партнерськими та договірними. Несуттєвими були змінні терміну вагітності та того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину.

Як і у випадку більшості попередніх змінних, жінки, які народжували в Києві, були дещо більш задоволені отриманим доглядом, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах області.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=1401)

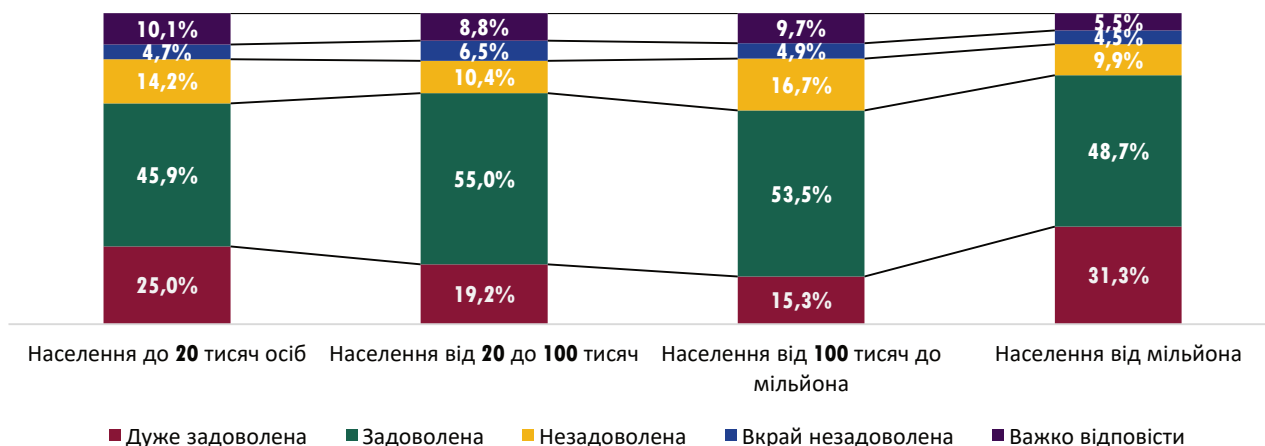


### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1401)



Бачимо на наступному рисунку вже описану вище ситуацію, а саме – найнижчу задоволеність серед респонденток із населених пунктів розміром від ста тисяч до мільйона осіб населення з яскраво вираженою часткою «незадоволених».

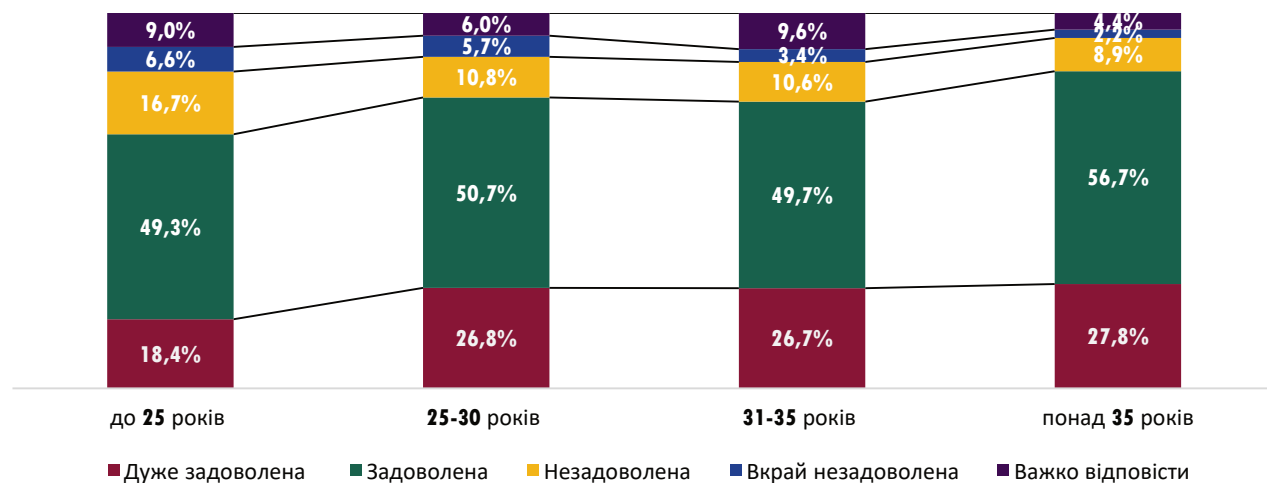
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від розміру населеного пункту (N=1401)





Є наявною тенденція до зниження задоволеності доглядом зі збільшенням віку – при тому, що показники за двома середніми групами є відносно подібними.

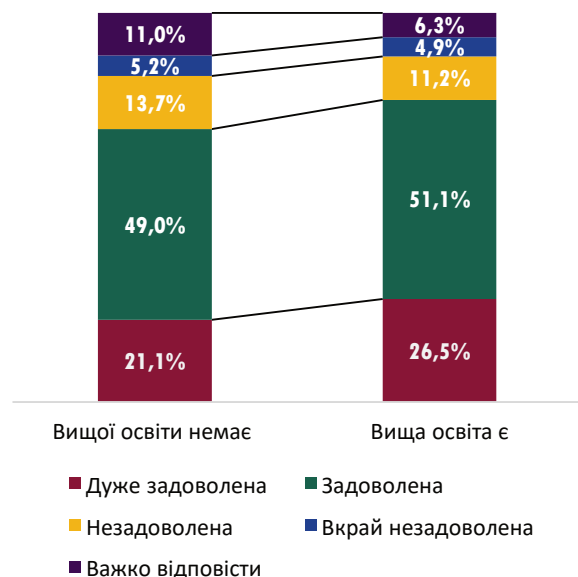
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від віку (N=1401)



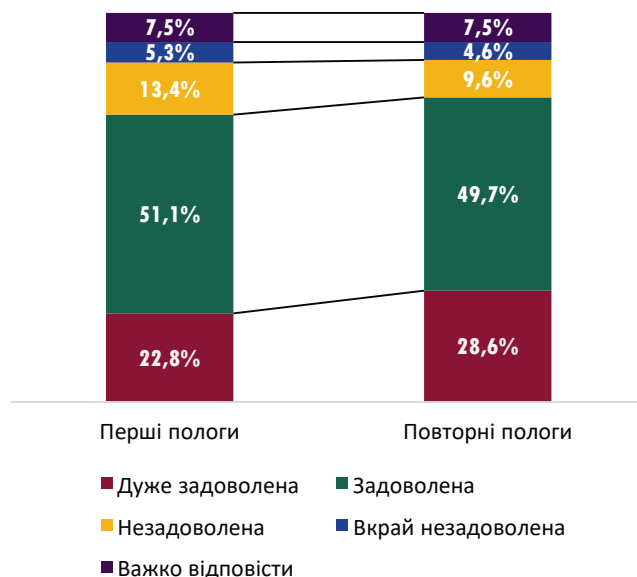
Як бачимо з наступного графіка, дещо вищим є рівень задоволеності жінок, що мають вищу освіту.

Крім того, дещо більш задоволеними доглядом були жінки, для яких пологи 2018 року стали повторними.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності вищої освіти (N=1401)



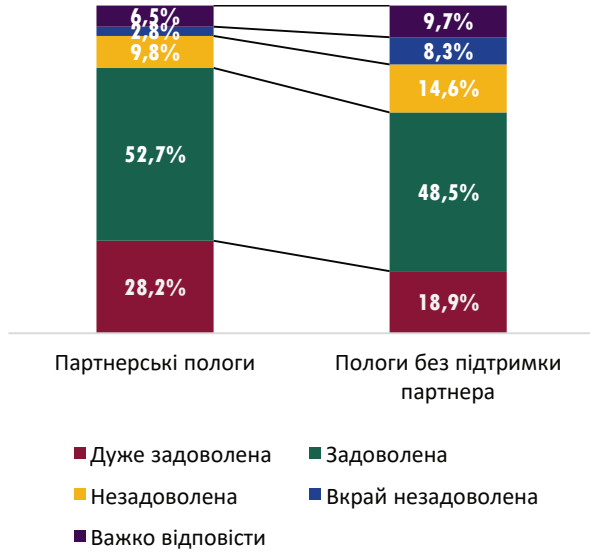
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1401)



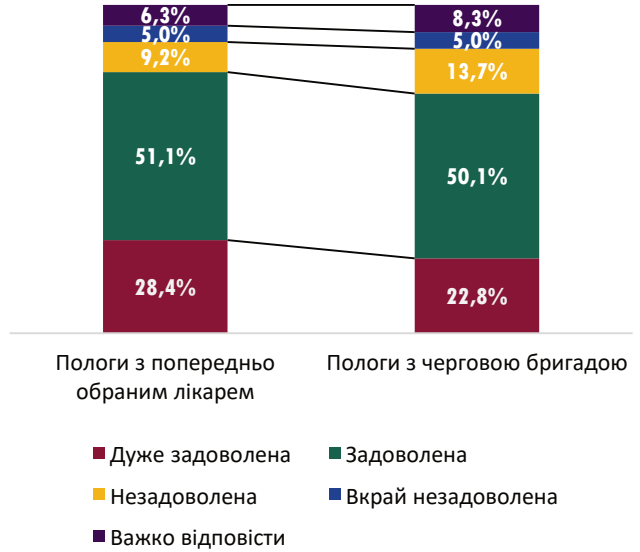
Як і в попередньому випадку, спостерігаємо значну різницю у задоволеності жінок, які народжували з партнерами та самостійно на користь перших.

Нарешті, вищий рівень задоволеності бачимо серед тих опитаних, які народжували за домовленістю.

**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від терміну пологів (N=1198)**



**Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1401)**



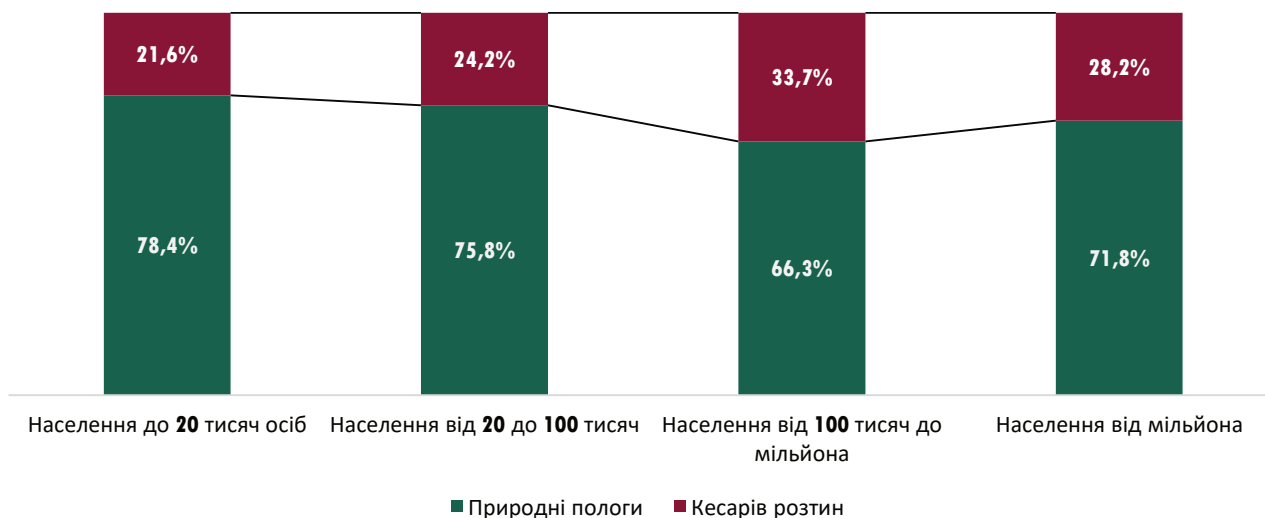
### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (72,1%) народила природним шляхом, 27,9% – шляхом кесаревого розтину.

Спостерігаємо статистично значущі відмінності у відповідях опитаних за змінними розміру населеного пункту, віку, терміну вагітності, а також партнерських та договірних пологів. Не було виявлено значних відмінностей у відповідях жінок за змінними столичного статусу, вищої освіти та наявності попереднього пологового досвіду.

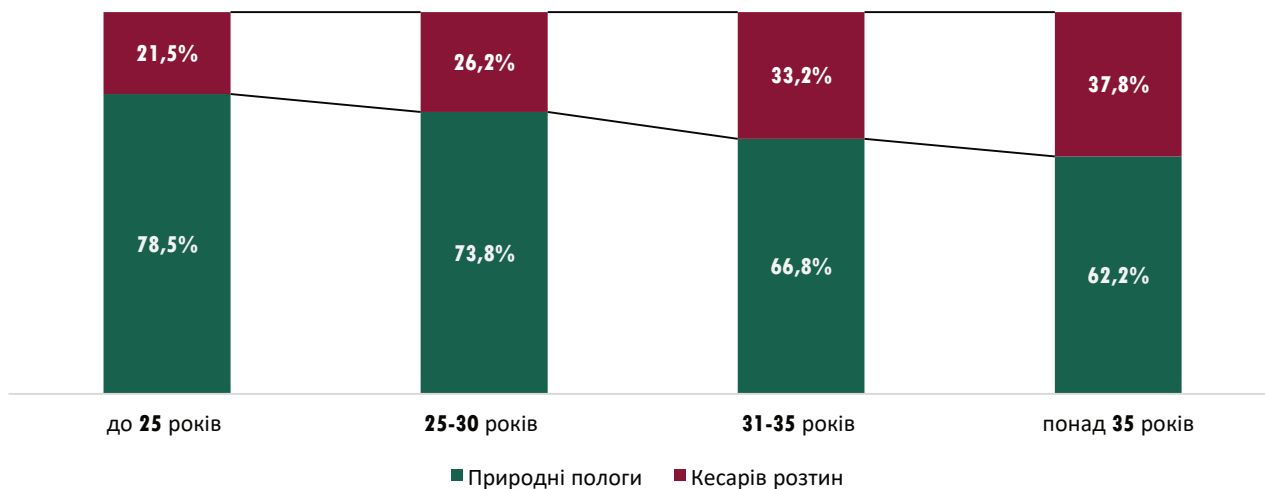
Так, бачимо з першого рисунка, що найвища частка кесарських розтинів спостерігається серед жінок, які народжували в населених пунктах розміром від ста тисяч до мільйона осіб населення; крім того, можна говорити про збільшення частки кесарських розтинів зі зростанням розміру населеного пункту.

**Тип пологів залежно від розміру населеного пункту (N=1401)**



Наступний рисунок демонструє тенденцію до зростання частки кесарських розтинів зі зростанням віку опитаних.

**Тип пологів залежно від віку (N=1401)**



Бачимо, що частка кесарських розтинів є найменшою серед опитаних, чиї пологи відбулися з тридцять сьомого до сорок другого тижня вагітності.

Дещо вищою є частка кесарських розтинів серед опитаних, які народжували самостійно, а не з партнером – можемо припустити, що це пояснюється часткою запланованих кесарських розтинів, на яких не передбачалася присутність партнера.

### Тип пологів залежно від терміну пологів (N=1401)



### Тип пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=1198)



Врешті, подібним чином (запланованими операціями) можна пояснити і більшу частку кесарських розтинів серед жінок, чий пологи були договірними.

Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 77,9%, у випадку 22,1% вони були викликані штучно, при цьому 28,7% не знали причину стимуляції. У решті 71,3% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

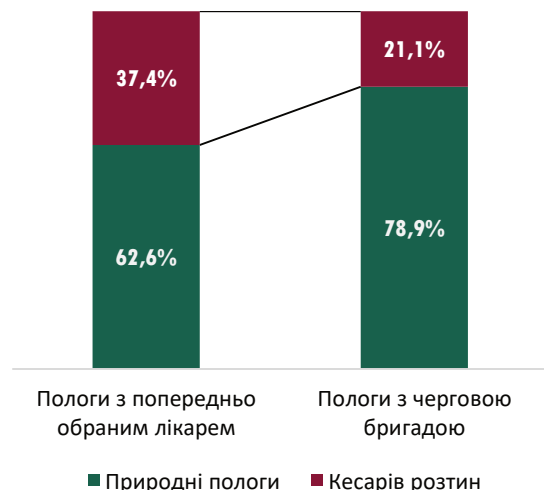
Попередньо запланованими були 60,6% кесарських розтинів, решта 39,4% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (85,7%) відбулися до початку перейм (з них 85,2% — за медичними показаннями, 14,8% — за особистим бажанням жінки), інші 14,3% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 61,7% розпочалися самі, початок решти 38,3% був стимульований штучно: у випадку 74,6% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 25,4% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували вільну зміну положення тіла (49,1%) та партнерську підтримку (42,7%). Дещо менше згадували використання фітболу (35,7%), ще рідше – прийом душу або ванни (3%).

### Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=1401)



## Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=1401)



Абсолютна більшість жінок (95%) зазначила, що народжувала на спині: 71,5% – на кріслі для пологів, 23,5% – на ліжку. Лише одиниці народжували, лежачи на боці (4,1%), сидячи чи напівсидячи (0,3%), стоячи (0,3%) чи навколішки (0,2%).

Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 71% респонденток, незручною або скоріше незручною – 17,3%; ще 11,6% було важко відповісти на це запитання.

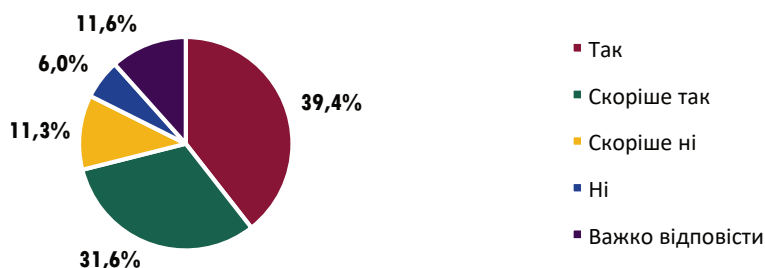
Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (52,6%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (37,8%). У випадку 9,7% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 55,8% випадків, решта опитаних (44,2%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Положення в момент народження дитини (N=1015)



## Зручність положення в момент народження дитини (N=1005)



## Причина народження в незручній позиції (N=694)



## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина опитаних (52%) зазначила, що щодо них була застосована амніотомія; при цьому з них у випадку 34,3% процедура проводилася без пояснень та згоди.

Статистично значущі відмінності у відповідях респонденток спостерігаємо за змінними наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину). Відповідно, не було виявлено відмінностей у відповідях за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти, партнерських та договірних пологів.

Бачимо з рисунка, що у вибірці Київської області жінки, які народжували повторно, згадували про застосування в їхніх пологах амніотомії частіше, ніж жінки, які народжували вперше.

Наступний графік демонструє збільшення частки повідомлень про застосування в пологах амніотомії зі зростанням терміну вагітності, на якому відбулися пологи.

### Застосування амніотомії (N=1198)



### Застосування амніотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1198)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=1198)



Врешті, частіше про застосування цієї маніпуляції згадували опитані, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

Понад половина жінок (69,7%) повідомили, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, причому у випадку 26,1% це здійснювалося без пояснень та згоди, попри те, що ситуація не була екстреною.

Було виявлено суттєві відмінності у відповідях респонденток за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду та типу пологів. Несуттєвими були відмінності за змінними віку, вищої освіти, терміну вагітності, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=1198)



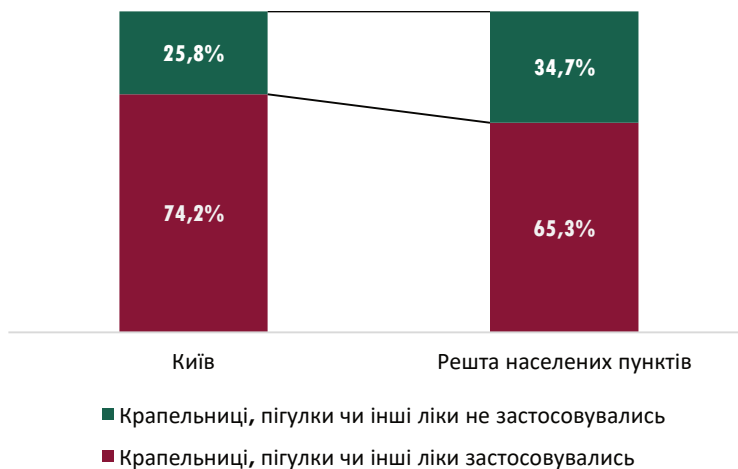
Як демонструє перший рисунок, жінки, які народжували в Києві, а не інших населених пунктах області, згадували про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків частіше.

При цьому не можна говорити про тенденцію до збільшення частки повідомлень про подібні втручання зі зростанням розміру населеного пункту, оскільки, як демонструє рисунок, респондентки з найменших населених пунктів згадували про застосування крапельниць, пігулок чи інших ліків у своїх пологах майже так часто, як і респондентки з Києва.

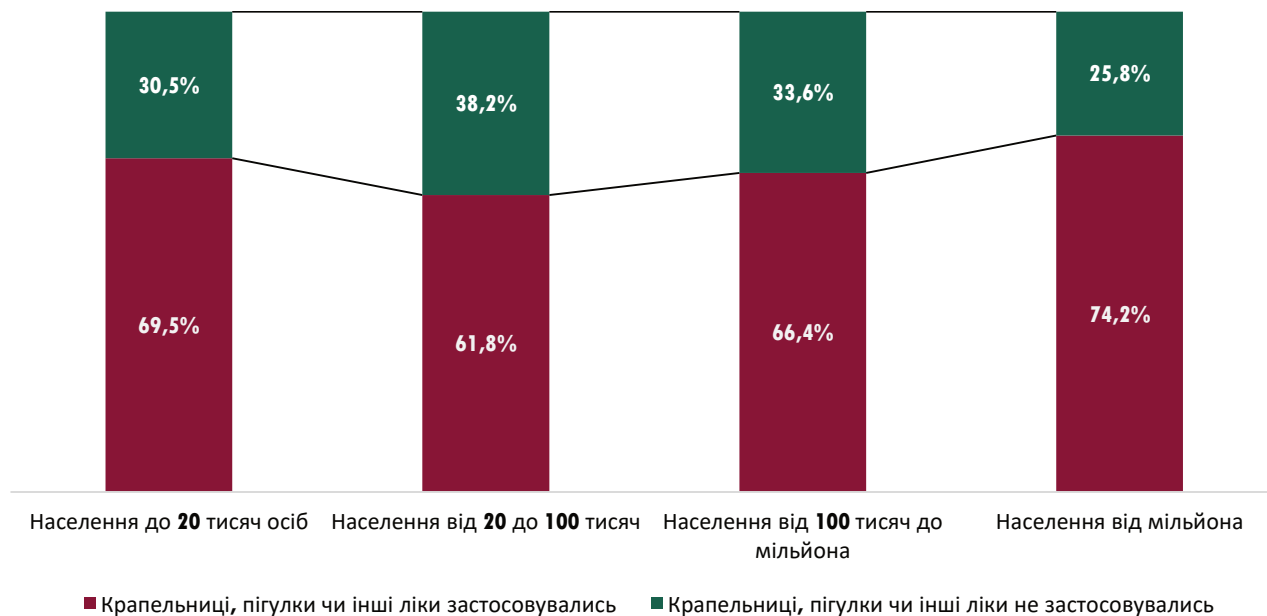
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=1175)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1175)



## Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від розміру населеного пункту (N=1175)



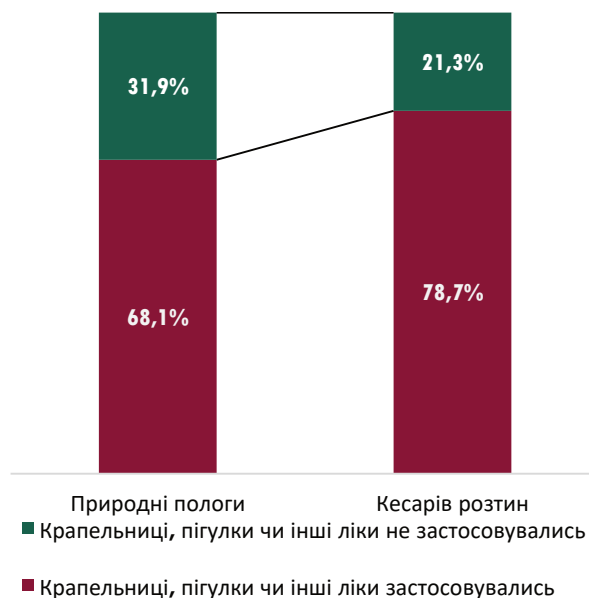
Жінки, які народжували вперше, повідомляли про застосування подібних маніпуляцій частіше, ніж ті, що народжували повторно.

Нарешті, цілком очікувано частіше про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків вказували жінки, які мали кесарський розтин.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1175)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=1175)



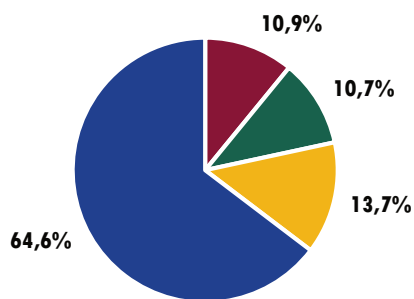


Третина респонденток (35,3%) зазначили, що в їхніх пологах було застосовано епізіотомію, причому у випадку 69,1% із них це було здійснено без згоди або без попередження.

Значні відмінності у відповідях респонденток спостерігаються за змінними столичного статусу, віку та наявності попереднього пологового досвіду. Несуттєвими були фактори розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

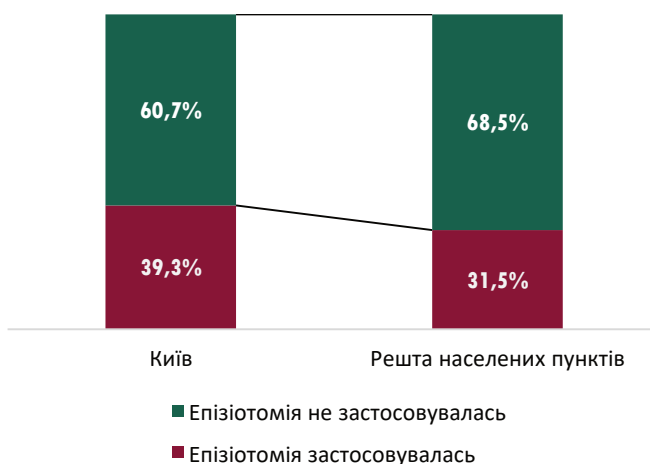
Бачимо з рисунка, що респондентки, які народжували в Києві, зазначали, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, дещо частіше, ніж ті, які народжували в інших населених пунктах області.

### Застосування епізіотомії (N=1015)



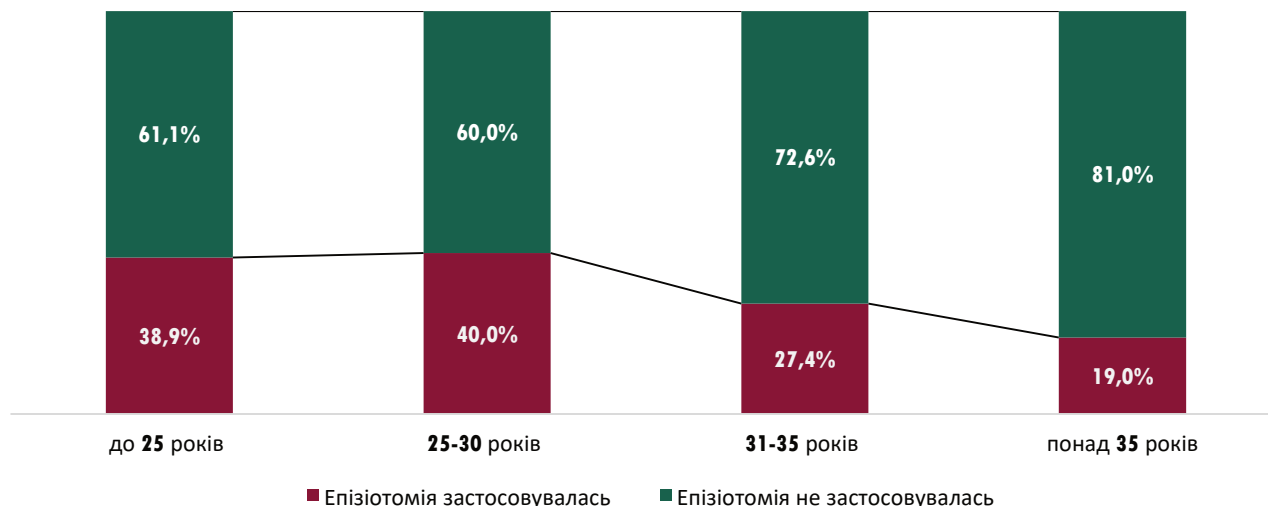
- Так, мене спитали про згоду на це
- Так, без моєї згоди на це
- Так, без попередження
- Ні, мені промежину не розрізали

### Застосування епізіотомії залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1015)



Що стосується змінної віку, бачимо, що молодші жінки вказували частіше, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, ніж жінки старшого віку.

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=1015)

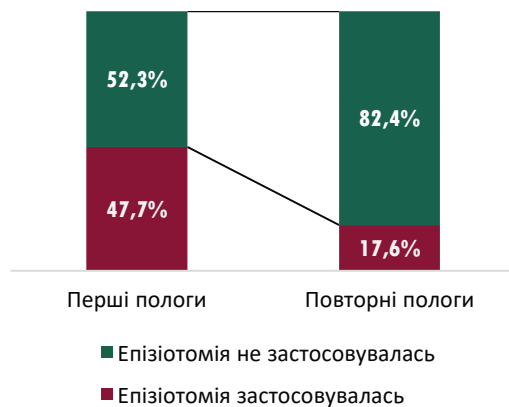


Значною є різниця між часткою жінок, які повідомили про застосування в їхніх пологах епізіотомії, серед респонденток, які народжували вперше та повторно – у випадку других це значення менше майже втричі.

Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 24,3% респонденток, причому у випадку 8 жінок тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 8,2% респонденток не змогли відповісти на запитання.

Бачимо суттєві відмінності у відповідях жінок різного віку та тих, що народжували вперше та повторно. Відповідно, не було виявлено відмінностей у відповідях за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1015)

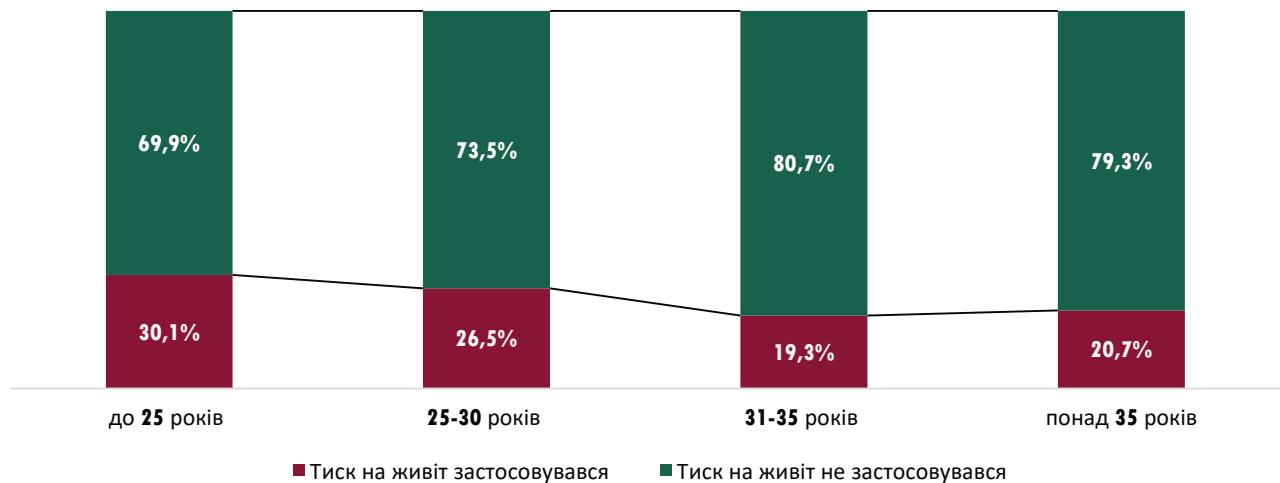


### Застосування тиску на живіт (N=1015)



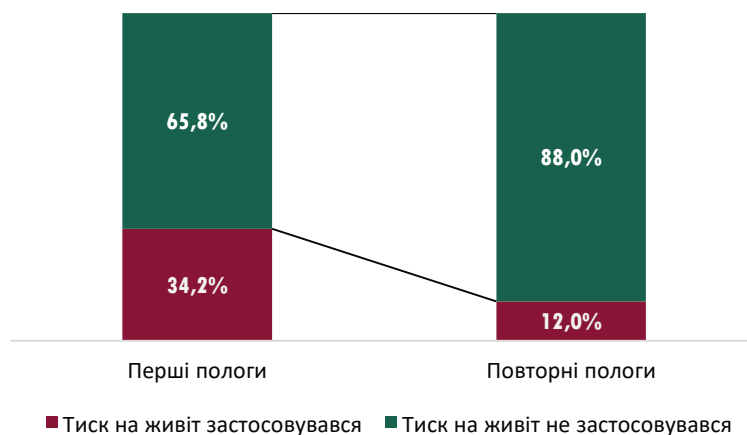
Перший рисунок демонструє тенденцію до зменшення частки повідомлень про застосування тиску на живіт зі зростанням віку опитаних – винятком є лише жінки віком понад тридцять п'ять років, проте це може бути результатом малонаповненості цієї групи.

### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=1015)



Також частіше про тиск на живіт згадували ті опитані, які народжували вперше – ймовірно, змінні віку та наявності попереднього пологового досвіду в цьому випадку є пов’язаними.

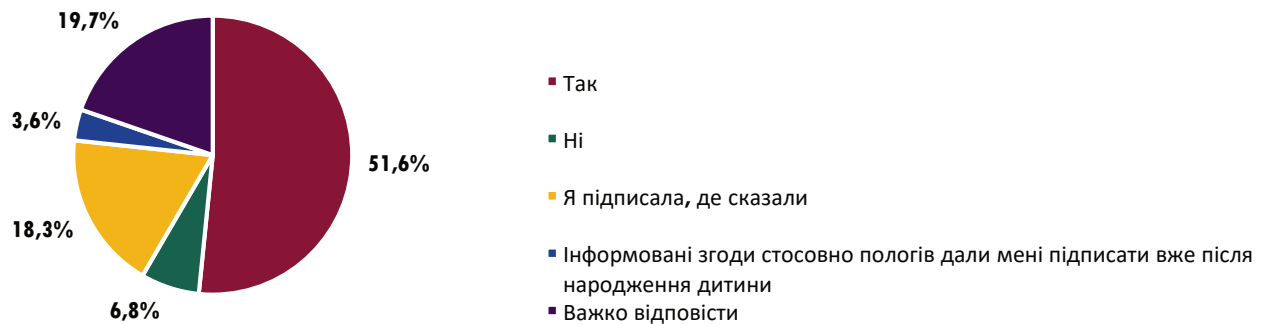
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1015)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мала лише половина опитаних (51,6%). Особливу увагу слід звернути на те, що майже кожна п'ята (18,3%) підписала документи, «де сказали», а ще 19,7% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

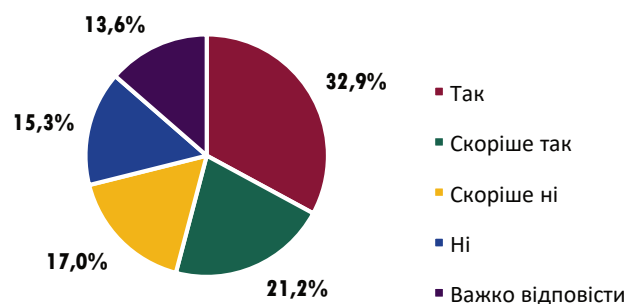
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=1401)



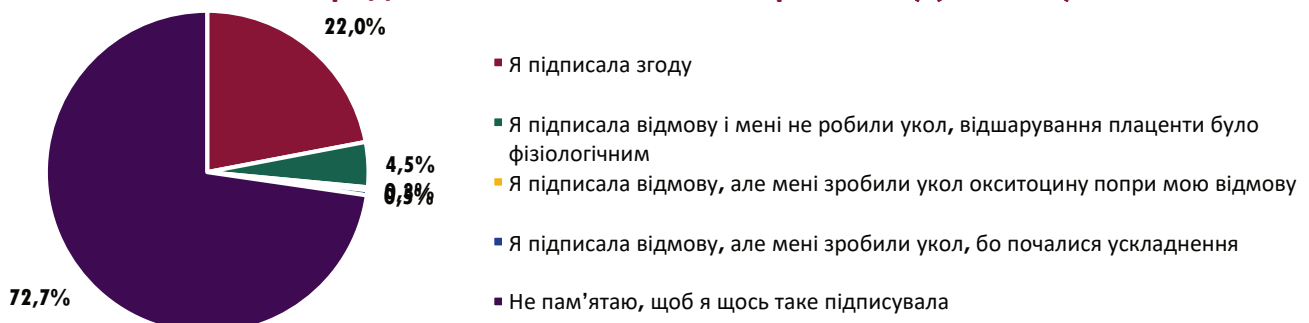
Понад половина респонденток (54,1%) отримала чи скоріше отримала пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Третина опитаних (32,3%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а 13,6% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомила п'ята частина респонденток (22%), натомість майже три чверті (72,7%) вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=1401)



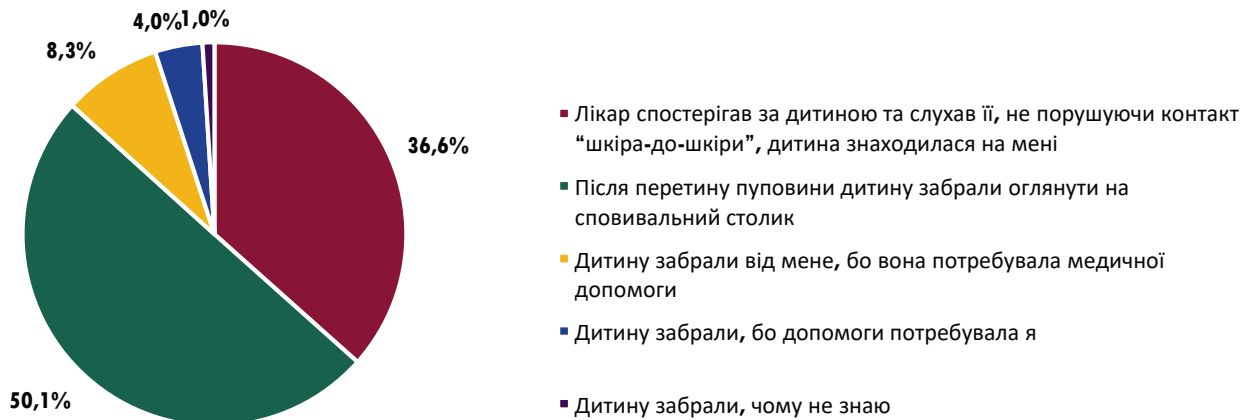
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=1015)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, половину новонароджених (50,1%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 13,1% з різних причин забрали від матері взагалі. Дещо більше третини дітей (36,6%) оглядалися зі збереженням контакту «шкіра до шкіри»<sup>6</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=1024)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами половини опитаних (49,4%) – з них у випадку 37,2% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 12,2% – з чоловіком або іншими родичами. Третина немовлят (29%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, 13,6% респонденток зазначали, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від них з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=1373)



<sup>6</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

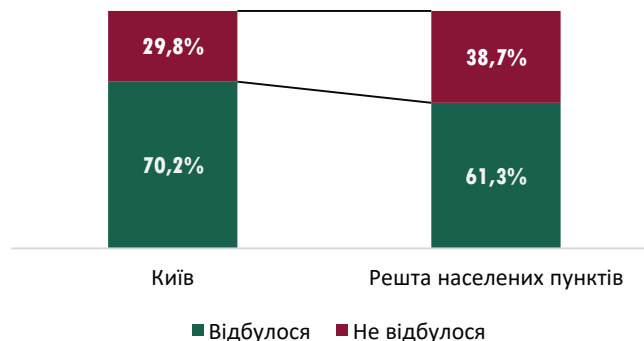
Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 65,8% опитаних жінок.

Бачимо значні відмінності у відповідях жінок за змінними столичного статусу, розміру населеного пункту, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських пологів. Значущі відмінності не спостерігаються за змінними віку та договірних пологів.

Як демонструє перший рисунок, жінки, які народжували в Києві в порівнянні з рештою населених пунктів області, повідомляли про те, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, дещо частіше.

При цьому, якщо не брати до уваги категорію найменших населених пунктів, частка таких повідомлень збільшується зі зростанням розміру населеного пункту.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від столичного статусу населеного пункту (N=1380)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=1380)

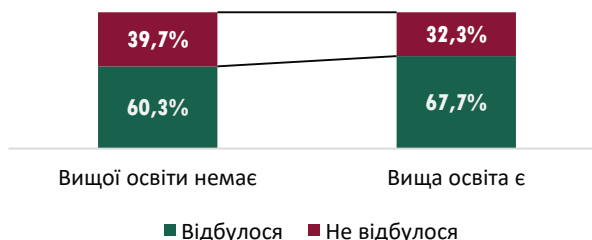


Також частка є вищою серед жінок, які мали вищу освіту, в порівнянні з тими, які її не мали.

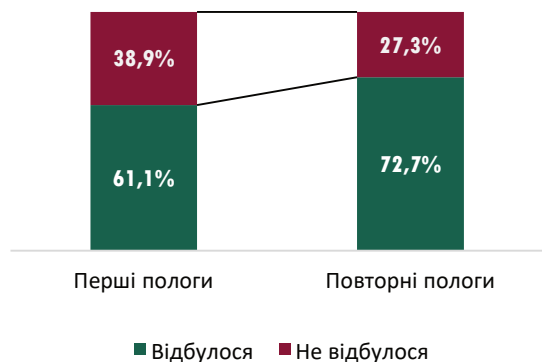
Ті респондентки, які народжували повторно, також згадували, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, частіше, ніж ті, що народжували вперше.

Очікувано низькою частка таких повідомлень є серед жінок, чиї пологи відбулися раніше терміну, якщо порівнювати їх із тими, що народили після тридцять сьомого тижня вагітності.

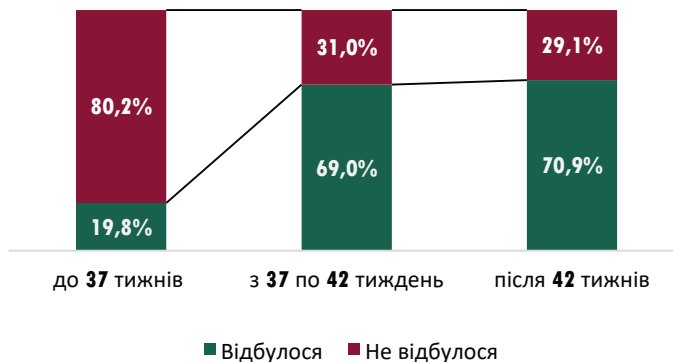
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності вищої освіти (N=1380)



**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=1380)**



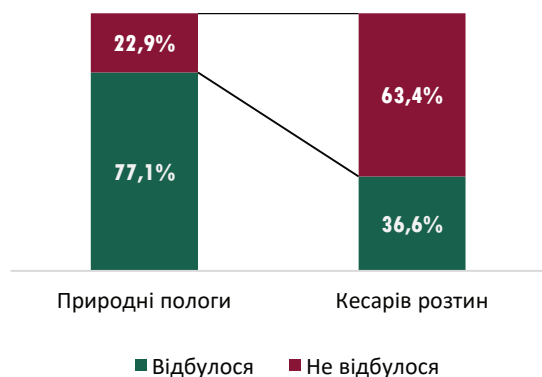
**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=1380)**



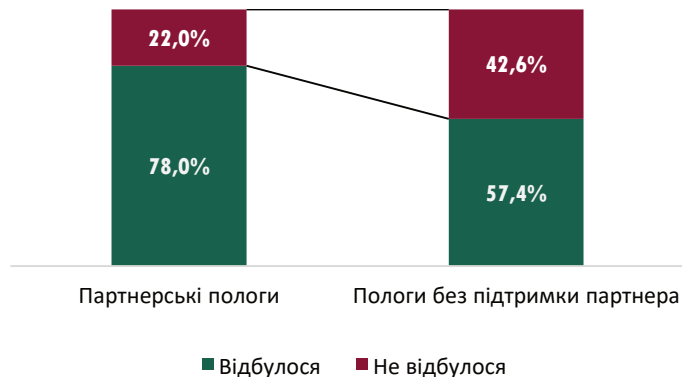
Схожим чином, очікувано нижчою є ця частка серед жінок, які мали кесарський розтин, у порівнянні з тими, що народжували природно.

Врешті, частіше згадували про те, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, ті опитані, які народжували з партнером або партнерами, а не самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=1380)**



**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=1179)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (65,5%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в приватному пологовому будинку» та «в акушерському центрі» (27,5% та 22% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (13%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 4,7% опитаних.

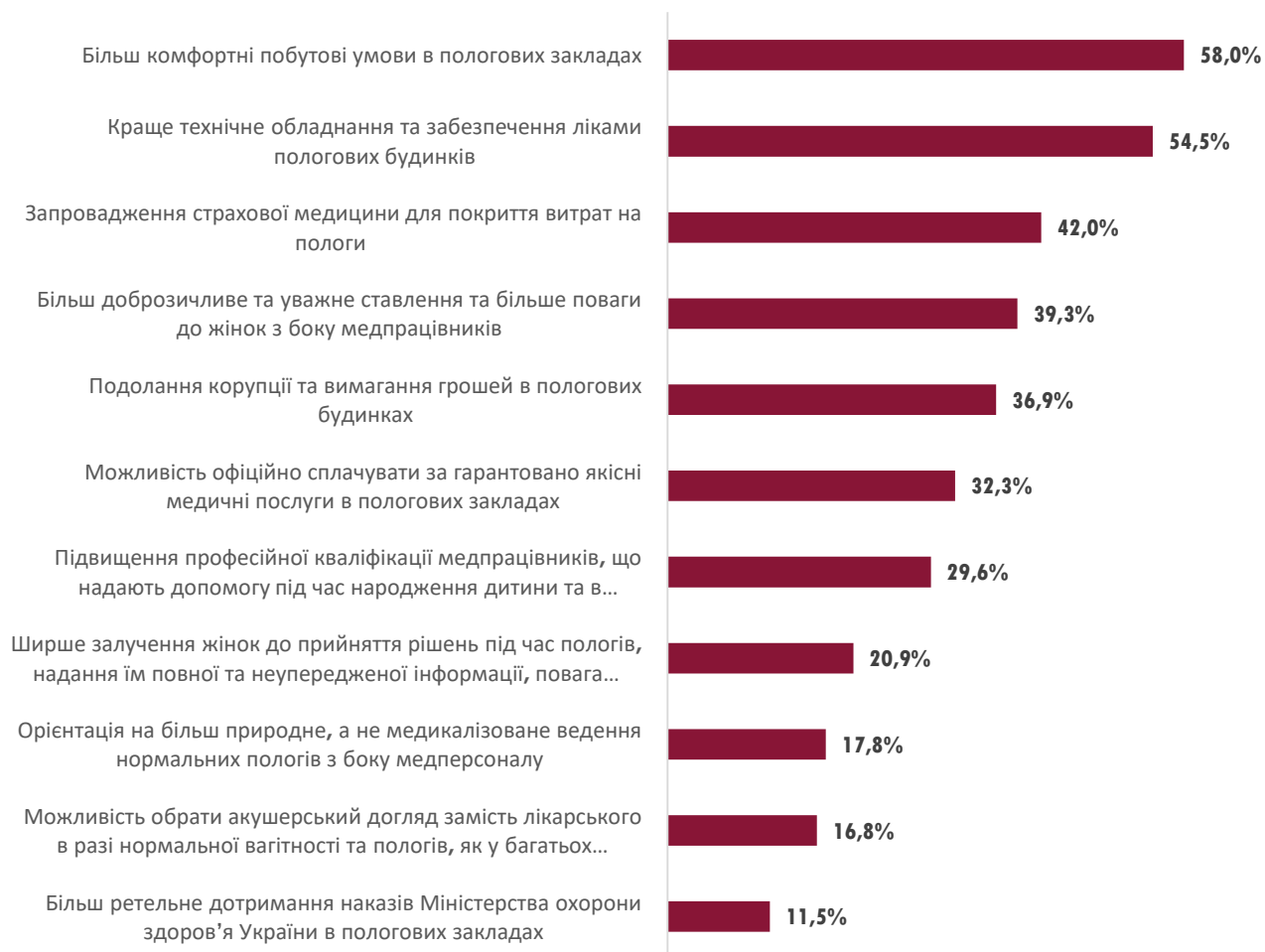
### Преференції щодо народження наступної дитини (N=1401)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (58%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (54,5%). Далі йшли такі позиції, як «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (42%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (39,3%), «подолання корупції та вимагання грошей» (36,9%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (32,3%), «підвищення професійної кваліфікації працівників» (29,6%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (20,9%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (17,8%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (16,8%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,5%).



## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=1401)



## Львівська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Львівська підвибірка опитування охоплює 813 жінок. Четверо з п'яти респонденток (80,7%) мали пологи в населеному пункті розміром від ста тисяч до мільйона осіб (тобто у Львові), 12,4% – у населеному пункті розміром до двадцяти тисяч осіб, 6,9% – від двадцяти до ста тисяч осіб.

