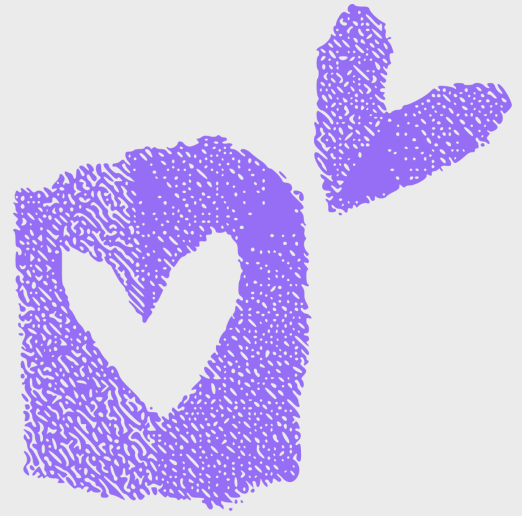




КЛЮЧОВІ **ВИСНОВКИ** ДОСЛІДЖЕННЯ

Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених:
досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного
супроводу в переживанні перинатальної втрати

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

Досвід сімей після перинатальної втрати у медичних закладах України

516

жінок, які пережили перинатальну втрату у 2021–2026 роках, взяли участь в анкетуванні

308

медичних працівників/-ць взяли участь в анкетуванні

10

глибинних інтерв'ю з жінками

4

експертні інтерв'ю: з трьома медичними працівницями та представницею громадського сектору

Дослідження проводилося у березні–травні 2026 року та поєднало кількісні й якісні методи. Воно не претендує на статистичну репрезентативність для всіх жінок чи медичних працівників/-ць України, а відображає досвід і потреби його учасників та учасниць.

Авторки звіту – Ганна Заремба-Косович, кандидатка соціологічних наук, старша наукова співробітниця Інституту народознавства НАН України, та Вікторія Лучка, голова ГО «Безпечне народження».

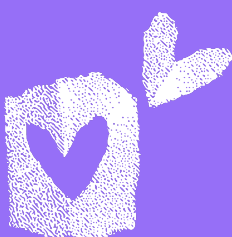
Експертне рецензування – Дар'я Коцюба, засновниця спільноти «Народжені ненародженими».





У тексті дослідження використовується термін **«дитина»** в контексті втрат на будь-якому терміні вагітності, пологів чи після народження, оскільки цей термін є більш прийнятним для багатьох батьків, які пережили втрату.

Авторки дослідження свідомі того, що використання медичної та/або юридичної термінології в комунікації з батьками може посилювати їхній біль після перинатальної втрати, оскільки така мова заперечує те, як батьки сприймають свою дитину і позбавляє їх статусу матері чи батька. Визнання батьківства, незалежно від періоду втрати, має важливе значення для надання чуйного та людиноцентричного супроводу у переживанні перинатальної втрати у медичних закладах.



КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ



01



В Україні немає системного та уніфікованого підходу до супроводу сімей у переживанні перинатальної втрати.

Результати дослідження демонструють суттєву нерівномірність практик між закладами охорони здоров'я. Психологічна та інформаційна підтримка, можливість контакту з дитиною, створення пам'ятних речей та спогадів, а також допомога в організації прощання не є усталеними складовими супроводу та можуть залежати від практики конкретного закладу й ініціативи окремих медичних працівників/-ць.

02



Потреби сімей після перинатальної втрати виходять далеко за межі медичної допомоги, тоді як система досі значною мірою зосереджена на фізичному стані жінки.

Досвід респонденток показує важливість психологічної, інформаційної, соціальної та, для частини сімей, духовної підтримки, а також визнання батьківства, можливості контакту з дитиною, прощання та збереження пам'яті про неї. Водночас саме ці складові допомоги часто забезпечуються непослідовно або залишаються поза межами супроводу в медичному закладі.

03

80,6 %

опитаних медиків
підтримують впровадження
національних стандартів
супроводу

Медичні працівники/-ці підтримують запровадження національних стандартів супроводу у переживанні перинатальної втрати та вважають практичні алгоритми необхідними для своєї роботи.