Таблиця 7 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

#### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=813)



**Таблиця 7. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

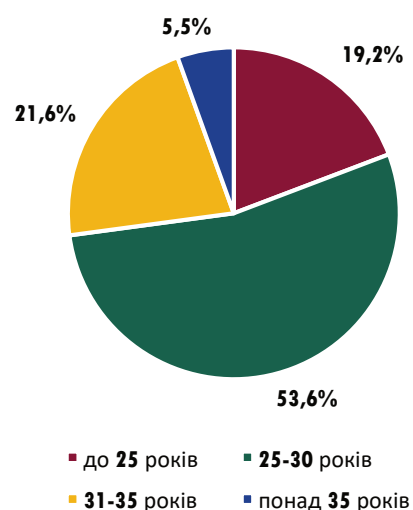
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                         | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Львів, пологовий будинок №1   | 257                              | 31,6%                               |
| Львів, Обласний клінічний перинатальний центр                             | 203                              | 25,0%                               |
| Львів, пологовий будинок 3-ї міської лікарні                              | 196                              | 24,1%                               |
| Жовква, пологове відділення центральної районної лікарні                  | 37                               | 4,6%                                |
| Пустомити, пологове відділення центральної районної лікарні               | 25                               | 3,1%                                |
| Городок, пологове відділення центральної районної лікарні                 | 19                               | 2,3%                                |
| Стрий, міський пологовий будинок  | 15                               | 1,8%                                |
| Новояворівськ, акушерсько-гінекологічне відділення районної лікарні       | 11                               | 1,4%                                |
| Червоноград, пологове відділення центральної районної лікарні             | 8                                | 1,0%                                |
| Дрогобич, міський пологовий будинок                                       | 6                                | 0,7%                                |
| Сокаль, пологове відділення центральної районної лікарні                  | 5                                | 0,6%                                |
| Буськ, пологове відділення центральної районної лікарні                   | 4                                | 0,5%                                |
| Кам'янка-Бузька, акушерське відділення центральної районної лікарні       | 4                                | 0,5%                                |
| Самбір, пологове відділення міської дитячої лікарні                       | 4                                | 0,5%                                |
| Борислав, акушерсько-гінекологічне відділення центральної міської лікарні | 3                                | 0,4%                                |
| Новий Розділ, пологове відділення центральної районної лікарні            | 3                                | 0,4%                                |
| Яворів, пологове відділення Центральної районної лікарні                  | 3                                | 0,4%                                |
| Радехів, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні | 2                                | 0,2%                                |
| Сколе, акушерське відділення центральної районної лікарні                 | 2                                | 0,2%                                |
| Старий Самбір, акушерсько-гінекологічне відділення районної лікарні       | 2                                | 0,2%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                           | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Броди, акушерсько-гінекологічне відділення центральної міської лікарні      | 1                                | 0,1%                                |
| Мостиська, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні | 1                                | 0,1%                                |
| Перемишляни, пологове відділення центральної районної лікарні               | 1                                | 0,1%                                |
| Турка, акушерсько-гінекологічне відділення центральної районної лікарні     | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>   | <b>813</b>                       | <b>100%</b>                         |

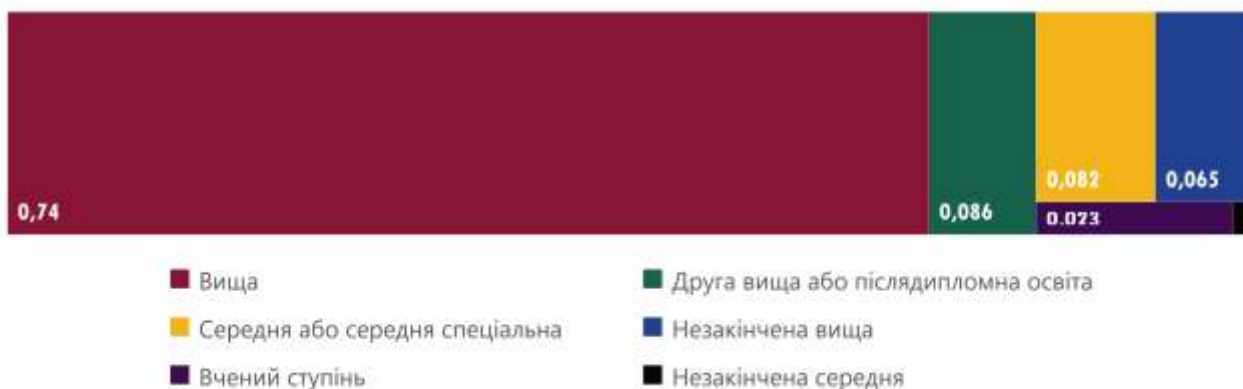
Вік більшості опитаних у Львівській області лежить у відрізьку від двадцяти п'яти до тридцяти років (53,6%). На жінок віком від тридцяти одного до тридцяти п'яти років припадає 21,6%, до двадцяти п'яти – 19,2%. Найменш наповненою є група жінок віком від тридцяти п'яти років (5,5%) – це слід брати до уваги при порівнянні жінок цієї та решти вікових груп.

Три чверті львівської вибірки (74%) мають вищу освіту, ще 8,6% мають другу вищу чи післядипломну освіту, 2,3% – вчений ступінь; при цьому 6,5% вказали, що мають незакінчену вищу освіту – ймовірно, серед цієї групи є певна частка жінок, які здобували вищу освіту на момент заповнення анкети. Про те, що вони мають середню або середню спеціальну освіту, зазначили 8,2% опитаних, незакінчену середню освіту – 0,2%.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=813)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=813)



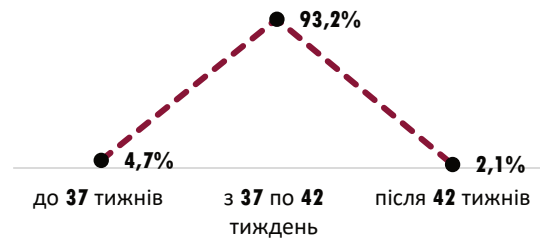
63,1% опитаних у Львівській області народжували вперше, відповідно, 36,9% мали повторні пологи.

Пологи більшості опитаних (93,2%) відбулися в період з 37 до 42 тижня вагітності, у випадку 4,7% – до 37 тижня, у випадку 2,1% – після 42 тижня.

89,1% респонденток мали партнерські пологи, відповідно, самостійно народжували лише 10,9%. Це найвищий показник партнерських пологів за досліджуваними областями.

87,7% опитаних жінок повідомили про те, що мали домовленість про пологи з певним лікарем. Це значення є також найвищим серед досліджуваних областей і перевищує друге найвище значення майже на 10% (Тернопіль, 78,4%). У випадку 6% жінок договірні пологи відбулися з черговою бригадою.

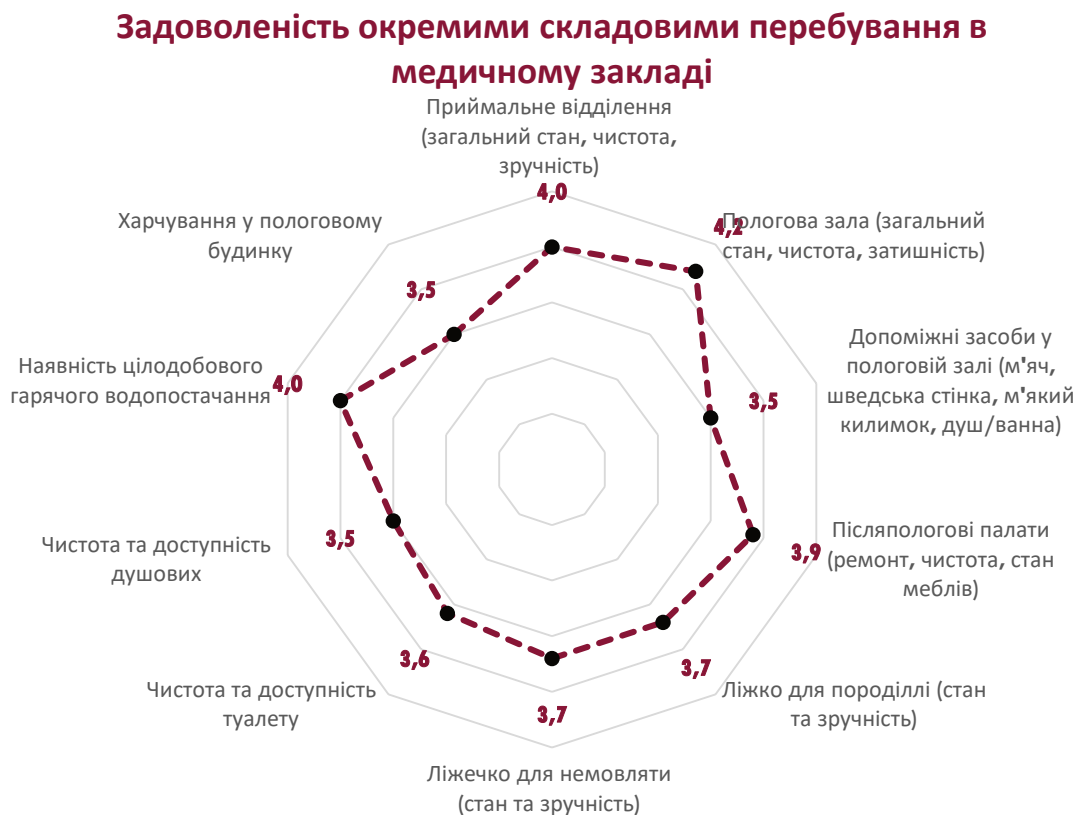
### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=813)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як демонструє рисунок нижче, в цілому опитані були задоволені своїм перебуванням у пологовому закладі. Так, найнижчою оцінкою є 3,5 (харчування, чистота та доступність душових та допоміжні засоби в пологовій залі), що відповідає варіанту відповіді «добре», найвищою – 4,2 (пологова зала), що також є варіантом відповіді «добре».



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

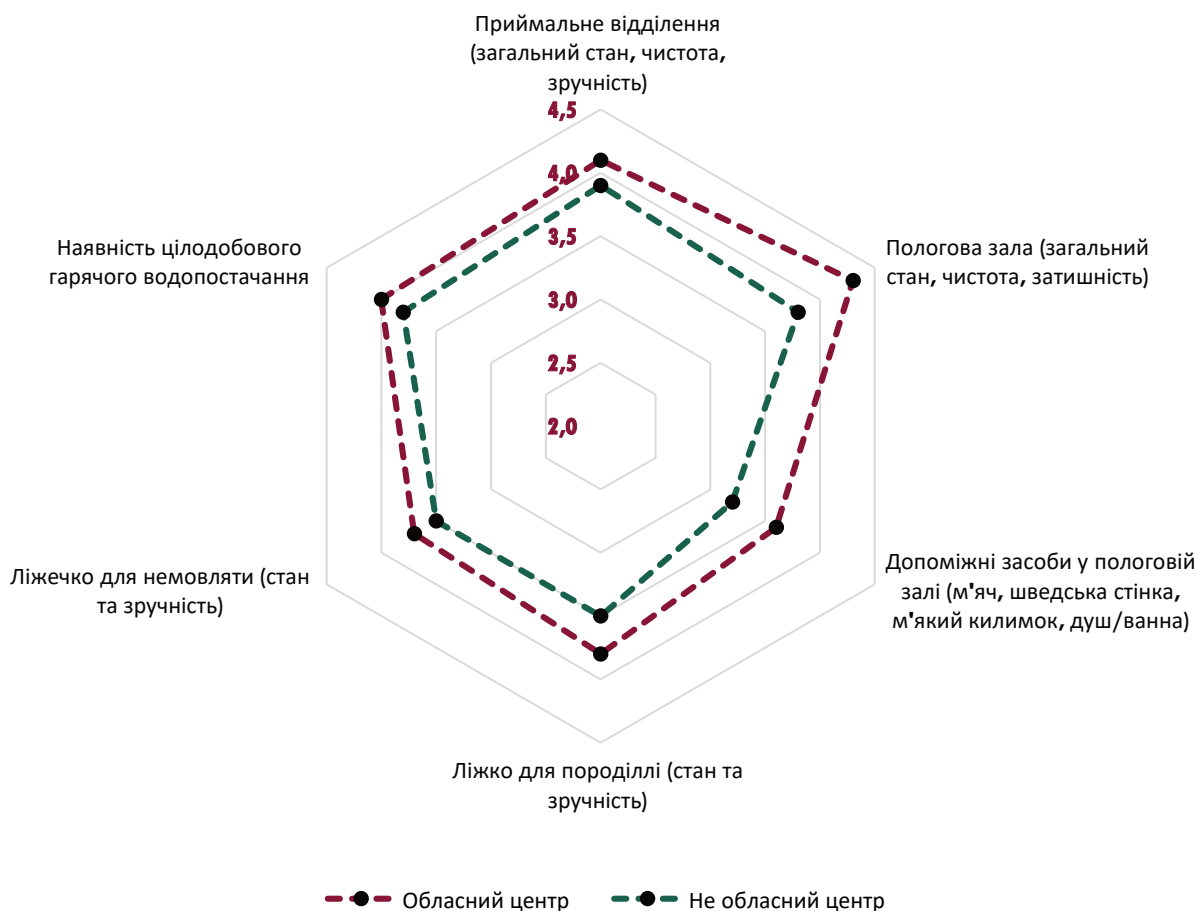
Бачимо суттєві відмінності у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з тими, що народжували в решті населених пунктів, залежно від розміру населеного пункту, того, природними

були пологи чи пішли шляхом кесарського розтину, а також того, відбулися в присутності чергової бригади чи попередньо обраного лікаря. Не було помічено суттєвої різниці у відповідях жінок різного віку, тих, що мали вищу освіту та тих, що її не мали, що народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, за та без присутності партнера.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

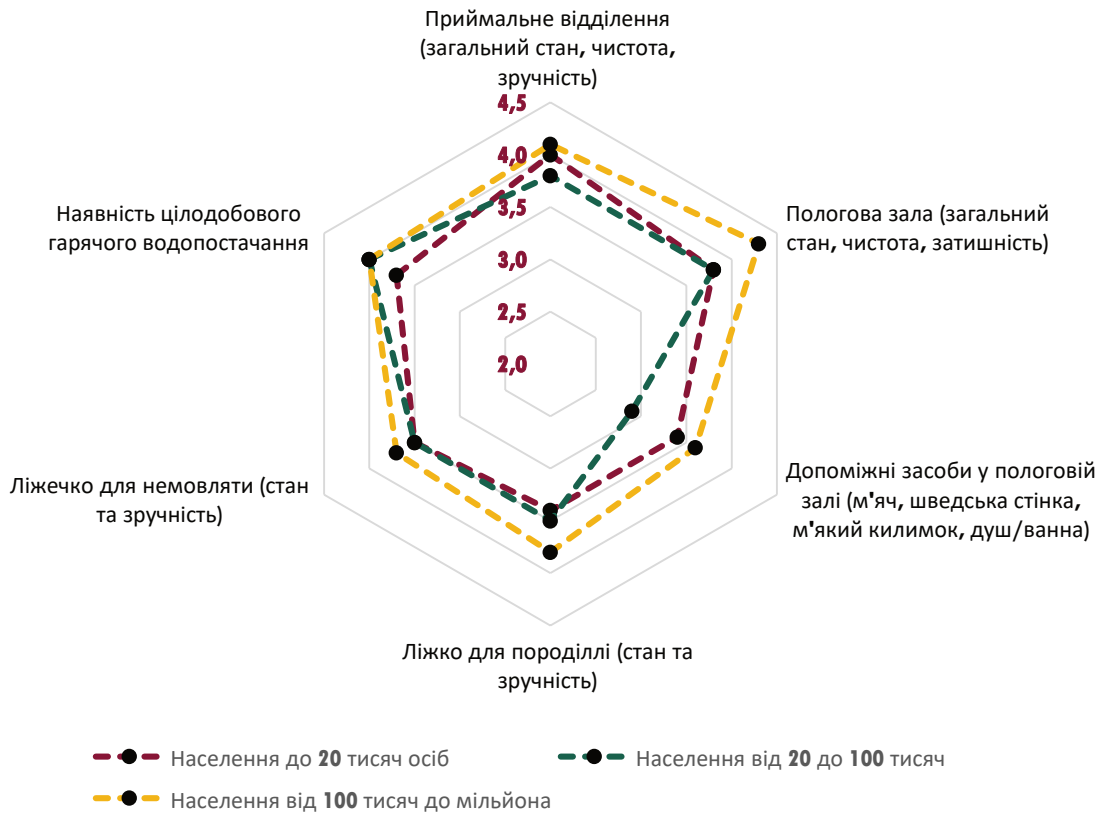
Бачимо з рисунка, що жінки, які народжували у Львові, були систематично більш задоволені своїм перебуванням у закладах охорони здоров'я, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів області.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



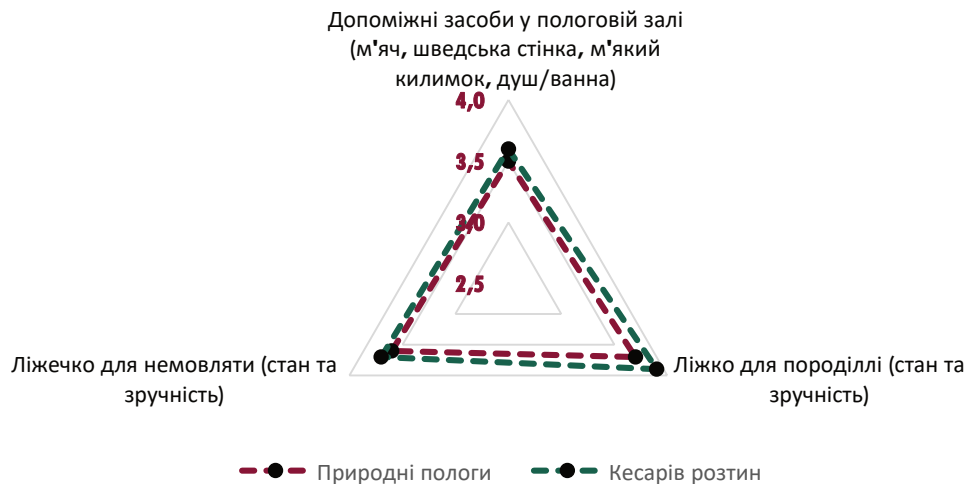
Наступний графік демонструє тенденцію до зменшення задоволеності зі зменшенням розміру населеного пункту – винятком є лише змінні «приймальне відділення» та «допоміжні засоби в пологовій залі», за якими опитані в найменших містах демонстрували більшу задоволеність, ніж респондентки з населених пунктів розміром від двадцяти до ста тисяч осіб населення.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



Жінки, які мали кесарський розтин, залишали більш позитивні оцінки свого перебування в закладах, хоча статистично значущою була різниця лише за трьома змінними.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Врешті, більш задоволеними своїм перебуванням у пологових закладах були жінки, які мали договірні пологи.

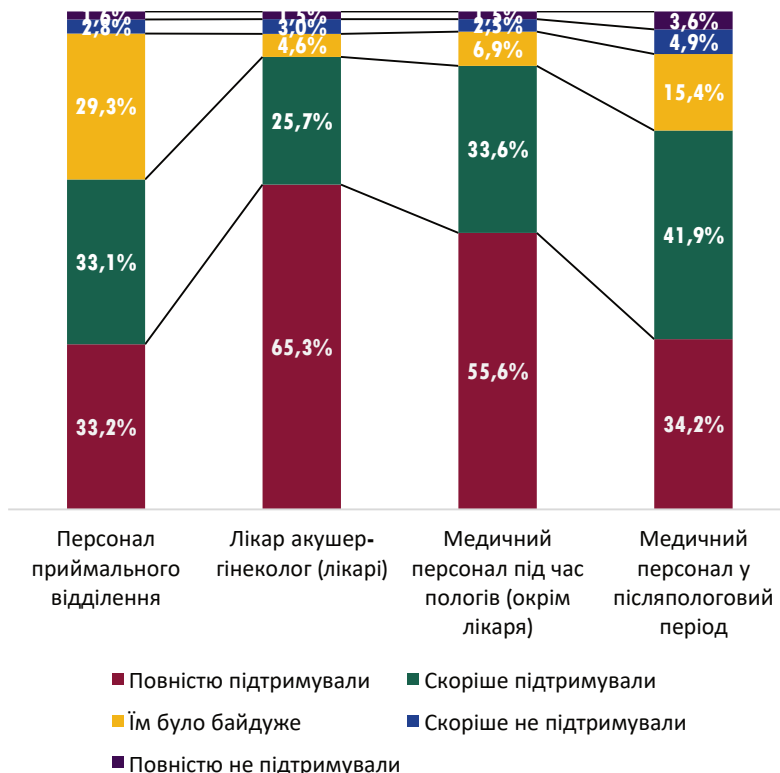
### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

Рисунок нижче демонструє в цілому доволі високий рівень емоційної підтримки, який, утім, варіюється залежно від виду персоналу – так, бачимо, що найбільшу підтримку опитані відчували з боку акушерів-гінекологів та персоналу, який був безпосередньо присутній на пологах, натомість підтримка персоналу

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=813)





приймального відділення та післяпологового періоду значно частіше характеризувалася як «байдужа».

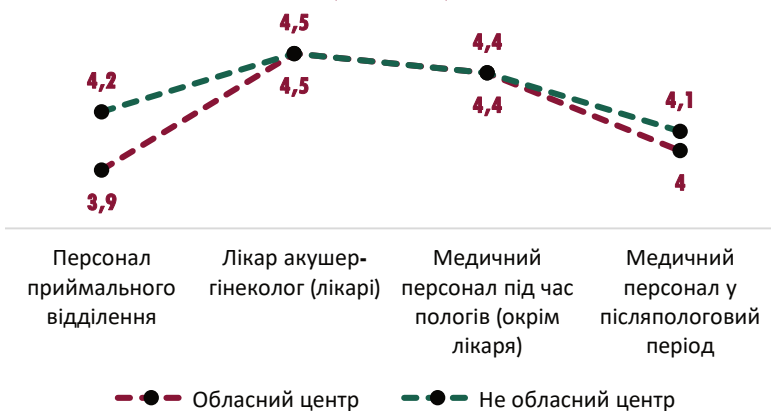
Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Суттєва різниця спостерігається у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з іншими населеними пунктами, вперше та повторно, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з партнерами та самостійно, за домовленістю та з черговою бригадою. Не спостерігається значущої різниці у відповідях жінок із населених пунктів різних розмірів, різного віку, різного освітнього рівня та тих, що народжували на різних термінах вагітності.

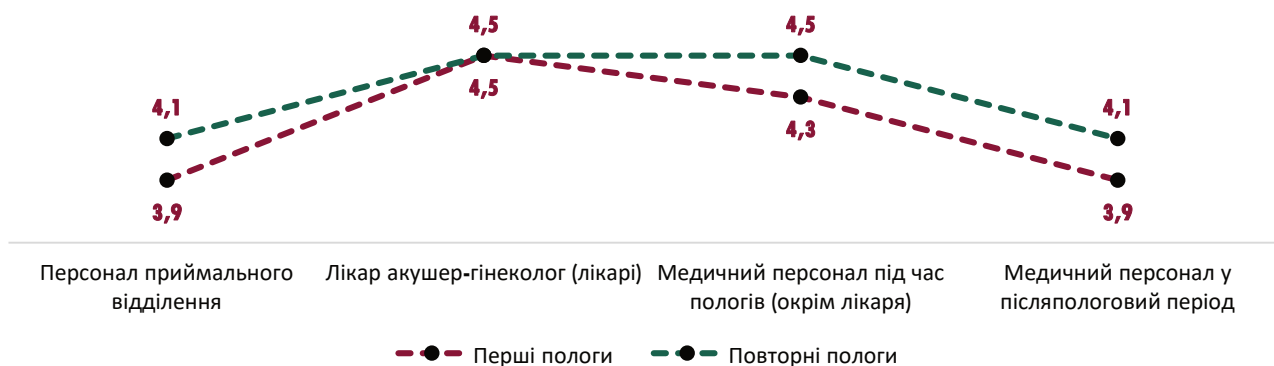
З першого рисунка бачимо, що, хоча різниця в оцінках акушерів-гінекологів та персоналу, задіяного під час пологів, відсутня, жінки, які народжували у Львові, оцінювали емоційну підтримку персоналу приймального відділення та післяпологового періоду дещо нижче, ніж ті, що народжували поза обласним центром. Імовірно, це пояснюється більшим навантаженням у закладах охорони здоров'я Львова та, відповідно, браком часу, який персонал може приділити породіллям.

Також вище оцінювали емоційну підтримку персоналу жінки, які народжували повторно.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=813)



### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=813)



Різниця у відповідях жінок, що мали природні пологи та кесарський розтин, також помітна лише у контексті персоналу приймального відділення та післяпологового періоду, причому в другому випадку жінки з кесарським розтином оцінювали емоційну підтримку вище – ймовірно, більша увага до них з боку персоналу пояснюється самим фактом того, що вони мали операцію.

Що стосується змінної партнерських пологів, бачимо ситуацію, за якої жінки, які народжували самостійно, оцінювали підтримку з боку медичного персоналу вище, ніж ті, що мали в пологах партнера – ця тенденція є оберненою у випадку більшості змінних та решти областей (за винятком Тернопільської). Така ситуація може потенційно мати два протилежні пояснення: або у Львівській області гірше ставляться до тих жінок, які користуються своїм правом на партнерські пологи, або, навпаки, персонал надає жінкам, які приходять у пологи самі, більшу підтримку.

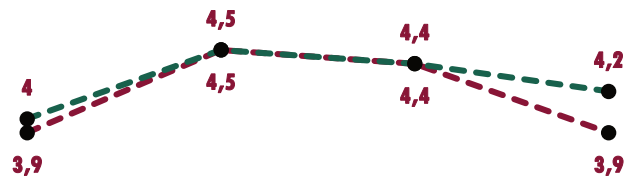
Врешті, вищими були оцінки жінок, чиї пологи були договірними.

Більшість опитаних (85,3%) вказали, що персонал закладу охорони здоров'я, в якому вони народжували, ставився до них із повагою.

Відмінності у відповідях бачимо за змінними наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та домовленості про пологи з певним лікарем. Несуттєвими були фактори обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

Так, жінки в повторних пологах частіше зазначали, що персонал ставився до них із повагою.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=799)



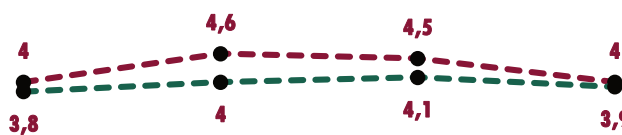
Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікарів)      Медичний персонал у післяпологовий період

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=733)



Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікарів)      Медичний персонал у післяпологовий період

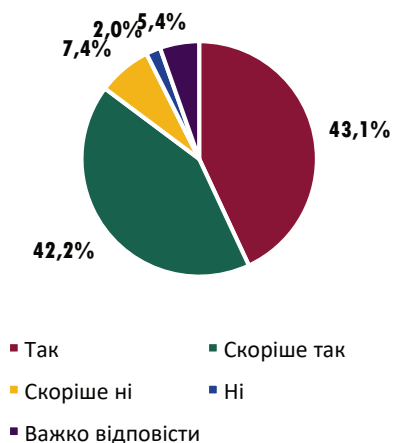
### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=813)



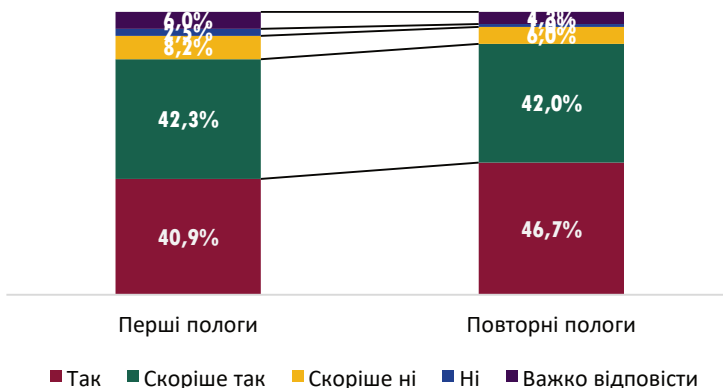
Персонал приймального відділення      Лікар акушер-гінеколог (лікарі)      Медичний персонал під час пологів (окрім лікарів)      Медичний персонал у післяпологовий період

- Пологи з попередньо обраним лікарем
- Пологи з черговою бригадою

### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=813)



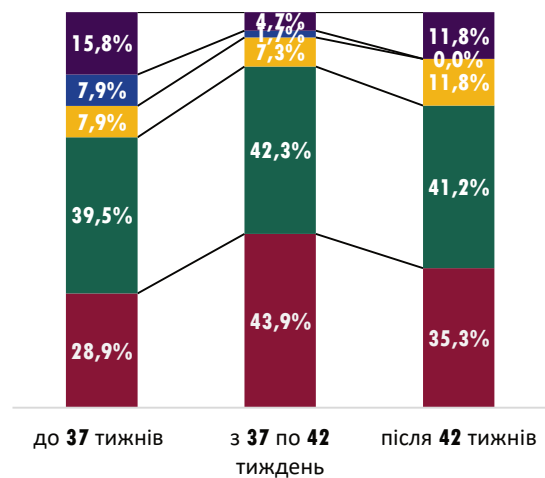
### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=813)



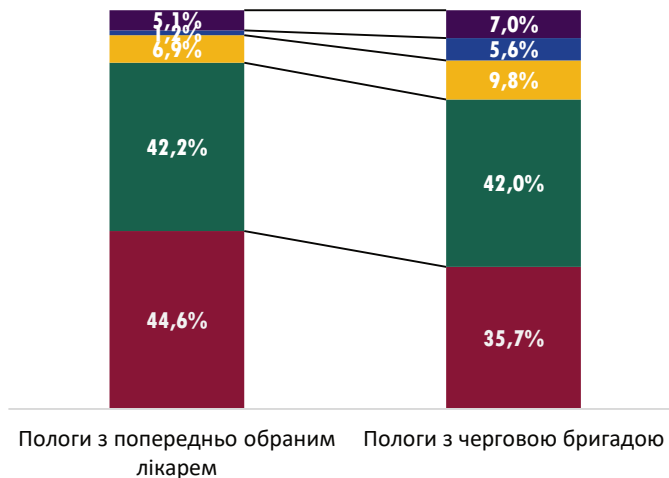
Попри малонаповненість першої та третьої категорій змінної «термін вагітності», бачимо, що жінки, які народжували в період з 37 до 42 тижня, в цілому відгукувалися про повагу з боку медичного персоналу позитивніше.

Також частіше про поважне ставлення до них повідомляли ті опитані, які мали договірні пологи.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від терміну пологів (N=813)



### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=813)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

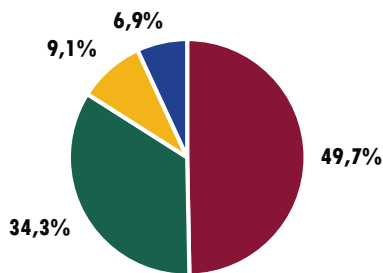
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

Більшість респонденток (84%) повідомили, що їхня приватність та конфіденційність у пологах була збережена.

Статистично значущі відмінності у відповідях бачимо за змінними обласного центру, розміру населеного пункту та договірних пологів. Несуттєвими були фактори віку, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, того, були пологи природними чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

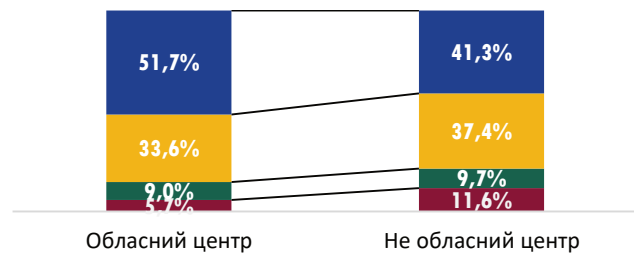
Перший рисунок демонструє, що жінки, які народжували поза обласним центром, повідомляли про порушення в пологах своєї приватності чи конфіденційності дещо частіше; крім того, вони менш охоче обирали однозначну відповідь «так, з присутніми людьми мені було комфортно».

### Приватність та конфіденційність пологів (N=801)



- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від обласного статусу населеного пункту (N=801)



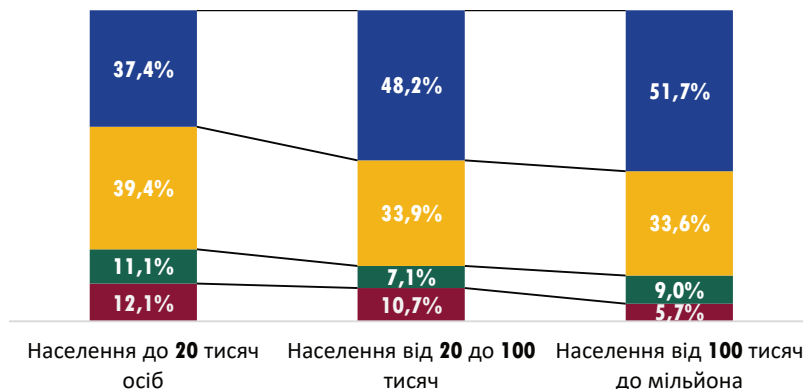
- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

Наступний рисунок демонструє збільшення частки повідомлень про порушення приватності чи конфіденційності зі зменшенням розміру населеного пункту.

Врешті, жінки, які народжували за домовленістю, зазначали, що їхню конфіденційність та приватність в пологах було збережено, значно частіше, ніж ті, чиї пологи відбулися з черговою бригадою.

Три чверті респонденток (73,7%) зазначили, що відчували себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження». Слід зазначити, що серед усіх досліджуваних областей у Львові варіант відповіді «так» обирали найрідше (40,7%).

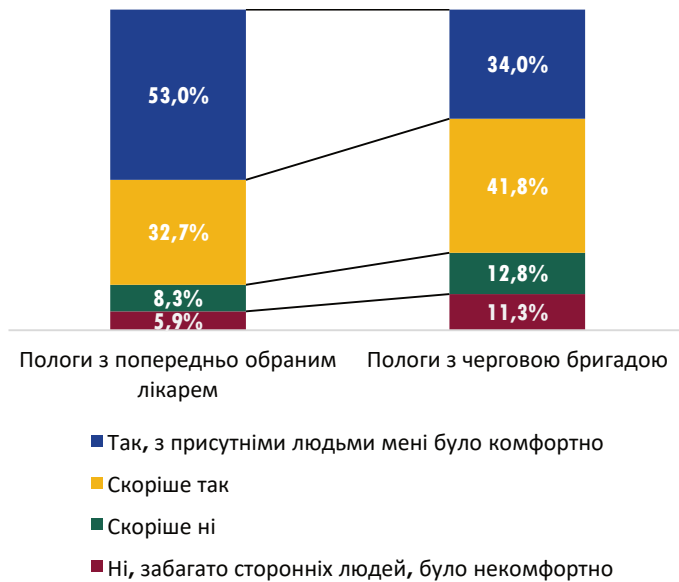
### Приватність та конфіденційність пологів залежно від розміру населеного пункту (N=801)



- Так, з присутніми людьми мені було комфортно
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні, забагато сторонніх людей, було некомфортно

Суттєві відмінності можна помітити за змінними наявності попереднього пологового досвіду, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони договірними. Несуттєвими були відмінності за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти, терміну вагітності та того, чи були пологи партнерськими.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=801)

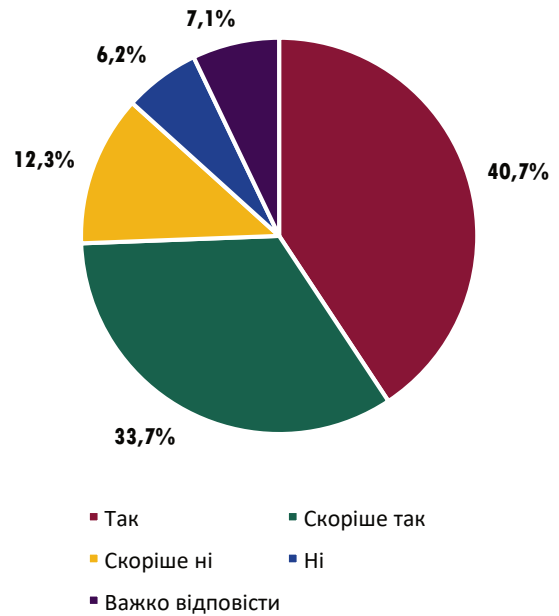


Жінки в повторних пологах частіше вказували, що відчували себе активно залученими до процесу пологів.

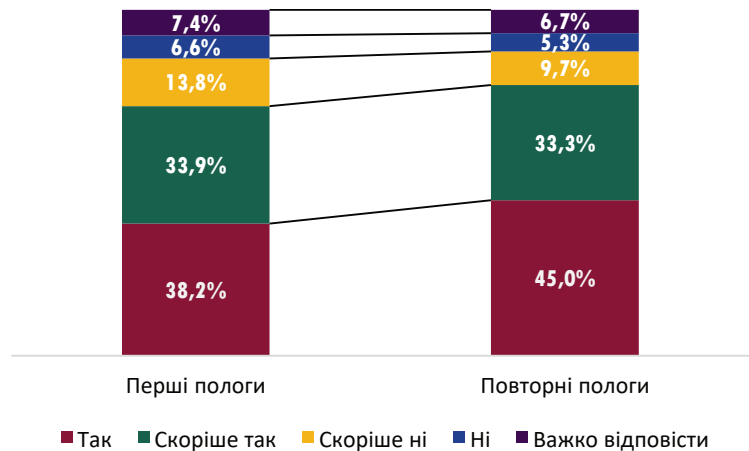
Також більшу залученість цілком очікувано відчували жінки, чиї пологи відбулися природним шляхом.

Також відчуттю своєї залученості до процесу народження сприяє домовленість про пологи з певним лікарем.

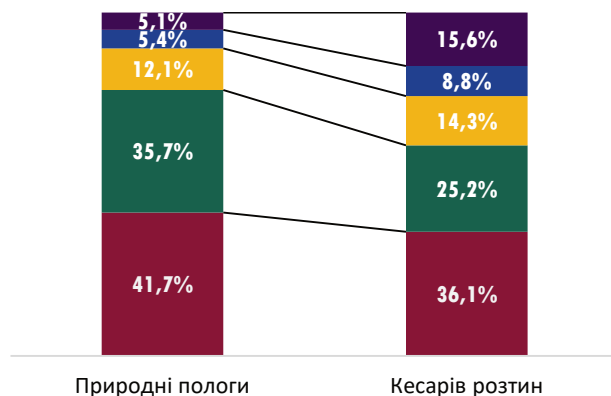
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=813)



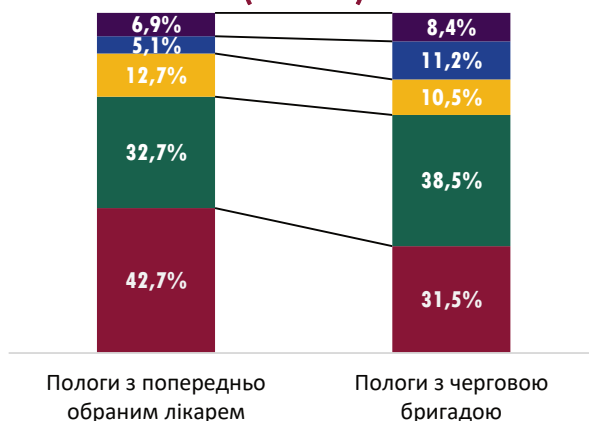
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=813)



**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=799)**



**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=813)**



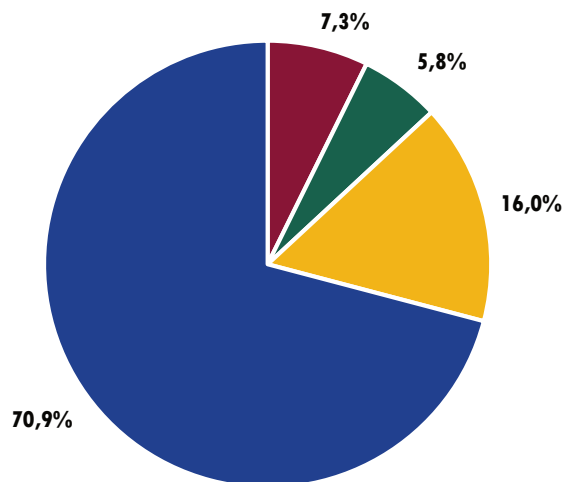
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти ■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні ■ Важко відповісти

Понад десята частина опитаних (13,1%) зазначила, що відчувала психологічний тиск чи залякування у своїх пологах.

Статистично значуща різниця у відповідях спостерігається за наявністю попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та того, чи були пологи договірними. Не було виявлено суттєвої різниці за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти, того, природними були пологи чи відбулися зі застосуванням кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

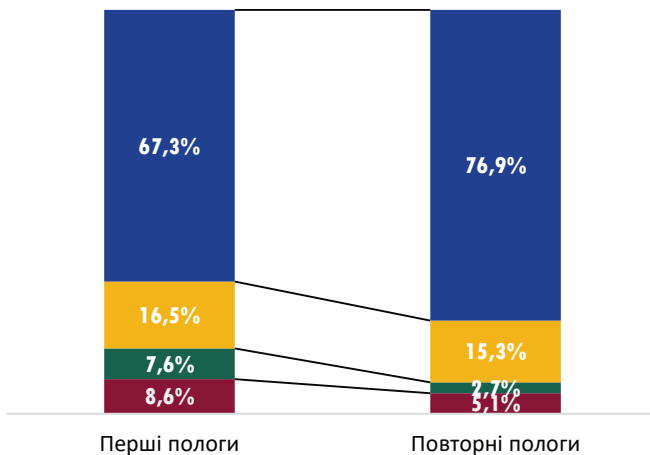
Дещо частіше про психологічний тиск або залякування повідомляли жінки, які народжували вперше.

### Психологічний тиск чи залякування (N=793)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=793)

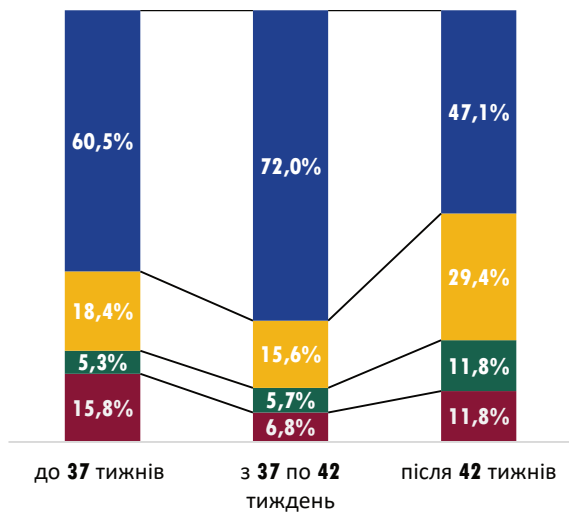


■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

Крім того, вищою є частка повідомлень про тиск чи залякування серед жінок, чий пологи починалися до 37 чи після 42 тижня вагітності.

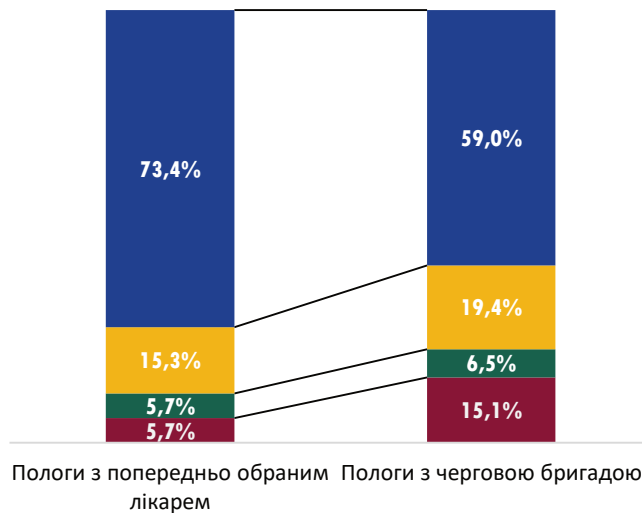
Нарешті, жінки, що мали договірні пологи, повідомляли про тиск чи залякування систематично рідше, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від терміну пологів (N=793)



■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=793)



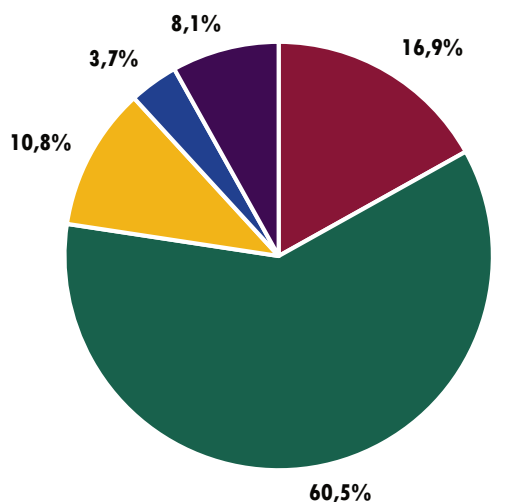
■ Так ■ Скоріше так ■ Скоріше ні ■ Ні

У цілому опитані були задоволені доглядом у пологовому будинку (77,4%).

Значні відмінності у відповідях наявні лише за змінною попереднього пологового досвіду. Відповідно, не було виявлено відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, вищої освіти, терміну вагітності, того, природними були пологи чи сталися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими та договірними.

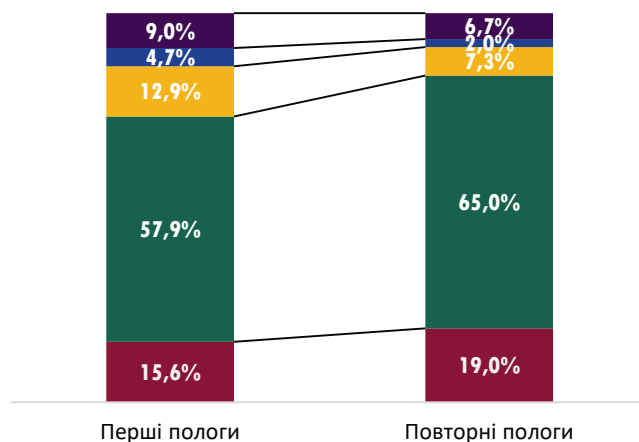
Так, бачимо, що жінки, які народжували повторно, в цілому відгукувалися про догляд у пологовому будинку дещо позитивніше, ніж ті, що народжували вперше.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=813)



- Дуже задоволена
- Задоволена
- Незадоволена
- Вкрай незадоволена
- Важко відповісти

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=813)



- Дуже задоволена
- Задоволена
- Незадоволена
- Вкрай незадоволена
- Важко відповісти



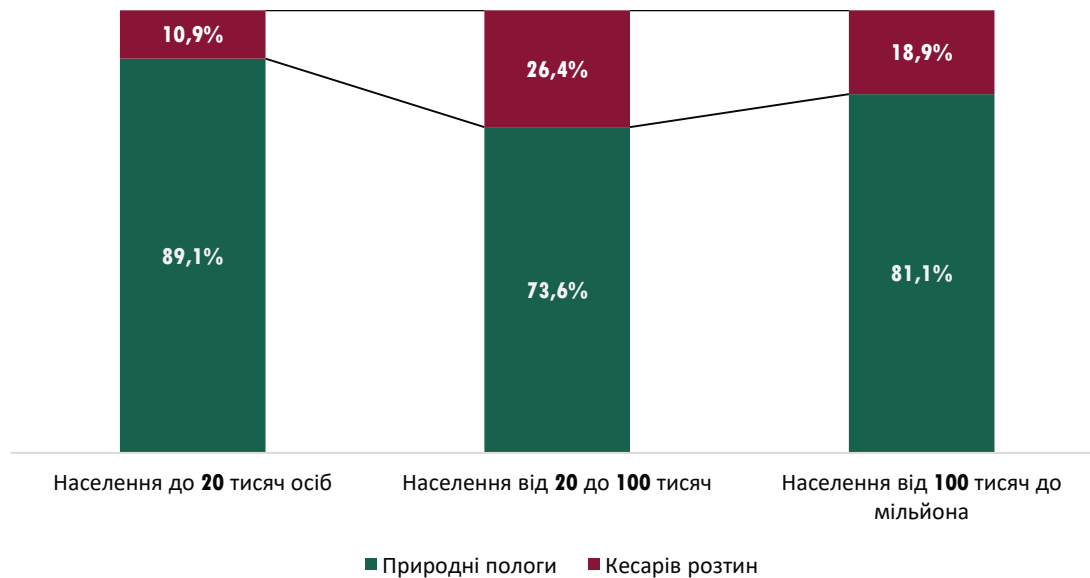
### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (81,6%) народила природним шляхом, 18,4% – шляхом кесаревого розтину. Це найнижчий показник КР серед областей.

Статистично значущі відмінності у відповідях респонденток наявні за змінними розміру населеного пункту, наявності вищої освіти, терміну вагітності, а також партнерських пологів. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, віку, наявності попереднього пологового досвіду та договірних пологів.

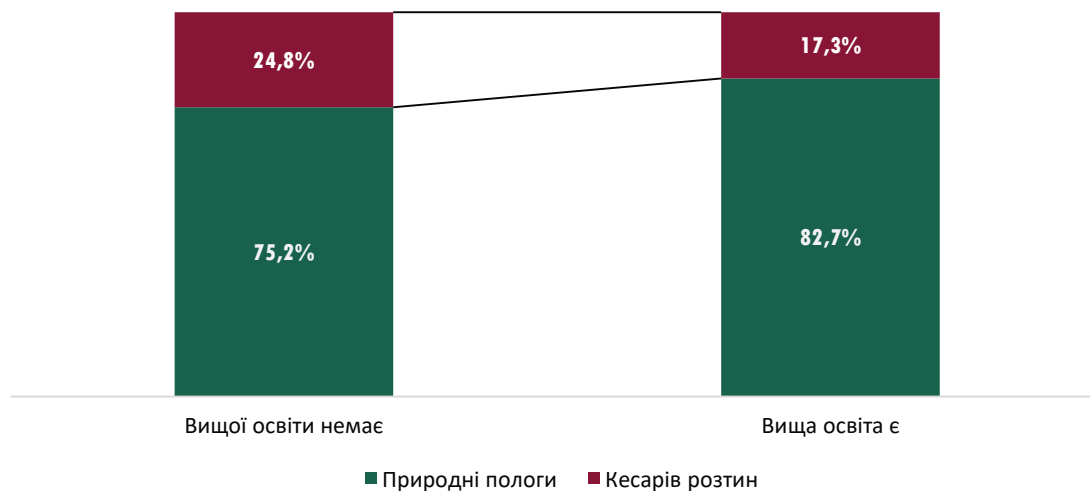
Як демонструє перший рисунок, частка кесарських розтинів є найвищою серед жінок, які народжували в населених пунктах середнього розміру.

**Тип пологів залежно від розміру населеного пункту  
(N=799)**



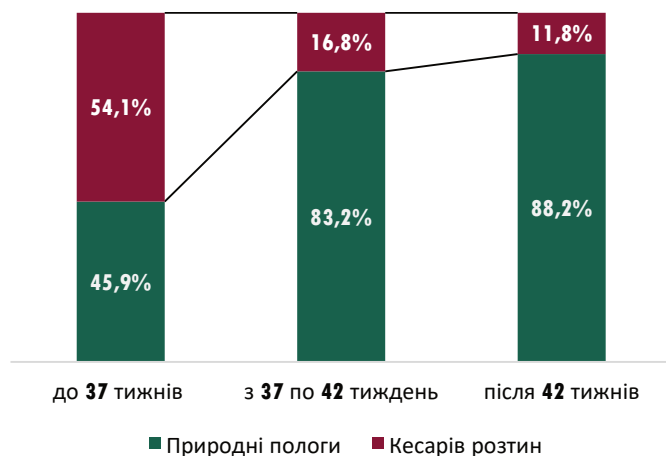
Опитані, які не мали вищої освіти, також повідомляли про застосування кесарського розтину дещо частіше, ніж ті, які її мали.

### Тип пологів залежно від наявності вищої освіти (N=799)



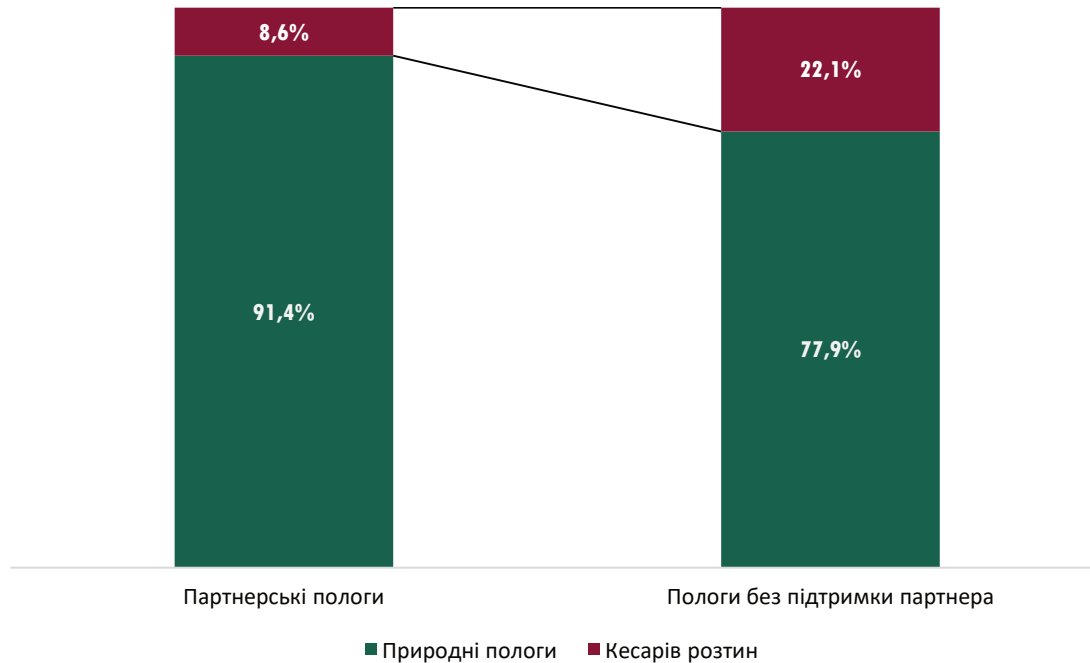
Частка кесарських розтинів зменшується зі зростанням терміну вагітності, на якому відбулися пологи.

### Тип пологів залежно від терміну пологів (N=799)



Зрештою, понад удвічі вищою вона є серед респонденток, які народжували самі – припускаємо, що це принаймні частково пояснюється запланованими кесарськими розтинами, під час яких присутність партнерів не передбачена.

### Тип пологів залежно від наявності партнерської підтримки (N=725)



Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 73,6%, у випадку 26,4% вони були викликані штучно, при цьому 40,1% не знали причину стимуляції. Це найвищий показник браку інформування про причину стимуляції. У решті 59,9% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

Попередньо запланованими були 58,5% кесарських розтинів, решта 41,5% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (86%) відбулися до початку перейм (з них 79,7% — за медичними показаннями, 20,3% — за особистим бажанням жінки), інші 14% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 68,9% розпочалися самі, початок решти 31,2% був стимульований штучно: у випадку 78,9% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 21,1% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

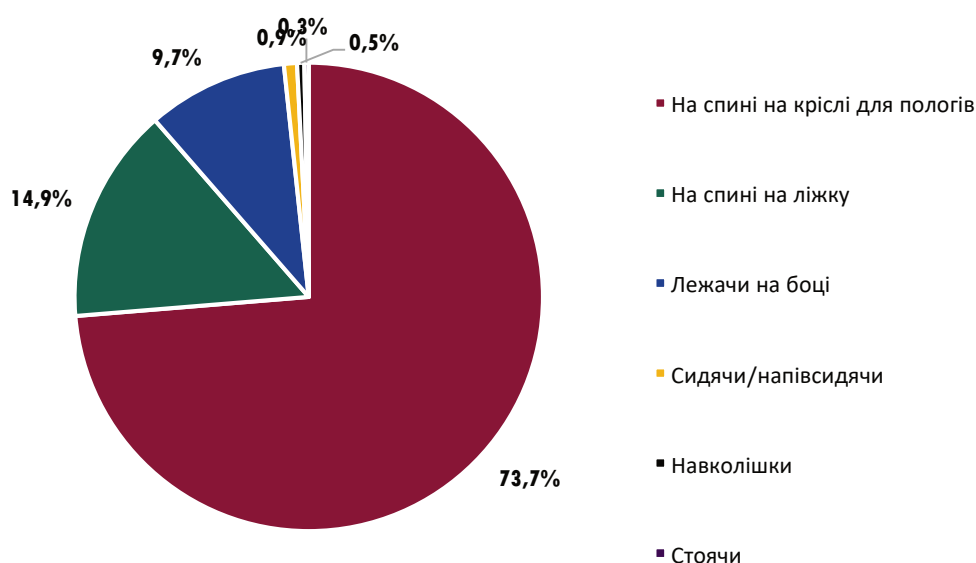
Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (67,8%) та вільну зміну положення тіла (50,6%). Дещо менше згадували використання фітболу (30,6%), ще рідше – прийом душу або ванни (3,1%).

## Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=813)



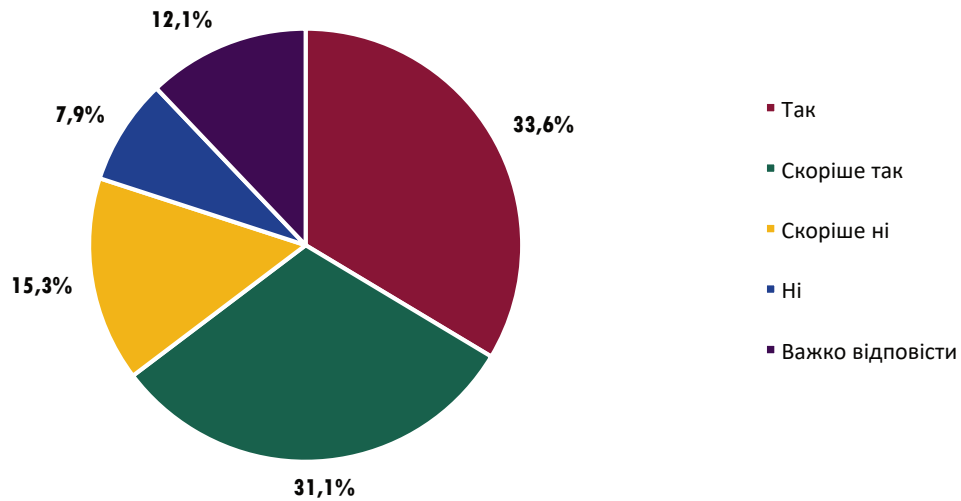
Абсолютна більшість жінок (88,6%) зазначила, що народжувала на спині: 73,7% – на кріслі для пологів, 14,9% – на ліжку. Майже кожна десята (9,7%) вказала, що народжувала на боці – це найвище значення за всіма вісьмома досліджуваними областями. Лише одиниці народжували сидячи чи напівсидячи (0,9%), навколішки (0,5%) чи стоячи (0,3%).

## Положення в момент народження дитини (N=658)



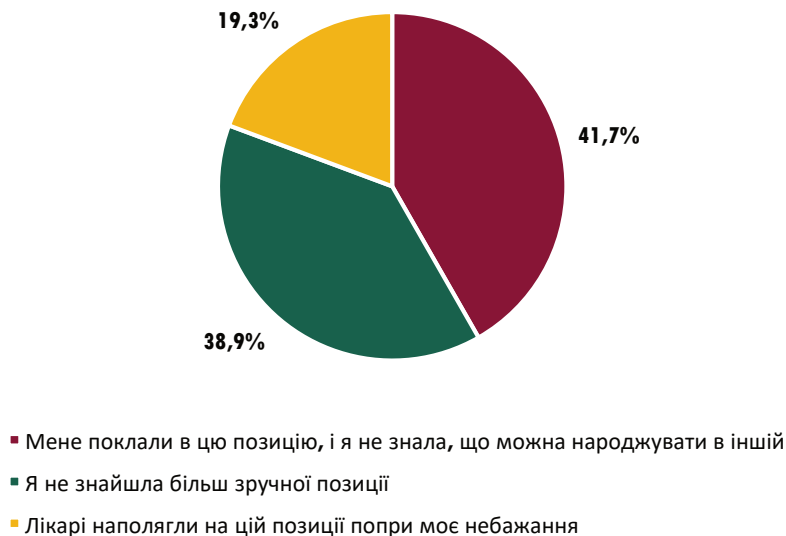
Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 64,7% респонденток, незручною або скоріше незручною – 23,2%. Це найвища частка опитаних, які вказали, що їхнє положення в момент народження дитини не було комфортним, серед восьми досліджуваних областей. Ще 12,1% було важко відповісти на це запитання.

### Зручність положення в момент народження дитини (N=655)



Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (41,7%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (38,9%). У випадку 19,3% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі – це найвищий показник наполягань за вісьмома досліджуваними областями.

### Причина народження в незручній позиції (N=429)

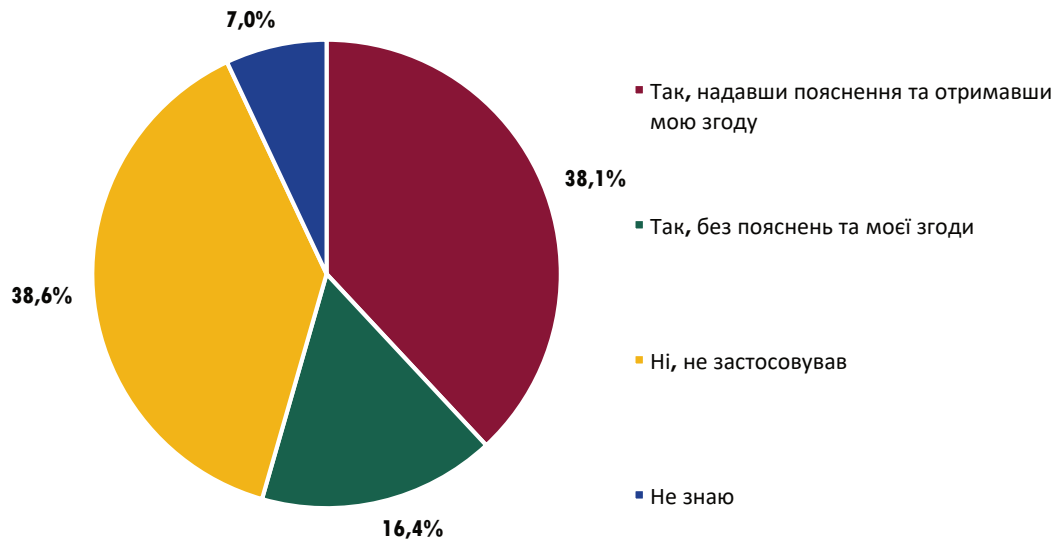


Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 61% випадків, решта опитаних (39%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина опитаних (54,5%) вказала, що в їхніх пологах було застосовано амніотомію; з них у випадку 30% маніпуляція проводилася без пояснень та згоди.

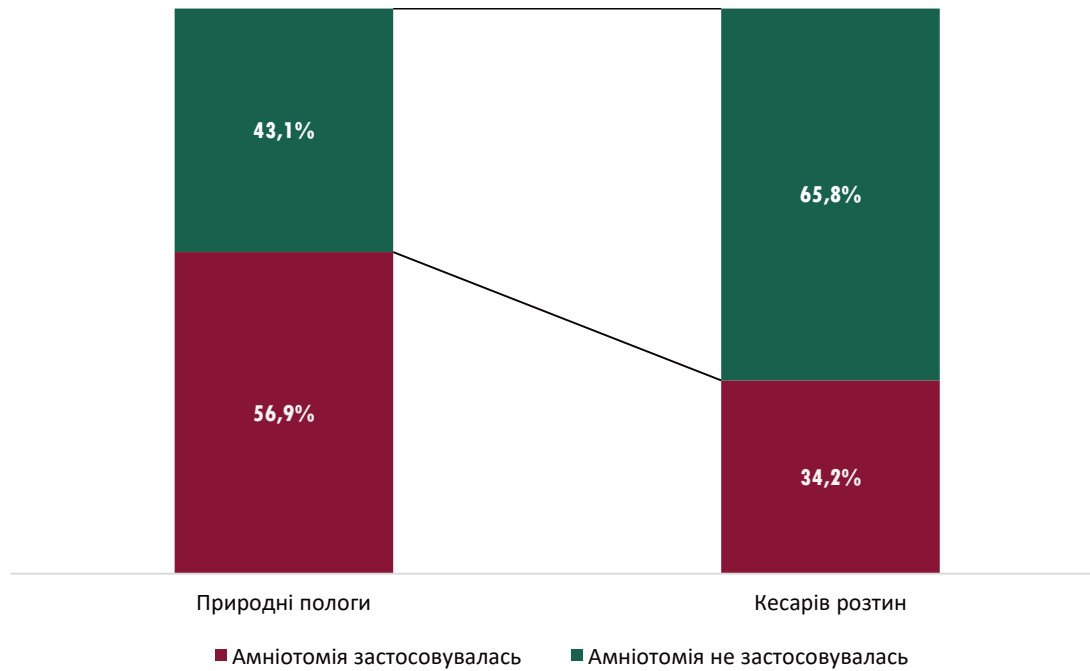
### Застосування амніотомії (N=733)



Статистично значуща різниця наявна у відповідях респонденток, які народжували природно та шляхом кесарського розтину, а також з партнерами та самостійно. Решта змінних, а саме – обласний центр, розмір населеного пункту, вік, наявність вищої освіти та попереднього пологового досвіду, термін вагітності та договірні пологи – не продемонстрували відмінностей у відповідях.

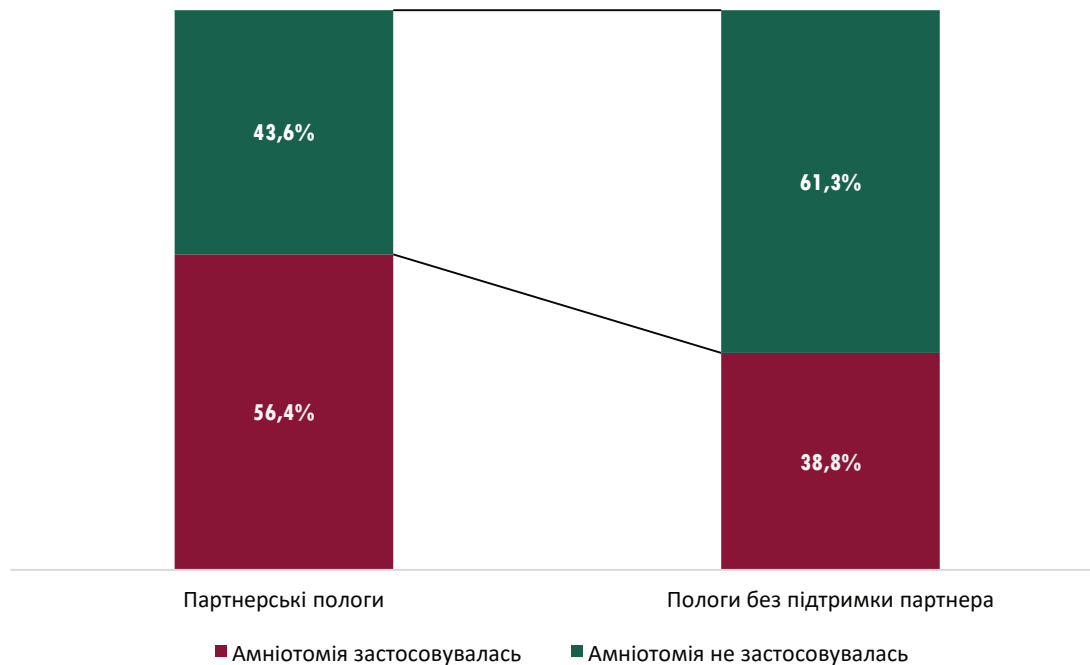
Так, бачимо, що жінки, які мали природні пологи, повідомляли про застосування в них амніотомії частіше, ніж ті, які мали кесарський розтин.

### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=725)



Крім того, частіше про застосування цієї маніпуляції згадували ті опитані, чиї пологи відбувалися за присутності партнера.

### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=733)



Понад чверть опитаних (76,9%) зазначили, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки; у випадку 25,5% із них це робилося без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=709)

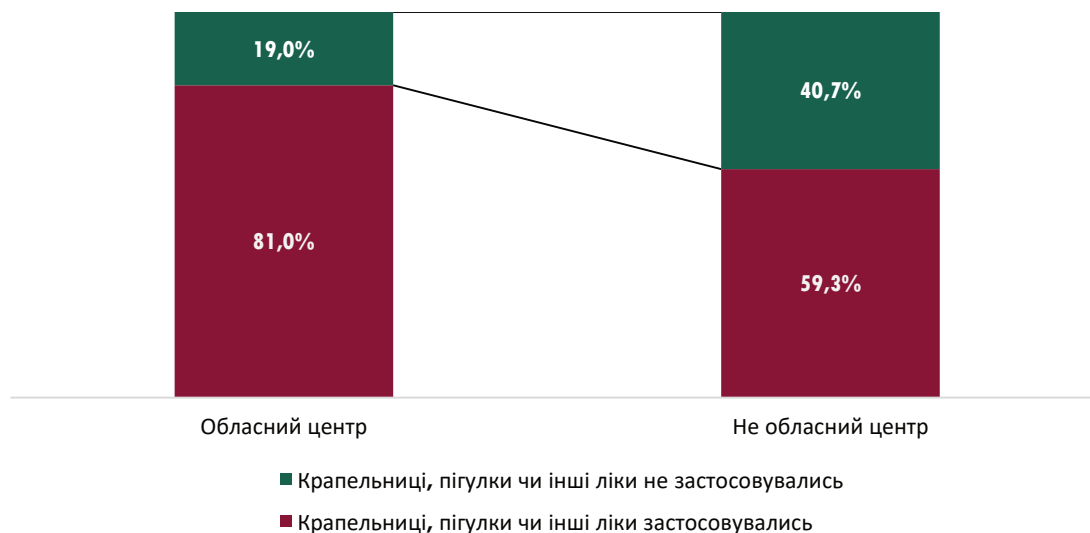


Суттєві відмінності у відповідях наявні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду та домовленості про пологи з конкретним лікарем. Відповідно, не мали значення у контексті відмінностей у відповідях змінні віку, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів та партнерських пологів.

Як демонструє перший рисунок, частка жінок, що повідомили про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків, є значно вищою серед респонденток, які народжували у Львові, а не в решті міст області.

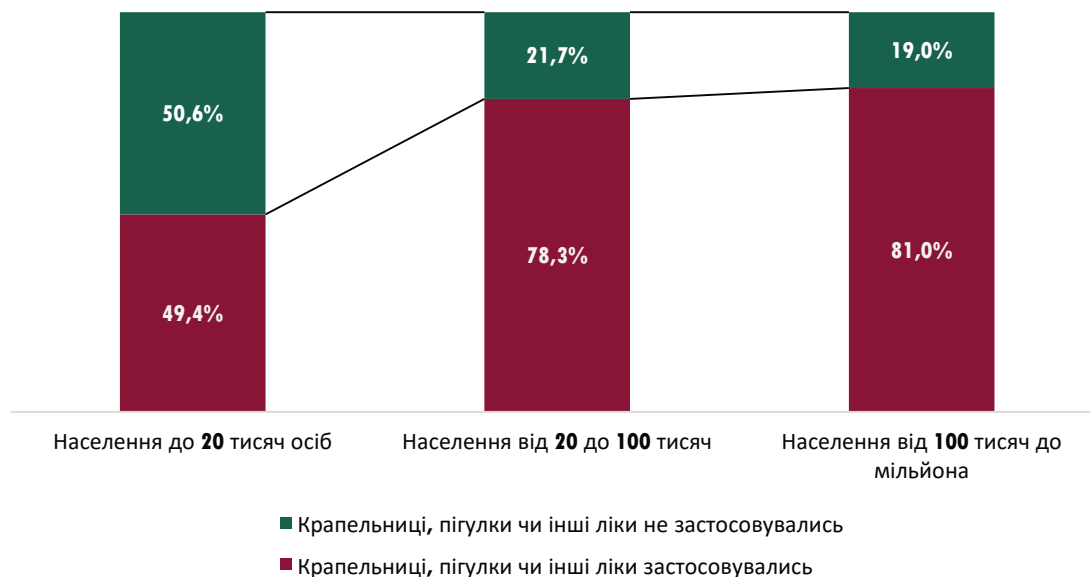


**Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків  
залежно від обласного статусу населеного пункту  
(N=709)**



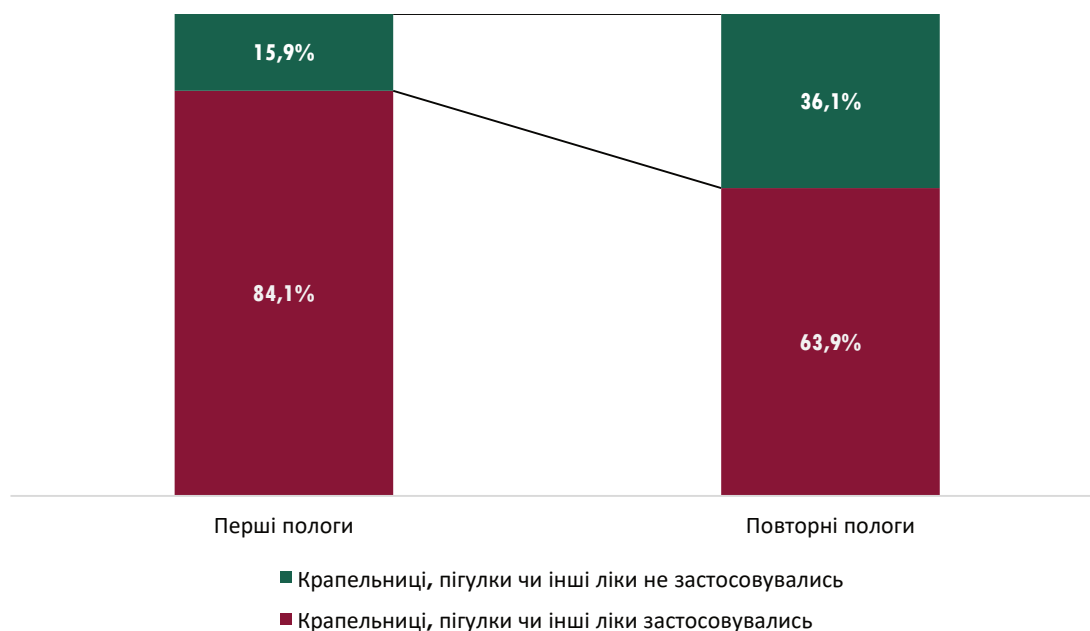
При цьому наявна тенденція до збільшення частки повідомлень про такі втручання зі зростанням розміру населеного пункту.

**Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків  
залежно від розміру населеного пункту (N=709)**



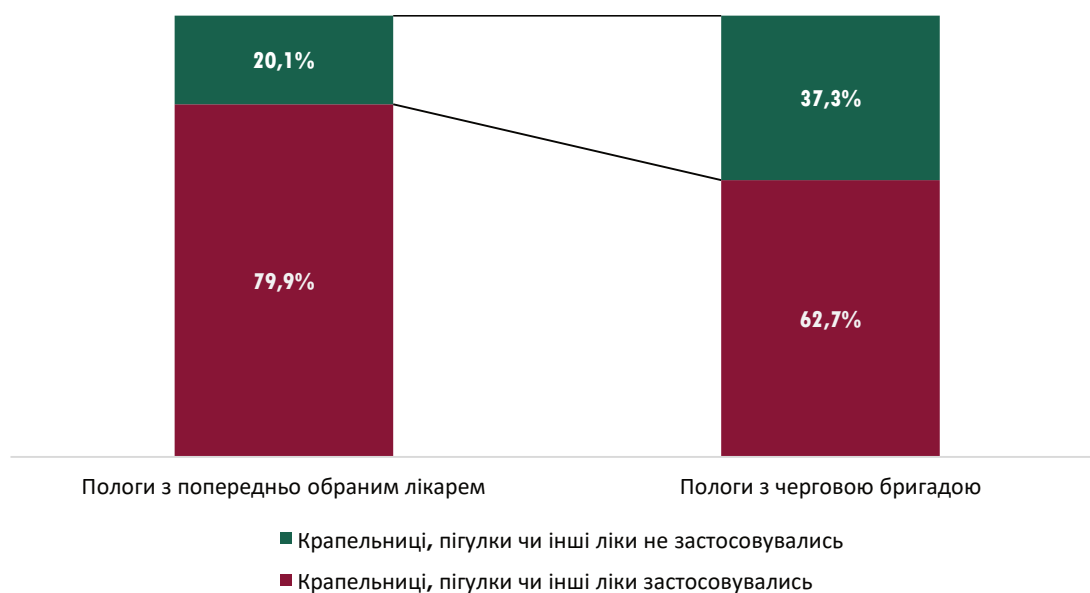
Також частіше про такі маніпуляції згадували жінки в перших, а не повторних пологах.

**Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків  
залежно від наявності попереднього досвіду пологів  
(N=709)**



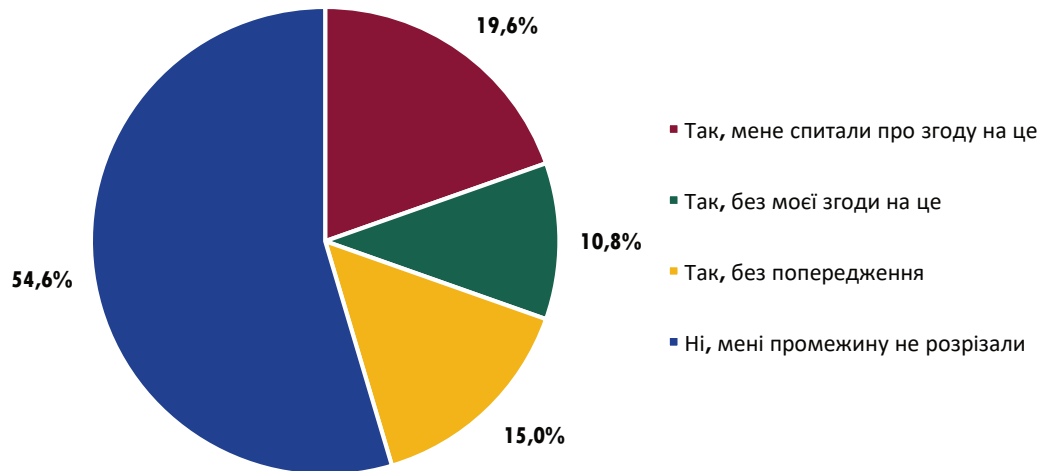
Врешті, частіше про застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків зазначали жінки, які мали договірні пологи, у порівнянні з тими, що народжували з черговою бригадою.

**Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків  
залежно від наявності попередньої домовленості про  
пологи з певним лікарем (N=709)**



Майже половина респонденток (45,4%) зазначили, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія – це найвищий показник серед восьми досліджуваних областей. Серед цих жінок у випадку 56,8% маніпуляція здійснювалася без згоди або без попередження.

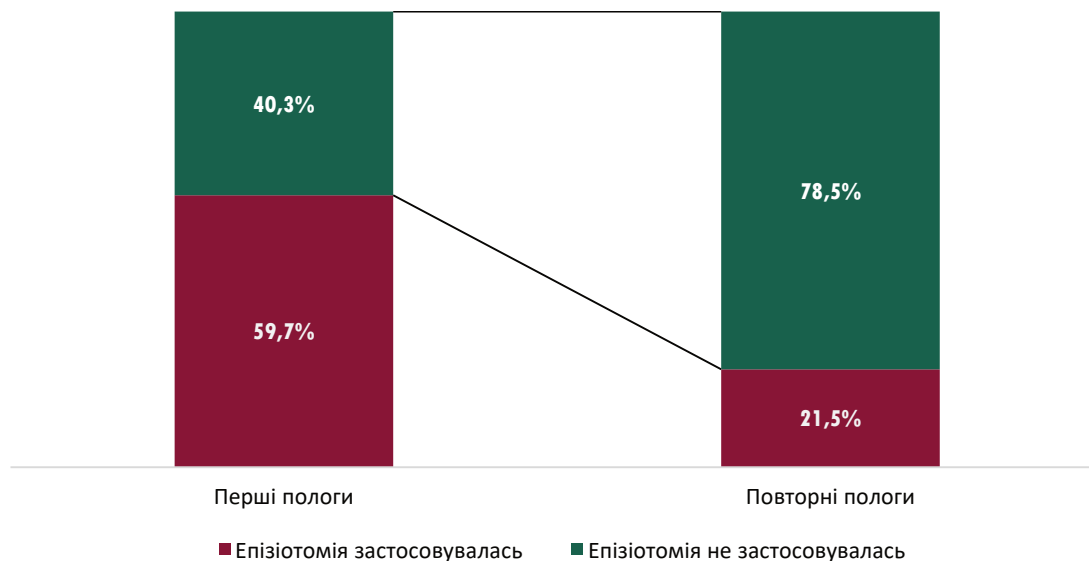
### Застосування епізіотомії (N=658)



Значні відмінності у відповідях респонденток бачимо за змінними наявності попереднього пологового досвіду та терміну вагітності. Не було виявлено статистично значущих відмінностей за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

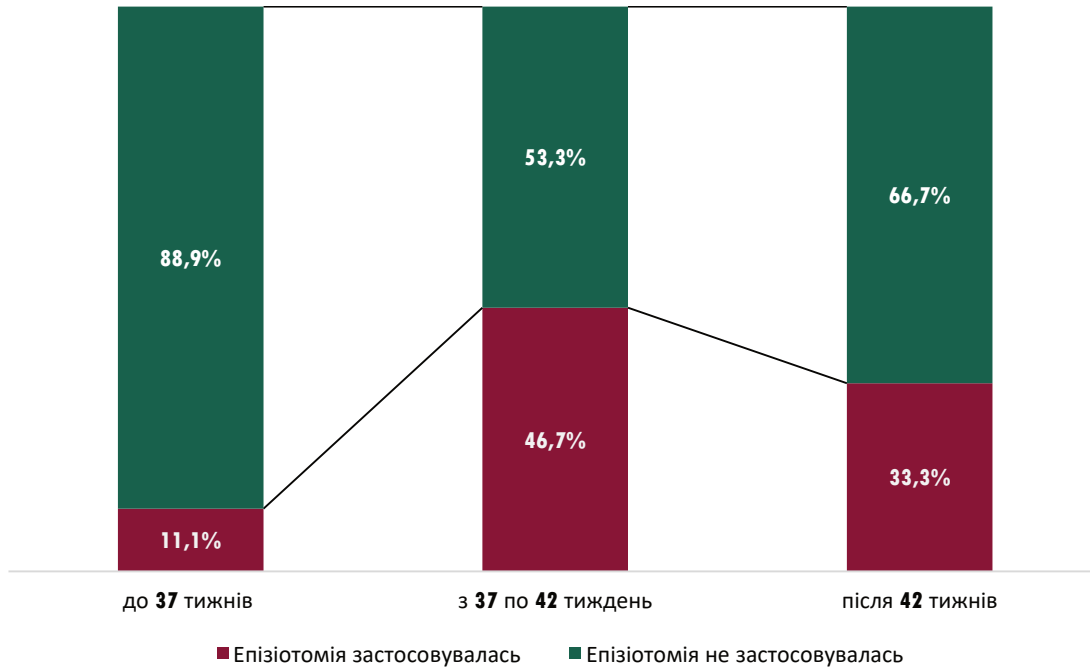
Бачимо, що жінки, які народжували вперше, повідомляли про застосування в їхніх пологах епізіотомії майже втричі частіше.

### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=658)



Наступний рисунок демонструє, що, в той час як жінки з недоношеною вагітністю звітували про застосування епізіотомії очікувано рідко, найчастіше про це втручання згадували ті опитані, які народили в період з 37 до 42 тижня вагітності.

### Застосування епізіотомії залежно від терміну пологів (N=658)



Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 17,8% респонденток (найнижчий показник за вісьмома досліджуваними областями). Ще 6,7% респонденток не змогли відповісти на запитання.

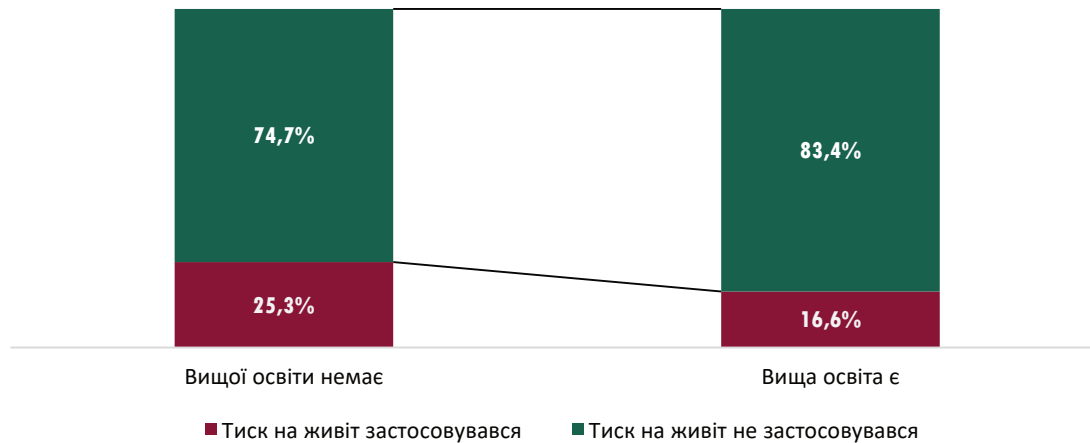
### Застосування тиску на живіт (N=658)



Значні відмінності у відповідях спостерігаємо за змінними вищої освіти та наявності попереднього пологового досвіду. Не було виявлено значних відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

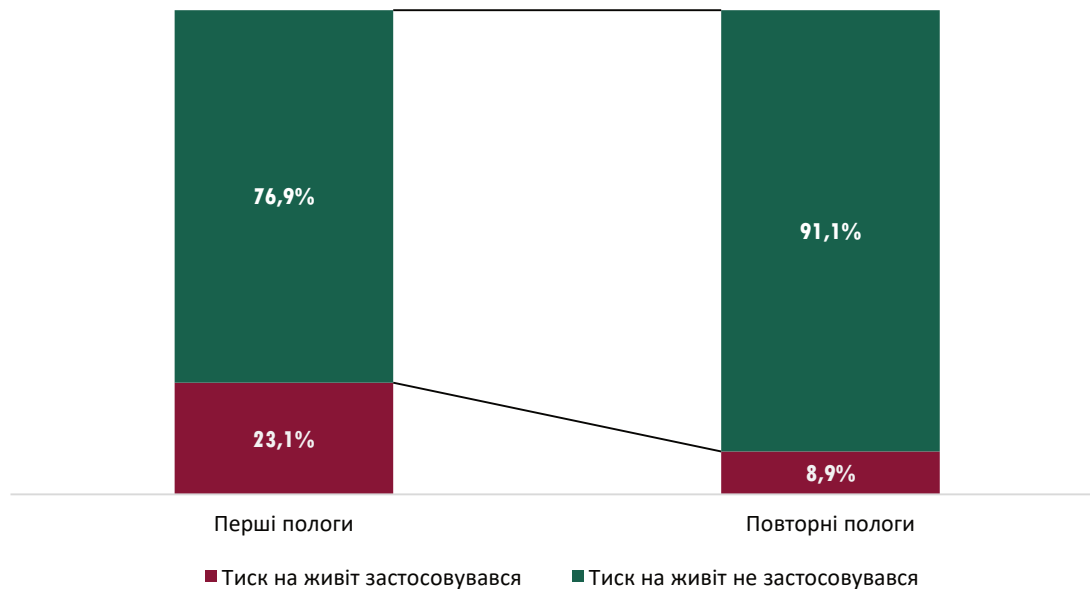
Як демонструє рисунок, жінки без вищої освіти повідомляли про застосування в їхніх пологах тиску на живіт дещо частіше, ніж жінки з вищою освітою.

### Застосування тиску на живіт залежно від наявності вищої освіти (N=658)



Крім того, також частіше про таке втручання згадували жінки, які народжували вперше – можна припустити, що ці дві змінні є пов'язаними між собою.

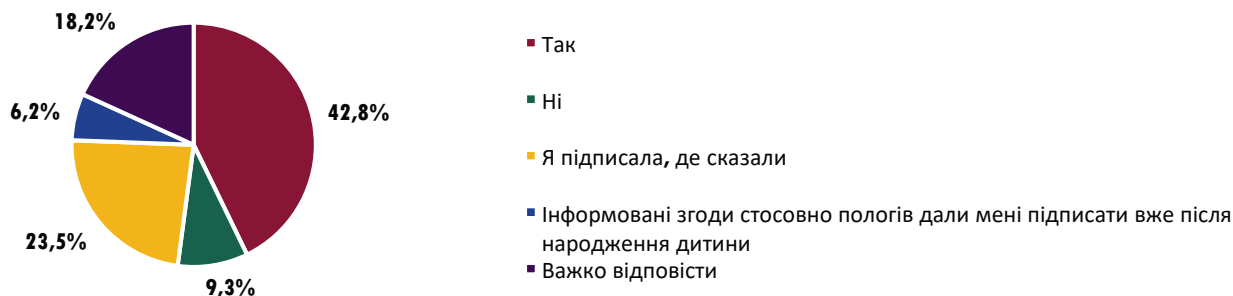
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=658)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали менше половини опитаних (42,8%). Особливу увагу слід звернути на те, що майже кожна четверта (23,5%) підписала документи, «де сказали», а ще 18,2% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією. Крім того, у Львівській області найвища частка респонденток, які підписали інформовані згоди вже після пологів (6,2%).

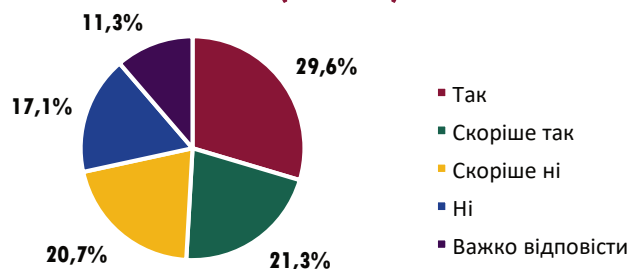
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=813)



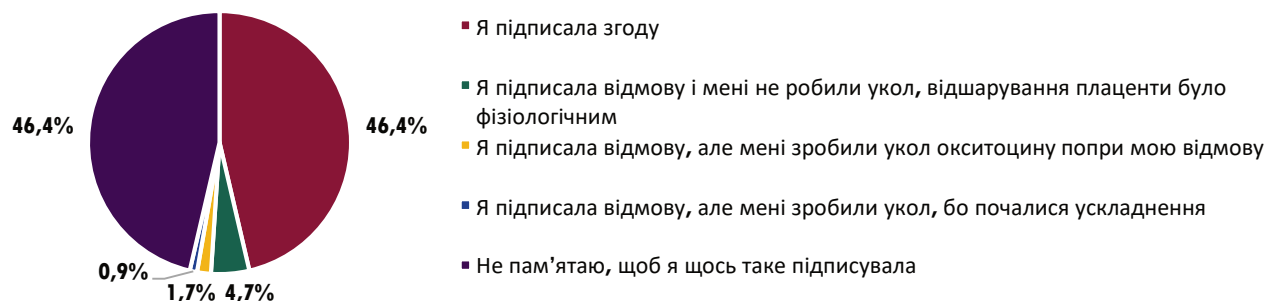
Лише половина респонденток (50,9%) отримала чи скоріше отримала пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Понад третина опитаних (37,8%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а кожна дев'ята жінка (11,3%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомила майже половина респонденток (46,4%) – це найвище значення серед восьми досліджуваних областей. Інша половина (46,4%) вказала, що не пам'ятає, щоби підписувала щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=813)



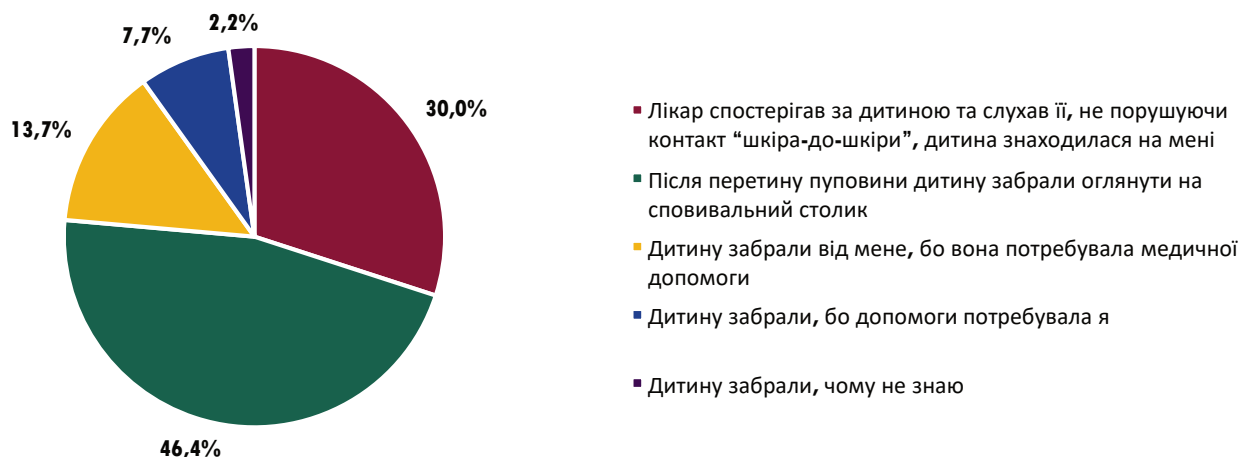
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=658)



## Розділ 6. Післяпологовий період

Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, майже половину новонароджених (46,4%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а чверть (23,6%) з різних причин забрали від матері взагалі. Лише третина дітей (30%) оглядалася зі збереженням контакту «шкіра до шкіри».

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=716)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 36,6% опитаних – з них у випадку 30,3% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 6,3% – з чоловіком або іншими родичами. Понад третина немовлят (43,1%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, майже кожна десята опитана (9,7%) зазначала, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від неї з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=776)



Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 74,1% опитаних жінок.

Статистично значущі відмінності у відповідях респонденток наявні за змінними розміру населеного пункту, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських пологів. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, віку та договірних пологів.

Як бачимо з першого рисунка, найвища частка опитаних, які вказали, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, спостерігається серед жінок, які народжували в населених пунктах середнього розміру.

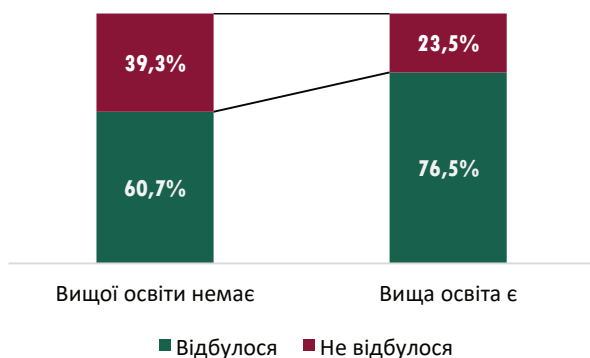
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=800)



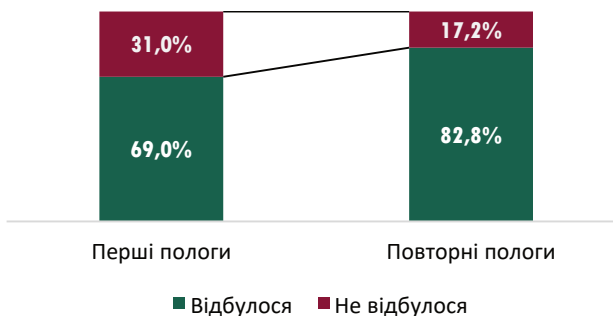
Крім того, частка таких є також вищою серед тих респонденток, які мають вищу освіту, в порівнянні з тими, що її не мають.

Бачимо, що опитані, які народжували повторно, повідомляли про те, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, частіше, ніж ті, що народжували вперше.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності вищої освіти (N=800)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=800)

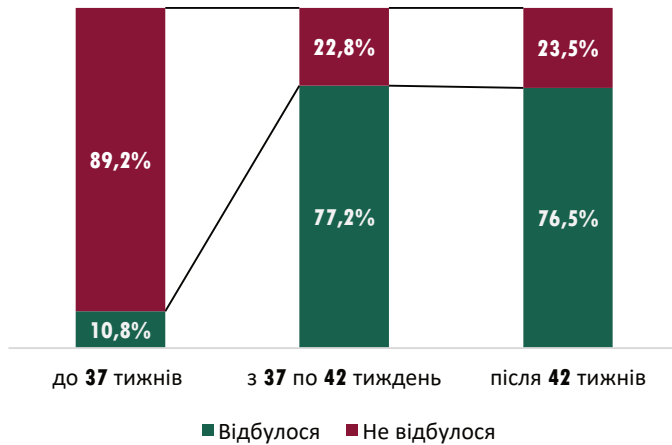


Очікувано низькою є частка таких повідомлень серед опитаних, чий пологи відбулися раніше терміну.



Схожим чином, очікуваною є різниця між жінками, які народжували природно та шляхом кесарського розтину – серед других частка тих, які вказали, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, значно нижча.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=800)**

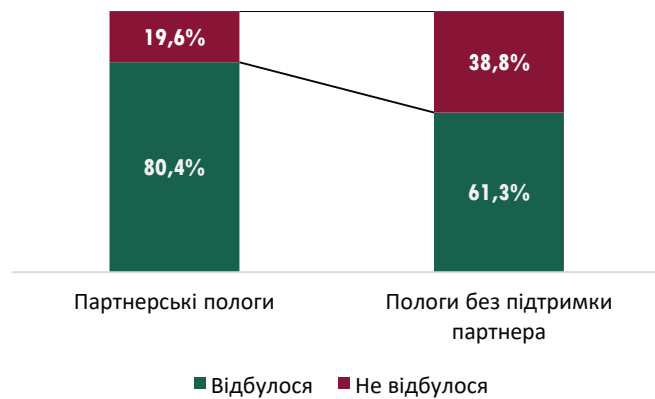


**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=786)**



Врешті, жінки, які народжували з партнером або партнерами, також згадували, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, частіше, ніж ті, що народжували самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=723)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

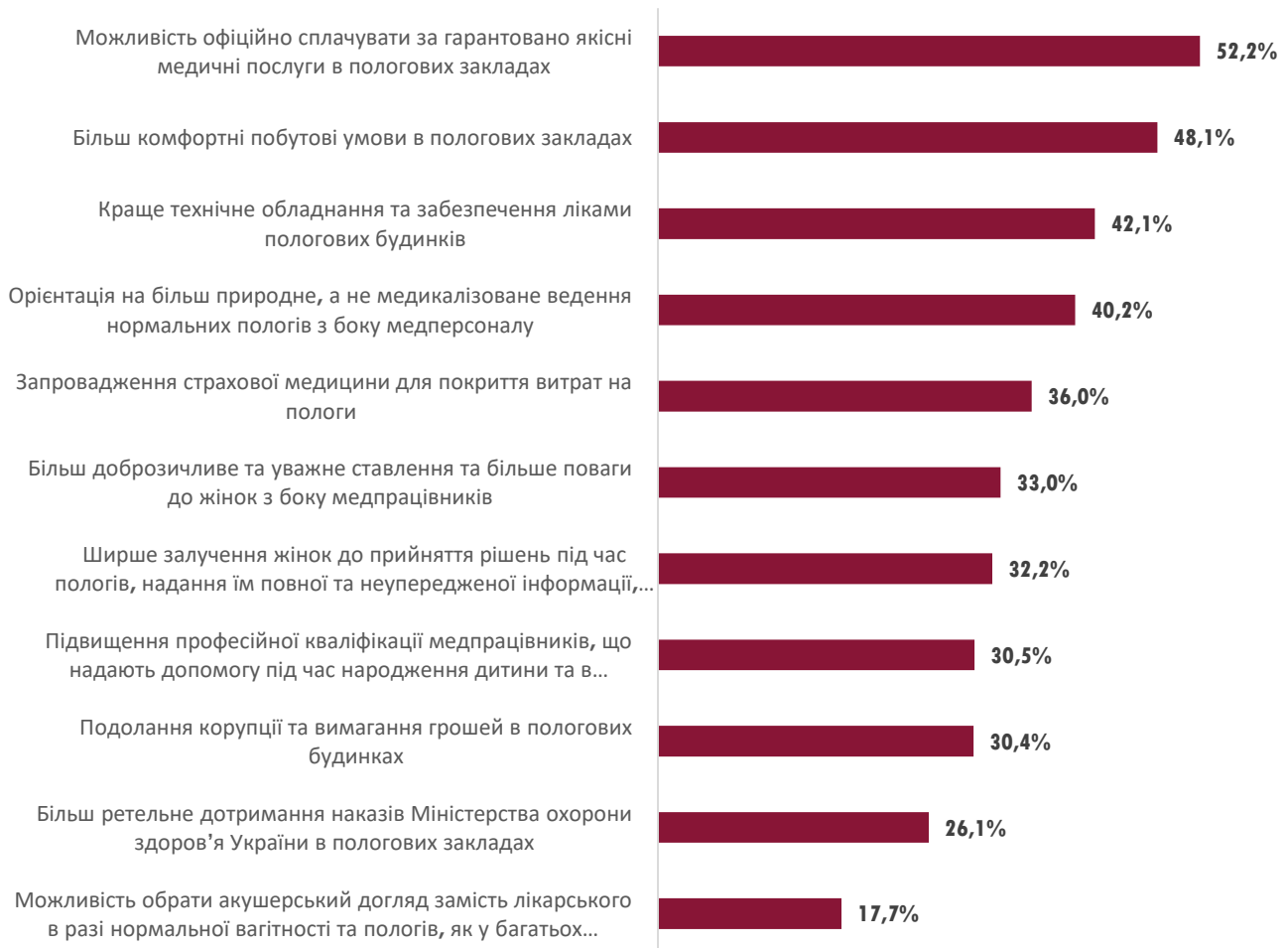
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (60,6%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (31,2% та 27,9% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (14,4%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 7,4% опитаних – це найвищий показник за досліджуваними областями.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=813)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (52,2%) та «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (48,1%). Далі йшли такі позиції, як «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (42,1%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (40,2%), «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (36%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (33%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (32,2%), «підвищення професійної кваліфікації працівників» (30,5%), «подолання корупції та вимагання грошей» (30,4%), «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (26,1%) та «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (17,7%). Слід звернути увагу на значно більшу підтримку в порівнянні з рештою областей таких пунктів, як «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» та «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» – їхнє розташування в першій частині «рейтингу» свідчить про особливу актуальність цих питань у контексті Львівської області, оскільки в інших областях ці два варіанти відповідей частіше опинилися в кінці списку.

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=813)



## Тернопільська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

В опитуванні взяло участь 825 респонденток із Тернопільської області. Більшість (78,7%) народжували в населеному пункті розміром від ста тисяч до мільйона осіб (тобто в Тернополі), 15,6% – в населеному пункті розміром до двадцяти тисяч осіб, 5,7% – від двадцяти до ста тисяч. Слід взяти до уваги суттєву диспропорцію в наповненості цих груп, оскільки це може призводити до викривленої різниці у відповідях жінок із різних груп.