76,7 % опитаних медичних працівників/-ць назвали відсутність чітких стандартів однією з ключових проблем у роботі з перинатальною втратою. Водночас 80,6 % підтримують впровадження національних стандартів догляду у таких випадках, а 66,3 % зазначили, що чеклист дій був би корисним у їхній практичній роботі. Це свідчить про потребу самих фахівців/-чинь у систематизації підходів та чітких практичних інструментах для супроводу сімей.

04

57,6 %

опитаних жінок стикалися з нерозумінням або знеціненням свого горювання

Перинатальна втрата залишається соціально невидимою та табуованою, а горе батьків нерідко знецінюється.

57,6 % опитаних жінок стикалися з нерозумінням або знеціненням свого способу горювання, 54,5 % зазначили, що оточення уникало розмов про померлу дитину, а 46,8 % – що від них очікували швидше «забути» пережите та повернутися до звичного життя. Жінки також стикалися з висловлюваннями на кшталт «ще народиш», «у тебе є інша дитина» або «це ще не дитина». Особливо вираженням невизнання є у випадку ранніх втрат. Замовчування та знецінення можуть заперечувати не лише значущість самої втрати, а й досвід батьківства та існування конкретної дитини в житті сім'ї, посилюючи ізоляцію батьків у переживанні горя.

05

67,1 %

опитаних жінок часто або дуже часто відчували провину після втрати

Почуття провини є поширеною частиною досвіду перинатальної втрати.

39,5 % респонденток зазначили, що дуже часто відчували провину після втрати, ще 27,6 % – часто. Найчастіше вона виникала через власні сумніви щодо того, чи можна було запобігти втраті, однак на неї також впливали суспільні уявлення про материнство та слова медичних працівників/-ць. Образ матері, яка має бути здатною захистити дитину від будь-якої небезпеки, може посилювати самозвинувачення навіть тоді, коли жінка об'єктивно не могла вплинути на результат вагітності.

06

19,5 %

опитаних жінок назвали комунікацію під час повідомлення про втрату травматичною

Комунікація медичних працівників/-ць є одним із визначальних елементів у переживанні перинатальної втрати, однак чутлива комунікація не є усталеною практикою.

Поряд із прикладами підтримувального й турботливого ставлення дослідження зафіксувало травматичну, знецінювальну та звинувачувальну комунікацію. 19,5 % опитаних жінок назвали комунікацію під час повідомлення про втрату травматичною, 18,3 % відчували знецінення своїх почуттів, а 6,4 % – зазначили про звинувачувальний характер спілкування. Інтерв'ю показують, що слова та поведінка медичних працівників/-ць можуть залишатися важливою частиною пам'яті про втрату навіть через роки.

07

78,2 %

опитаним жінкам у закладі не пропонували консультацію психолога/-ині

Професійна психологічна підтримка в момент втрати залишається радше винятком, ніж стандартною частиною допомоги.

78,2 % опитаних жінок зазначили, що в медичному закладі їм не пропонували консультацію психолога/-ині або психотерапевта/-ки. Серед жінок, яким психологічної допомоги не запропонували, 63,6 % зазначили, що потребували її в той момент. Після виписки частина жінок була змушена шукати професійну підтримку самостійно.

08

28,7 %

опитаних жінок під час виписки не отримали жодної форми інформаційної підтримки

Інформаційний супровід після перинатальної втрати є фрагментарним, а відповідальність за пошук необхідної інформації фактично перекладається на самих батьків.

Жінкам бракувало зрозумілих пояснень щодо причин втрати, подальших медичних кроків, власних прав, можливостей контакту і прощання з дитиною, поховання та доступної підтримки після повернення додому. Під час виписки 28,7 % опитаних жінок не отримали жодної з перелічених у дослідженні форм інформаційної підтримки. У результаті сім'ї нерідко залишалися сам на сам із необхідністю з'ясувати, що робити далі.

09

46,5 %

опитаних жінок не відчували впливу на процес народження дитини під час втрати

Жінки не завжди відчують, що можуть впливати на рішення щодо власного тіла під час пологів і медичних втручань.