Таблиця 8 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

**Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=825)**



**Таблиця 8. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

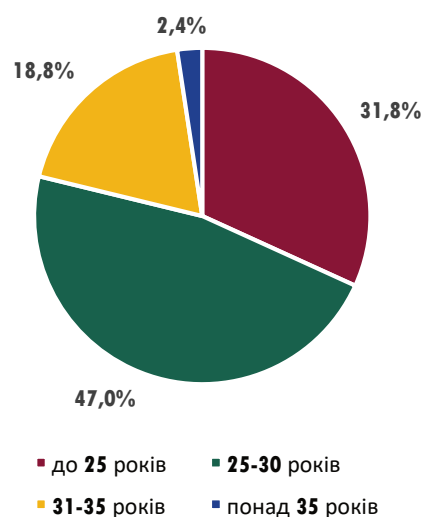
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                                     | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Тернопіль, Перинатальний центр міської лікарні №2                                     | 360                              | 43,6%                               |
| Тернопіль, Обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»                     | 226                              | 27,4%                               |
| Тернопіль, Обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина» (пологовий будинок) | 49                               | 5,9%                                |
| Чортків, Пологове відділення центральної районної лікарні                             | 31                               | 3,8%                                |
| Кременець, Пологове відділення районної лікарні                                       | 16                               | 1,9%                                |
| Підволочиськ, Пологове відділення центральної районної лікарні                        | 16                               | 1,9%                                |
| Збараж, Пологове відділення центральної районної лікарні                              | 15                               | 1,8%                                |
| Борщів, Пологове відділення центральної районної лікарні                              | 14                               | 1,7%                                |
| Тернопіль, Перинатальний центр міської лікарні №2                                     | 14                               | 1,7%                                |
| Бучач, Пологове відділення центральної районної лікарні                               | 13                               | 1,6%                                |
| Теребовля, Пологове відділення центральної районної лікарні                           | 13                               | 1,6%                                |
| Бережани, Пологове відділення центральної районної лікарні                            | 11                               | 1,3%                                |
| Заліщики, Пологове відділення центральної районної лікарні                            | 10                               | 1,2%                                |
| Копичинці, Пологове відділення районної комунальної лікарні                           | 10                               | 1,2%                                |
| Шумськ, Пологове відділення комунальної територіальної районної лікарні               | 9                                | 1,1%                                |
| Зборів, Пологове відділення центральної районної лікарні                              | 4                                | 0,5%                                |
| Козова, Пологове відділення центральної районної лікарні                              | 4                                | 0,5%                                |
| Монастириська, Пологове відділення центральної районної лікарні                       | 3                                | 0,4%                                |
| Підгайці, Пологове відділення центральної районної лікарні                            | 2                                | 0,2%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я                     | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Вишнівець, Пологове відділення районної комунальної лікарні           | 1                                | 0,1%                                |
| Гусятин, Пологове відділення центральної районної лікарні             | 1                                | 0,1%                                |
| Ланівці, Пологове відділення центральної районної лікарні             | 1                                | 0,1%                                |
| Мельниця-Подільська, Пологове відділення районної комунальної лікарні | 1                                | 0,1%                                |
| Почаїв, Пологове відділення районної комунальної лікарні              | 1                                | 0,1%                                |
| <b>Сума</b>   | <b>825</b>                       | <b>100%</b>                         |

Найбільш наповненою віковою групою є жінки від двадцяти п'яти до тридцяти років (47%). Третині опитаних (31,8%) до двадцяти п'яти років, кожній п'ятій (18,8%) – від тридцяти одного до тридцяти п'яти років. Лише 2,4% жінок вказали, що їм понад тридцять п'ять років – через малонаповненість цієї групи слід ставитися з обережністю до відмінностей між відповідями жінок цієї та решти вікових категорій.

Більшість жінок у вибірці (60,2%) вказали, що мають вищу освіту, ще 6,1% зазначили, що мають другу вищу або післядипломну освіту, 1,3% – вчений ступінь; 8,6% обрали варіант «незакінчена вища освіта» – ймовірно, серед цієї категорії є жінки, які отримували освіту в момент заповнення анкети. Четверть вибірки (23,3%) указали, що мають середню або середню спеціальну, 0,5% – незакінчену середню освіту.

**Розподіл респонденток за віковою групою (N=825)**



**Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=825)**

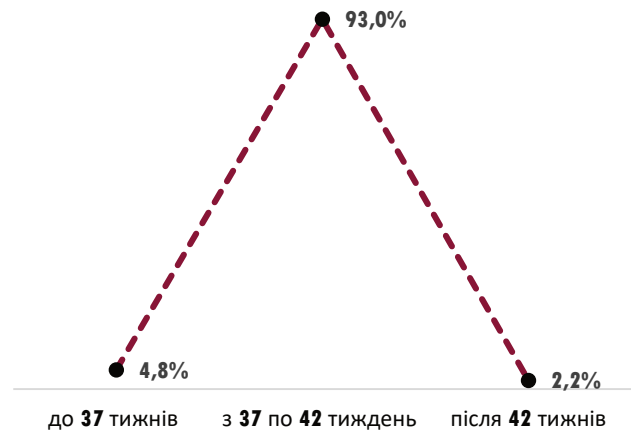


Серед респонденток у Тернопільській області частка тих, що народжували вперше, склала 59%, відповідно, решта 41% мали повторні пологи.

Пологи більшості респонденток (93%) відбулися в період з 37 до 42 тижня, 4,8% – до 37 тижня, 2,2% – після 42 тижня.

78,6% опитаних мали партнерські пологи, решта 21,4% народжували самостійно. Про наявність у них домовленості про пологи з певним лікарем зазначили 78,4% респонденток, із них 6,5% у результаті народжували з іншим лікарем. Решта 21,6% планували та народжували з черговою бригадою.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=825)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

Як демонструє рисунок нижче, в цілому опитані були задоволені своїм перебуванням у пологових закладах. Так, найнижчою оцінкою є 3,4 (харчування), що відповідає варіанту відповіді «задовільно», найвищою – 4 (приймальне відділення), що, у свою чергу, є оцінкою «добре».

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, доставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

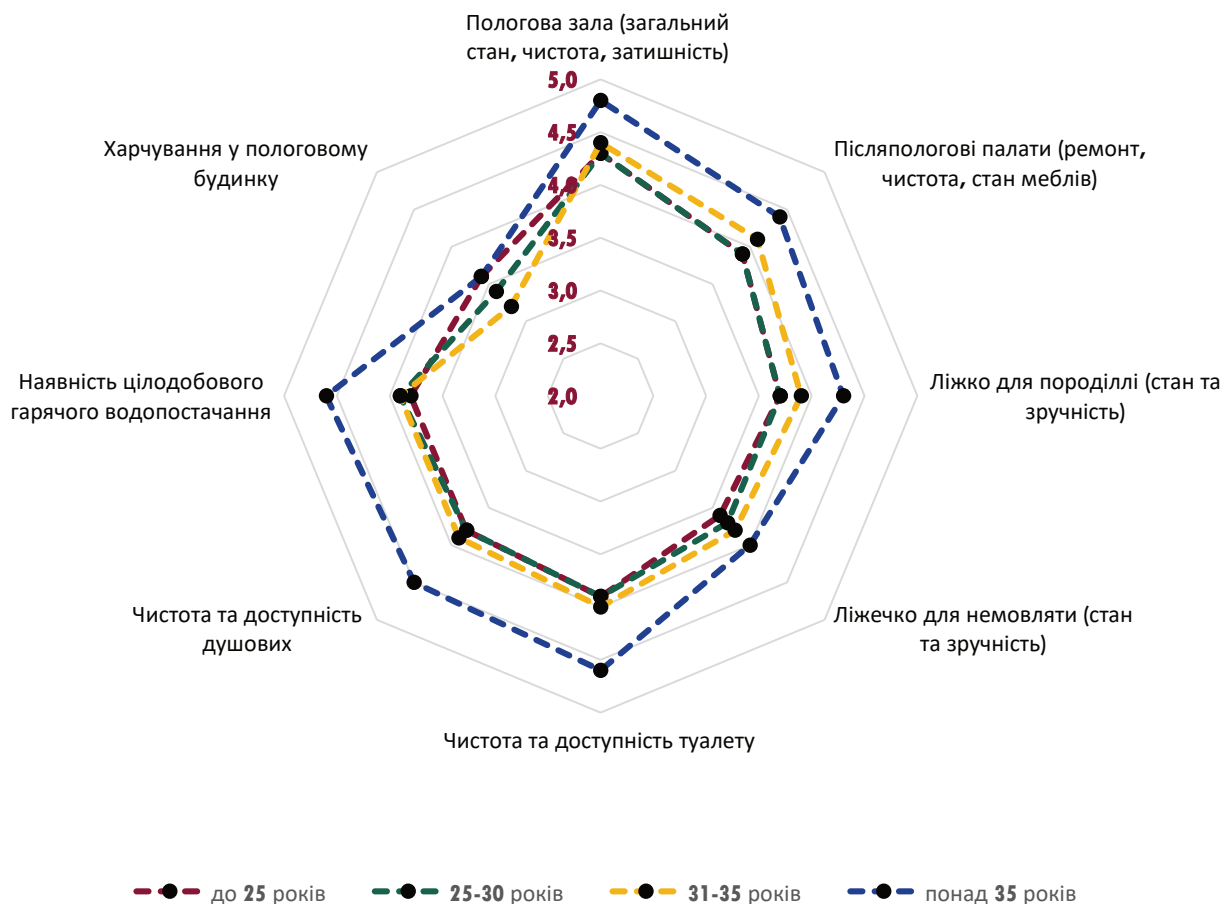
Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

Є наявною різниця у відповідях жінок різного віку, тих, що народжували вперше та повторно, а також тих, що народжували з черговою бригадою та попередньо обраним лікарем. Не було виявлено суттєвої різниці в відповідях респонденток, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, залежно від розміру населеного пункту, наявності чи відсутності вищої освіти, терміну вагітності, на якому відбулися пологи, того, природними вони були чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

Так, бачимо, що найбільш задоволеними своїм перебуванням у закладі були жінки найстаршої вікової категорії, за ними – жінки віком від тридцяти одного до тридцяти п'яти років. Дві наймолодші демонструють схожі результати та найменшу задоволеність. Єдиним винятком у цьому є змінна «харчування», яким найменше задоволені жінки віком від тридцяти одного до тридцяти п'яти років.

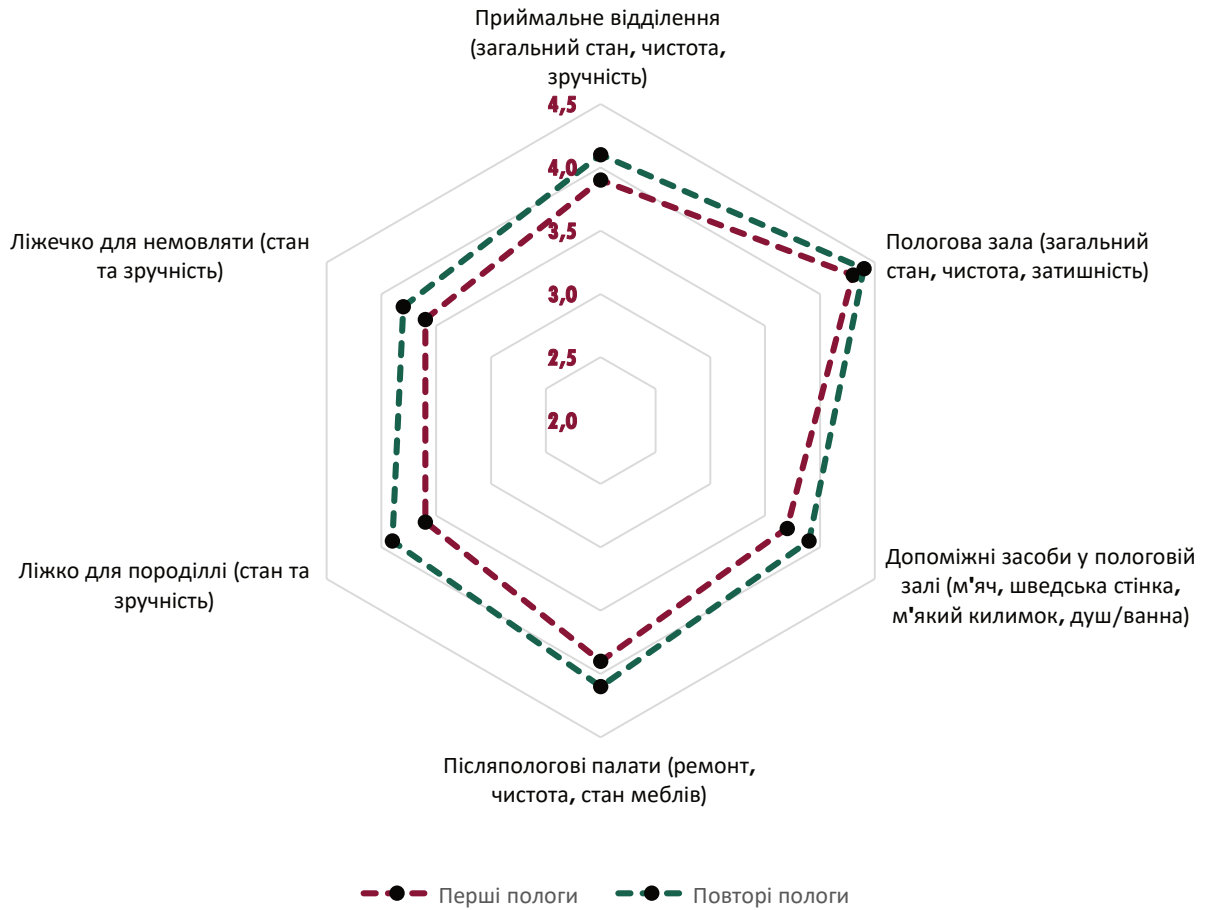
### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від віку



Жінки, які народжували повторно, залишали більш позитивні оцінки свого перебування в закладі охорони здоров'я.

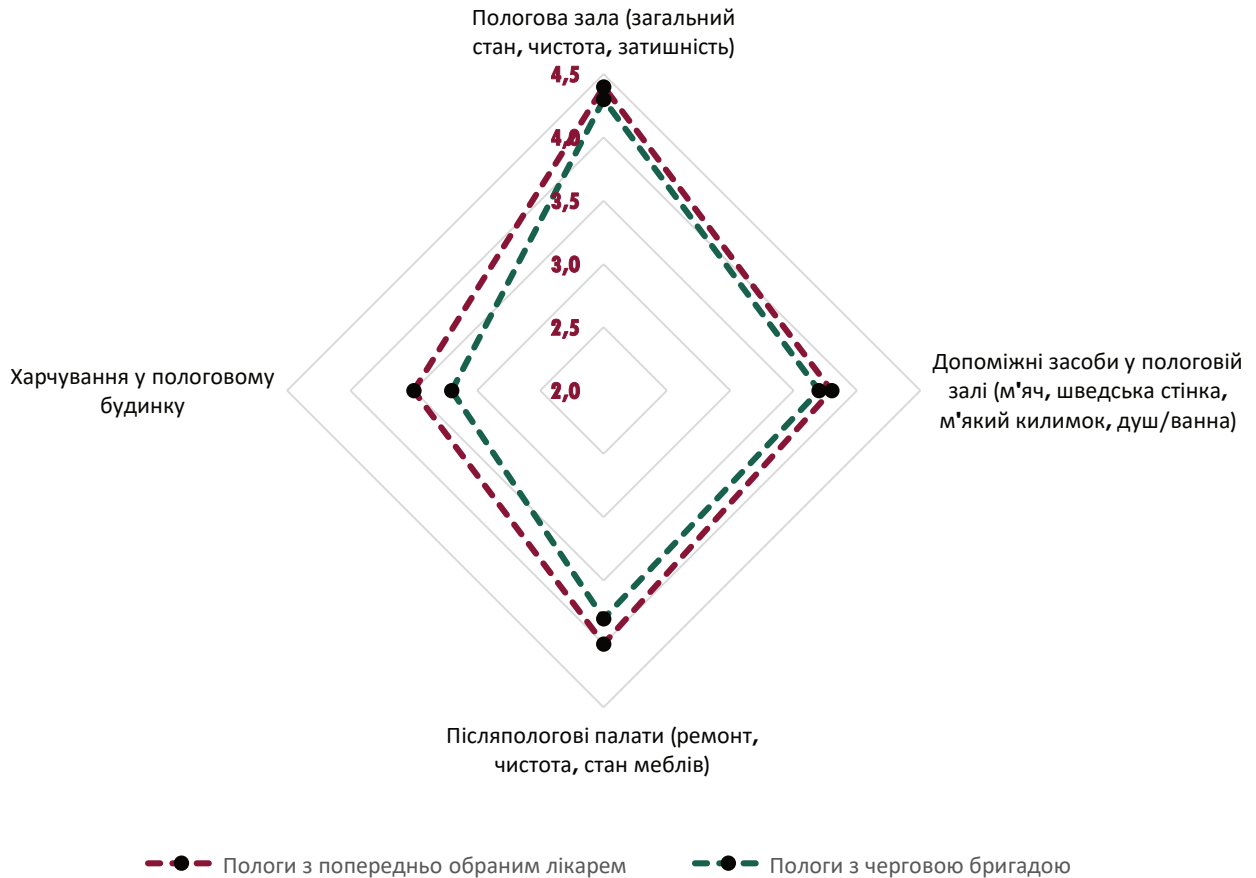


## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попереднього досвіду пологів



Крім того, вищою була задоволеність тих жінок, які народжували за попередньою домовленістю.

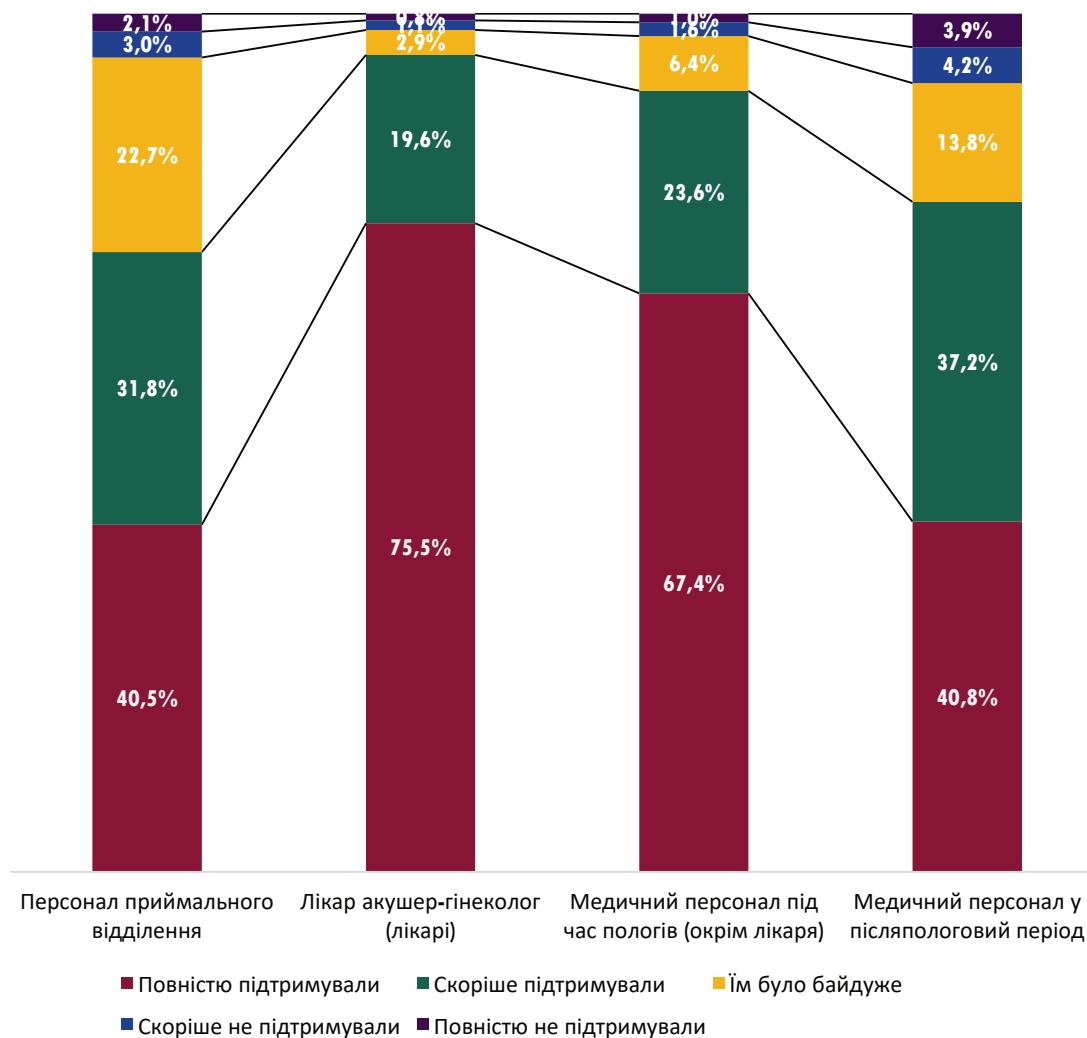
## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

У цілому респондентки оцінювали емоційну підтримку з боку медичного персоналу доволі високо, проте відгуки не є однаковими для всіх категорій медичних працівників. Так, підтримка з боку акушерів-гінекологів та персоналу, що був залучений до самих пологів, оцінювалась значно вище, ніж підтримка з боку персоналу приймального відділення та післяпологового періоду.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=825)

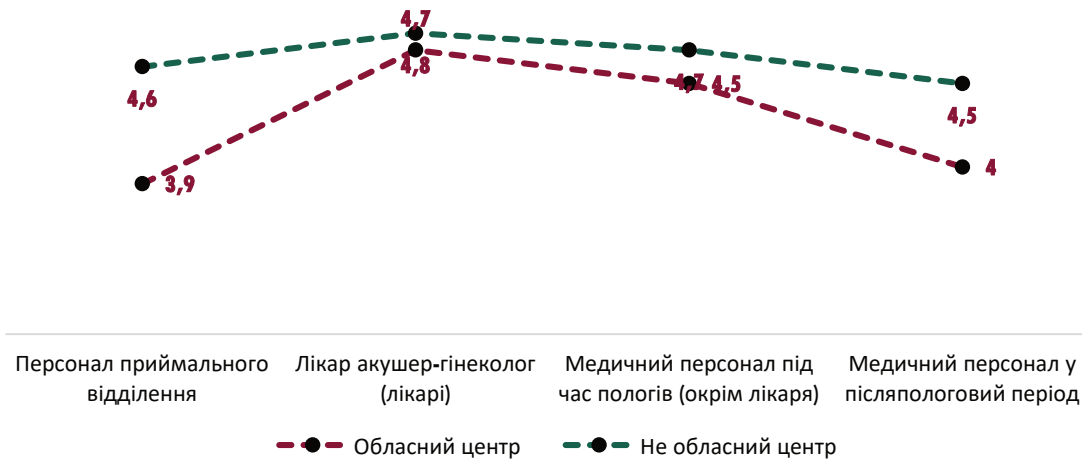


Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Спостерігаємо значущу різницю у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів та в населених пунктах різного розміру, залежно від віку, наявності вищої освіти, того, були пологи першими чи повторними, а також партнерськими чи домовленими. Незначущими були відмінності за змінними терміну вагітності та того, природним шляхом відбулися пологи чи шляхом кесарського розтину.

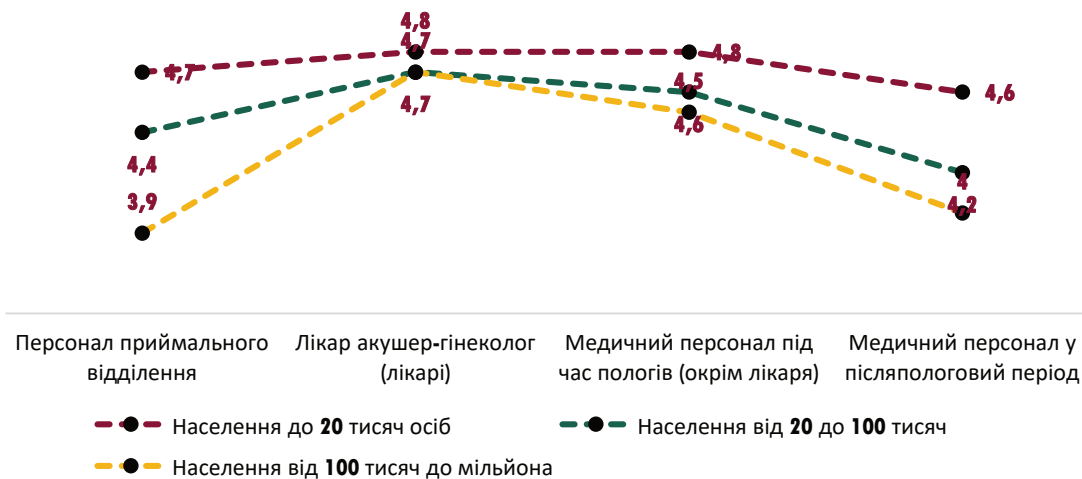
Жінки, які народжували в Тернополі, оцінювали емоційну підтримку медичного персоналу нижче, ніж ті, що народжували в інших населених пунктах області. Більший розрив у оцінці підтримки з боку персоналу приймального відділення та післяпологового періоду вказує на те, що причина може полягати в більшому потоці пацієток, який існує в обласному центрі.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=825)



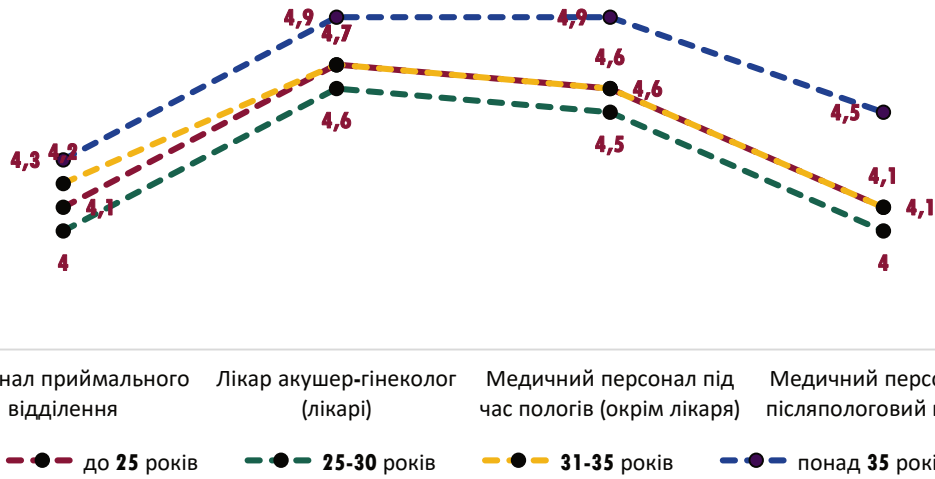
При цьому спостерігається зростання задоволеності отриманою емоційною підтримкою зі зменшенням розміру населеного пункту, що в цілому підтримує висунуту вище гіпотезу.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=825)



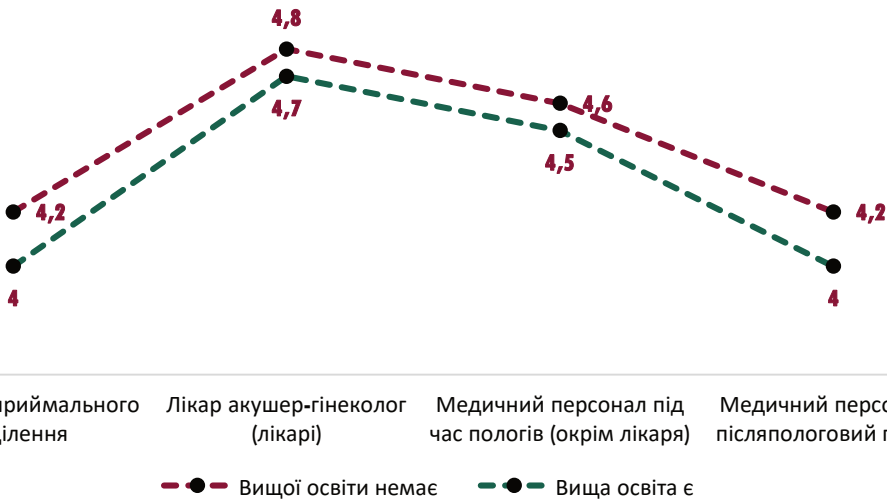
Бачимо з наступного рисунка, що найвищі оцінки залишили жінки найстаршої вікової групи, натомість найнижчі – жінки віком від двадцяти п'яти до тридцяти років.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від віку (N=825)



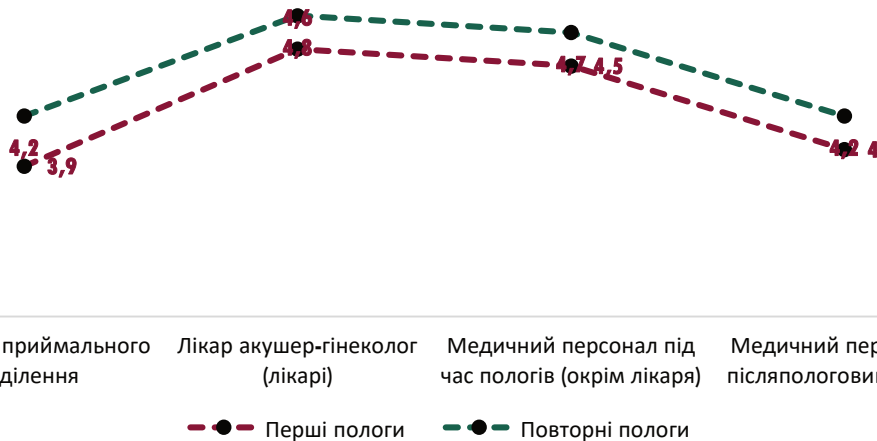
Більш задоволені підтримкою персоналу були жінки, які не мали вищої освіти.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності вищої освіти (N=825)



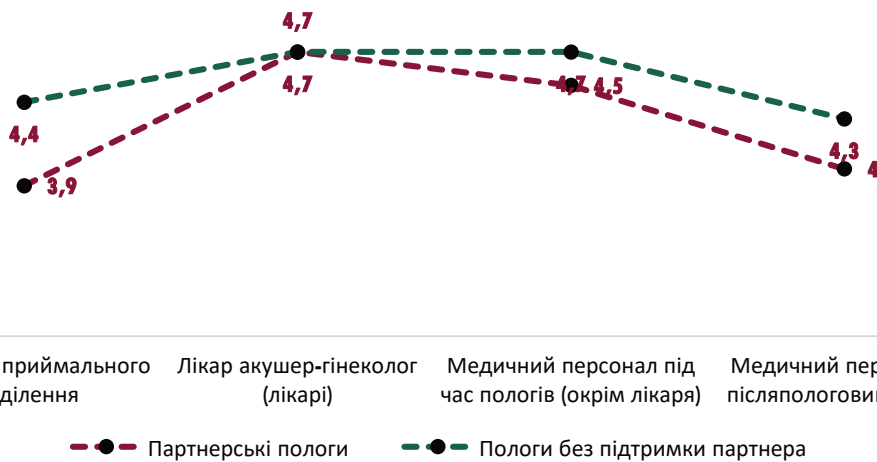
Також вищими були оцінки жінок у повторних пологах.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=825)



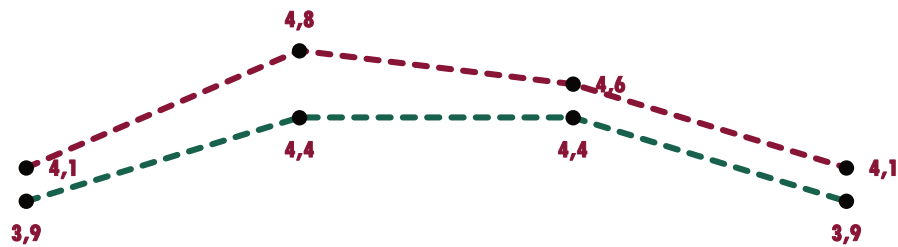
Згідно з графіком нижче, жінки, які народжували самостійно, оцінювали емоційну підтримку з боку медичного персоналу вище, ніж ті, які мали партнерські пологи. Це йде врозріз із загальними тенденціями, описаними в цьому звіті; винятком є лише Львівська область, яка продемонструвала подібний розподіл голосів за змінною емоційної підтримки. Як і у випадку Львівської області, ця ситуація може потенційно пояснюватися двома протилежними сценаріями: або в Тернопільській області систематично гірше ставляться до жінок, які реалізують своє право на партнерські пологи, або, навпаки, персонал ставиться із більшою увагою до тих жінок, які приходять у пологи самі.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=753)



Нарешті, вищими є оцінки емоційної підтримки з боку персоналу тих жінок, які мали договірні пологи, а не народжували з черговою бригадою.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=825)

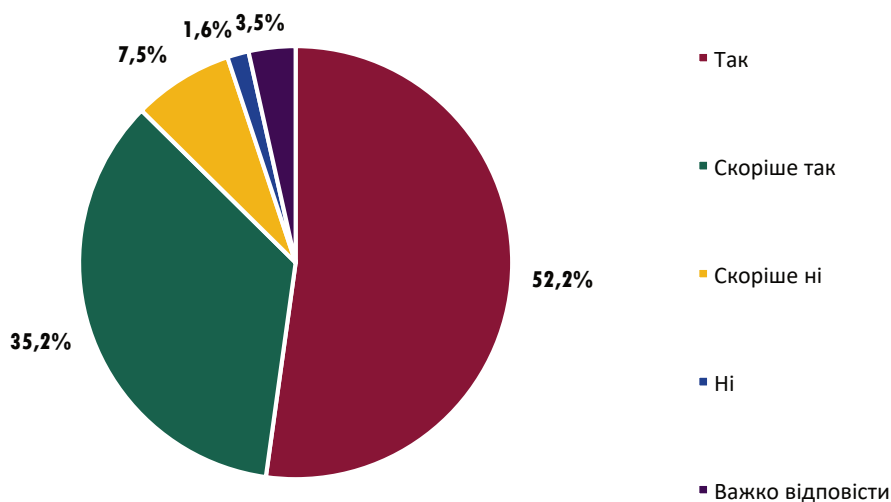


Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

—●— Пологи з попередньо обраним лікарем    —●— Пологи з черговою бригадою

Більшість респонденток (87,4%) зазначила, що в пологах до них ставилися з належною повагою.

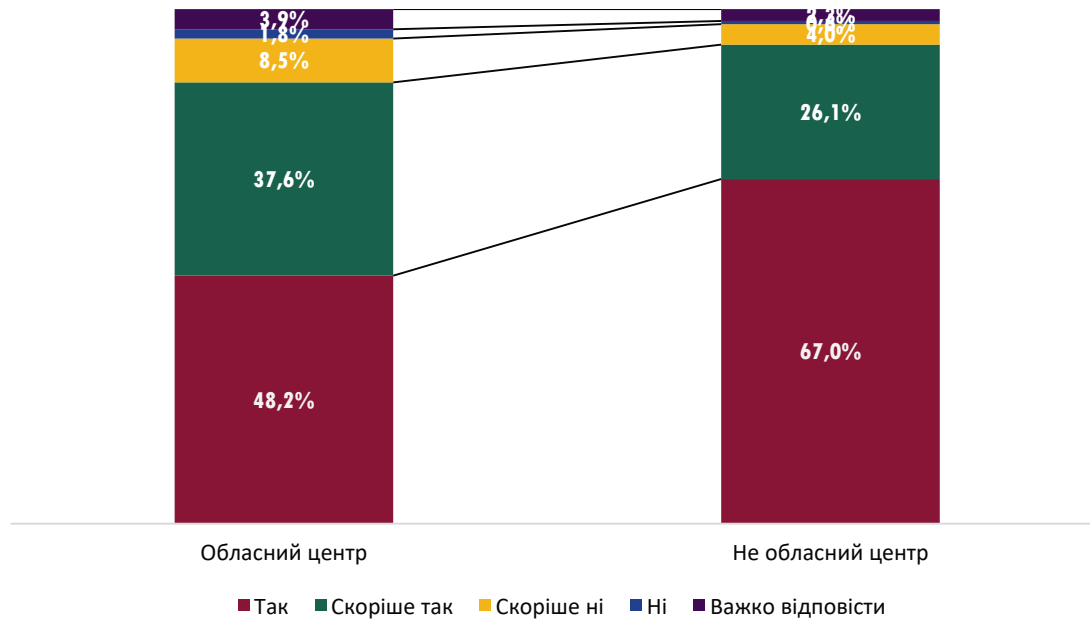
## Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=825)



Бачимо відмінності за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, того, першими чи повторними були пологи, а також того, чи були вони партнерськими та договірними. Несуттєвими були відмінності залежно від віку, наявності вищої освіти, терміну пологів та того, були вони природними чи відбулися шляхом кесарського розтину.

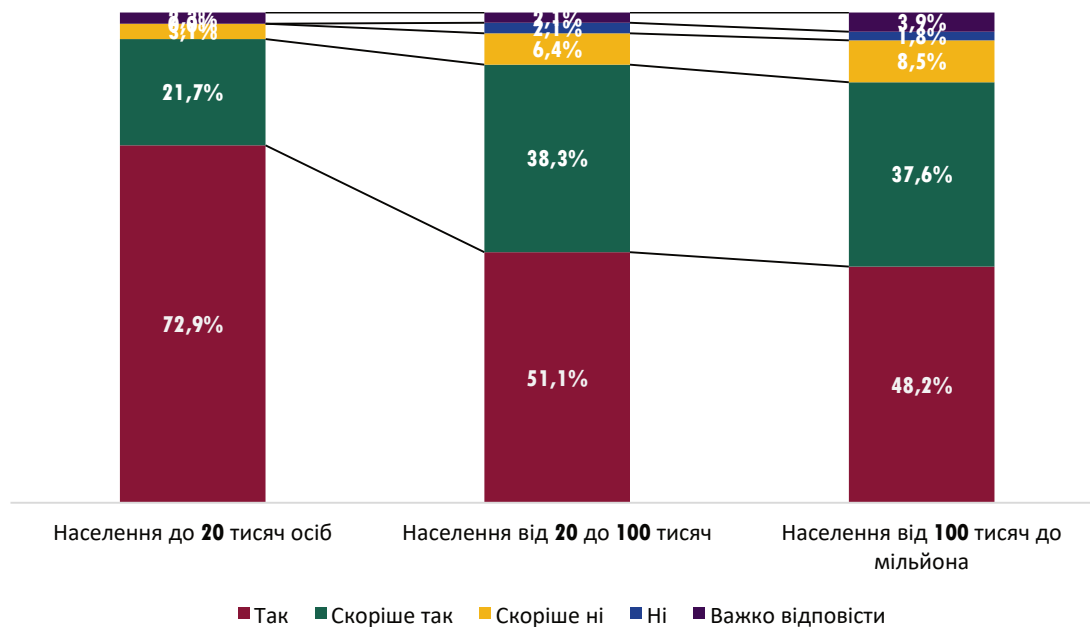
Як демонструє перший рисунок, опитані, що народжували поза обласним центром, зазначали, що персонал ставився до них із повагою, частіше, ніж ті, чий пологи відбулися в Тернополі.

**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=825)**



Бачимо з наступного графіка, що частка повідомлень про неповажне ставлення збільшується зі збільшенням населеного пункту.

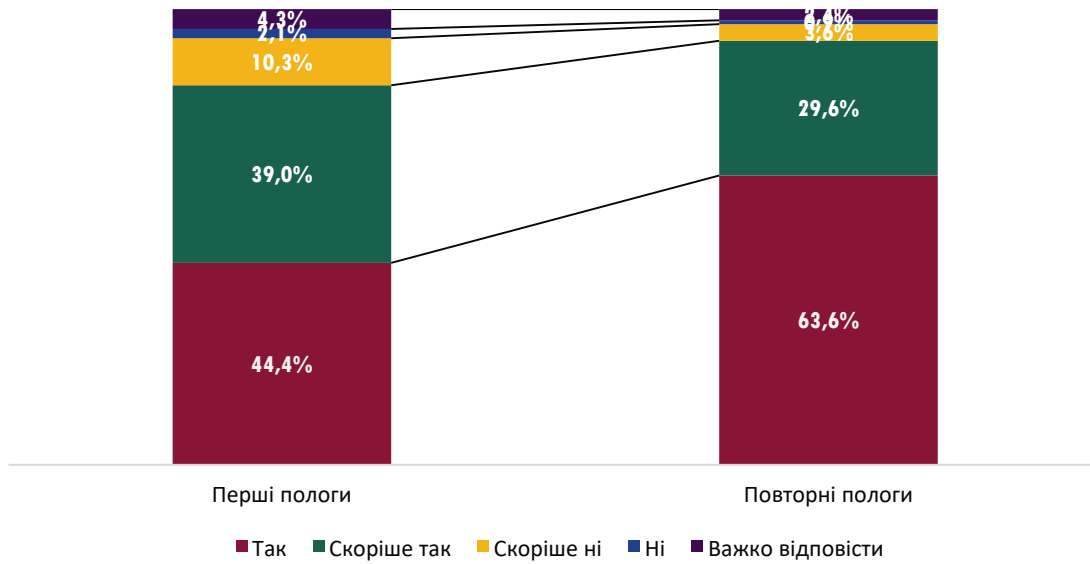
**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від розміру населеного пункту (N=825)**



Жінки в повторних пологах частіше оцінювали ставлення до них персоналу як поважне.

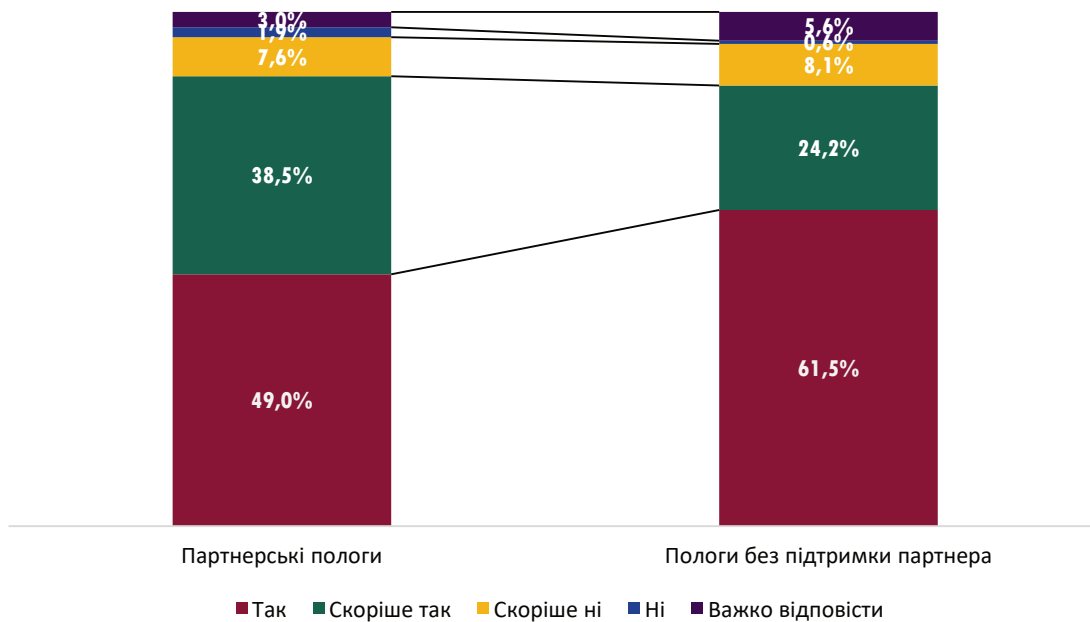


**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=825)**



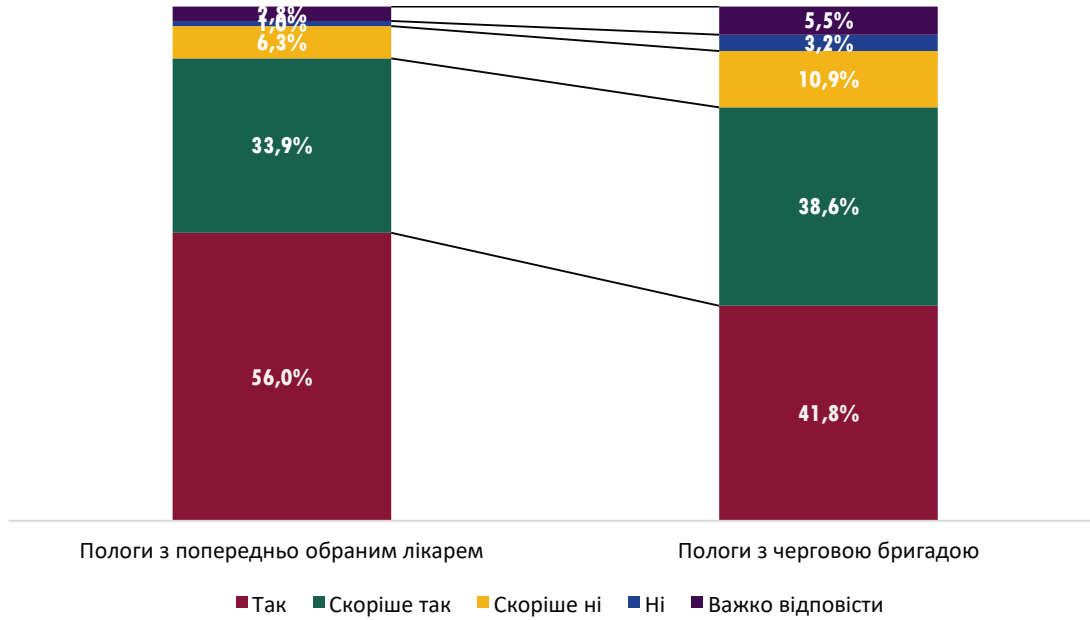
Ті опитувані, які народжували з партнерами, значно частіше відповідали на запитання про повагу в пологах «скоріше так», натомість серед жінок, які народжували самостійно, більша частка тих, що обирали однозначний варіант «так».

**Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності партнерської підтримки (N=753)**



Нарешті, більшою часткою позитивних відгуків щодо поважного ставлення характеризуються договірні пологи.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=825)



Респондентки відгукувалися про дотримання в їхніх пологах приватності та конфіденційності переважно схвально (85,7%).

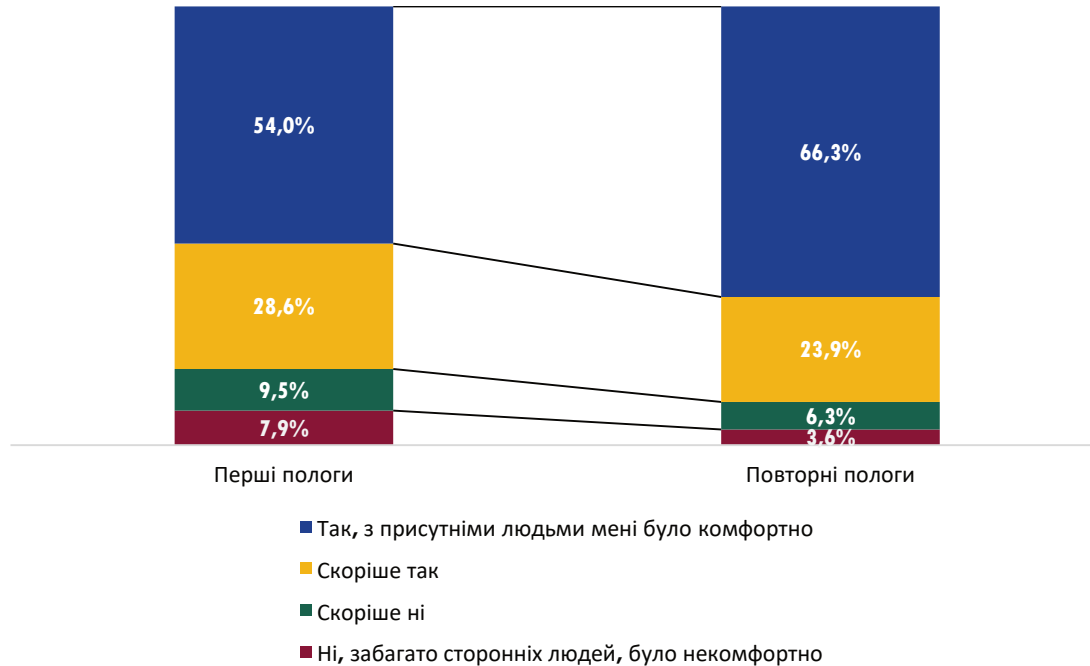
### Приватність та конфіденційність пологів (N=818)



Суттєві відмінності у відповідях прослідковуються за змінними наявності попереднього пологового досвіду, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони договірними. Несуттєвими виявилися фактори обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти, терміну вагітності, а також того, чи були пологи партнерськими.

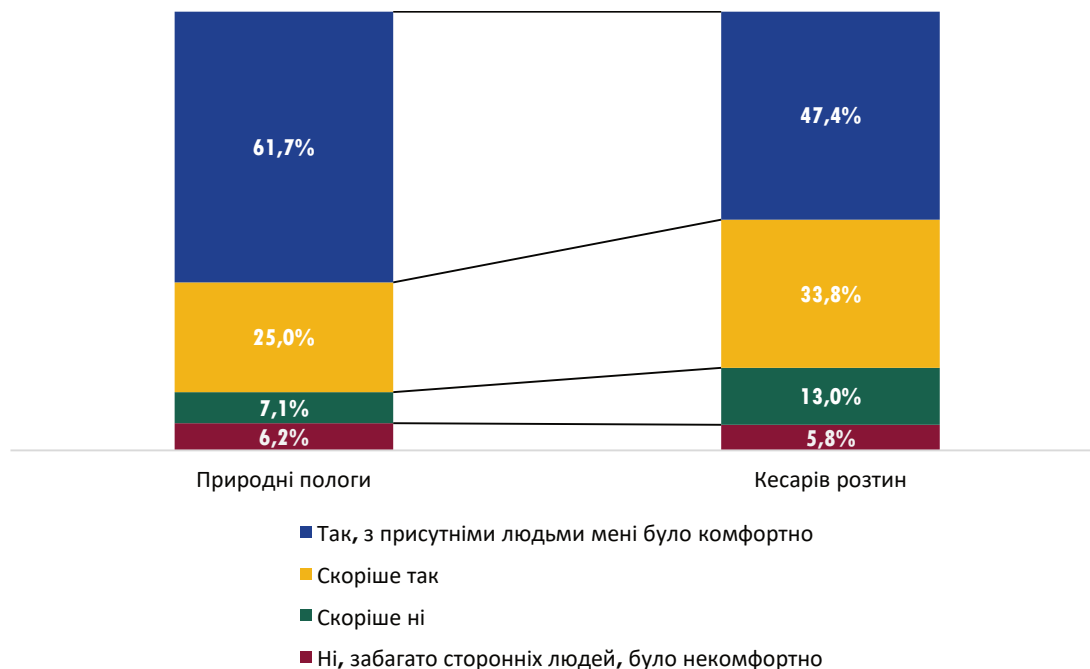
Так, частіше про порушення своєї приватності та конфіденційності в пологах повідомляли жінки, які народжували вперше.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=818)



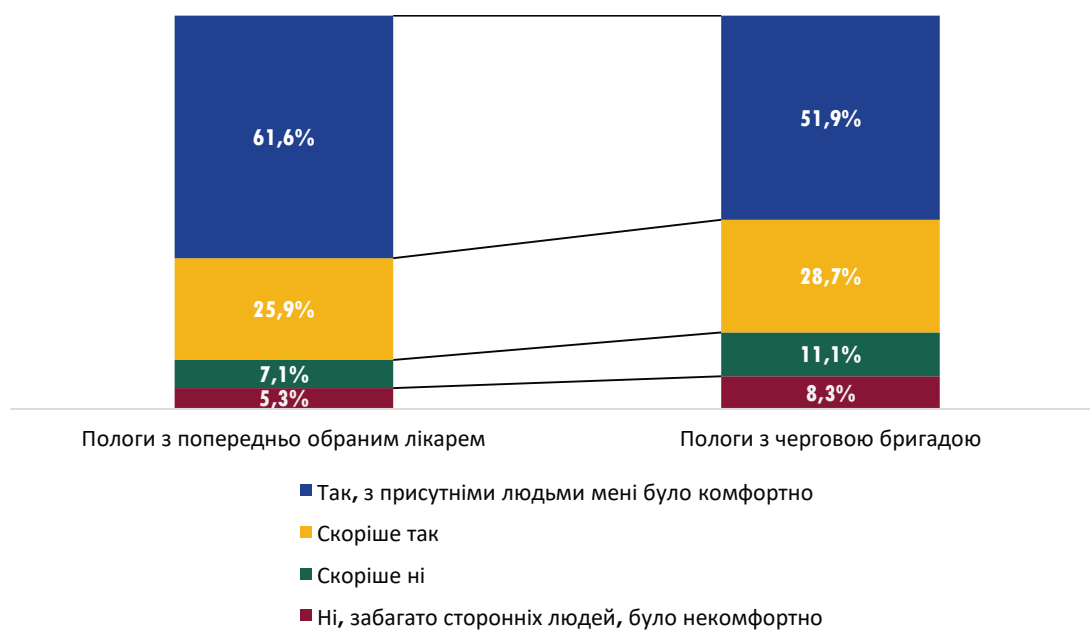
Порушення приватності та конфіденційності також частіше траплялося серед жінок, які мали кесарський розтин.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від типу пологів (N=818)



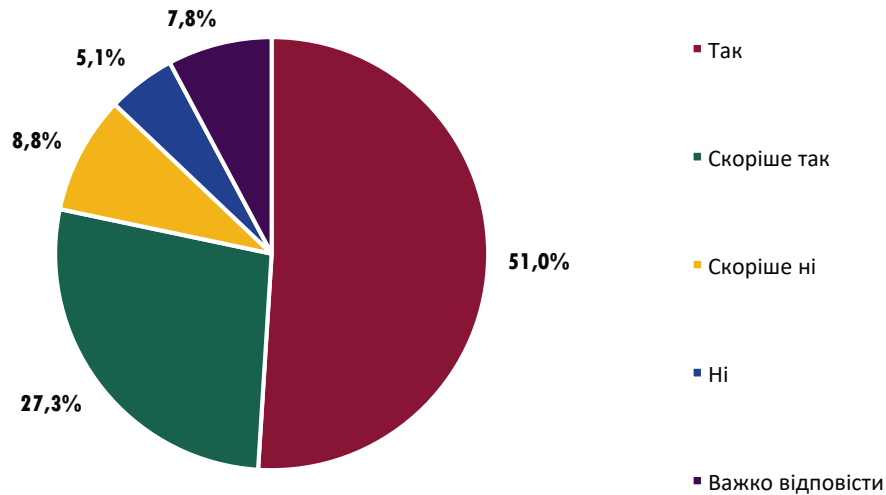
Крім того, про це частіше повідомляли жінки, які народжували з черговою бригадою.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=818)



Три чверті опитаних (78,3%) вказали, що відчували себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

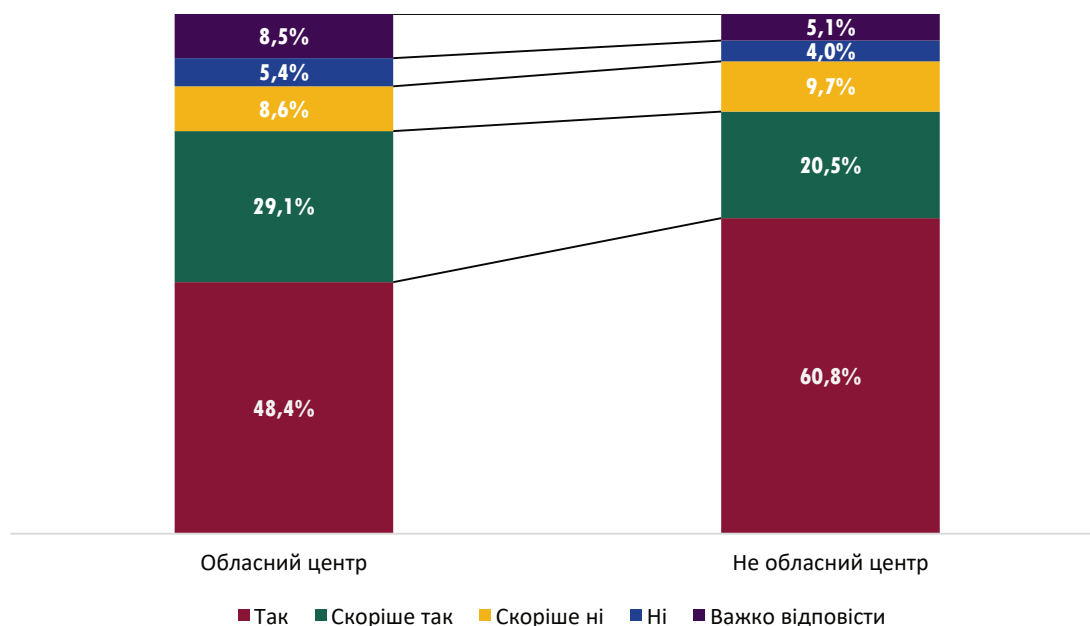
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=825)



Статистично значуща різниця наявна у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з рештою населених пунктів, а також у населених пунктах різних розмірів, залежно від наявності попереднього пологового досвіду, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони договірними. Не було виявлено різниці у відповідях жінок різного віку, з наявною та відсутньою вищою освітою, які народжували з партнерами та самі.

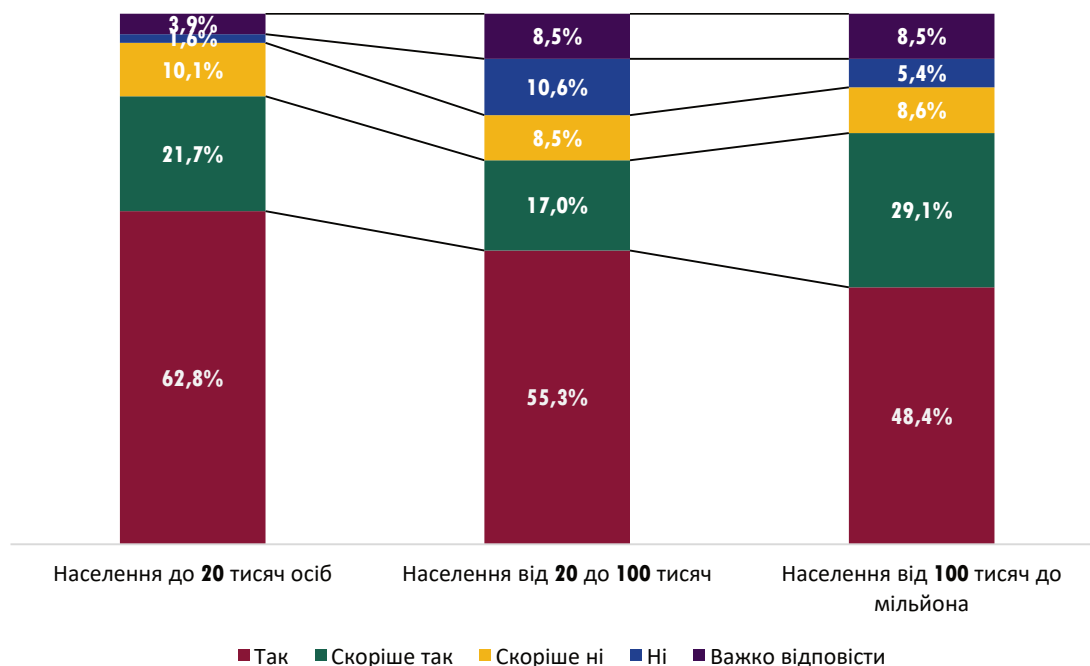
Бачимо, що жінки, які народжували поза обласним центром, дещо частіше давали однозначно позитивну відповідь на те, чи були вони активними учасницями своїх пологів.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів  
залежно від обласного статусу населеного пункту  
(N=825)**



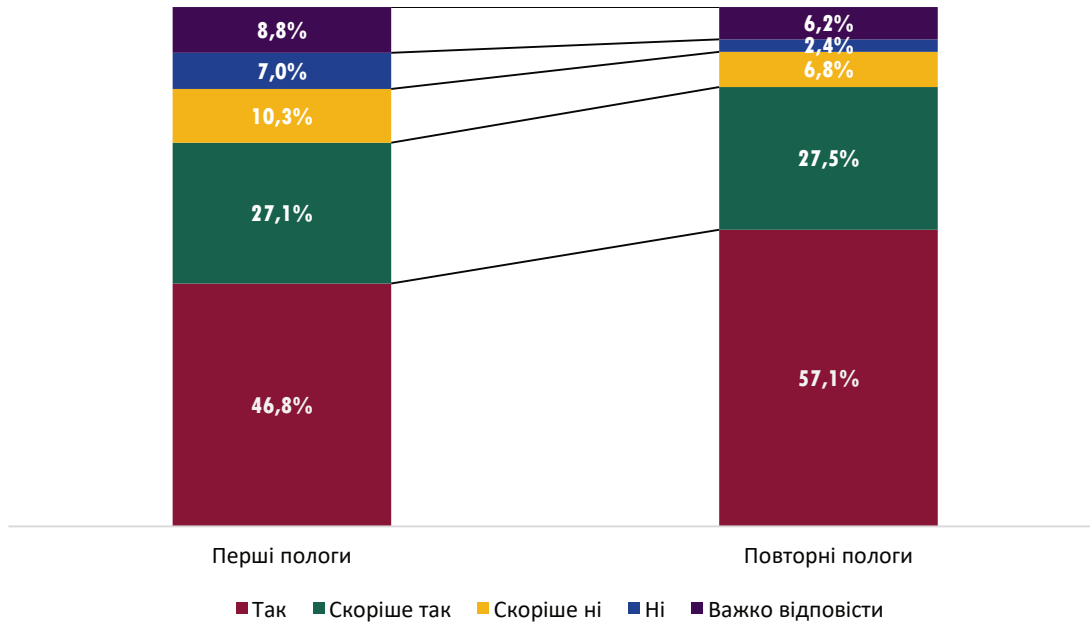
Наступний рисунок демонструє зменшення частки відповідей «так» зі збільшенням розміру населеного пункту, проте при цьому найбільше негативних відповідей спостерігається в населених пунктах розміром від двадцяти до ста тисяч осіб.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів  
залежно від розміру населеного пункту (N=825)**



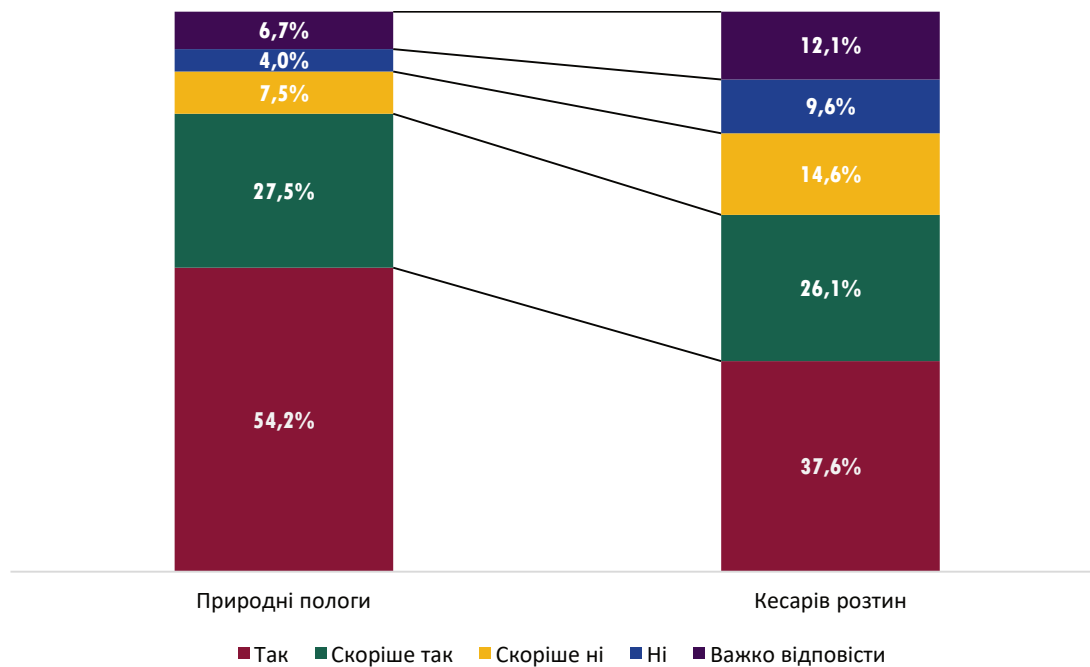
Опитані, які вже мали попередній пологовий досвід, вказували, що відчували свою активну роль у пологах, частіше, ніж ті, що народжували вперше.

**Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=825)**



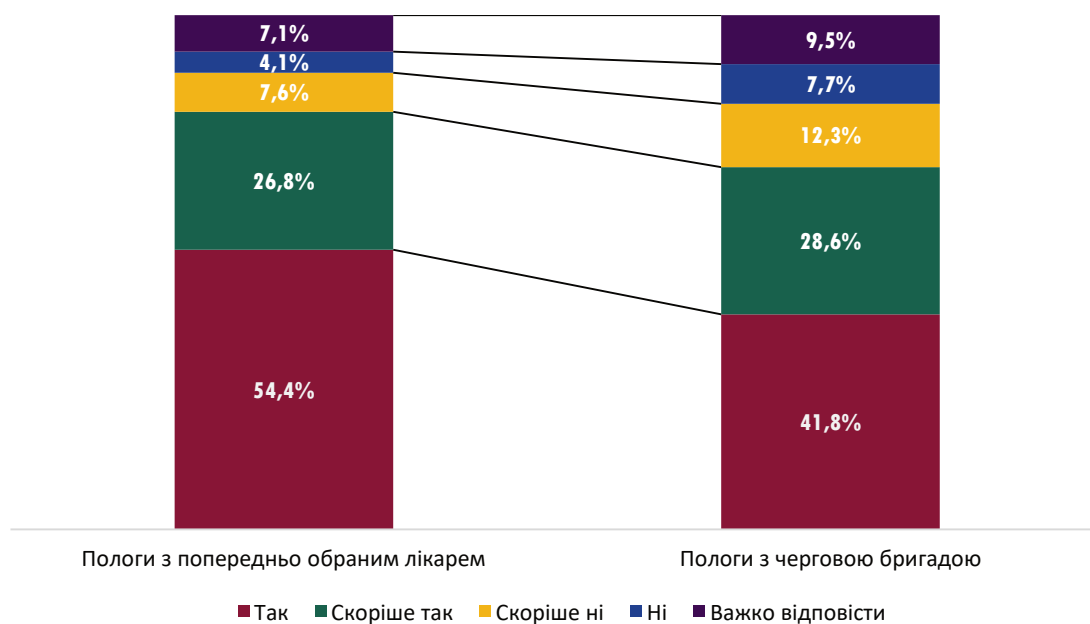
Ті респондентки, які мали кесарський розтин, цілком очікувано почувалися активними учасницями процесу пологів рідше.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від типу пологів (N=825)



Крім того, більшу залученість відчували жінки, які народжували за домовленістю з попередньо обраним лікарем.

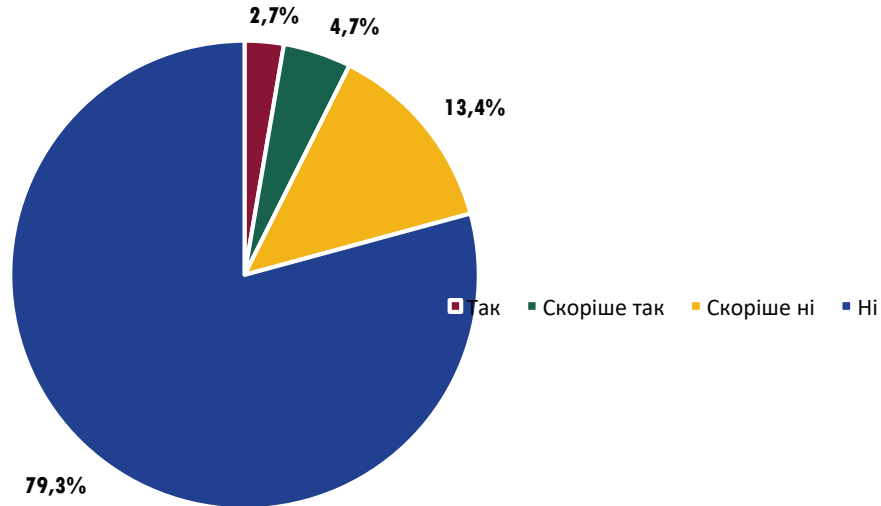
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=825)





Лише 7,4% опитаних вказали, що в пологах на них чинили психологічний тиск або залякували. Це найнижчий показник серед усіх восьми досліджуваних областей.

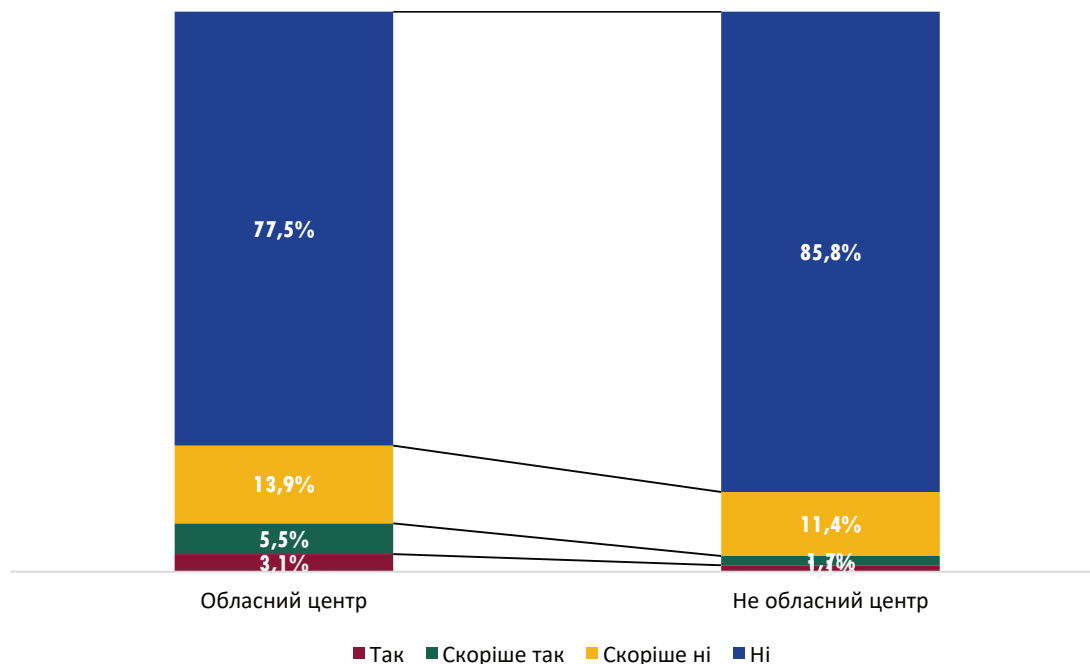
### Психологічний тиск чи залякування (N=816)



Значні відмінності у відповідях наявні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, попереднього пологового досвіду, терміну вагітності та домовленості про пологи з певним лікарем. Несуттєвими були відмінності у відповідях за змінними вікової групи, вищої освіти, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

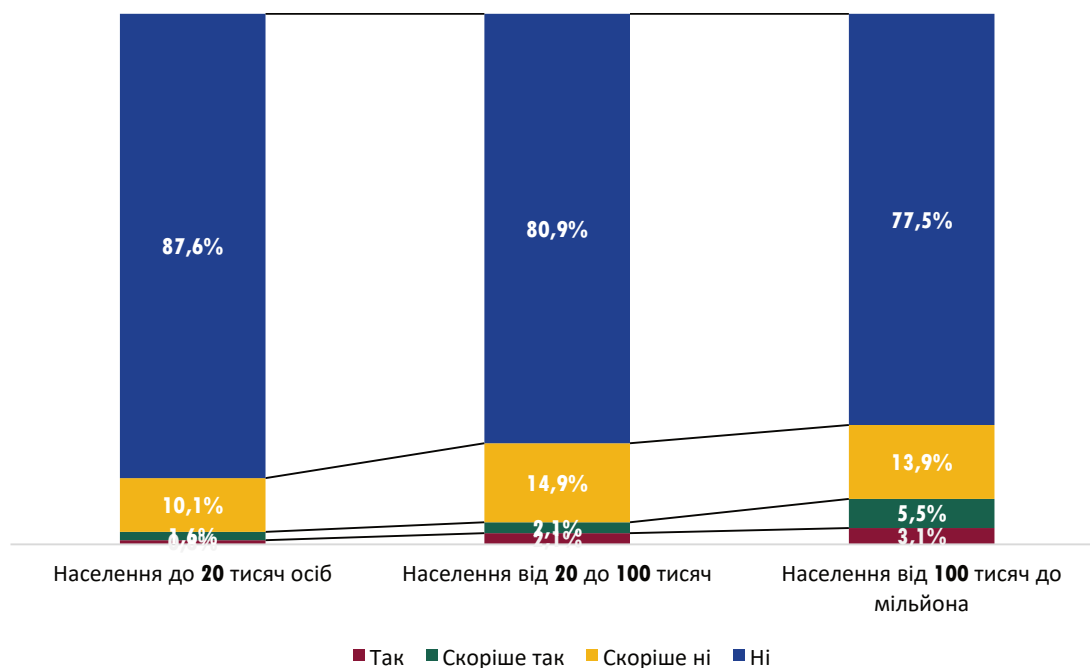
Бачимо на першому рисунку, що жінки, які народжували в Тернополі, повідомляли про тиск чи залякування дещо частіше, ніж решта.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від обласного статусу населеного пункту (N=816)



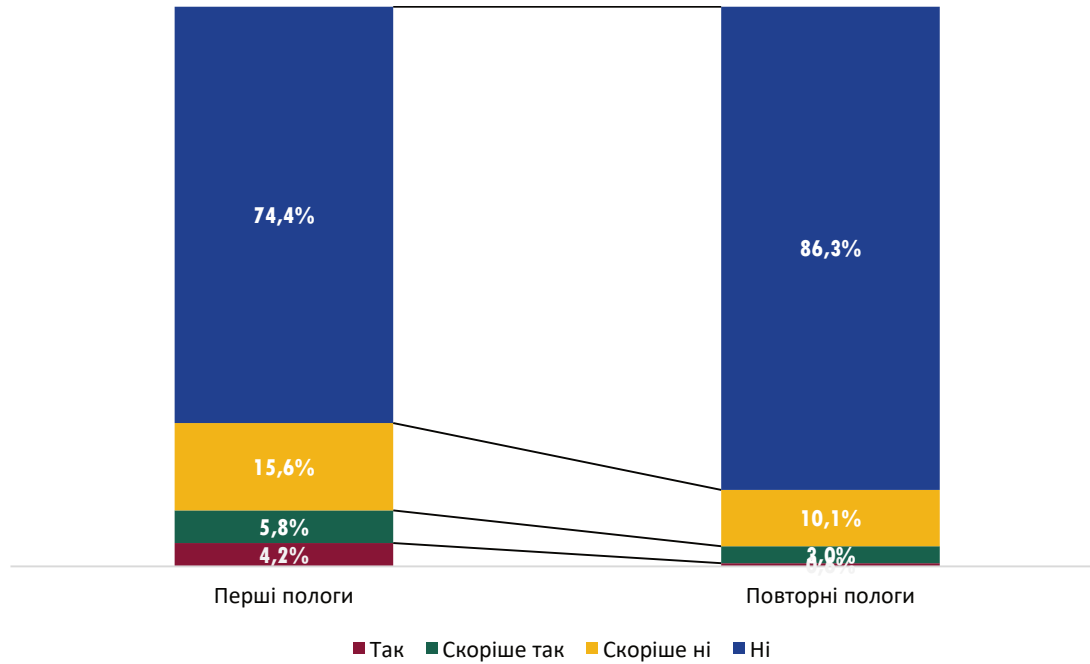
Попри малу кількість жінок, що зазнали в пологах психологічного тиску чи залякування, бачимо, що їхня частка, а також частка тих, що відповіли «скоріше ні», збільшується зі збільшенням розміру населеного пункту, що свідчить про певну тенденційність.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від розміру населеного пункту (N=816)



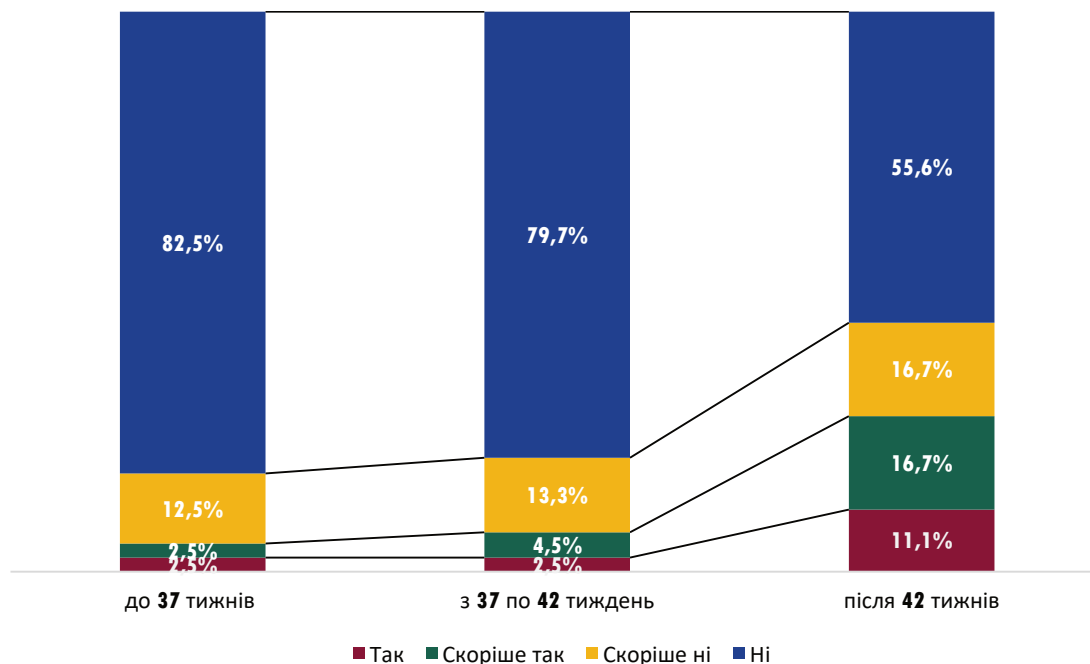
Жінки в перших пологах повідомляли про тиск чи залякування дещо частіше та були менш схильні однозначно заперечувати ці явища.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=816)



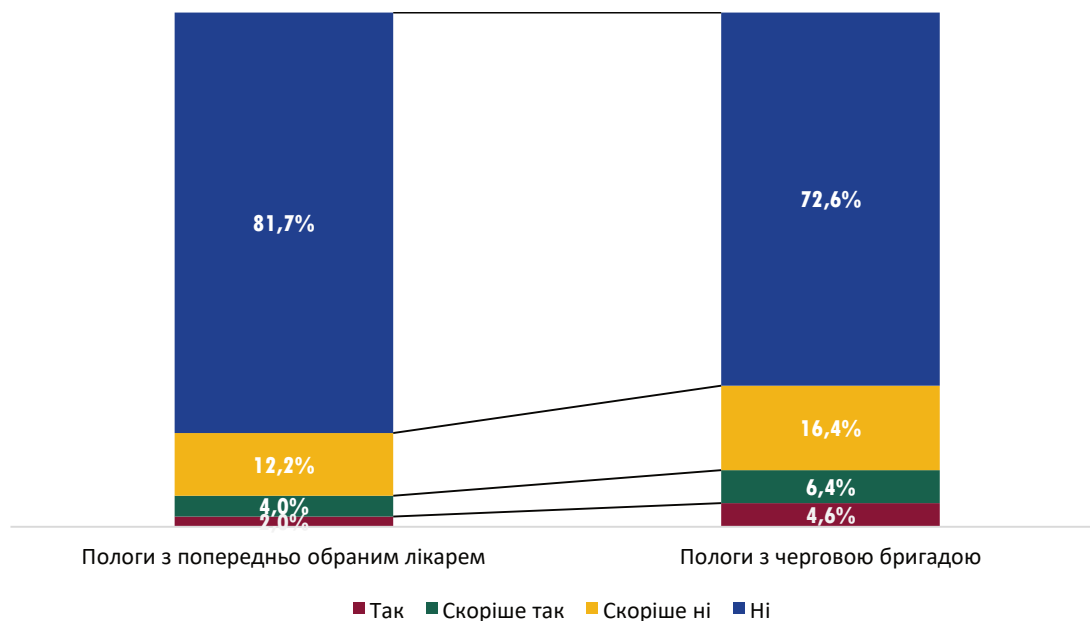
До відмінностей у контексті змінної «термін вагітності» слід ставитися з певною обережністю з огляду на малонаповненість категорій «до 37» та «після 42 тижня»; утім, бачимо, що жінки, які народжували після 42 тижня вагітності, були схильні повідомляти про тиск або залякування в пологах частіше.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від терміну пологів (N=816)



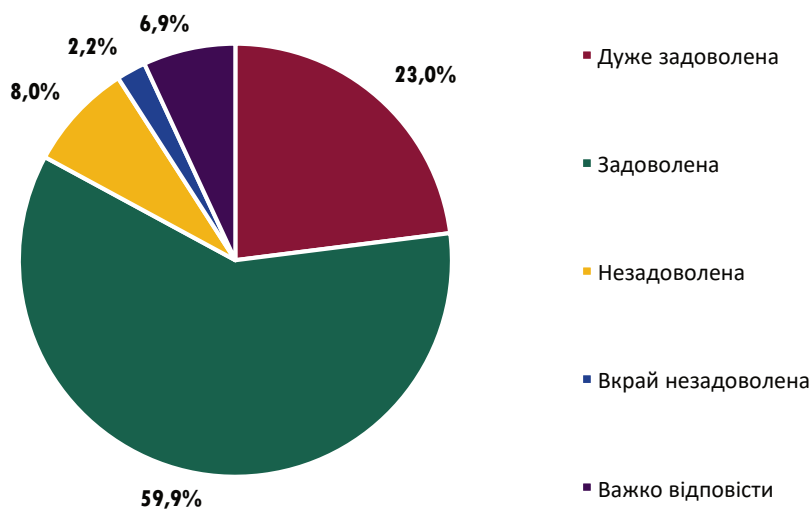
Нарешті, дещо частіше про це повідомляли жінки, які народжували з черговою бригадою, а не за домовленістю.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=816)



Більшість опитаних жінок (82,9%) були задоволені доглядом, який вони отримали в пологовому будинку.

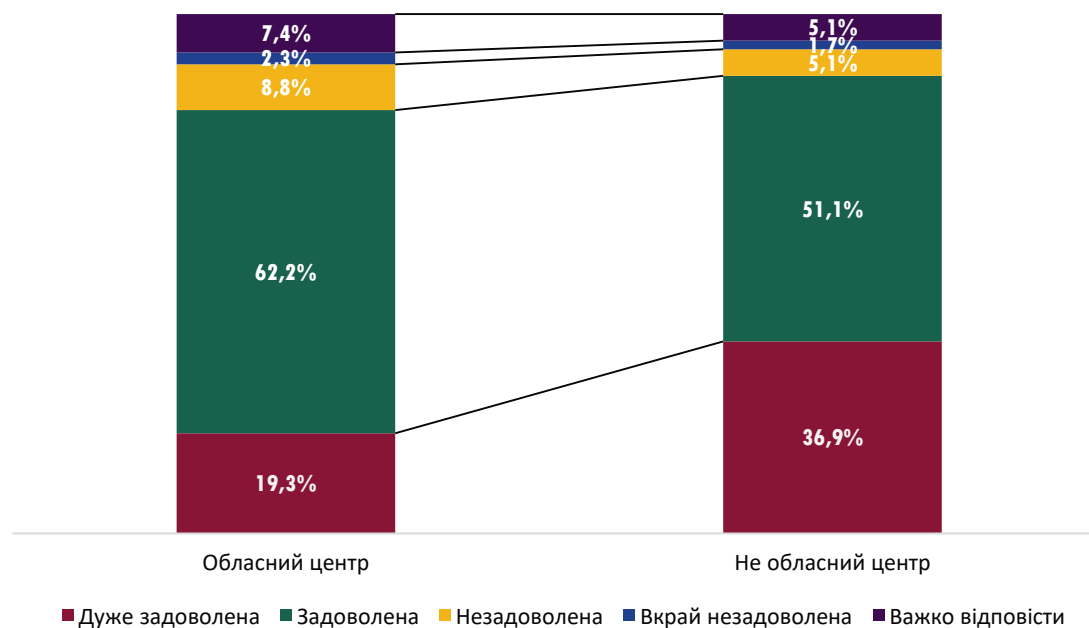
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=825)



Суттєві відмінності спостерігаються за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, партнерських пологів та домовленості. Не було виявлено значних відмінностей за змінними віку, наявності вищої освіти, терміну вагітності та того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину.

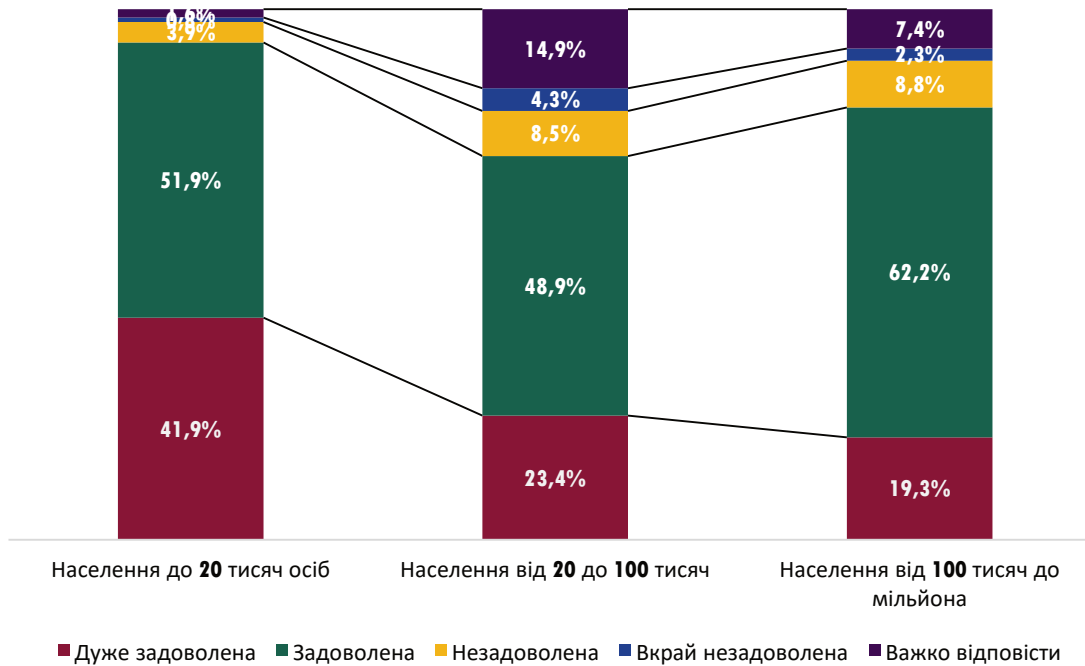
Бачимо з рисунка, що респондентки, чії пологи відбулися поза обласним центром, були в цілому більш задоволені отриманим доглядом.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від обласного статусу населеного пункту (N=825)



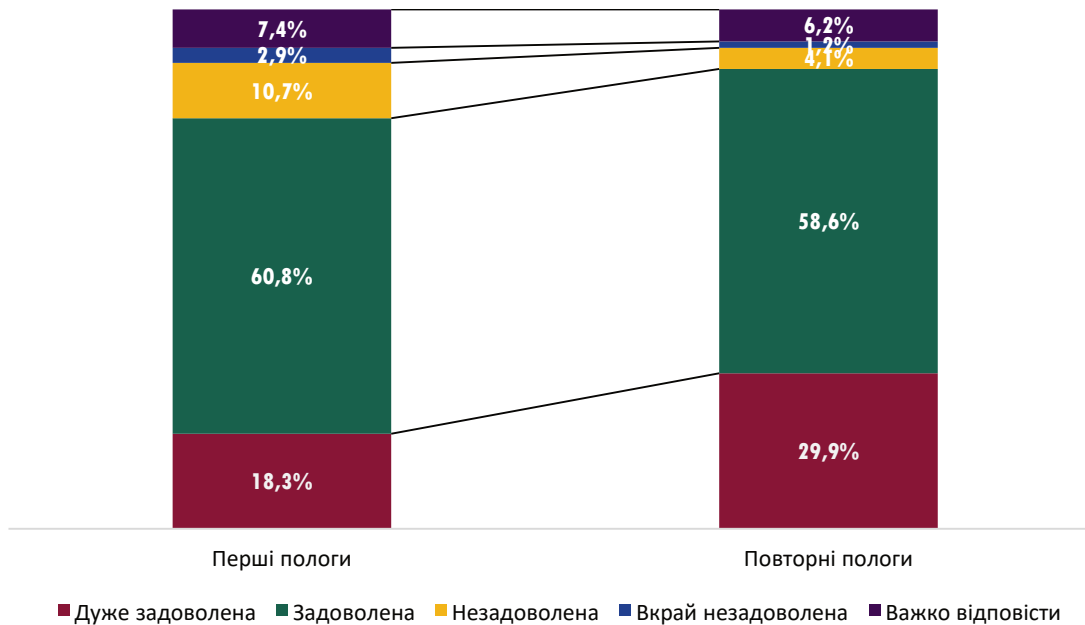
При цьому найбільш задоволеними були опитані в найменших населених пунктах, а найменш – респондентки з населених пунктів розміром від двадцяти до ста тисяч осіб населення.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від розміру населеного пункту (N=825)



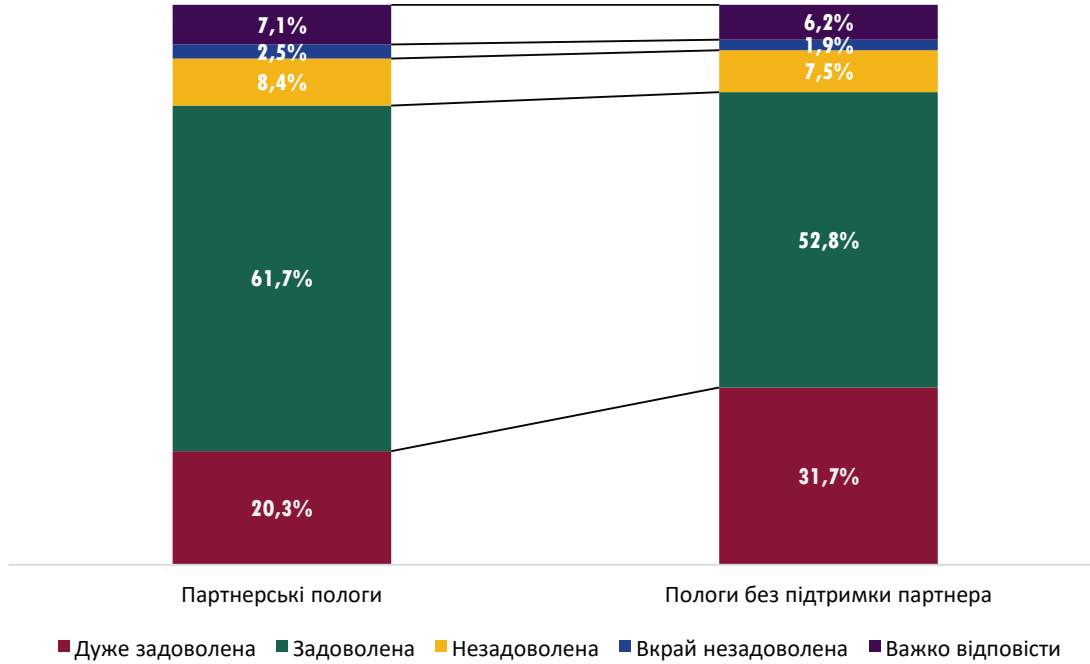
Більшу задоволеність доглядом демонстрували жінки в повторних пологах.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=825)



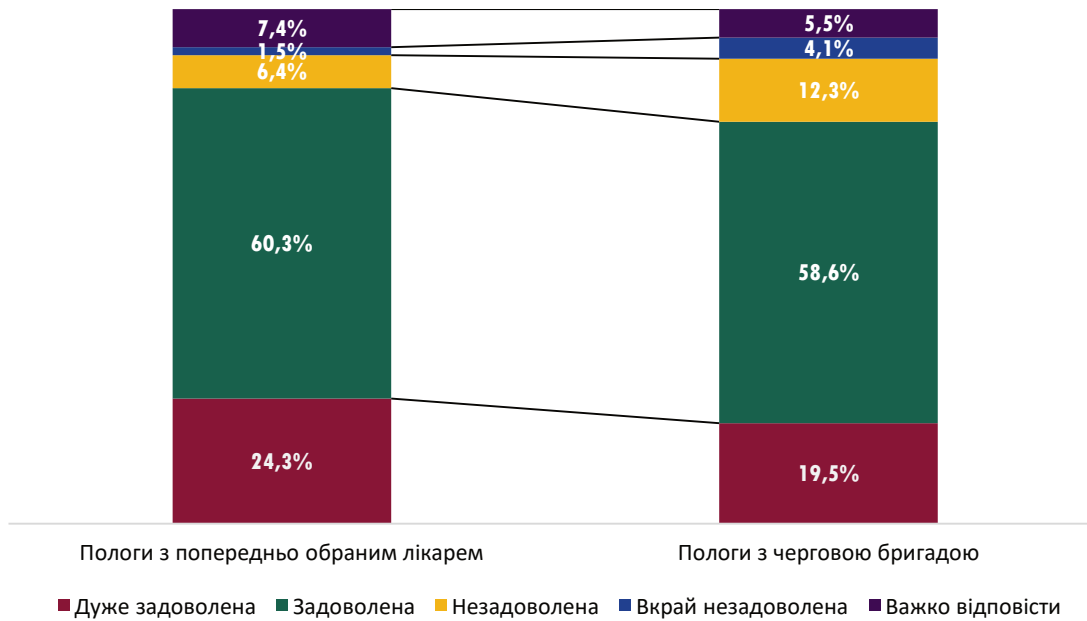
Попри те, що пропорція задоволених і незадоволених доглядом у пологовому серед жінок, які народжували самі та з партнерами, є в цілому однаковою, бачимо з рисунка, що перші були дещо більш схильні давати однозначно позитивну відповідь («дуже задоволена»).

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від терміну пологів (N=753)



Нарешті, були більш задоволені ті жінки, чиї пологи відбулися з попередньо обраним лікарем, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

**Задоволеність доглядом у пологовому будинку  
залежно від наявності попередньої домовленості про  
пологи з певним лікарем (N=825)**





### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (81%) народила природним шляхом, 19% – шляхом кесаревого розтину.

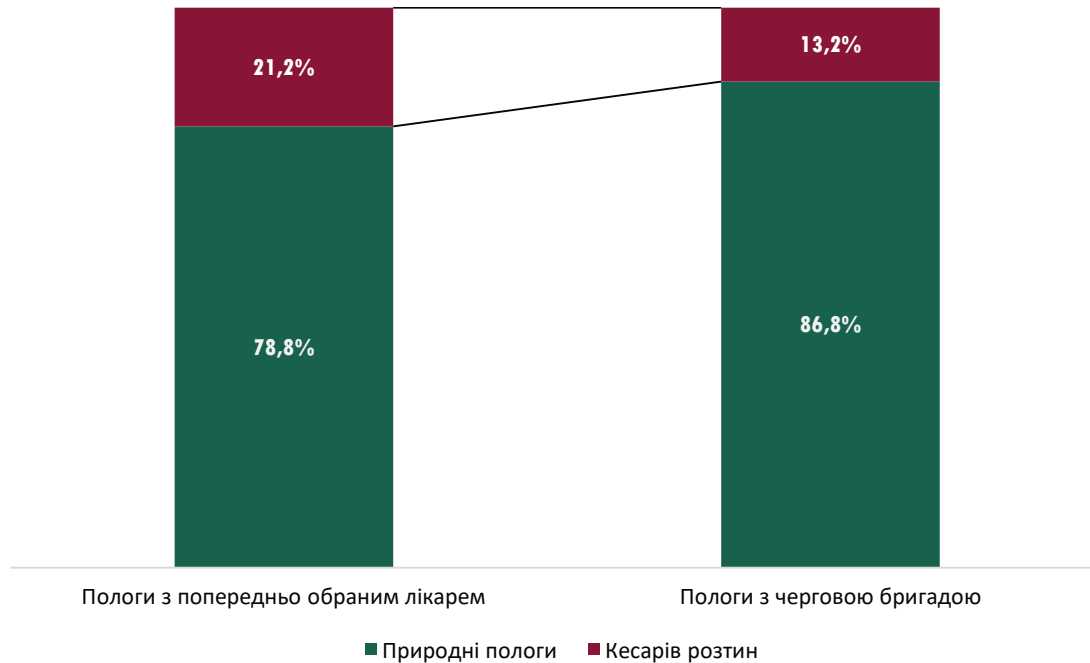
Спостерігаємо статистично значущу різницю у відповідях жінок, які народжували самостійно та в присутності партнерів і з черговою бригадою та за попередньою домовленістю. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, а також терміну вагітності.

Як демонструє перший рисунок, жінки, які народжували самостійно, мали кесарський розтин дещо частіше, ніж ті, які народжували з партнером або партнерами. Можемо припустити, що це принаймні частково пояснюється часткою запланованих кесарських розтинів, під час яких не передбачена присутність партнера.



Подібним чином – запланованими операціями – може пояснюватися і вища частка кесарських розтинів серед опитаних, які народжували за домовленістю.

### Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=825)



Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 77,1%, у випадку 25,3% вони були викликані штучно, при цьому 22,2% не знали причину стимуляції (найнижче значення). У решті 77,8% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

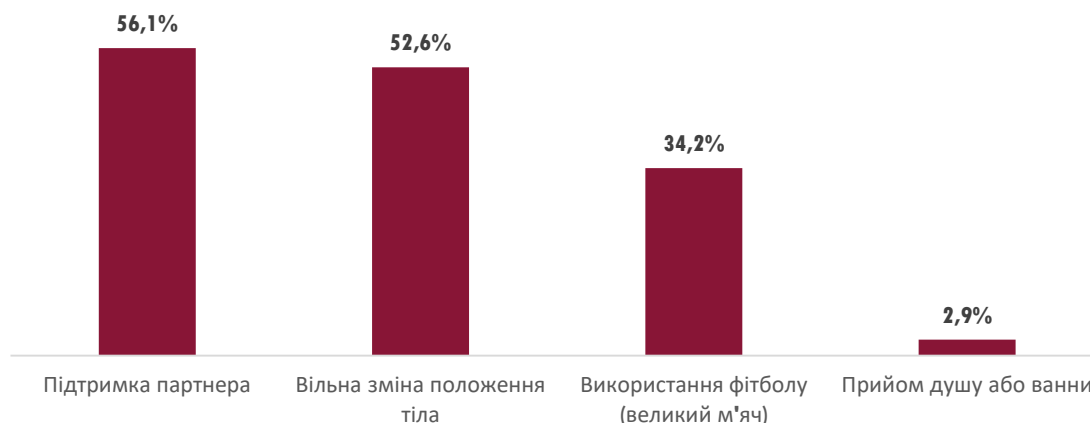
Попередньо запланованими були 54,8% кесарських розтинів, решта 45,2% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів.

Більшість запланованих кесарських розтинів (83,7%) відбулися до початку перейм (з них 86,1% — за медичними показаннями, 13,9% — за особистим бажанням жінки), інші 16,3% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 64,8% розпочалися самі, початок решти 35,2% був стимульований штучно: у випадку 80% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 20% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

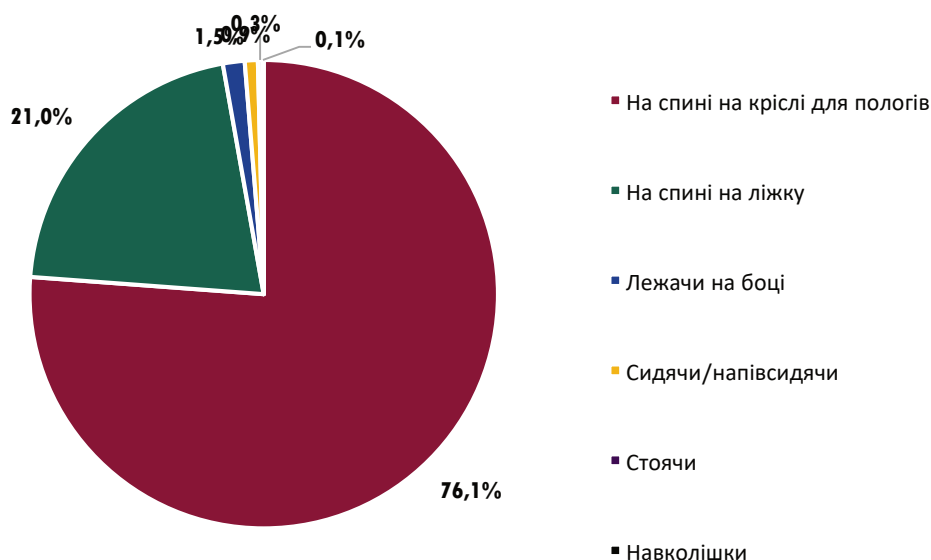
Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували партнерську підтримку (56,1%) та вільну зміну положення тіла (52,6%). Значно менше згадували використання фітболу (34,2%), ще рідше – прийом душу або ванни (2,9%).

### Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=825)



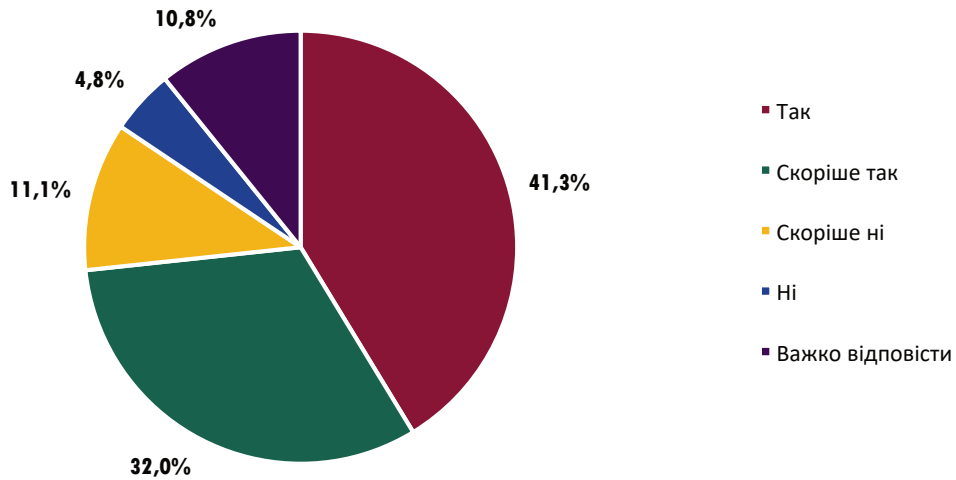
Абсолютна більшість жінок (97,1%) зазначила, що народжувала на спині: 76,1% – на кріслі для пологів, 21% – на ліжку. Лише одиниці народжували, лежачи на боці (1,5%), сидячи чи напівсидячи (0,9%), стоячи (0,3%) чи навколішки (0,1%).

### Положення в момент народження дитини (N=670)



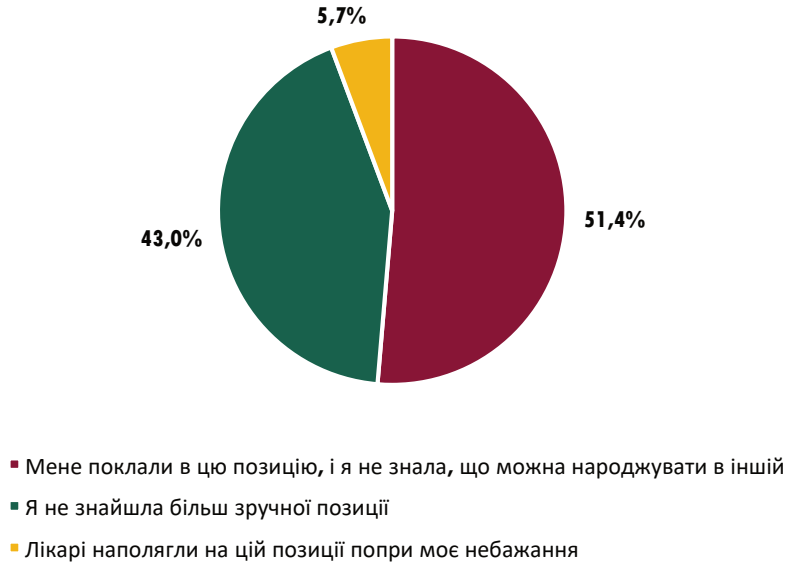
Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 73,3% респонденток, незручною або скоріше незручною – 15,9%; ще 10,8% було важко відповісти на це запитання.

### Зручність положення в момент народження дитини (N=668)



Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (51,4%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (43%). У випадку 5,7% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

### Причина народження в незручній позиції (N=512)



Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 53,6% випадків, решта опитаних (46,4%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

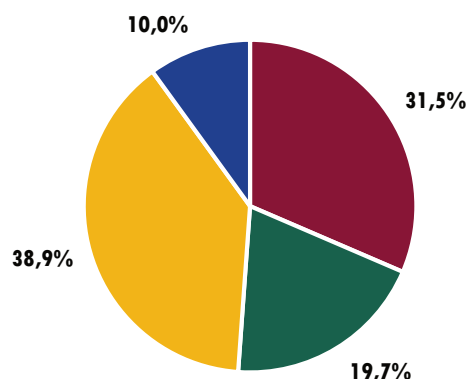
Понад половина респонденток (51,2%) повідомила, що в їхніх пологах було застосовано амніотомію, причому у випадку 38,4% маніпуляція здійснювалась без пояснень та згоди – це найвищий показник серед досліджуваних областей.

Було виявлено статистично значущі відмінності у відповідях респонденток, які народжували на різних термінах вагітності, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, з партнерами та самостійно, за домовленістю та з черговою бригадою. Відповідно, не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду.

Так, бачимо, що частка повідомлень про застосування в пологах амніотомії зростає зі збільшенням терміну вагітності.

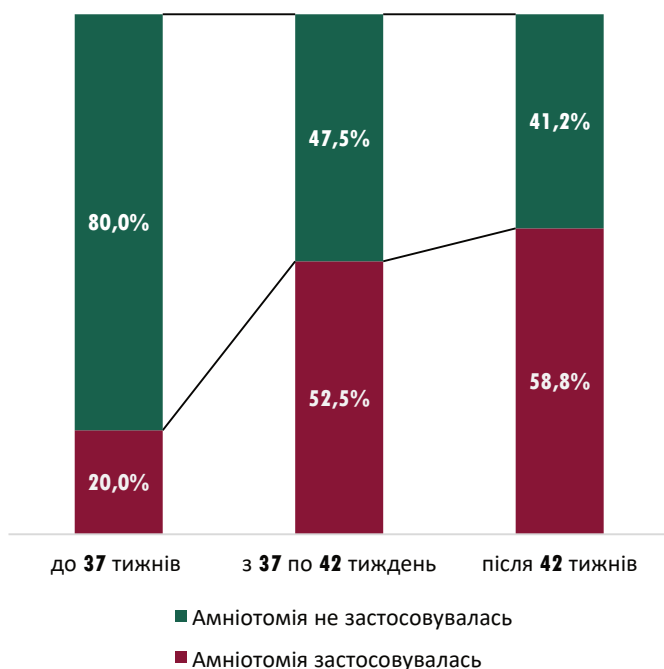
Також вищою є частка повідомлень про це втручання серед жінок, які мали природні пологи, а не кесарський розтин.

### Застосування амніотомії (N=753)

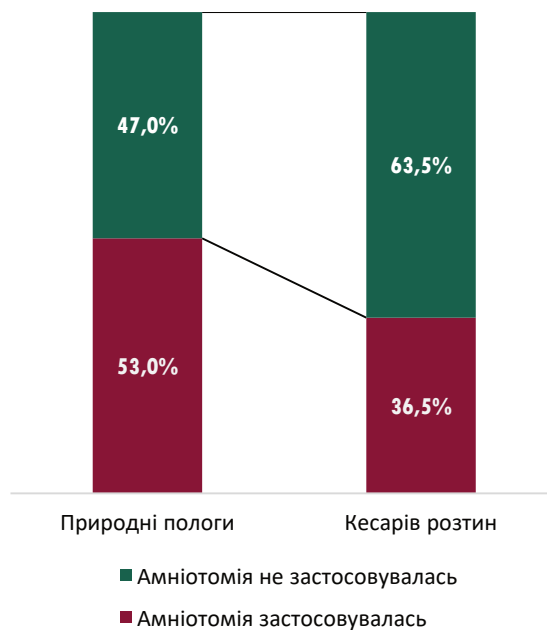


- Так, надавши пояснення та отримавши мою згоду
- Так, без пояснень та моєї згоди
- Ні, не застосовував
- Не знаю

### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=753)



### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=753)



Ті опитані, чиї пологи були партнерськими, згадували про застосування амніотомії дещо частіше, ніж ті, що народжували самі.

Врешті, дещо частіше про подібні втручання повідомляли жінки, які мали договірні пологи, а не народжували з черговою бригадою.

### Застосування амніотомії залежно від наявності партнерської підтримки (N=753)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=753)



Понад половина (68,2%) респонденток вказали, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, причому у випадку 21,1% це здійснювалось без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

Статистично значущими були відмінності у відповідях респонденток за змінними розміру населеного пункту, віку, наявності попереднього пологового досвіду, типу пологів, а також партнерських пологів. Відповідно, не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, вищої освіти, терміну вагітності та договірних пологів.

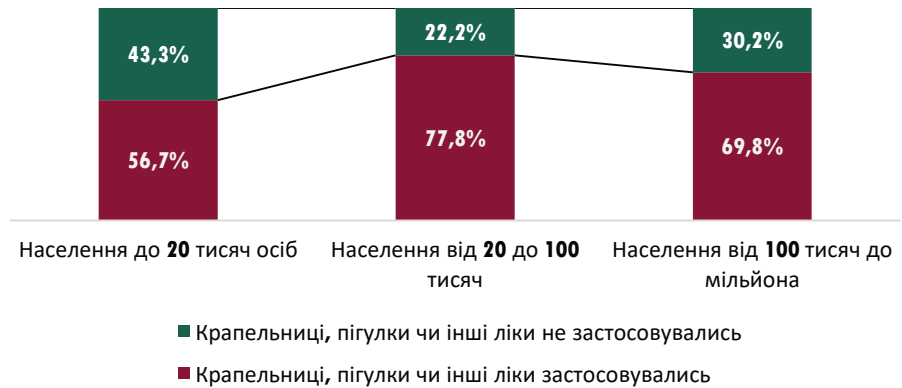
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=747)



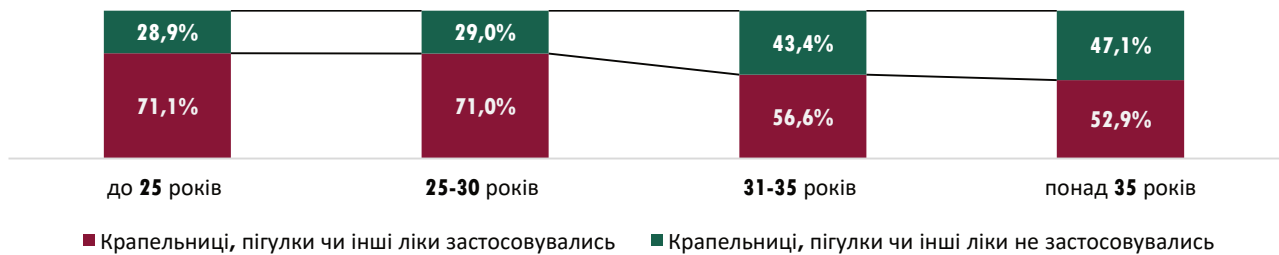
Як бачимо на першому рисунку, найчастіше про застосування в пологах крапельниці, пігулок чи інших ліків повідомляли жінки з населених пунктів середнього розміру (від двадцяти до ста тисяч осіб населення), найрідше – з найменших (до двадцяти тисяч осіб населення).

Бачимо на наступному рисунку, що молодші жінки звітують про такі втручання частіше.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від розміру населеного пункту (N=747)



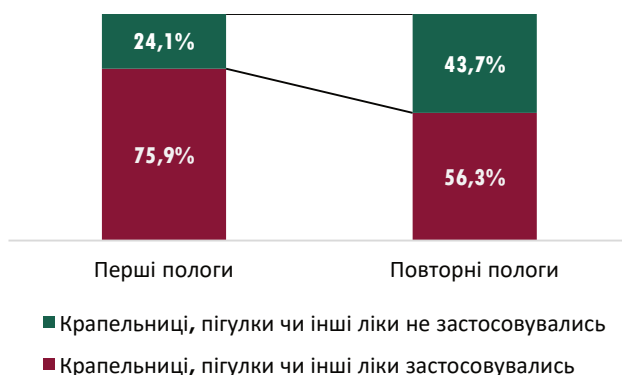
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від віку (N=747)



Крім того, жінки в перших пологах також повідомляли про це частіше, що може вказувати на зв'язок між цими двома змінними.

Жінки, які мали кесарський розтин, згадували про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків очікувано частіше, ніж ті, що мали природні пологи.

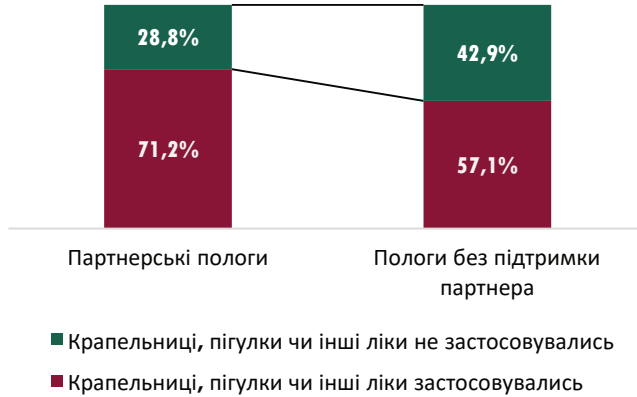
### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=747)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=747)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності партнерської підтримки (N=747)



респонденток за змінними віку, наявності попереднього пологового досвіду та терміну вагітності. Не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

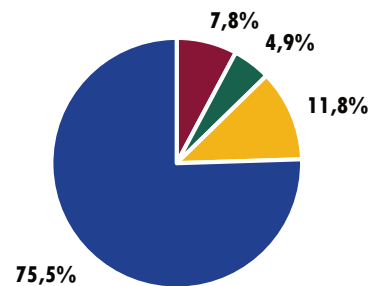
Бачимо на першому рисунку тенденцію до зростання частки повідомлень про застосування в пологах епізіотомії зі зменшенням віку опитаних.

Зрештою, вищою є частка повідомлень про такі втручання серед жінок, які народжували з партнерами, а не самі.

Чверть респонденток (24,5%) зазначила, що під час їхніх пологів була застосована епізіотомія; з них у випадку 68,2% вона виконувалася без згоди або без попередження.

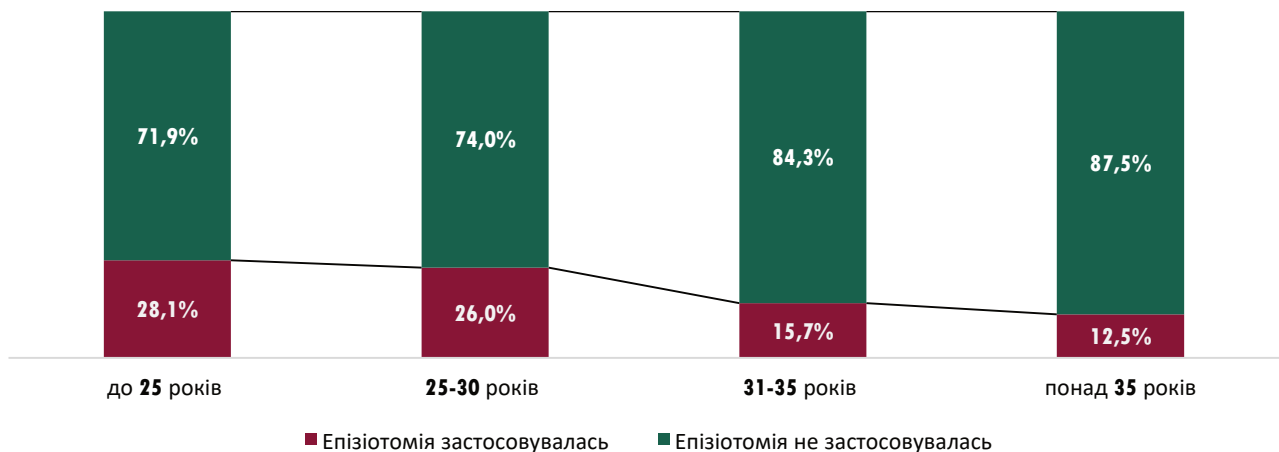
Спостерігаємо значні відмінності у відповідях

### Застосування епізіотомії (N=670)



- Так, мене спитали про згоду на це
- Так, без моєї згоди на це
- Так, без попередження
- Ні, мені промежину не розрізали

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=670)



Втричі частіше про застосування в їхніх пологах епізіотомії згадували опитані, які народжували вперше, а не повторно.

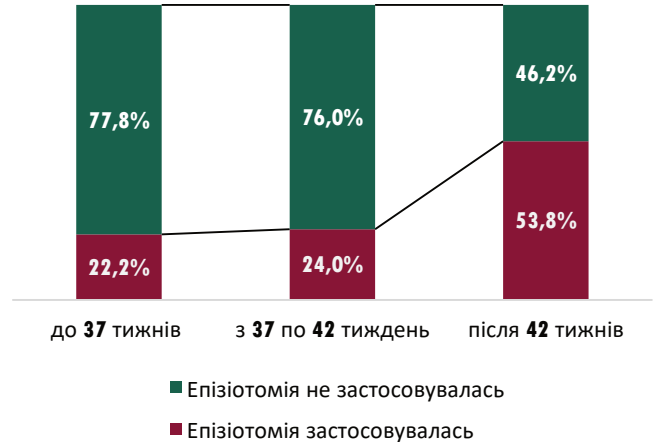
Спостерігаємо тенденцію до зростання частки повідомлень про епізіотомію зі збільшенням терміну вагітності – у випадку пологів, які відбулися після сорок другого тижня, частка епізіотомій була вдвічі вищою, ніж серед решти випадків.



### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=670)



### Застосування епізіотомії залежно від терміну пологів (N=670)

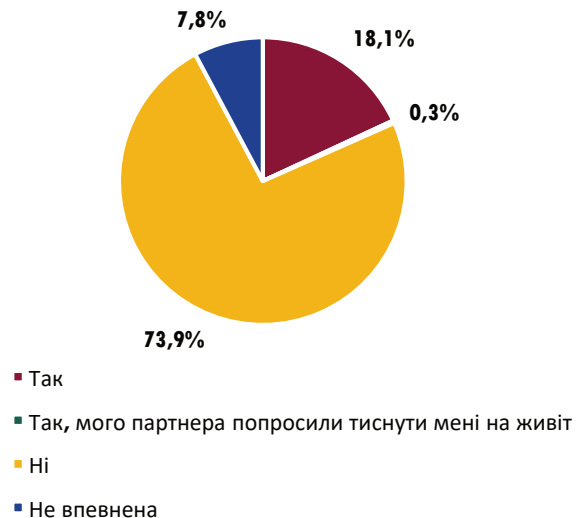


Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 18,1% респонденток, причому у випадку 2 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 7,8% респонденток не змогли відповісти на запитання.

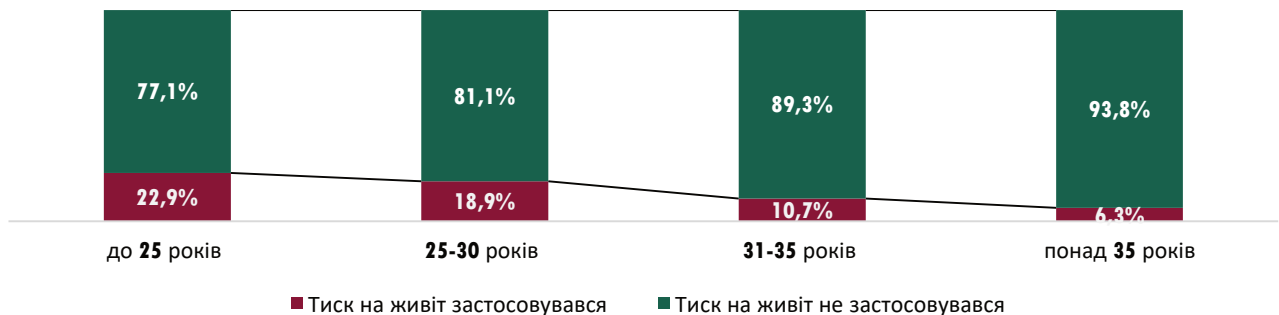
Бачимо статистично значущі відмінності у відповідях опитаних різного віку та тих, що народжували вперше та повторно. Не було виявлено суттєвих відмінностей у відповідях опитаних за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

Перший рисунок демонструє зменшення частки повідомлень про застосування тиску на живіт у пологах зі зростанням віку опитаних.

### Застосування тиску на живіт (N=670)



### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=670)



Крім того, значно вищою є частка повідомлень про це втручання серед жінок, що народжували вперше – з огляду на це можемо припустити, що ці дві змінні є пов’язаними між собою.

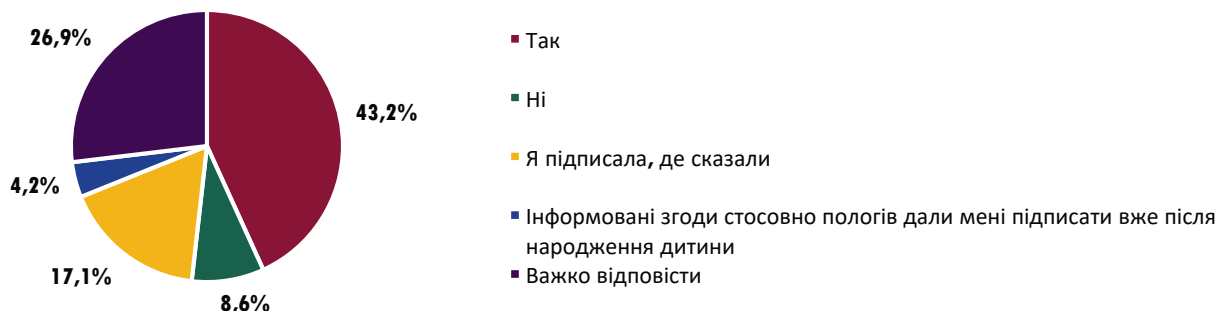
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=670)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мали менше половини опитаних (43,2%). Особливу увагу слід звернути на те, що 17,1% підписали документи, «де сказали», а понад чверть (26,9%) не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією – це найвища частка відповідей «важко відповісти» серед усіх восьми досліджуваних областей.

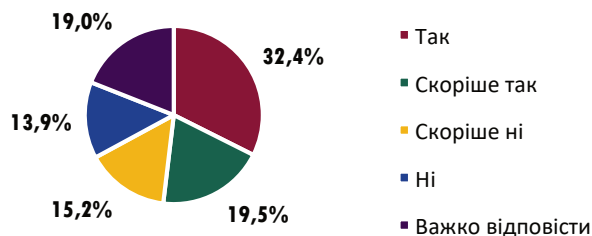
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=825)



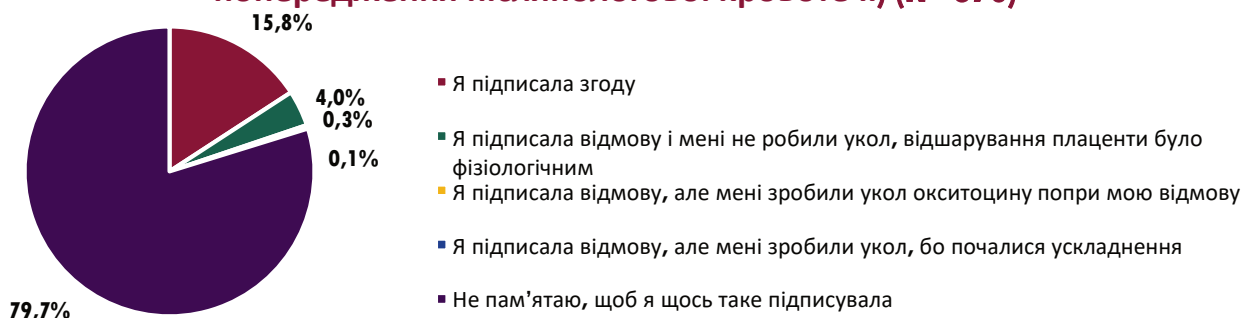
Лише половина респонденток (51,9%) отримала чи скоріше отримала пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Майже третина опитаних (29,1%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а фактично кожна п'ята жінка (19%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомило 15,8% респонденток, натомість чотири з п'яти (79,7%) вказували, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=825)



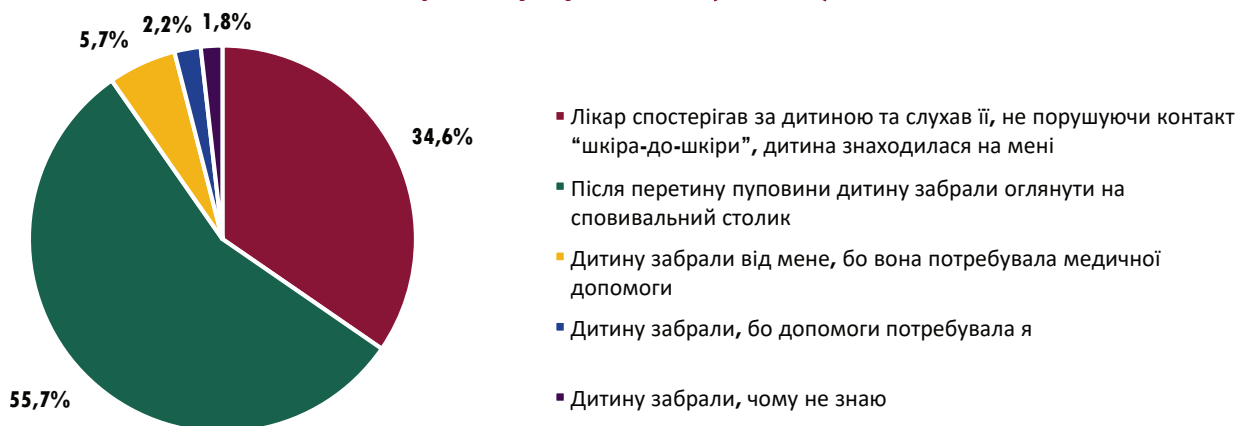
### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=670)



## Розділ 6. Післяпологовий період

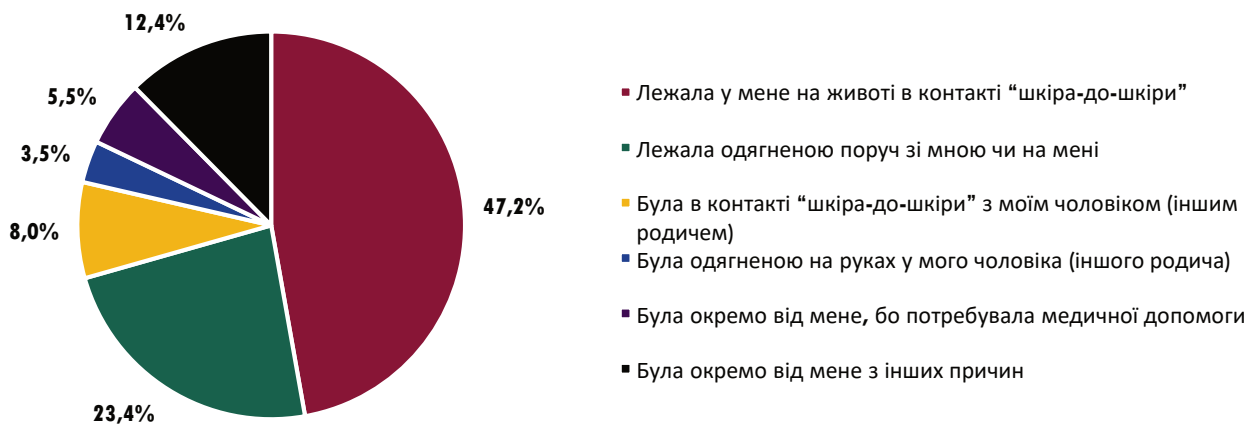
Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, понад половину новонароджених (55,7%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 9,7% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише третина дітей (34,6%) оглядалася зі збереженням контакту «шкіра до шкіри»<sup>7</sup>.

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=671)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 55,2% опитаних – з них у випадку 47,2% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 8% – з чоловіком або іншими родичами. Чверть немовлят (26,9%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, кожна десята опитана (12,4%) зазначала, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від неї з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

### Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=817)



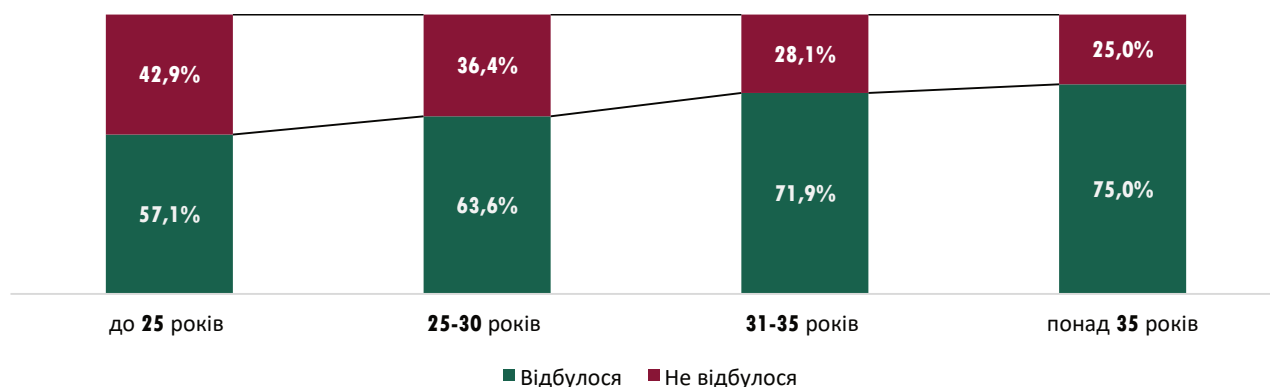
<sup>7</sup> З віяла відповідей було вилучено варіант «Був кесарів розтин».

Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 63,4% опитаних жінок.

Бачимо значущу різницю у відповідях опитаних за змінними віку, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських пологів. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти та договірних пологів.

Бачимо з першого рисунка, що частка жінок, які повідомили, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя їхньої дитини, зростає зі збільшенням віку опитаних.

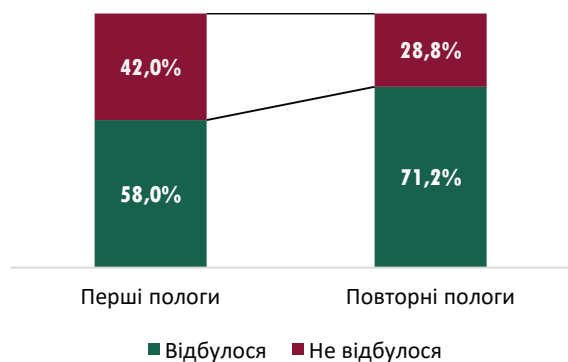
### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від віку (N=819)



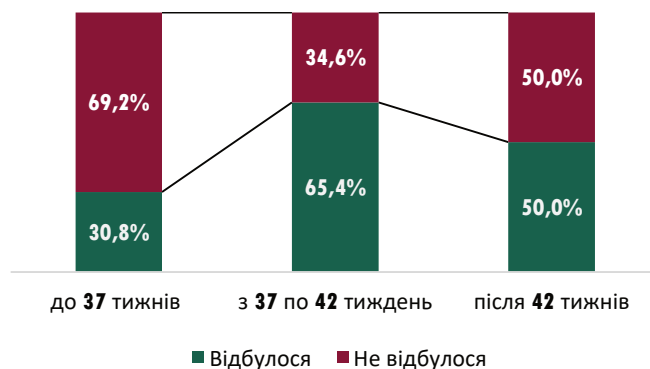
Повторюючи цю тенденцію, частка таких повідомлень є вищою серед тих респонденток, які народжували повторно, в порівнянні з тими, що народжували вперше.

Очікувано низькою є частка жінок, які вказали, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини, серед тих, чиї пологи відбулися раніше терміну.

### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=819)



### Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від терміну пологів (N=819)



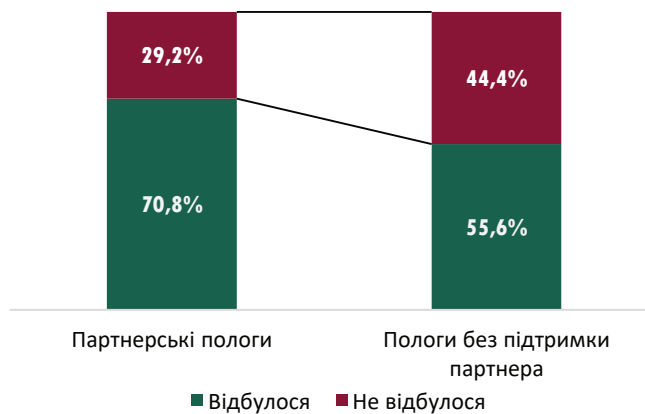
Схожим чином, частка таких повідомлень є значно нижчою серед тих респонденток, які мали кесарський розтин.

Нарешті, частіше про те, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя їхньої дитини, згадували ті опитувані, які народжували з партнером, а не самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=819)**



**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=749)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

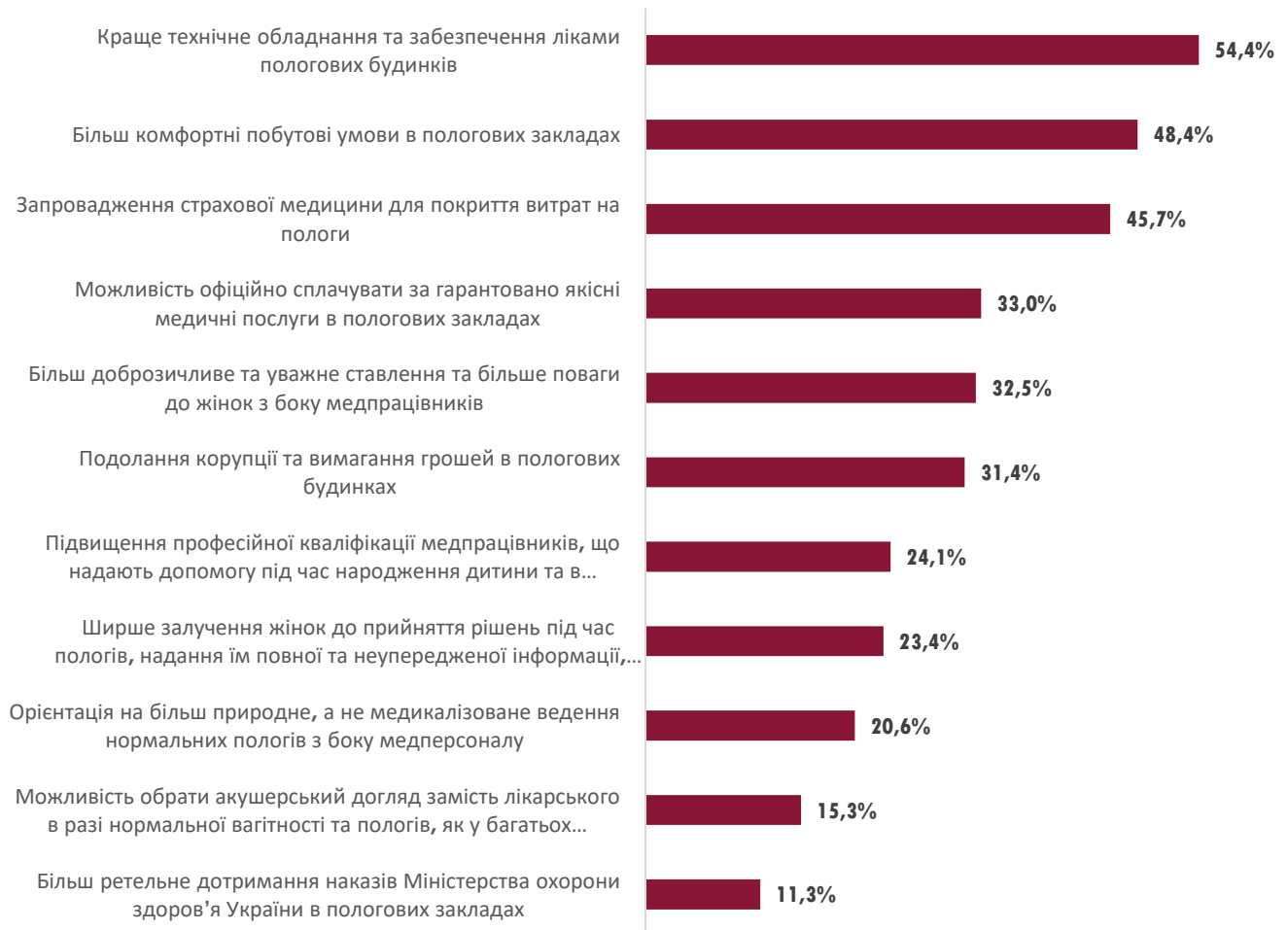
На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (78,4%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (18,9% та 16,4% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (5,6%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 3,3% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=825)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (54,4%), «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (48,4%) та «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (45,7%). Далі йшли такі позиції, як «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (33%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (32,5%), «подолання корупції та вимагання грошей» (31,4%), «підвищення професійної кваліфікації працівників» (24,1%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (23,4%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (20,6%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (15,3%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,3%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=825)





## Черкаська область

### Розділ 1. Соціально-демографічний портрет жінок, які взяли участь у дослідженні

Черкаська підвибірка опитування нараховує 809 респонденток. Понад половина (59,1%) народжувала в населених пунктах розміром від ста тисяч до мільйона осіб (тобто в Черкасах), 20,9% – до двадцяти тисяч осіб, 20% – від двадцяти до ста тисяч осіб.

Таблиця 9 містить перелік населених пунктів та закладів охорони здоров'я, в яких народжували опитувані, а також їхній кількісний та відсотковий розподіл у межах обласної вибірки.

#### Розподіл респонденток за розміром населеного пункту, в якому вони народжували (N=809)



**Таблиця 9. Розподіл респонденток за населеними пунктами та закладами охорони здоров'я, в яких вони народжували**

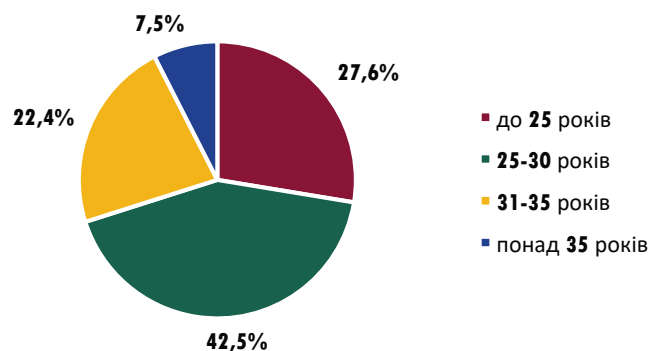
| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я  | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Черкаси, пологовий будинок «Центр матері та дитини», база 1                                    | 171                              | 21,1%                               |
| Черкаси, Обласний перинатальний центр  | 165                              | 20,4%                               |
| Черкаси, пологовий будинок «Центр матері та дитини», база 2                                    | 142                              | 17,6%                               |
| Червона Слобода, пологовий будинок Черкаської центральної районної лікарні                     | 57                               | 7,0%                                |
| Умань, міський пологовий будинок   | 48                               | 5,9%                                |
| Умань, пологове відділення центральної районної лікарні  | 31                               | 3,8%                                |
| Сміла, пологове відділення центральної районної лікарні ім. Софії Бобринської                  | 24                               | 3,0%                                |
| Корсунь-Шевченківський, пологове відділення центральної районної лікарні                       | 22                               | 2,7%                                |
| Монастирище, пологове відділення центральної районної лікарні                                  | 18                               | 2,2%                                |
| Канів, пологове відділення центральної районної лікарні  | 14                               | 1,7%                                |
| Жашків, пологове відділення центральної районної лікарні                                       | 13                               | 1,6%                                |
| Золотоноша, пологове відділення центральної районної лікарні                                   | 13                               | 1,6%                                |
| Христинівка, пологове відділення центральної районної лікарні                                  | 12                               | 1,5%                                |
| Городище, пологове відділення районного територіального медичного об'єднання                   | 10                               | 1,2%                                |
| Звенигородка, пологовий будинок центральної районної лікарні                                   | 10                               | 1,2%                                |
| Сміла, пологове відділення міської лікарні   | 10                               | 1,2%                                |
| Чорнобай, пологове відділення центральної районної лікарні                                     | 10                               | 1,2%                                |
| Шпола, пологове відділення центральної районної лікарні імені братів М.С. і О.С. Коломійченків | 10                               | 1,2%                                |
| Катеринопіль, пологове відділення центральної районної лікарні                                 | 7                                | 0,9%                                |
| Кам'янка, пологове відділення центральної районної лікарні                                     | 6                                | 0,7%                                |

| Населений пункт та назва закладу охорони здоров'я           | Абсолютна кількість респонденток | Відсоткове співвідношення у вибірці |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Тальне, пологове відділення центральної районної лікарні    | 6                                | 0,7%                                |
| Чигирин, пологове відділення центральної районної лікарні   | 5                                | 0,6%                                |
| Маньківка, пологове відділення центральної районної лікарні | 3                                | 0,4%                                |
| Лисянка, пологове відділення центральної районної лікарні   | 2                                | 0,2%                                |
| <b>Сума</b>   | <b>809</b>                       | <b>100%</b>                         |

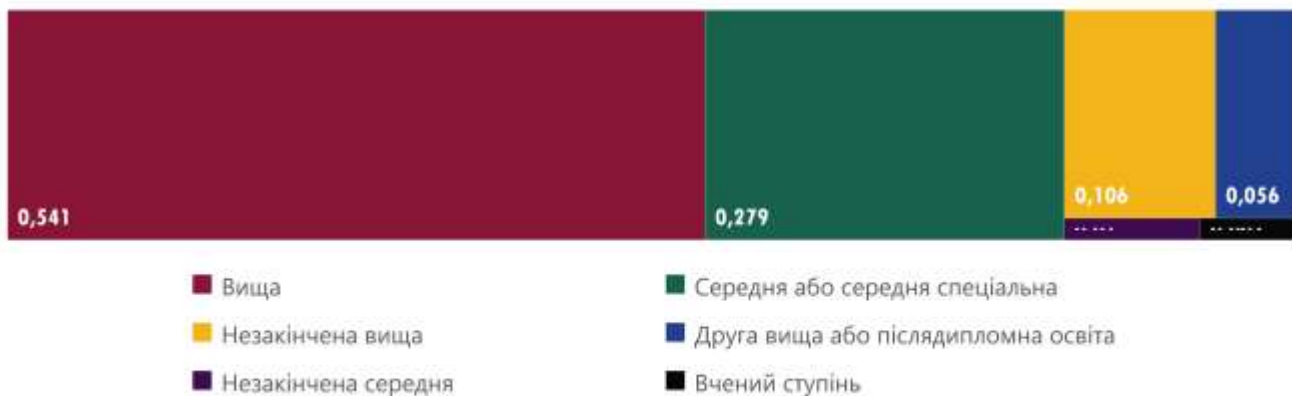
Більшість респонденток (42,5%) належить до вікової групи від двадцяти п'яти до тридцяти років, чверть (27,6%) – до двадцяти п'яти, 22,4% – від тридцяти одного до тридцяти п'яти. На вікову групу понад тридцять п'ять років припадає лише 7,5% опитаних.

Половина респонденток (54,1%) мала вищу, 5,6% – другу вищу або післядипломну освіту, 0,7% – вчений ступінь. Кожна десята (10,6%) зазначила, що має незакінчену вищу освіту. Понад чверть (27,9%) вказала, що має середню або середню спеціальну освіту, 1% – незакінчену середню освіту.

### Розподіл респонденток за віковою групою (N=809)



### Розподіл респонденток за рівнем освіти (N=809)

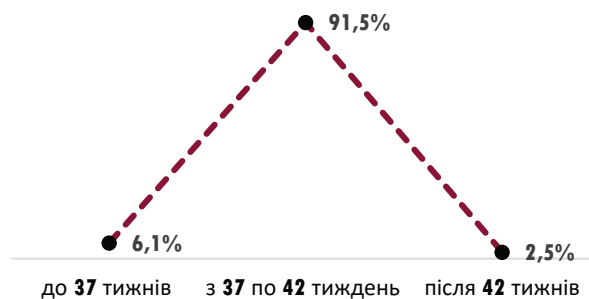


56,4% опитаних жінок народжували вперше, відповідно, 43,6% мали повторні пологи.

Пологи більшості респонденток (91,5%) відбулися в проміжок вагітності від 37 до 42 тижнів. У випадку 6,1% пологи відбулися до 37 тижня вагітності, 2,5% – після 42.

70,9% респонденток мали партнерські пологи, відповідно, 29,1% народжували самостійно. 44,6% жінок мали попередню домовленість про пологи з конкретним лікарем, з них 6,9% у результаті народжували з черговою бригадою. 55,4% планували та народжували з черговою бригадою.

### Розподіл респонденток за терміном пологів (N=809)



## Розділ 2. Умови перебування в медичному закладі та ставлення персоналу

Анкета опитника містила групу запитань щодо задоволеності окремими складовими перебування в закладі охорони здоров'я, де відбувалися пологи. Респондентки мали оцінити кожен із пунктів, обравши один із п'яти варіантів відповіді: «дуже добре», «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». З метою полегшення сприйняття ми перевернули шкалу та перетворили її в п'ятибальну оцінку, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре». Тут і далі наведено середню оцінку респондентками кожного окремого пункту.

З рисунка нижче можемо бачити, що в цілому опитані були задоволені своїм перебуванням у пологовому закладі – так, найнижчою оцінкою є 3,5, що відповідає варіанту відповіді «добре» (харчування в пологовому будинку), а найвищою – 4, що також є варіантом відповіді «добре» (наявність цілодобового гарячого водопостачання).



Щоби порівняти задоволеність від перебування в закладі серед різних соціодемографічних груп, ми об'єднали десять наведених вище факторів та перетворили їх у одну змінну, яку можна умовно назвати «загальною задоволеністю перебуванням у медичному закладі». Для цього ми просумували оцінки за цими десятьма факторами для кожної окремої жінки та отримали значення, що варіювалися від десяти до п'ятдесяти балів. Після цього ми поділили отримані значення на сто та помножили результат на п'ять, діставши шкалу загальної задоволеності перебуванням у закладі, найнижча оцінка якої становила 1, а найвища – 5.

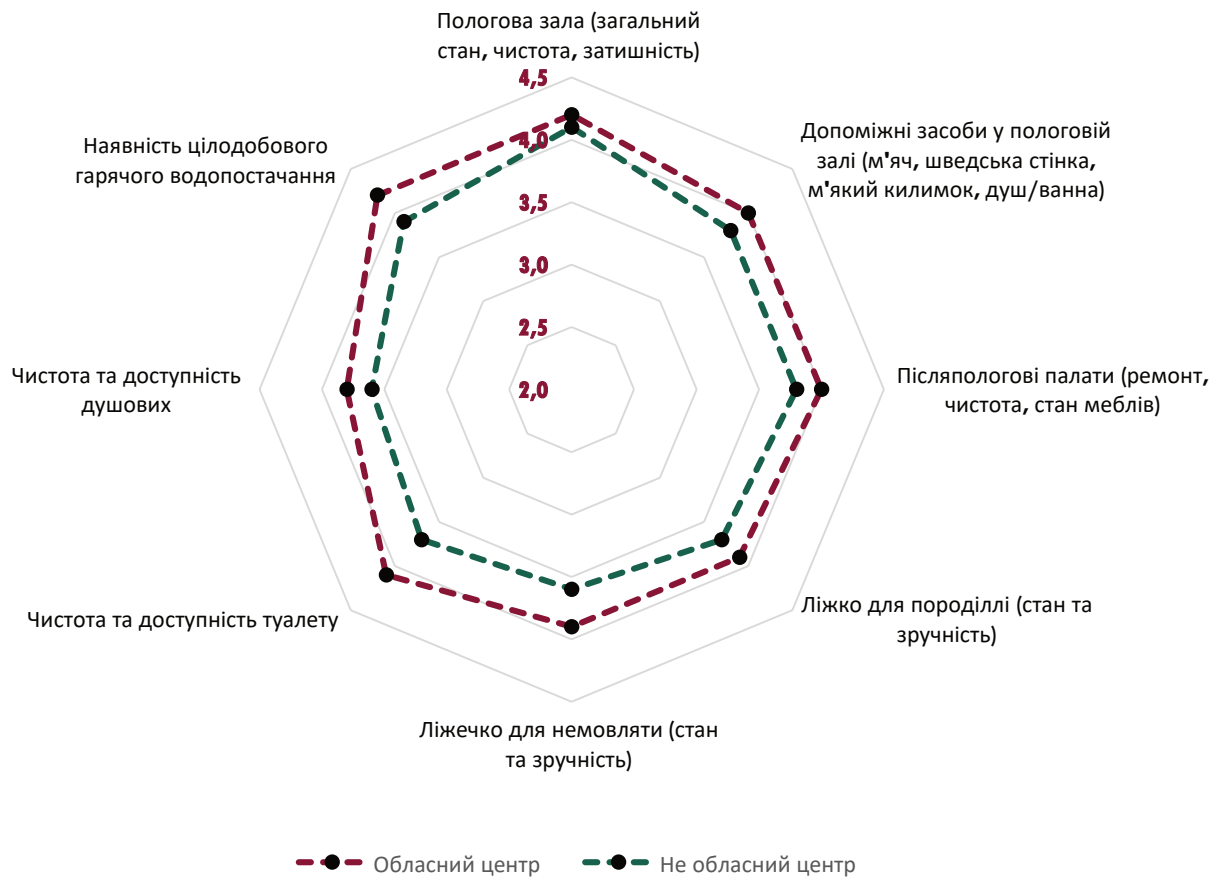
Після цього до кожної з соціодемографічних змінних було застосовано критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні для оцінки наявності значних відмінностей у відповідях респонденток.

Значна різниця спостерігається між відповідями опитаних, які народжували в обласному центрі та решті населених пунктів, в населених пунктах різного розміру, а також жінок різного віку, з та без вищої освіти, чиї пологи відбулися з попередньо обраним лікарем та з черговою бригадою. Не було знайдено значних відмінностей між відповідями жінок, які народжували вперше та повторно, на різних термінах вагітності, природним шляхом та шляхом кесарського розтину, а також із та без партнера.

Оскільки при подальшому розгляді суттєва різниця не завжди спостерігалася серед усіх десяти змінних, в розбитті нижче ми подаємо лише ті з них, різниця в значенні яких серед респонденток із різними соціодемографічними характеристиками була значущою (згідно з критерієм Крускала-Волліса або U-критерієм Манна-Уїтні), оскільки це полегшує сприйняття даних. Крім того, щоби не переобтяжувати графіки, ми зображаємо на них лише вісі без значень за кожною змінною.

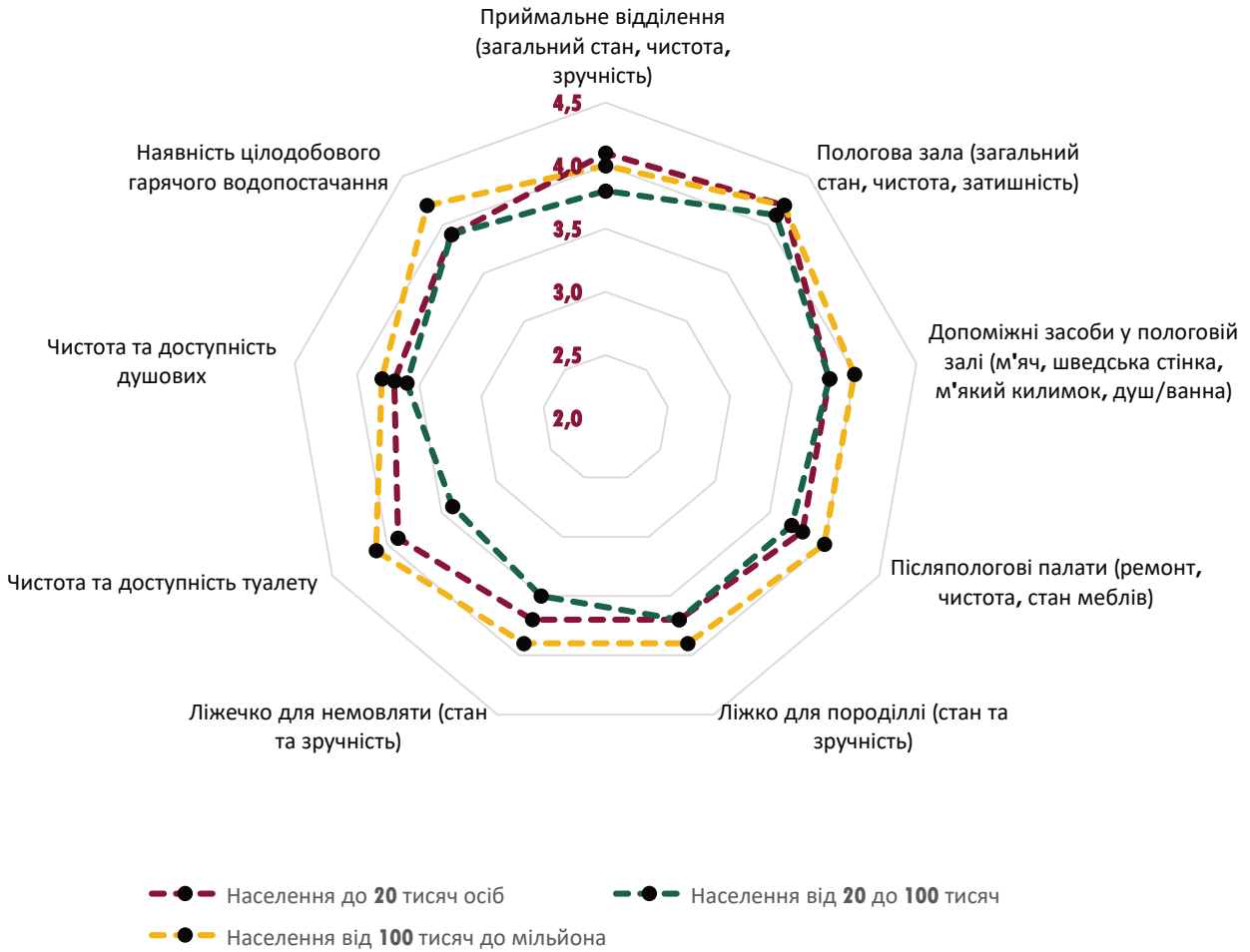
Бачимо з першого рисунка, що жінки, які народжували в Черкасах, були задоволені своїм перебуванням у пологовому будинку більше, ніж ті, що народжували в решті населених пунктів області.

### Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від обласного статусу населеного пункту



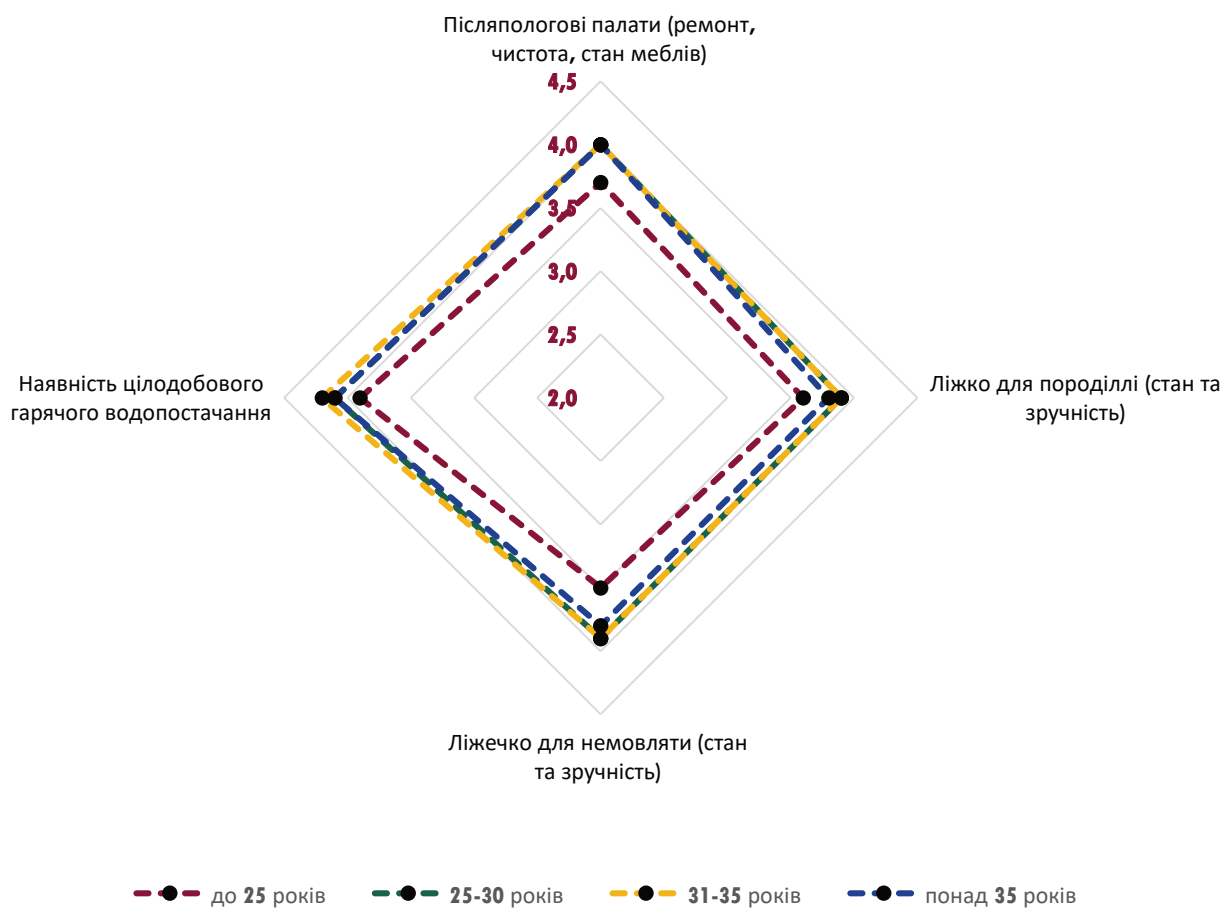
При цьому найменш задоволеними є ті жінки, що народжували в населених пунктах середнього розміру (від двадцяти до ста тисяч осіб населення).

## Задовolenість окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від розміру населеного пункту



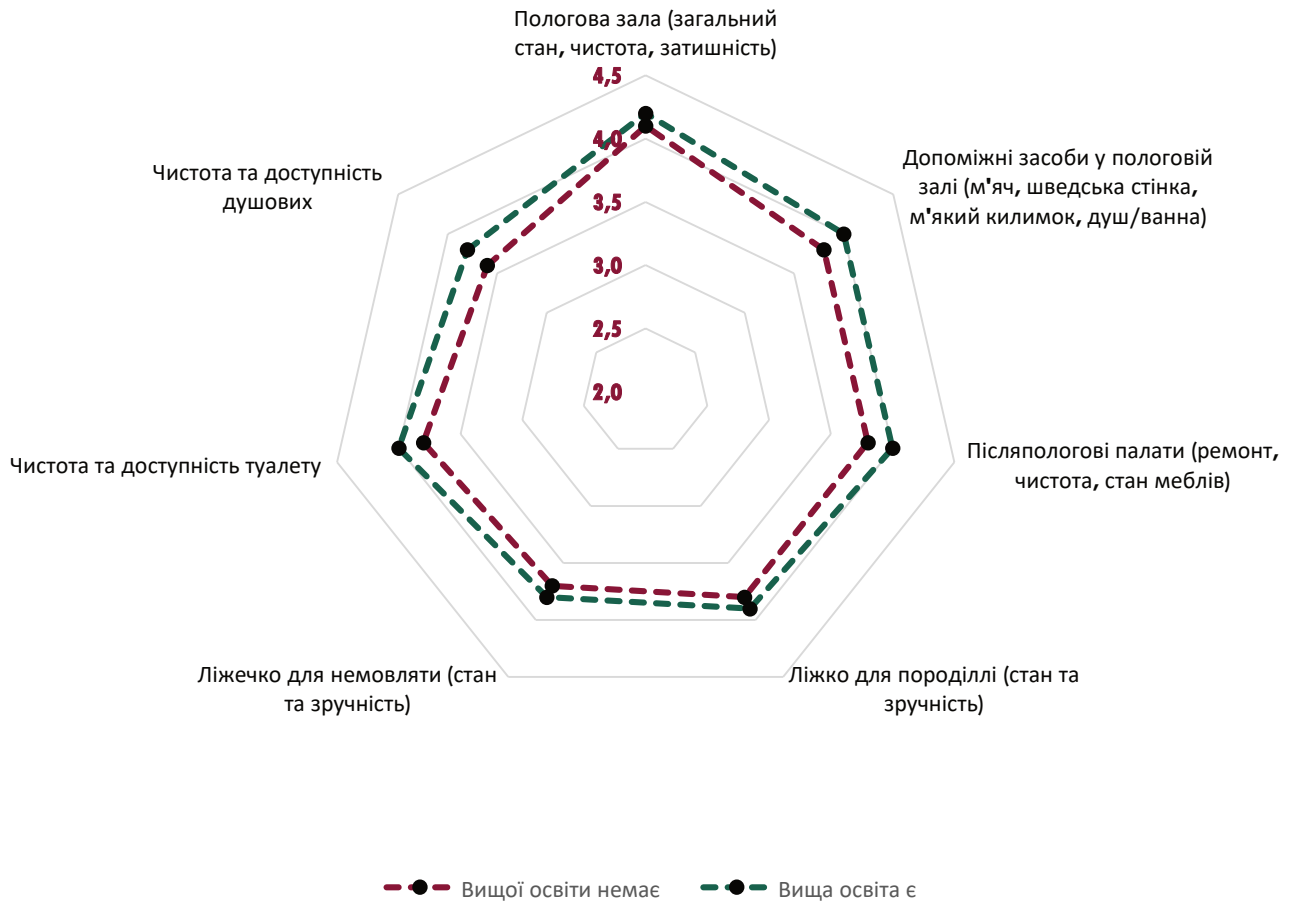
Бачимо з наступного рисунка, що найменшу задоволеність демонструють жінки наймолодшого віку, у той час як оцінки трьох інших вікових груп є максимально подібними.

## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від віку



Крім того, більше задоволені своїм перебуванням у закладі жінки з вищою освітою.

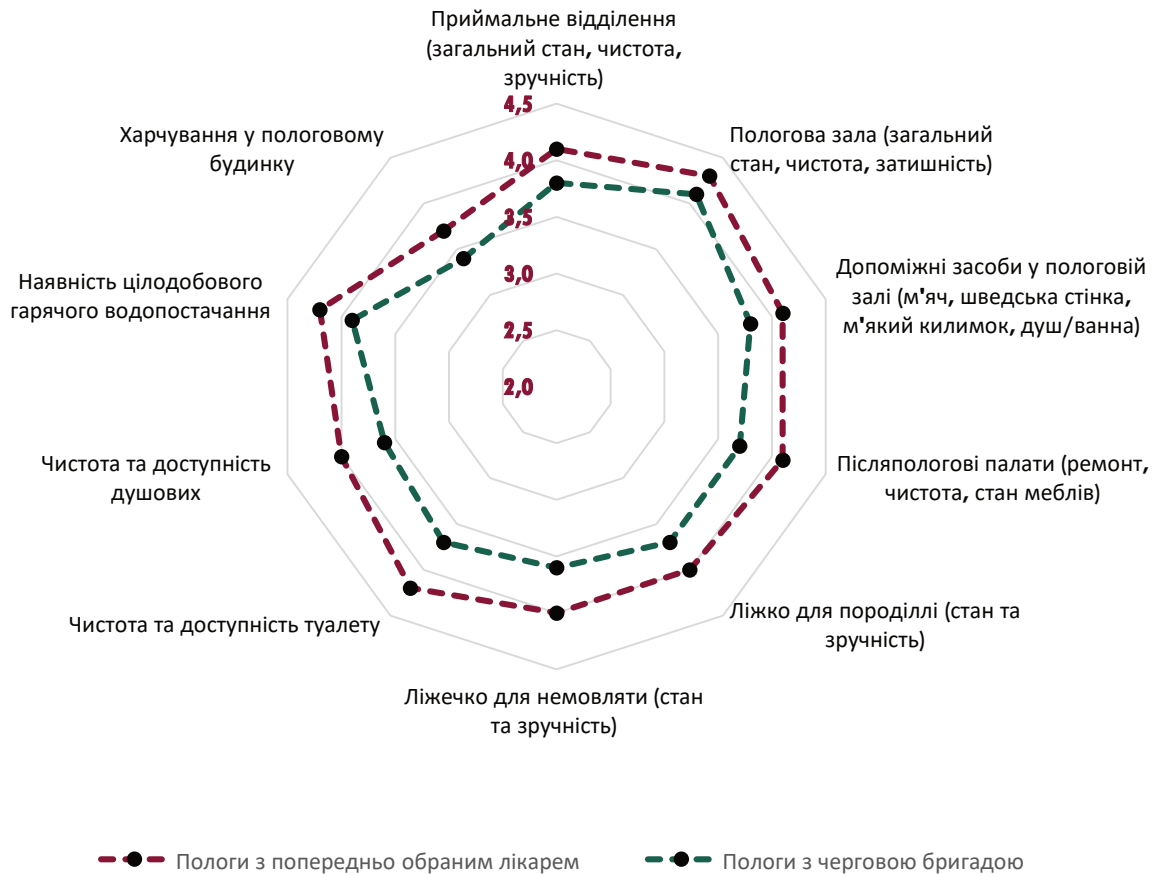
## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності вищої освіти



Нарешті, більшу задоволеність спостерігаємо серед респонденток, чиї пологи відбулися в присутності лікаря, з яким вони мали попередню домовленість про ведення пологів.



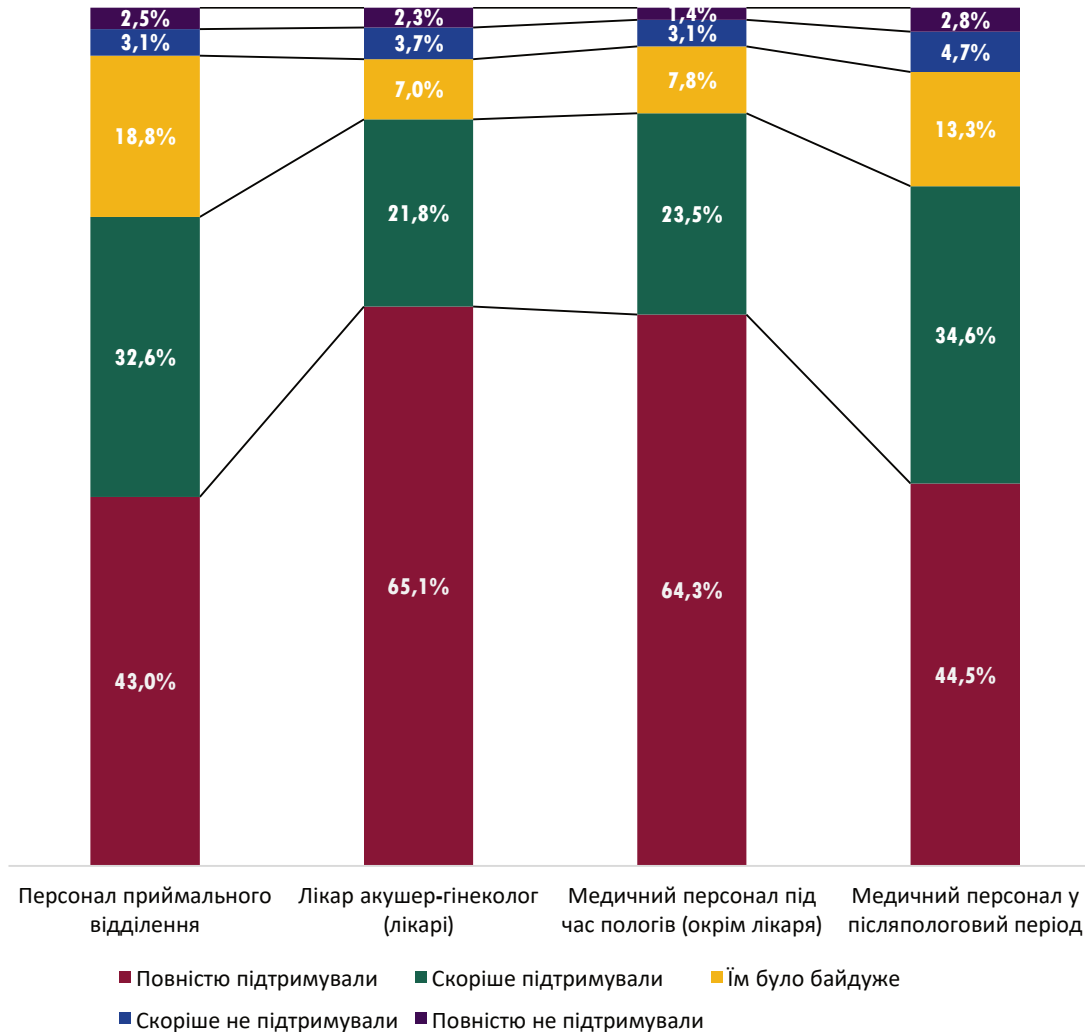
## Задоволеність окремими складовими перебування в медичному закладі залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем



Анкета містила запитання про емоційну підтримку з боку чотирьох категорій медичного персоналу в пологових закладах охорони здоров'я: персоналу приймального відділення, акушера-гінеколога, персоналу під час пологів (окрім лікаря) та персоналу в післяпологовий період. Респондентки мали оцінити їхню підтримку за таким віялом відповідей: «повністю підтримували», «скоріше підтримували», «їм було байдуже», «скоріше не підтримували», «повністю не підтримували».

Як демонструє рисунок, у цілому опитані були задоволені емоційною підтримкою з боку медичного персоналу. Втім, підтримку акушерів-гінекологів і персоналу, задіяного безпосередньо під час пологів, вони оцінювали дещо вище, ніж підтримку персоналу приймального відділення і післяпологового періоду.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу (N=809)

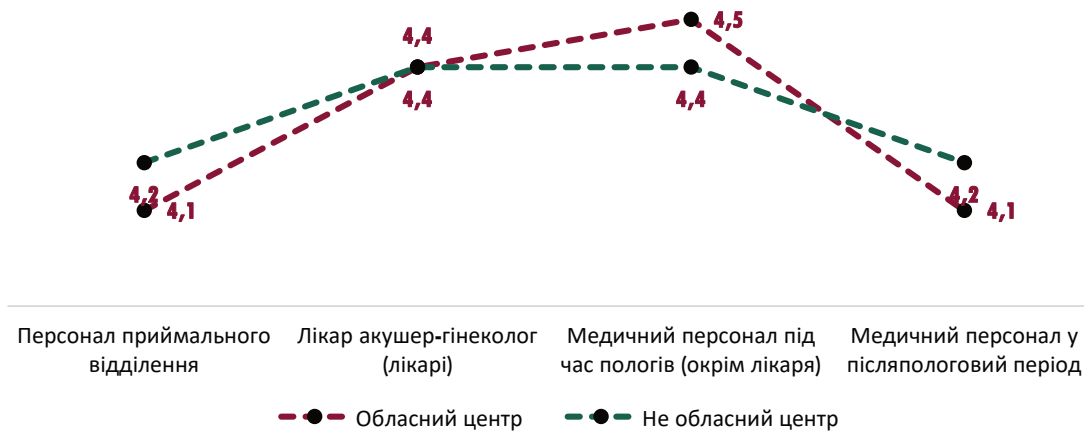


Для того, щоби перевірити, чи відрізнялися оцінки рівня підтримки з боку медичного персоналу серед різних соціодемографічних груп, ми застосували той самий принцип, що й і з попередньою змінною, а саме – створили нову змінну, яку можна умовно назвати «оцінкою емоційної підтримки з боку медичного персоналу при отриманні пологових послуг». Для цього ми перевели віяло відповідей «повністю не підтримували-повністю підтримували» у п'ятибальну шкалу, просумували оцінки чотирьох груп медичного персоналу та поділили отриманий результат на чотири, результатом чого стала шкала від 1 до 5, де 1 – найнижчий рівень підтримки, а 5 – найвищий. Після цього ми застосували критерій Крускала-Волліса або U-критерій Манна-Уїтні, щоби визначити наявність відмінностей у відповідях респонденток із різних соціодемографічних груп.

Спостерігаємо суттєві відмінності у відповідях жінок, які народжували в обласному центрі в порівнянні з іншими населеними пунктами, залежно від того, були це перші чи повторні пологи, відбулися вони природним шляхом чи шляхом кесарського розтину та того, проходили вони з черговою бригадою чи з попередньо обраним лікарем. Несуттєвою була різниця між відповідями жінок із населених пунктів різних розмірів, різного віку, а також залежно від наявності в них вищої освіти, терміну їхньої вагітності та того, чи були пологи партнерськими.

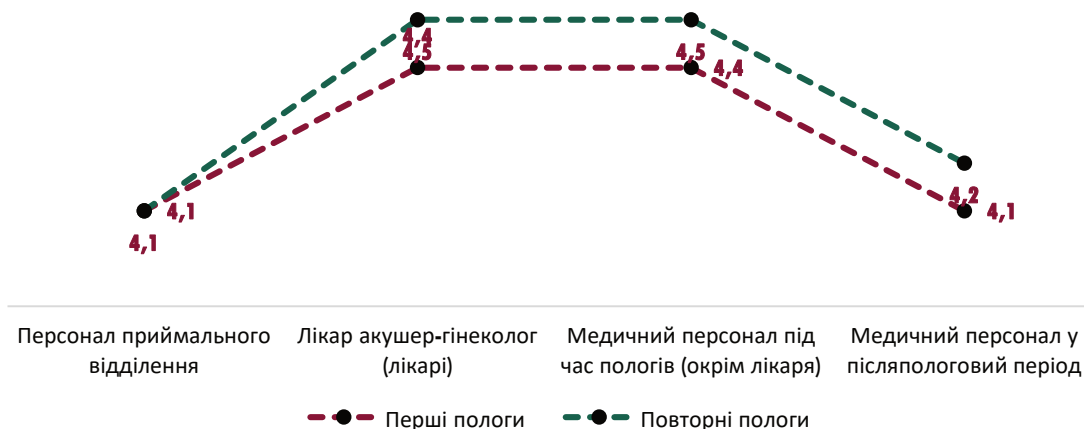
Бачимо на першому рисунку, що жінки, які народжували поза обласним центром, оцінили емоційну підтримку з боку персоналу приймального відділення та післяпологового періоду вище, ніж ті, що народжували в Черкасах, які натомість були більш задоволені підтримкою з боку медичного персоналу, задіяного в пологах.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від обласного статусу населеного пункту (N=809)



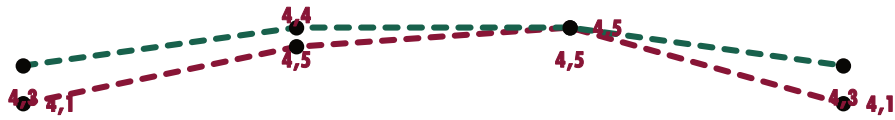
Більш позитивні відгуки щодо емоційної підтримки були схильні залишати ті опитані, які 2018 року народжували повторно.

### Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=809)



Як зображено на наступному рисунку, жінки, що мали кесарський розтин, були в цілому більш задоволені емоційною підтримкою персоналу – ймовірно, ставлення до них було більш уважним з огляду на той факт, що вони мали оперативне втручання в пологах.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від типу пологів (N=809)

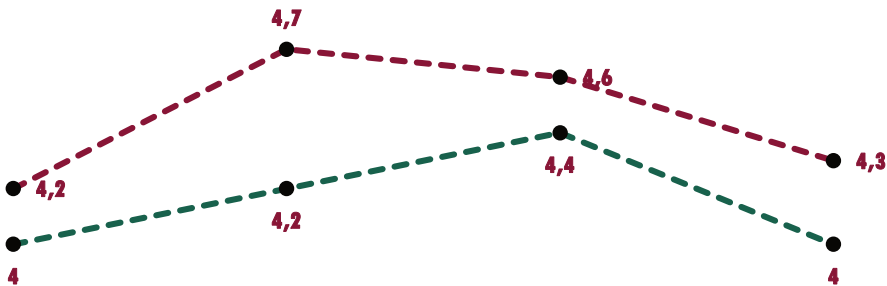


Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

—●— Природні пологи    —●— Кесарів розтин

Врешті, значно позитивніше про емоційну підтримку з боку медичного персоналу відгукувалися жінки, чий пологи були договірними – показово, найбільший розрив бачимо саме за змінною «акушер-гінеколог», з яким і вкладається угода про пологи.

## Оцінка емоційної підтримки з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=809)

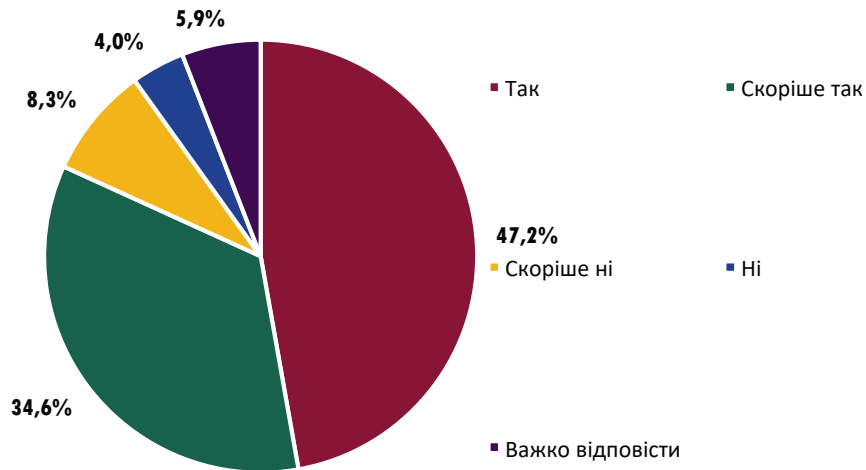


Персонал приймального відділення    Лікар акушер-гінеколог (лікарі)    Медичний персонал під час пологів (окрім лікаря)    Медичний персонал у післяпологовий період

—●— Пологи з попередньо обраним лікарем    —●— Пологи з черговою бригадою

Більшість респонденток (81,8%) вказала, що під час перебування в пологовому будинку до них ставилися з повагою.

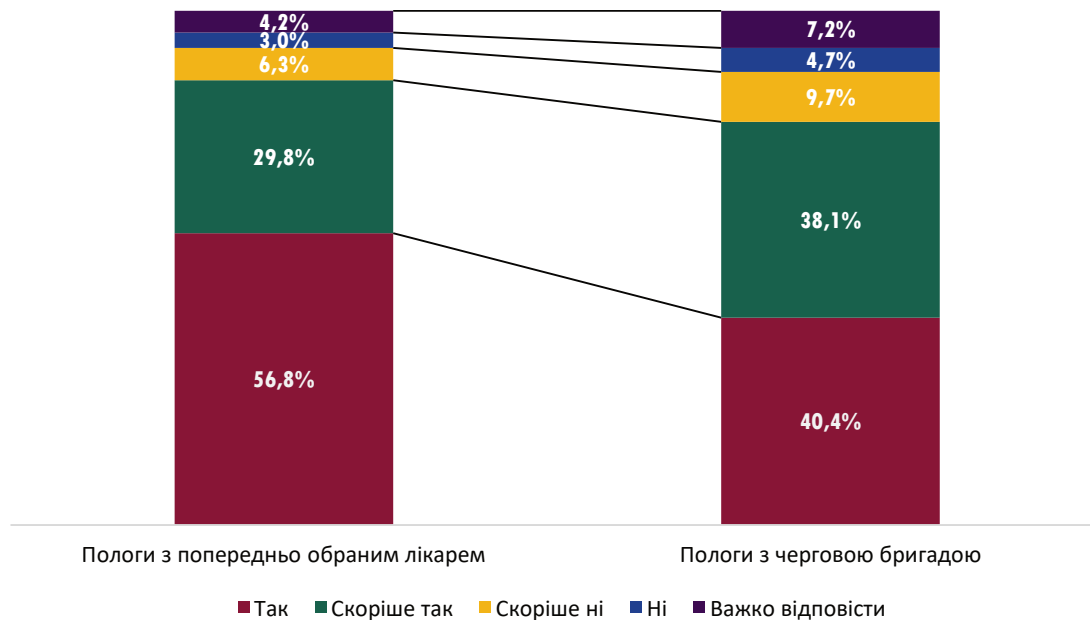
### Поважне ставлення з боку медичного персоналу (N=809)



Бачимо відмінності лише між відповідями жінок, які народжували з черговою бригадою в порівнянні з тими, що народжували з попередньо обраним лікарем. Несуттєвою була різниця у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів (природні чи шляхом кесарського розтину), партнерських пологів.

Так, жінки, що мали договірні пологи, частіше зазначали, що персонал ставився до них із повагою.

### Оцінка поважного ставлення з боку медичного персоналу залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=809)



Більшість опитаних (82,4%) вказали, що в їхніх пологах було збережено приватність та конфіденційність.

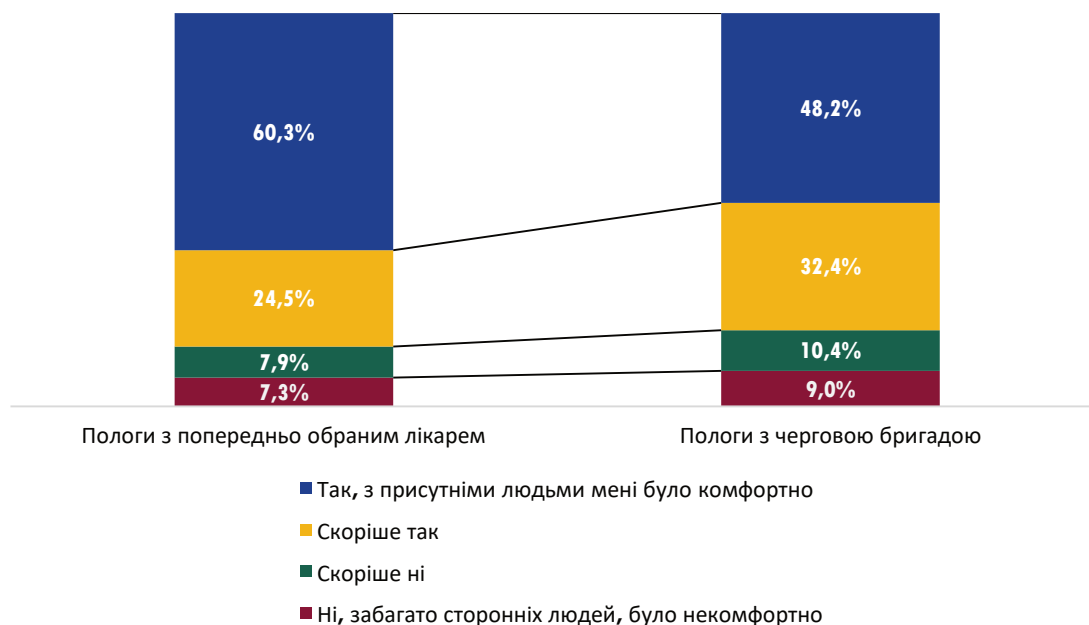
### Приватність та конфіденційність пологів (N=799)



Статистично значуща відмінність наявна лише за змінною договірних пологів. Відповідно, не було виявлено різниці у відповідях залежно від змінних обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину), партнерських пологів.

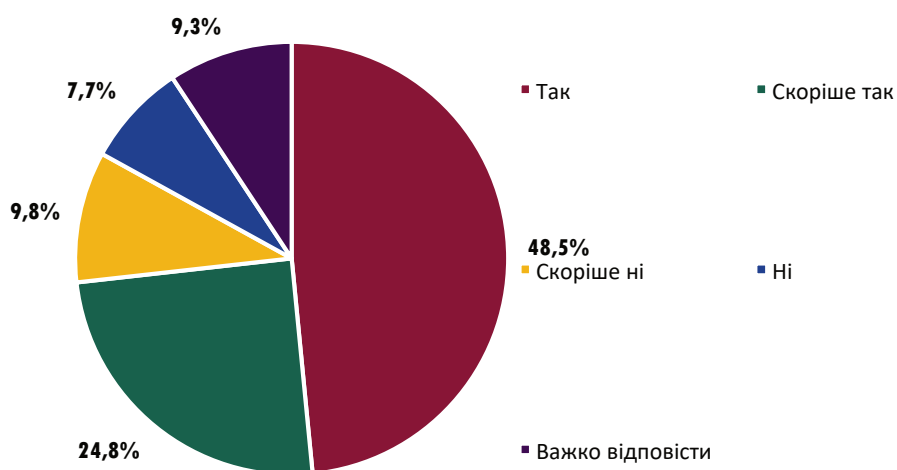
Як і в попередньому випадку, жінки, які народжували з договірним лікарем, частіше вказували, що їхня приватність та конфіденційність була збережена, ніж ті, що народжували з черговою бригадою.

### Приватність та конфіденційність пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=799)



Майже три чверті (73,3%) зазначили, що відчували себе «особистістю та основним учасником пологів, а не об'єктом проведення медичних маніпуляцій з метою розродження».

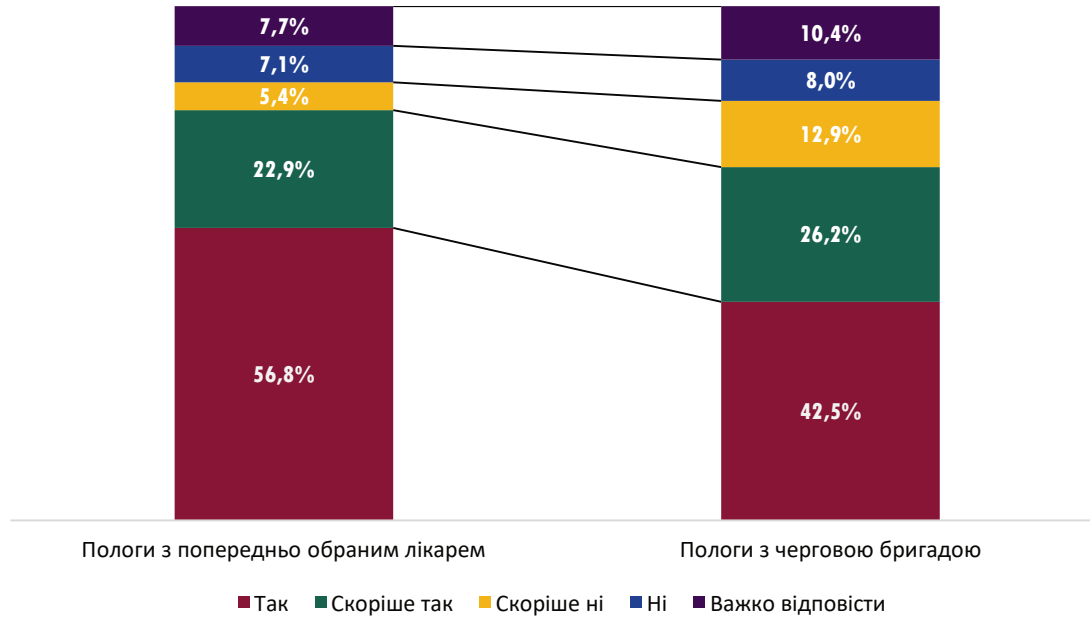
### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів (N=809)



Як і у випадку попереднього випадку, статистично значуща різниця наявна лише між відповідями жінок, які народжували за домовленістю та з черговою бригадою. Несуттєвими були відмінності за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вікової групи, вищої освіти, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів (природні або шляхом кесарського розтину), партнерських пологів.

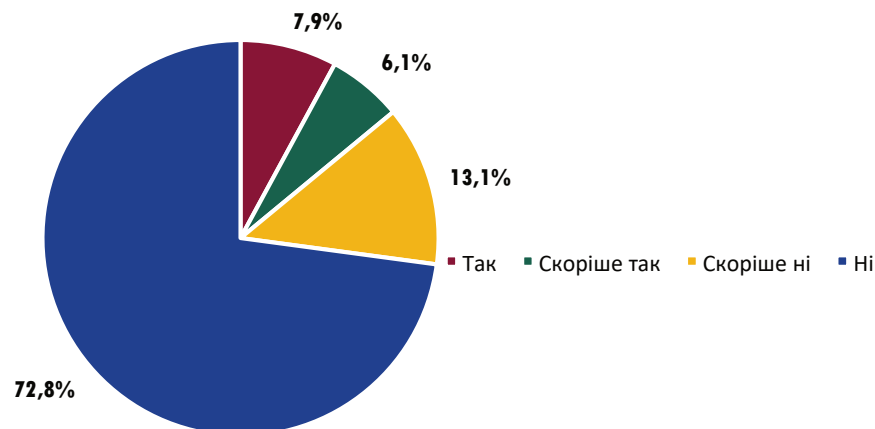
Так, жінки, які народжували за домовленістю, відчували себе активними учасницями процесу пологів частіше.

### Відчуття своєї активної залученості до процесу пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=809)



Про те, що відчували у своїх пологах психологічний тиск або залякування, вказали 14% жінок.

### Психологічний тиск чи залякування (N=799)

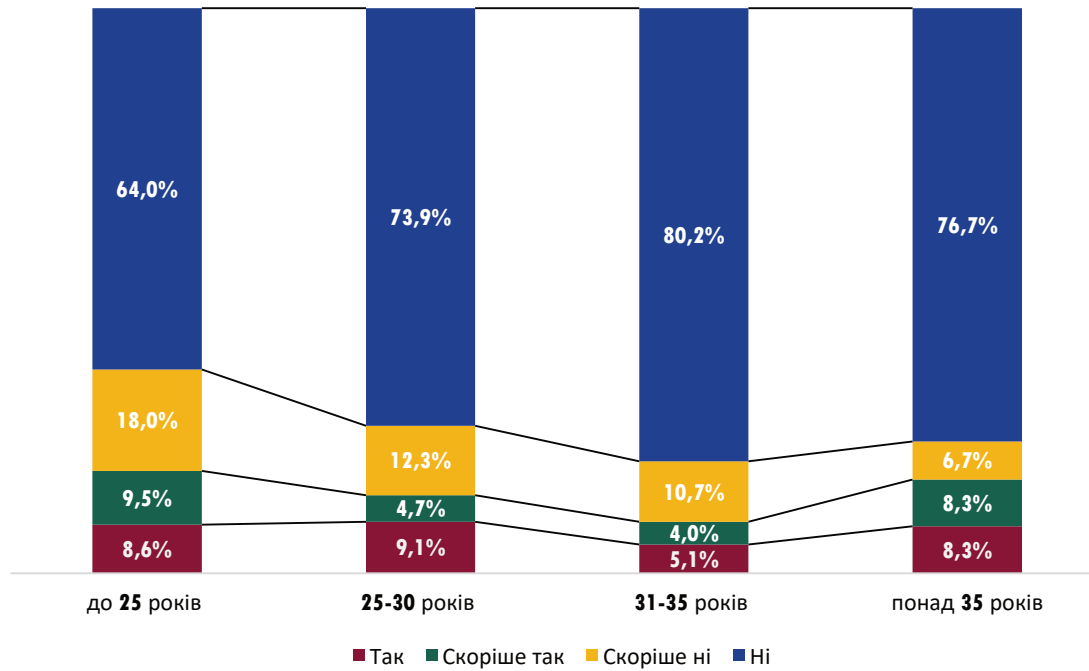


Значні відмінності у відповідях бачимо за змінними вікової групи, наявності попереднього пологового досвіду та домовленості про пологи. Не було виявлено різниці у відповідях за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.



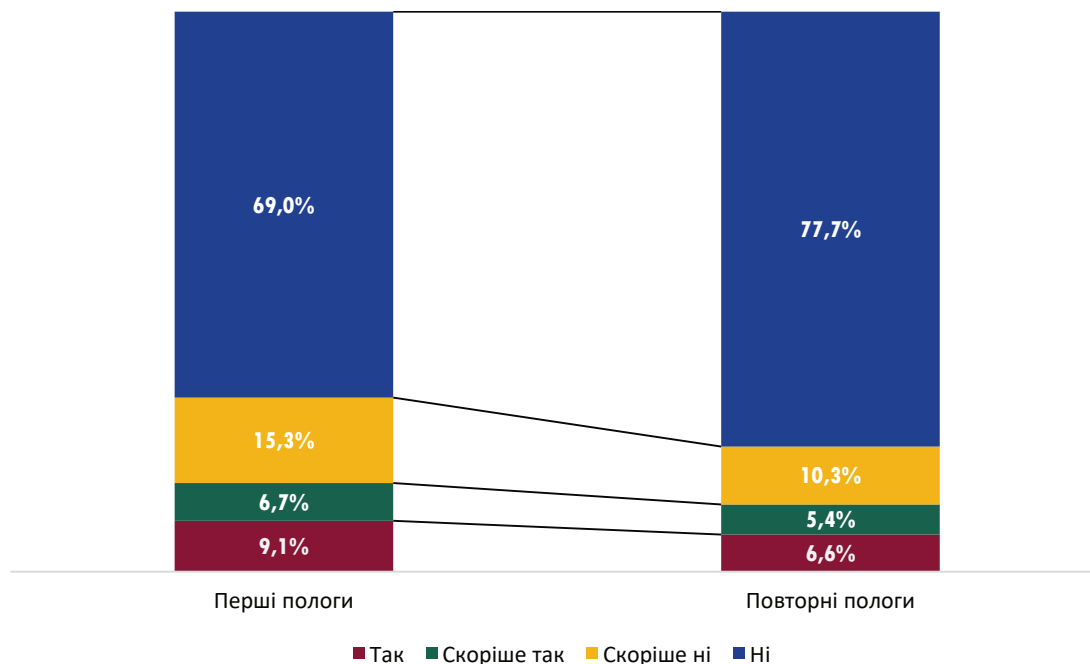
Так, частка повідомлень про тиск чи залякування в пологах збільшується зі зменшенням віку – винятком із тенденції є лише жінки віком понад тридцять п'ять років, проте це може бути результатом малонаповненості цієї категорії.

### Психологічний тиск чи залякування залежно від віку (N=800)



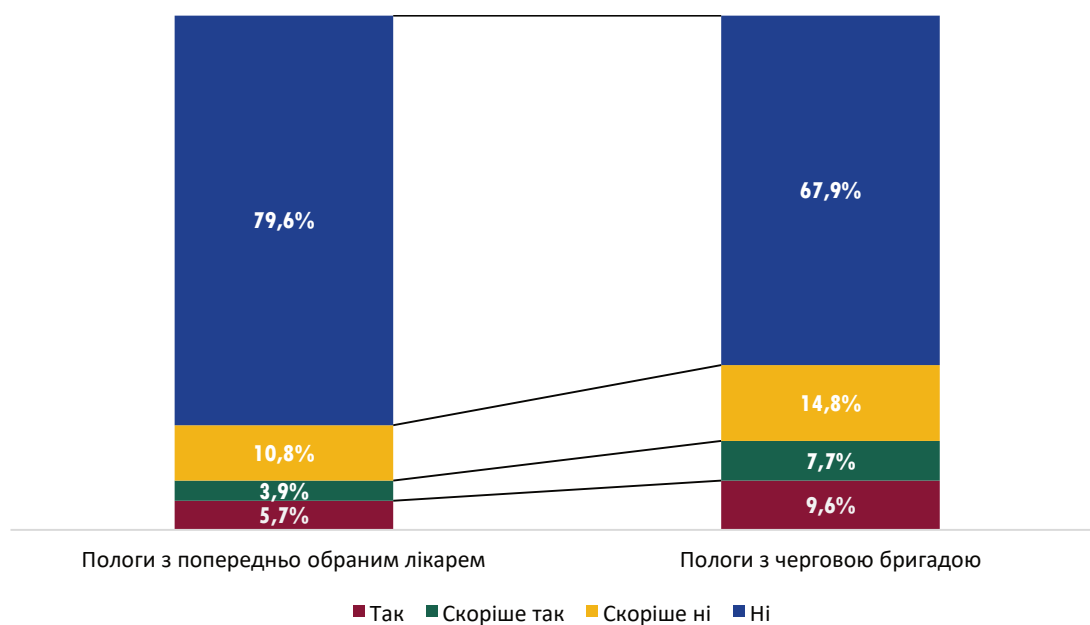
Також вищою є частка повідомлень про тиск чи залякування серед респонденток, які народжували вперше.

**Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=800)**



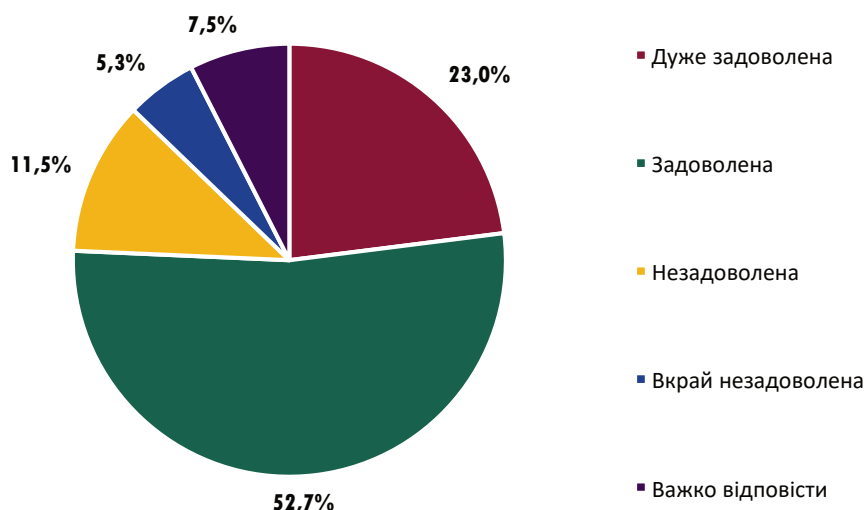
Врешті, частіше про це повідомляли жінки, чиї пологи відбулися з черговою бригадою.

**Психологічний тиск чи залякування залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=800)**



Три чверті опитаних (75,7%) позначили, що задоволені отриманим у пологовому будинку доглядом.

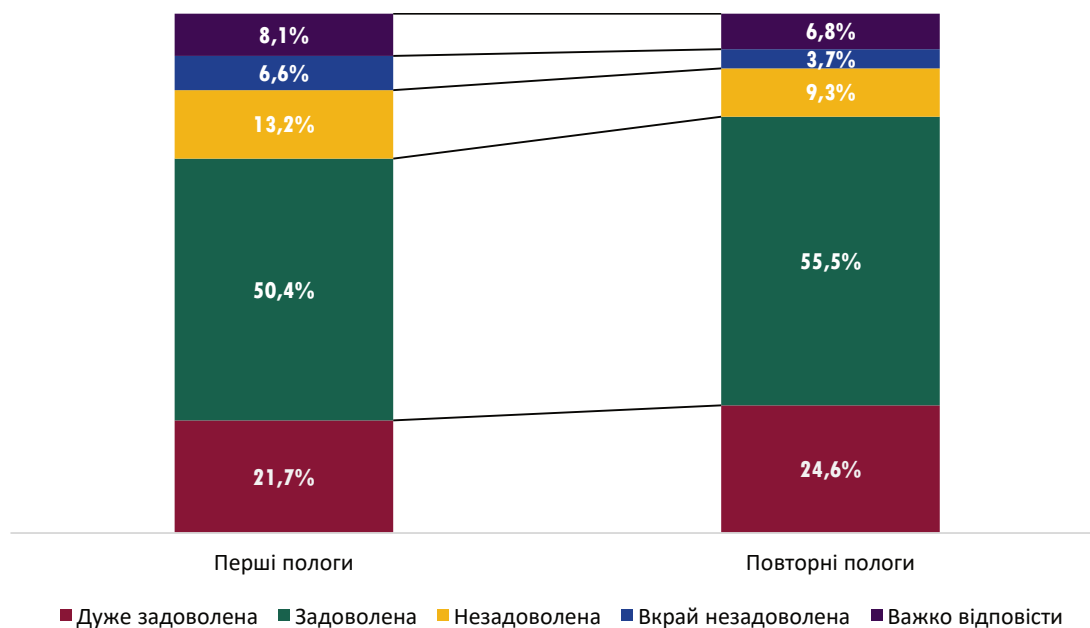
### Задоволеність доглядом у пологовому будинку (N=809)



Різниця у відповідях наявна за змінними попереднього пологового досвіду та договірних пологів. Несуттєвими були фактори обласного центру, розміру населеного пункту, віку, вищої освіти, терміну вагітності, того, природними були пологи чи відбулися шляхом кесарського розтину, а також того, чи були вони партнерськими.

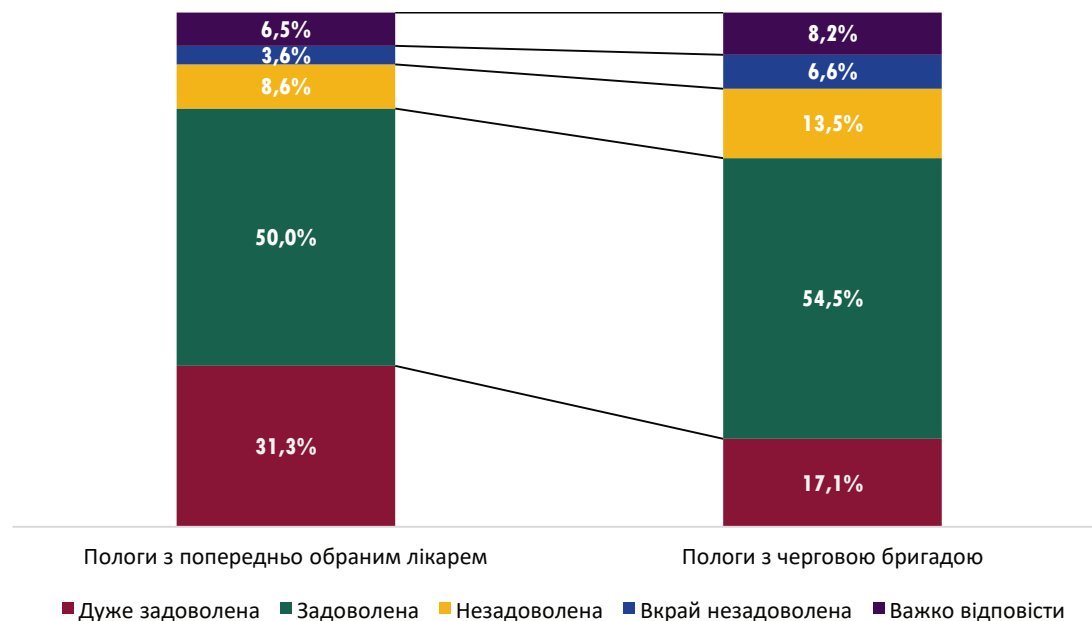
Респондентки, які народжували повторно, були задоволені отриманим у закладі доглядом більше, ніж ті, що народжували вперше.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=809)



Також більшу задоволеність демонструють ті жінки, що народжували з певним лікарем за попередньою домовленістю.

### Задоволеність доглядом у пологовому будинку залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=809)



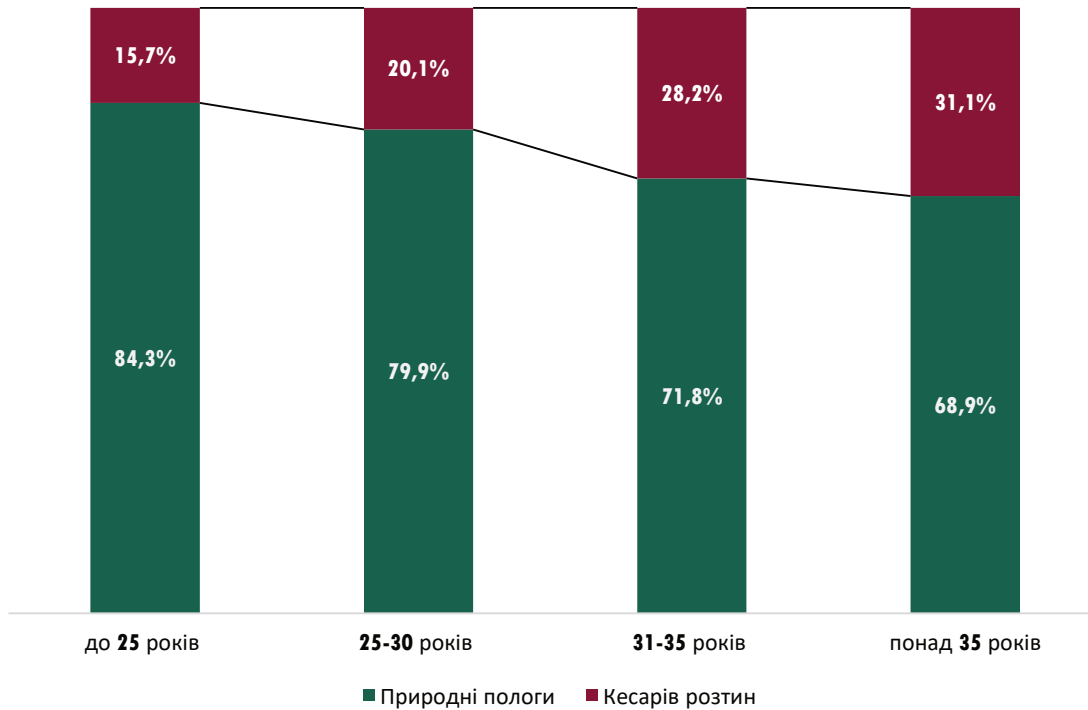
### Розділ 3. Хід пологів

Більшість респонденток (78,5%) народила природним шляхом, 21,5% – шляхом кесаревого розтину.

Спостерігаємо суттєві відмінності у відповідях респонденток за змінними віку, наявності вищої освіти, терміну вагітності та договірних пологів. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду та партнерських пологів.

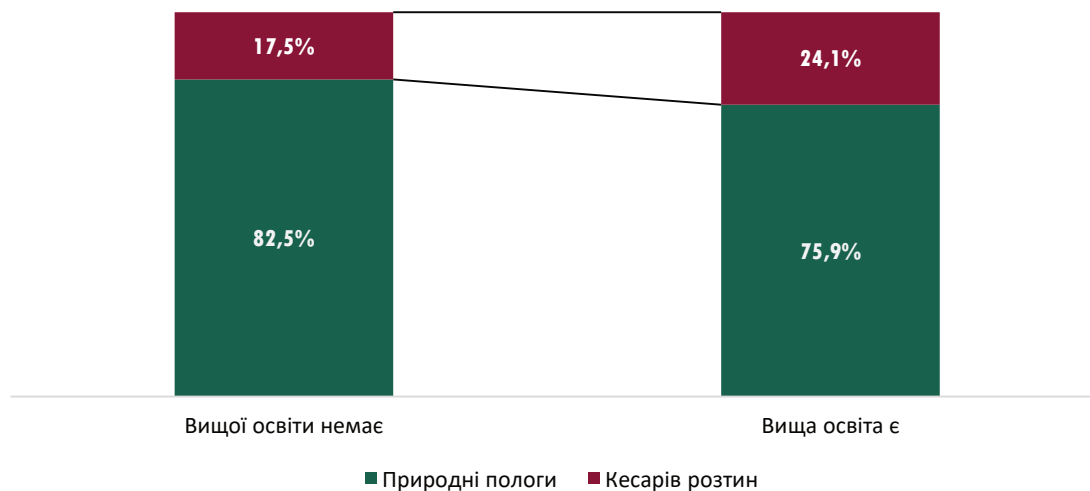
Як демонструє перший рисунок, частка кесарських розтинів зростає зі збільшенням віку опитаних.

**Тип пологів залежно від віку (N=809)**



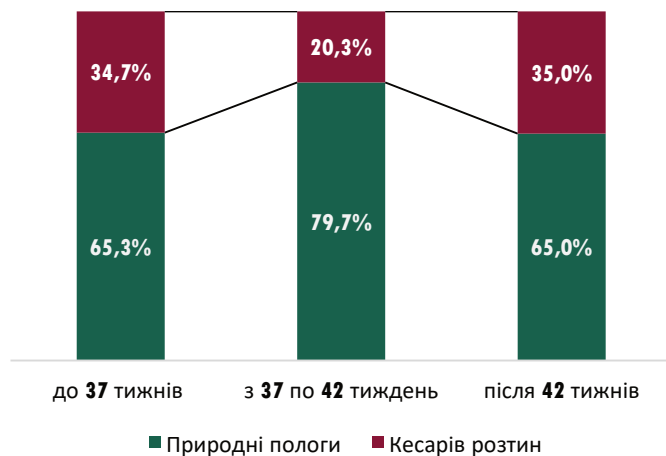
Вона також була вищою серед жінок, які мали вищу освіту, в порівнянні з тими, що її не мали.

### Тип пологів залежно від наявності вищої освіти (N=809)



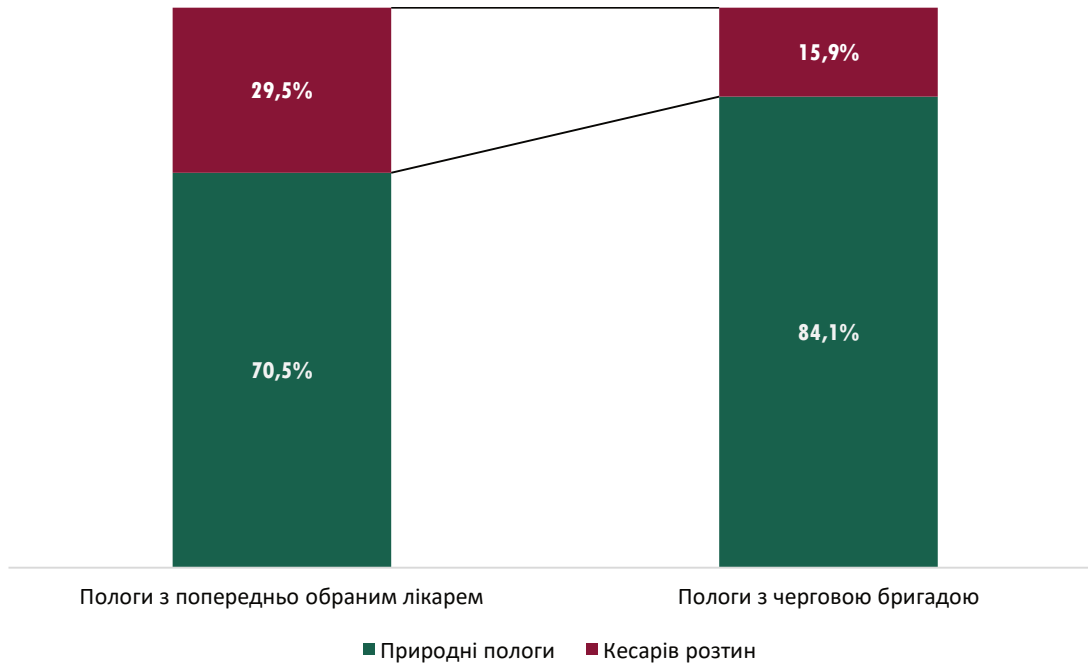
Найменша частка кесарських розтинів спостерігалася серед респонденток, чії пологи відбулися з тридцять сьомого до сорок другого тижня.

### Тип пологів залежно від терміну пологів (N=809)



Зрештою, майже вдвічі вищою частка кесарських розтинів була серед жінок, які мали договірні пологи. Припускаємо, що це принаймні частково пояснюється запланованими кесарськими розтинами у вибірці.

**Тип пологів залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=809)**



Серед тих жінок, що народили природно, пологи розпочалися самі у 71,5%, у випадку 28,5% вони були викликані штучно (найвищий показник серед досліджуваних областей), при цьому 23,2% не знали причину стимуляції. У решті 76,8% випадків штучний початок пологів був зумовлений медичними показаннями.

Попередньо запланованими були 51,1% кесарських розтинів, решта 48,9% відбулися за рішенням, ухваленим у процесі пологів. Це найвищий показник незапланованих кесарських розтинів за вісьмома досліджуваними областями.

Більшість запланованих кесарських розтинів (82%) відбулися до початку перейм (з них 93,2% — за медичними показаннями, 6,8% — за особистим бажанням жінки), інші 18% — після початку перейм за медичними показаннями.

Серед пологів, які закінчилися незапланованим кесарським розтином, 60% розпочалися самі, початок решти 40% був стимульований штучно: у випадку 82,4% стимуляція здійснювалася за медичними показаннями, решта 17,6% опитаних не змогли назвати причину штучного початку пологів.

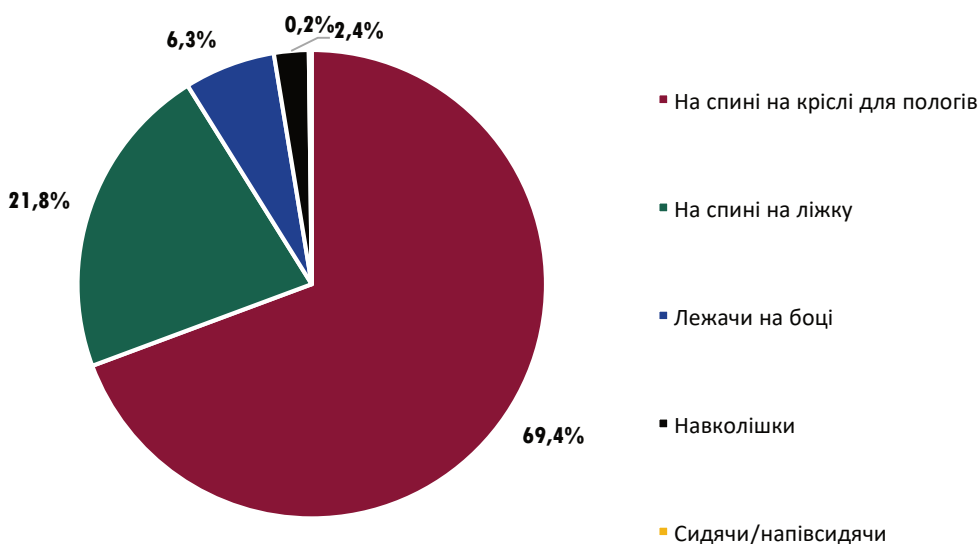
Відповідаючи на запитання про те, які немедикаментозні засоби знеболення вони використовували під час пологів, опитані найчастіше вказували вільну зміну положення тіла (50,4%) та партнерську підтримку (49,7%). Значно менше згадували використання фітболу (26,3%) та прийом душу або ванни (26%).

### Поширеність використання немедикаментозних засобів знеболення під час пологів (N=809)



Абсолютна більшість жінок (91,2%) зазначила, що народжувала на спині: 69,4% – на кріслі для пологів, 21,8% – на ліжку. Лежачи на боці, народжували 6,3% опитаних, навколішки – 2,4%, сидючи чи напівсидючи – 0,2%.

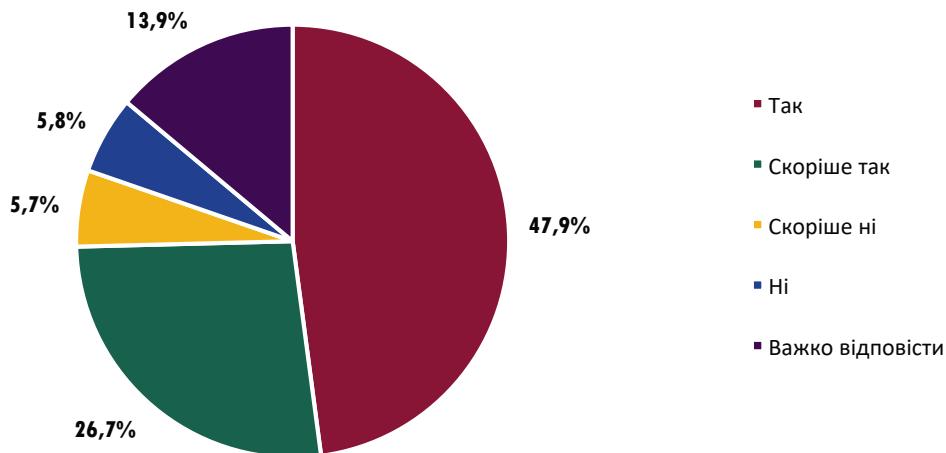
### Положення в момент народження дитини (N=638)



Позиція, в якій вони народжували дитину, видалася зручною або скоріше зручною 74,6% респонденток, незручною або скоріше незручною – 11,5%; ще 13,9% було важко відповісти на це запитання.



### Зручність положення в момент народження дитини (N=634)



Пояснюючи, чому вони народжували в незручній для себе позиції, жінки найчастіше відповідали, що їх у неї поклали, а вони не знали, що можна народжувати в іншій (46,2%), або що вони не знайшли більш зручної позиції (45,1%). У випадку 8,9% на позиції, попри небажання жінки, наполягали лікарі.

### Причина народження в незручній позиції (N=452)



Медперсонал чекав спонтанних активних потуг та заохочував потроху тужитись, якщо жінка відчувала таке бажання, в 55,5% випадків, решта опитаних (44,5%) зазначила, що медичний персонал повністю керував їхніми потугами та затримками дихання.

## Розділ 4. Застосування медичних інтервенцій у пологах

Понад половина (52,8%) опитаних вказали, що під час їхніх пологів було застосовано амніотомію. З них у випадку 35,5% маніпуляція здійснювалась без пояснень та згоди жінки.

Суттєві відмінності у відповідях опитаних спостерігаються за змінними терміну вагітності та типу пологів. Не було виявлено статистично значущих відмінностей у відповідях респонденток за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку, наявності вищої освіти та попереднього пологового досвіду, а також партнерських та договірних пологів.

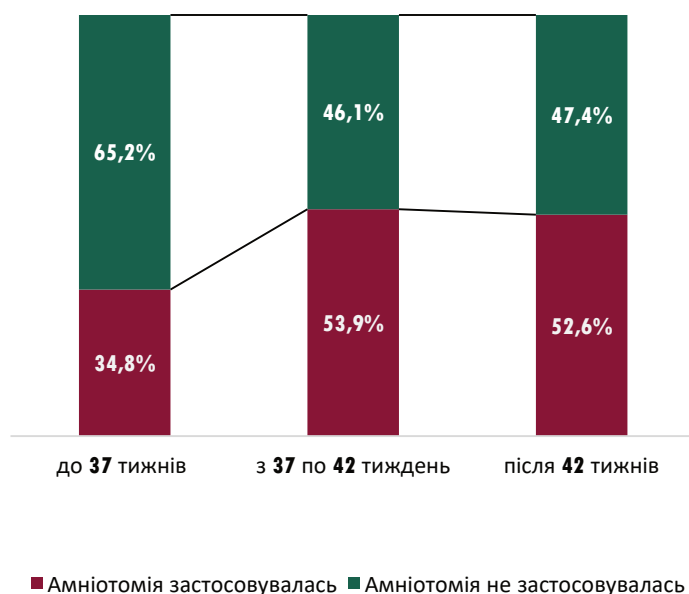
Як демонструє перший рисунок, частка амніотомій є очікувано вищою серед жінок, які народжували після тридцять сьомого тижня вагітності.

Також частка повідомлень про це втручання є вищою серед жінок, які народжували природно, а не шляхом кесарського розтину.

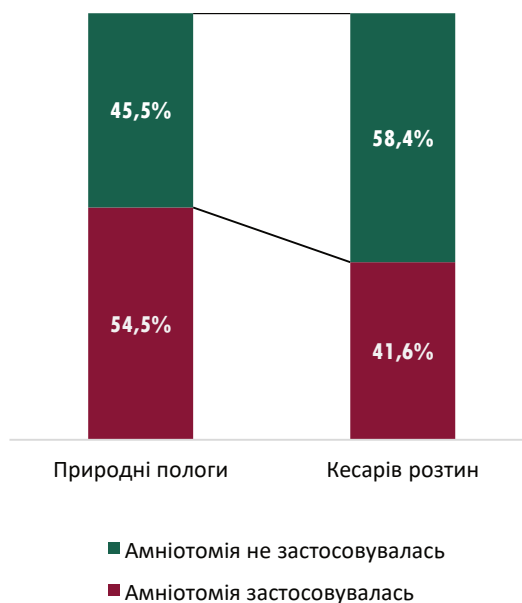
### Застосування амніотомії (N=736)



### Застосування амніотомії залежно від терміну пологів (N=736)



### Застосування амніотомії залежно від типу пологів (N=736)



Майже три чверті опитаних (70,1%) зазначили, що в їхніх пологах застосовувалися крапельниці, пігулки чи інші ліки, причому у випадку 27,3% це здійснювалося без пояснень та згоди, хоча ситуація не була екстреною.

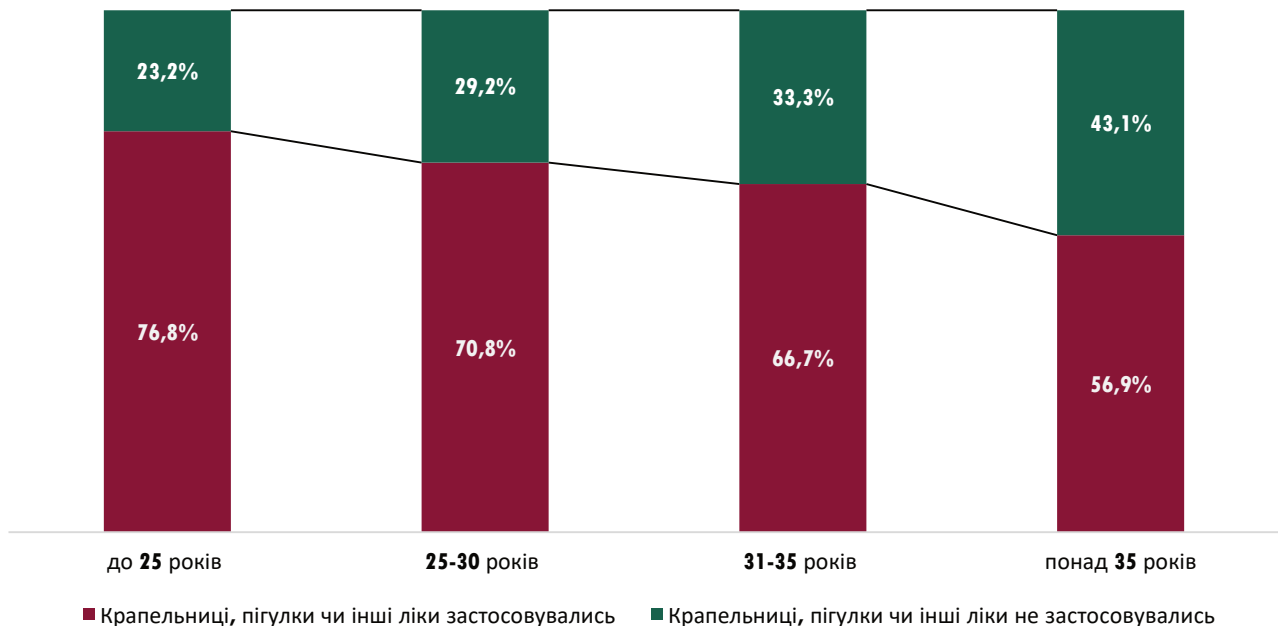
Значні відмінності у відповідях опитаних бачимо за змінними віку, наявності попереднього пологового досвіду, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів. Значні розбіжності у відповідях респонденток відсутні за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, вищої освіти та терміну вагітності.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків (N=730)



Перший рисунок демонструє зменшення частки повідомлень про застосування в пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків зі зростанням віку опитаних.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від віку (N=730)



Крім того, також про подібні втручання частіше згадували жінки в перших пологах, що може вказувати на зв'язок між цими двома змінними.

Цілком очікувано частіше про застосування в їхніх пологах крапельниць, пігулок чи інших ліків повідомляли жінки, які мали кесарський розтин, а не природні пологи.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=730)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від типу пологів (N=730)



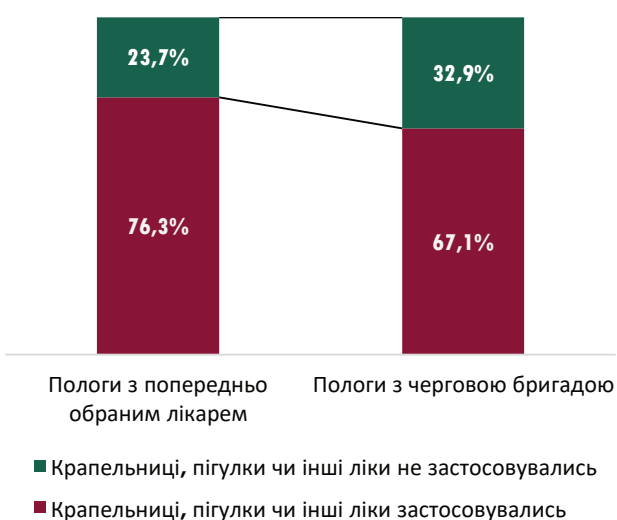
Частіше про такі втручання вказували опитані, які мали партнерські пологи, а не народжували самостійно.

Врешті, дещо вищою є частка повідомлень про застосування крапельниць, пігулок чи інших ліків серед респонденток, які народжували з попередньо обраним лікарем, а не черговою бригадою.

### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності партнерської підтримки (N=730)



### Застосування крапельниці, пігулок чи інших ліків залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=730)



Про те, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, вказали 41,2% опитаних; із них у випадку 67,6% маніпуляція виконувалась без згоди або без попередження.

Значні відмінності у відповідях респонденток спостерігаються за змінними обласного центру, розміру населеного пункту, віку та наявності попереднього пологового досвіду. Не було помічено статистично значущих відмінностей за змінними вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

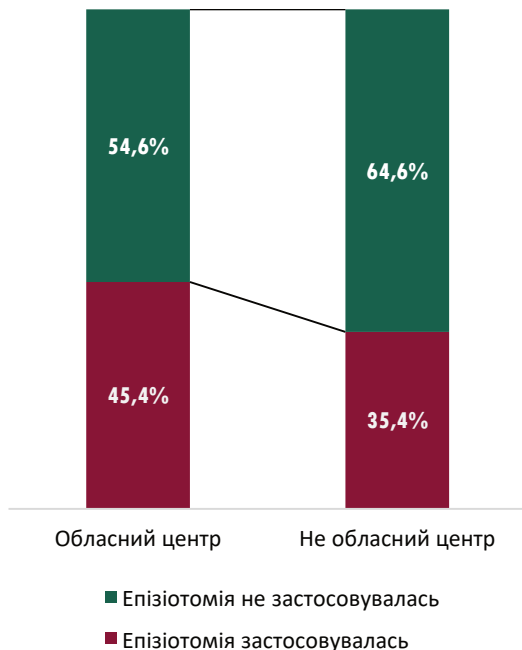
Як бачимо на першому рисунку, жінки, які народжували в Черкасах, вказували, що в їхніх пологах застосовувалася епізіотомія, частіше, ніж опитані, що народжували в інших населених пунктах області.

При цьому спостерігаємо зростання частки повідомлень про це втручання зі збільшенням розміру населеного пункту, в якому відбулися пологи.

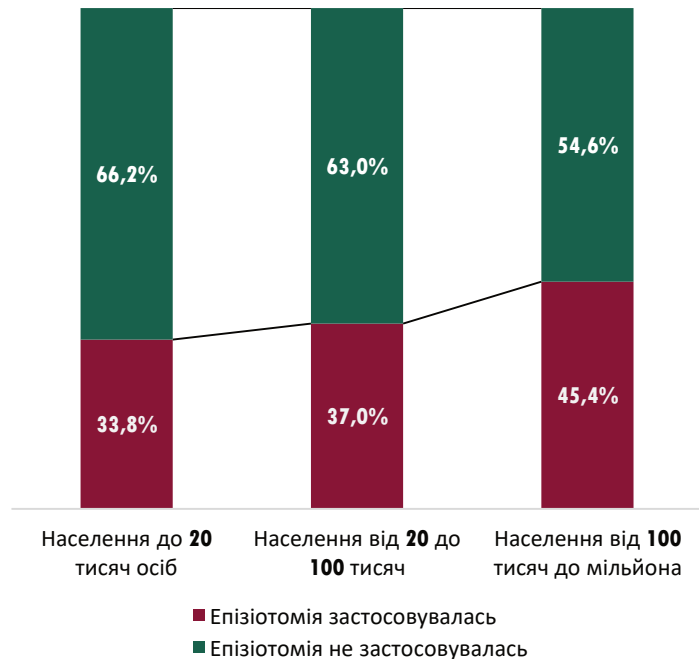
### Застосування епізіотомії (N=638)



### Застосування епізіотомії залежно від обласного статусу населеного пункту (N=638)

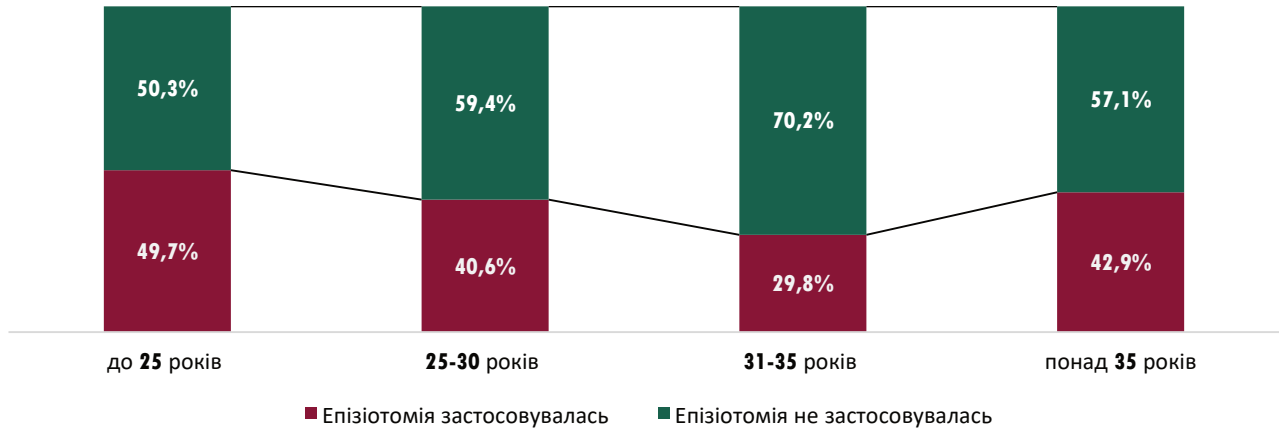


### Застосування епізіотомії залежно від розміру населеного пункту (N=638)

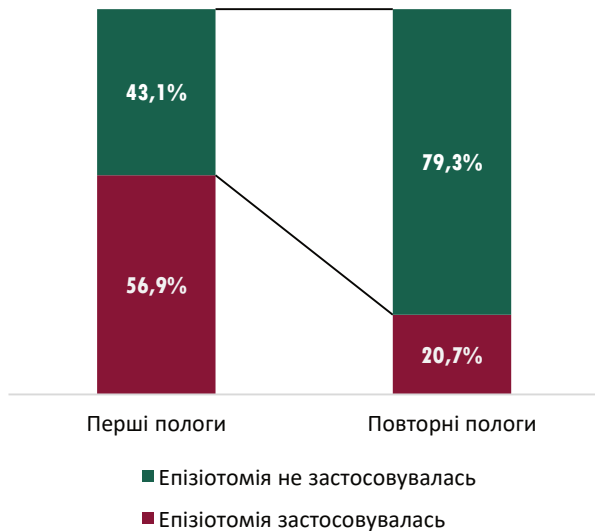


Наступний рисунок демонструє тенденцію до зменшення частки повідомлень про застосування в пологах епізіотомії зі зростанням віку – винятком є лише група жінок віком понад тридцять п'ять років, проте це може бути результатом її малонаповненості.

### Застосування епізіотомії залежно від віку (N=638)



### Застосування епізіотомії залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=638)



Суттєві відмінності у відповідях респонденток наявні за змінними обласного центру, віку та наявності попереднього пологового досвіду. Не було виявлено статистично значущих відмінностей у відповідях за змінними розміру населеного пункту, вищої освіти, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів.

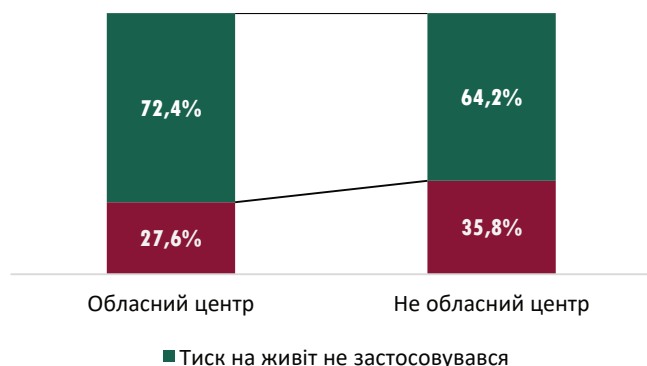
Крім того, частіше про втручання згадували жінки в перших пологах – знову ж таки, це може свідчити про зв'язок змінних віку та наявності попереднього пологового досвіду.

Про тиск на живіт з метою пришвидшення народження дитини повідомило 30,3% респонденток, причому у випадку 5 жінки тиснути на живіт просили її чоловіка. Ще 9,2% респонденток не змогли відповісти на запитання.

### Застосування тиску на живіт (N=638)



### Застосування тиску на живіт залежно від обласного статусу населеного пункту (N=638)

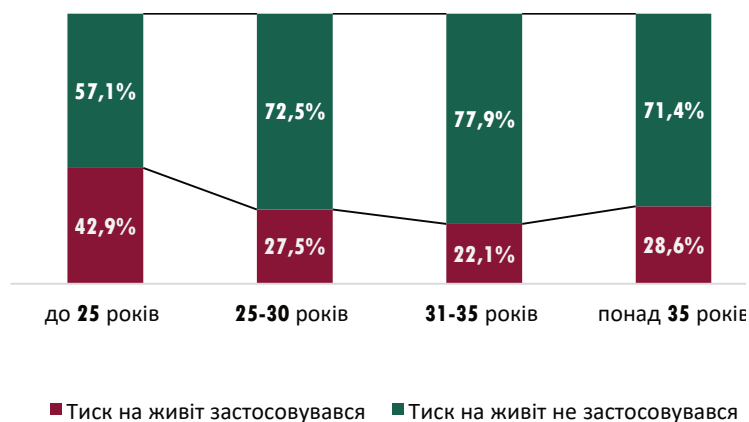


Бачимо, що жінки, які народжували поза обласним центром, повідомляли про застосування тиску на живіт під час їхніх пологів частіше, ніж ті, що народжували в Черкасах.

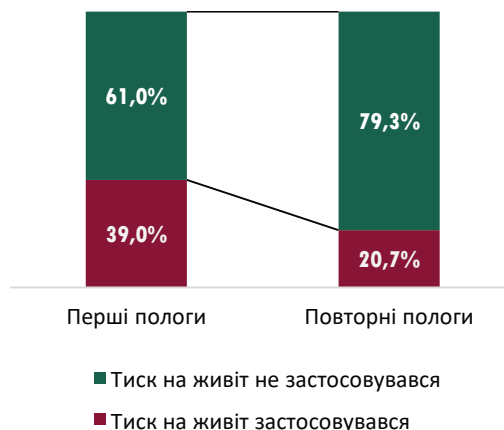
Наступний рисунок демонструє, що жінки наймолодшого віку згадували про застосування цього втручання значно частіше, ніж опитані більш старшого віку.

Зрештою, майже вдвічі частіше про це повідомляли жінки в перших, а не повторних пологах.

### Застосування тиску на живіт залежно від віку (N=638)



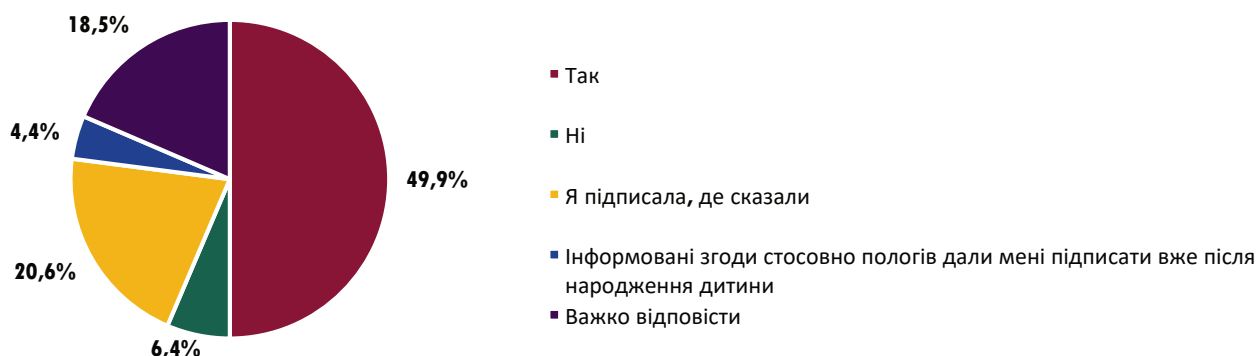
### Застосування тиску на живіт залежно від наявності попереднього досвіду пологів (N=638)



## Розділ 5. Надання інформації та підписання інформованих згод

Достатньо часу для ознайомлення з документами про інформовану згоду мала лише половина опитаних (49,9%). Особливу увагу слід звернути на те, що кожна п'ята (20,6%) підписала документи, «де сказали», а ще 18,5% не змогли відповісти на це запитання взагалі, що може вказувати на те, що ці жінки також не отримали можливості уважно ознайомитися з відповідною документацією.

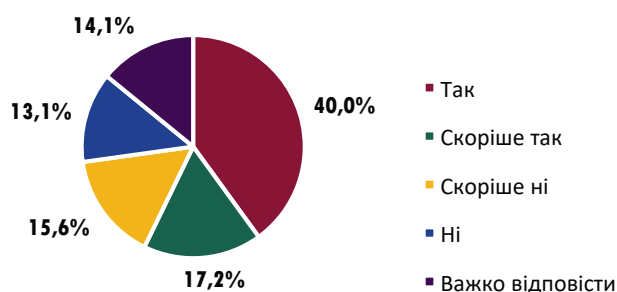
### Чи було респондентці надано достатньо часу, щоб ознайомитися з документами про інформовану згоду (N=809)



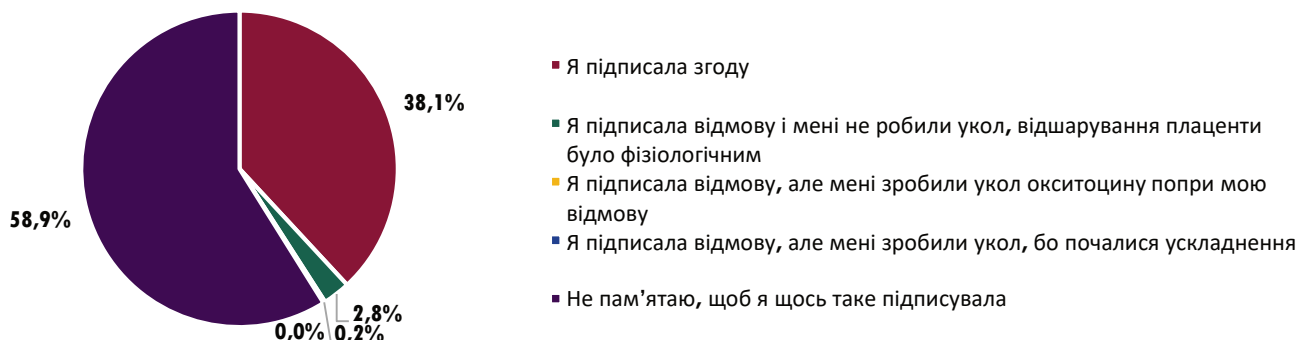
Понад половина респонденток (57,2%) отримала чи скоріше отримала пояснення про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань, а також відповіді на всі свої запитання, перш ніж підписати інформовані згоди. Дещо понад чверть опитаних (28,7%) вказали, що не отримали чи скоріше не отримали таку інформацію, а кожна сьома жінка (14,1%) не змогла відповісти на це запитання взагалі, що може також вказувати на проблемність ситуації.

Про те, що вони підписували згоду на активне ведення третього періоду пологів, повідомили 38,1% респонденток, натомість 58,9% вказали, що не пам'ятають, щоби підписували щось подібне.

### Отримання пояснень про причини та можливі й очікувані наслідки медичних втручань та відповідей на всі запитання до підписання інформованих згод (N=809)



### Підписання згоди на активне ведення третього періоду пологів (укол окситоцину для пришвидшення виходу плаценти та попередження післяпологової кровотечі) (N=638)





## Розділ 6. Післяпологовий період

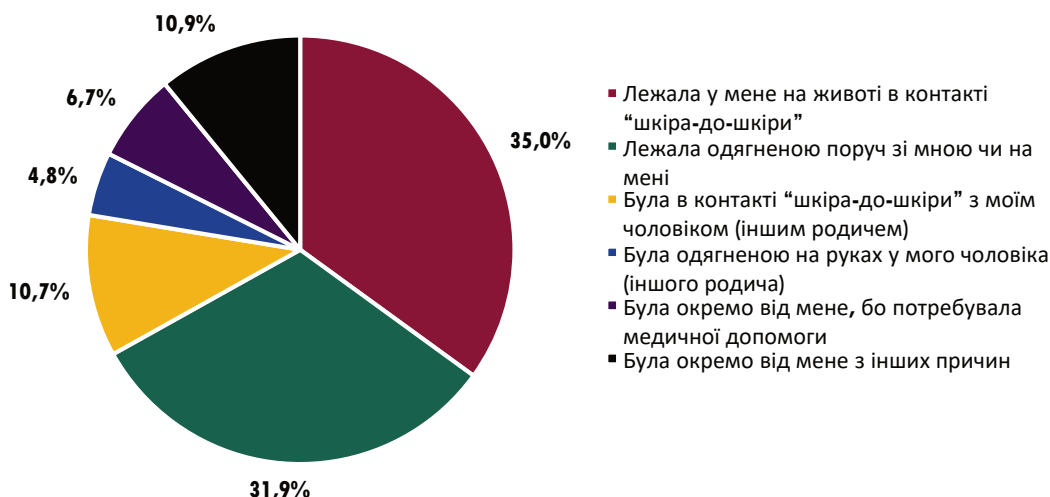
Анкета містила кілька запитань про перші години життя дитини після пологів. Так, згідно з рисунком нижче, на якому представлено, як відбувалася первинна оцінка стану немовляти, половину новонароджених (50,9%) після перетину пуповини забрали оглянути на сповивальний столик, а 19,3% з різних причин забрали від матері взагалі. Лише третина дітей (29,5%) оглядалася зі збереженням контакту «шкіра до шкіри».

### Первинна оцінка стану дитини відразу після її народження та перетину пуповини (N=753)



Контакт «шкіра до шкіри» протягом перших двох годин життя був збережений з немовлятами 45,7% опитаних – з них у випадку 35% контакт забезпечувався з матір'ю, а у випадку 10,7% – з чоловіком або іншими родичами. Понад третина немовлят (36,7%) перебувала поруч із матір'ю чи чоловіком або іншим родичем одягнутою – це свідчить про те, що медичний персонал не поінформований про важливість збереження теплового ланцюжка або не дотримується рекомендацій із його збереження з інших причин. Крім того, кожна десята опитана (10,9%) зазначала, що протягом перших двох годин життя дитина перебувала окремо від неї з причин, не пов'язаних із необхідністю надання їй медичної допомоги.

## Перебування дитини протягом перших двох годин після народження (N=795)

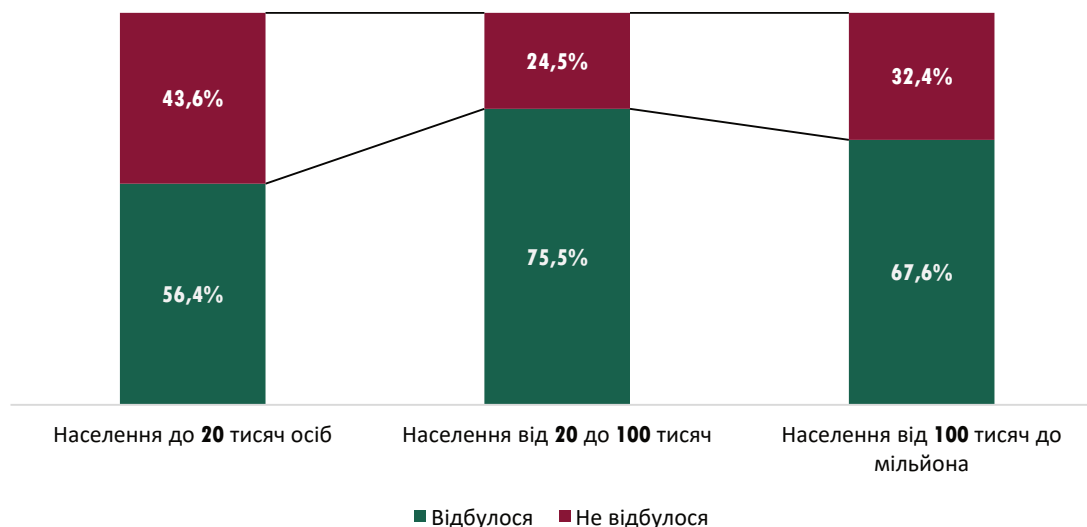


Перше грудне годування відбулося протягом перших двох годин після народження у випадку 66,8% опитаних жінок.

Статистично значущі відмінності у відповідях наявні за змінними розміру населеного пункту, наявності попереднього пологового досвіду, терміну вагітності, типу пологів, а також партнерських та договірних пологів. Значні відмінності у відповідях відсутні за змінними обласного центру, віку та наявності вищої освіти.

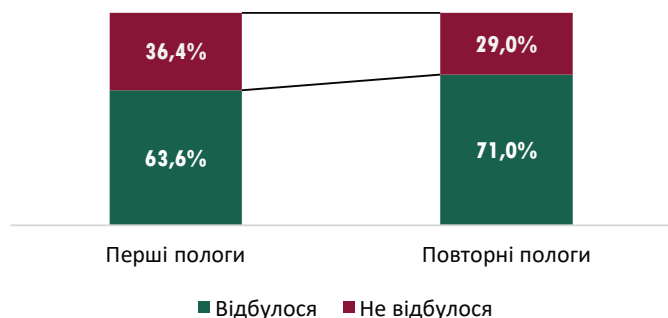
Як демонструє перший рисунок, найвищою частка жінок, які вказали, що перше годування грудьми їхньої дитини відбулося протягом перших двох годин її життя, є серед опитаних, які народили в населених пунктах середнього розміру.

## Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від розміру населеного пункту (N=793)



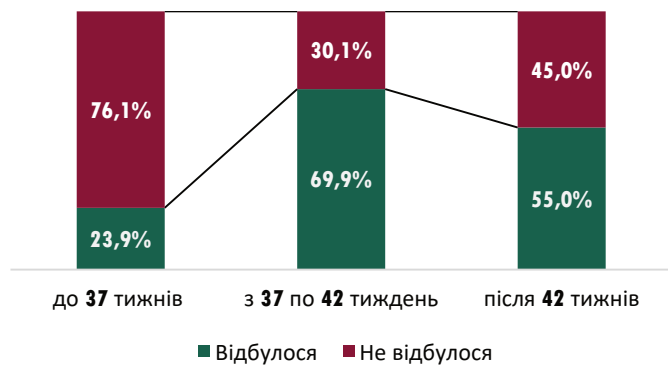
Також ця частка є вищою серед тих респонденток, які народжували повторно, а не вперше.

**Перше годування дитини  
грудьми протягом перших двох  
годин після народження залежно  
від наявності попереднього  
досвіду пологів (N=793)**



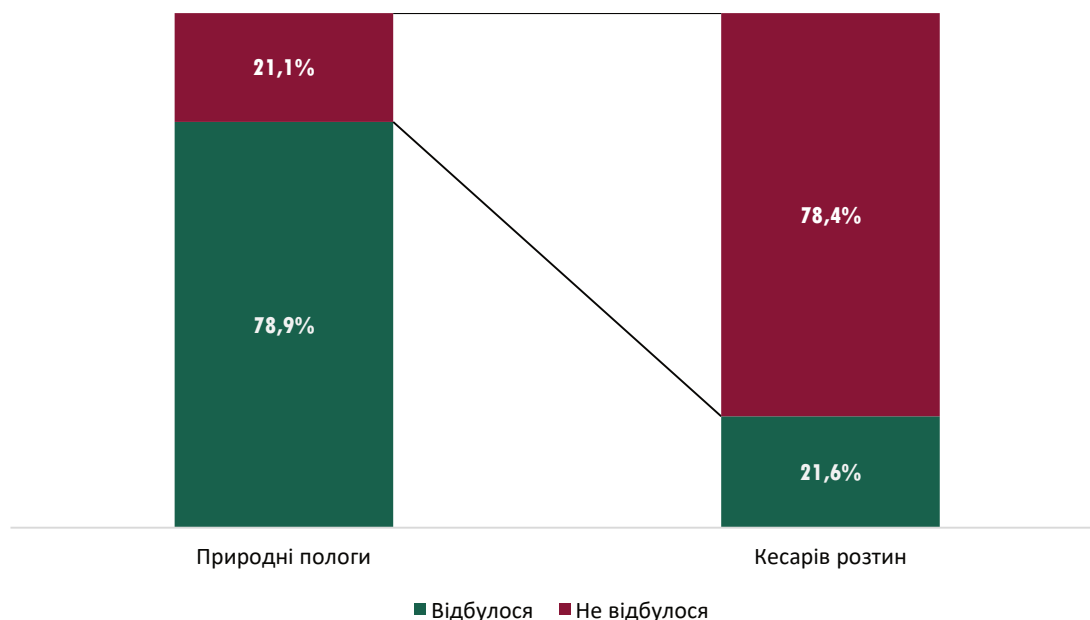
Очікувано низькою є частка жінок, які вказали, що перше годування грудьми відбулося протягом перших двох годин життя дитини, серед тих, чиї пологи відбулися раніше терміну.

**Перше годування дитини  
грудьми протягом перших двох  
годин після народження залежно  
від терміну пологів (N=793)**



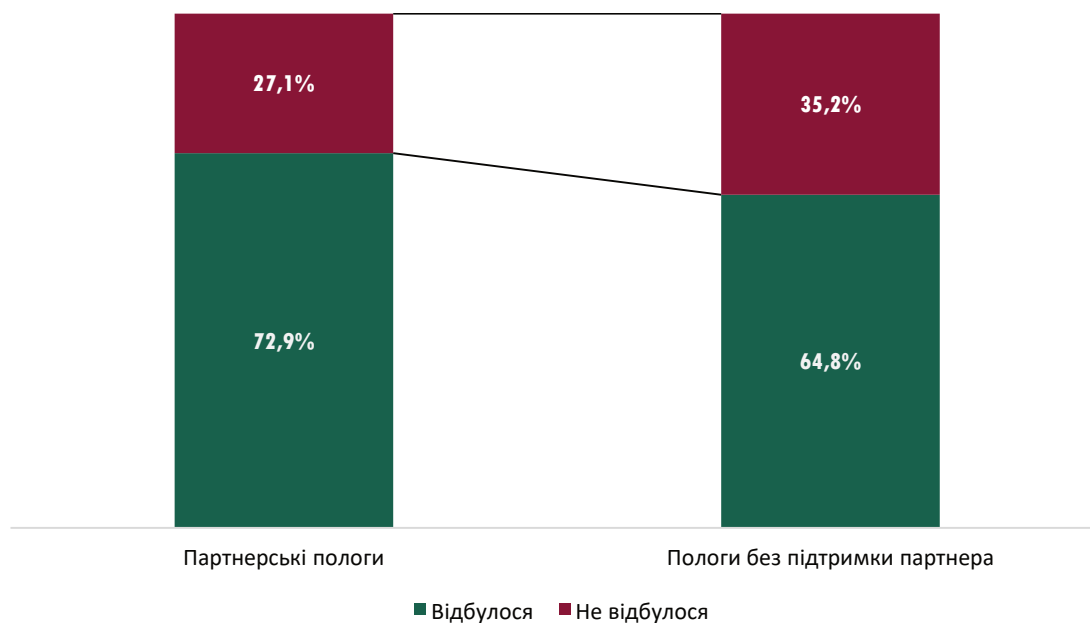
Схожим чином, ця частка є значно нижчою серед тих опитаних, які мали кесарський розтин, а не природні пологи.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від типу пологів (N=793)**



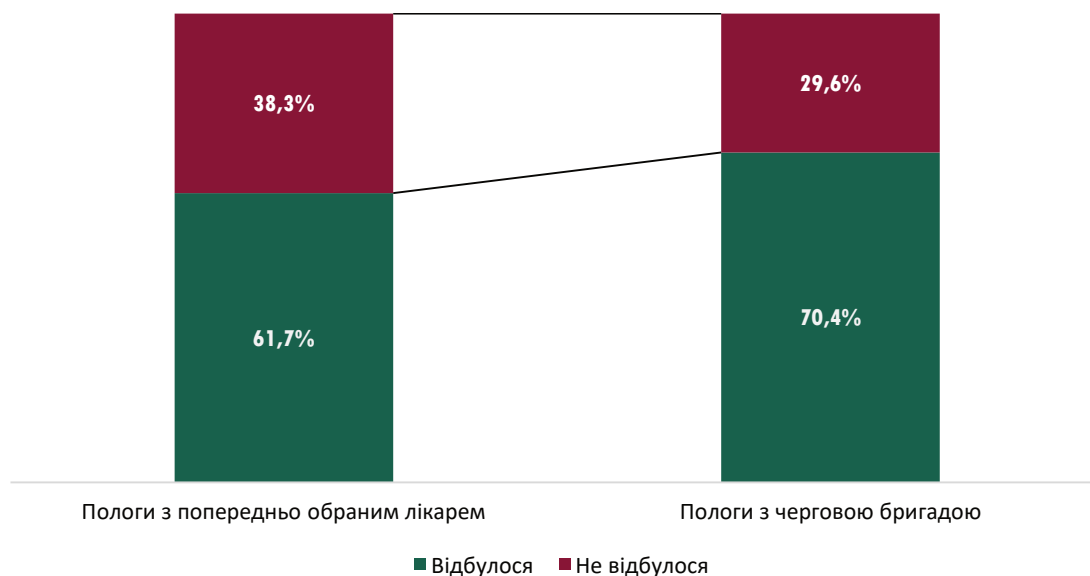
Жінки, які народжували з партнером або партнерами, вказували, що перше годування їхньої дитини грудьми відбулося протягом перших двох годин її життя, дещо частіше, ніж ті, що народжували самі.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності партнерської підтримки (N=722)**



Крім того, ця частка є вищою серед тих опитаних, які народжували з черговою бригадою, а не за домовленістю – припускаємо, що це може пояснюватися тим, що серед другої групи було дещо більше кесарських розтинів.

**Перше годування дитини грудьми протягом перших двох годин після народження залежно від наявності попередньої домовленості про пологи з певним лікарем (N=793)**



## Розділ 7. Рекомендації щодо покращення пологових послуг

На запитання про те, де би вони хотіли народжувати наступну дитину за умови супроводу кваліфікованого спеціаліста та з урахуванням ступеню медичного ризику, більшість респонденток (66,7%) обрала варіант «у тому ж самому пологовому закладі». Дещо меншу підтримку отримали варіанти «в акушерському центрі» та «в приватному пологовому будинку» (22% та 17,1% відповідно), а також «в іншому державному пологовому» (15,9%). Про готовність народжувати вдома за присутності сертифікованої акушерки зазначили 3,7% опитаних.

### Преференції щодо народження наступної дитини (N=809)



Відповідаючи на запитання про те, яким чином можна було би покращити пологову медичну допомогу, респондентки найчастіше обирали такі варіанти, як «більш комфортні побутові умови в пологових закладах» (59%) та «краще технічне обладнання та забезпечення ліками пологових будинків» (56,6%). Далі йшли такі позиції, як «запровадження страхової медицини для покриття витрат на пологи» (44,7%), «більш доброзичливе та уважне ставлення та більше поваги до жінок» (38,7%), «подолання корупції та вимагання грошей» (35,2%), «підвищення професійної кваліфікації працівників» (30%), «можливість офіційно сплачувати за гарантовано якісні медичні послуги» (23,9%), «ширше залучення жінок до ухвалення рішень під час пологів» (21,9%), «можливість обрати акушерський догляд замість лікарського в разі нормальної вагітності та пологів» (16,4%), «орієнтація на більш природні, а не медикалізовані пологи» (15,8%) та «більш ретельне дотримання наказів Міністерства охорони здоров'я» (11,1%).

## Зміни, які могли би покращити пологову допомогу (N=809)