Результати дослідження показують, що значна частина жінок не відчували себе активними учасницями рішень щодо пологів і медичних втручань. Лише 29,4 % опитаних повністю або скоріше відчували свою участь і вплив на процес народження дитини під час втрати, тоді як 46,5 % скоріше або зовсім не відчували такого впливу. 35,7 % не відчували, що мають право відмовитися від запропонованої процедури або обрати альтернативний варіант ведення, а 28,8 % не знали про наявність такого права. Це вказує на обмежену поінформованість частини жінок про власну роль у прийнятті рішень та можливість активно впливати на перебіг медичної допомоги. У досвіді частини респонденток це поєднувалося з патерналістською комунікацією, недостатнім інформуванням, болючими або небажаними втручаннями та обмеженням вибору щодо знеболення, що посилювало відчуття безпорадності та травматичність пережитого досвіду.

10



Участь партнера в процесі переживання перинатальної втрати **не завжди підтримується в медичних закладах.**

Інтерв'ю містять випадки обмеження присутності партнера під час встановлення діагнозу, пологів або медичних процедур. Це може залишати жінку без підтримки найближчої людини, а партнера – без можливості бути поруч, отримувати інформацію, брати участь в ухваленні рішень і проживати власне батьківство та втрату. Водночас досвід респонденток показує, що присутність партнера може бути важливим джерелом безпеки й підтримки.

11

65,7 %

опитаних жінок не мали контакту з дитиною після втрати

Можливість контакту з померлою дитиною, прощання та створення пам'яті про неї **залишається обмеженою.**

Контакт із дитиною після втрати мали лише 34,3 % опитаних жінок, тоді як 65,7 % такого контакту не мали. Навіть коли жінці пропонували побачити дитину, це найчастіше відбувалося як частина формальної процедури підтвердження мертвонародження, а не як можливість побути з нею та попрощатися. 71 % респонденток зазначили, що медичний персонал не пояснював їм можливості щодо контакту, прощання чи створення пам'ятних речей. Ретроспективно майже дві третини жінок хотіли б мати більше контакту з дитиною, а в інтерв'ю жінки говорили про жаль через те, що не потримали її на руках, не провели з нею більше часу або не створили фотографій чи інших матеріальних спогадів. Часто вони не зробили цього не через свідоме небажання, а тому, що не знали про такі можливості або не отримали підтримки для ухвалення рішення в момент гострого шоку. Громадські організації, батьківські спільноти та психологи можуть допомагати проживати цей досвід, але не можуть відновити можливість контакту і прощання з дитиною безпосередньо після її смерті.

12

89,6 %

опитаних медиків вважають доцільним дати батькам можливість побачити дитину

Між позитивним ставленням медичних працівників/-ць до сучасних практик підтримки та їх реальною доступністю для жінок існує помітний розрив.

Наприклад, 89,6 % опитаних медичних працівників/-ць вважають доцільним надати батькам можливість побачити дитину після втрати, 59,2 % підтримують можливість потримати її на руках, а 52,1 % – провести певний час наодинці. Водночас більшість опитаних жінок контакту з дитиною не мали. Це показує, що підтримка певного підходу на рівні професійних установок ще не означає його системного впровадження у практику.

13

87,7 %

опитаних медиків пропонують медикаментозне пригнічення лактації

Лактація розглядається як процес, який необхідно медикаментозно припинити, тоді як інформування жінки та її участь у виборі способу ведення лактації залишаються обмеженими.

Для багатьох жінок поява молока після смерті дитини ставала продовженням тілесного зв'язку з дитиною та болісним нагадуванням про втрату. Результати дослідження свідчать про домінування медикаментозного підходу: 87,7 % опитаних медичних працівників/-ць повідомили, що пропонують медикаментозне пригнічення лактації, тоді як природне завершення пропонують 11 %, а можливість донорства грудного молока – лише 3,9 %. Такий підхід суперечить рекомендаціям клінічної настанови «Спонтанний викидень, звичне невиношування вагітності» та міжнародним практикам. В інтерв'ю жінки також описували випадки, коли препарат для припинення лактації їм давали без достатнього обговорення, а в одному з випадків медикаментозне припинення лактації було розпочато ще до смерті дитини.

14

57,4 %

жінок, які перебували поруч із матерями й новонародженими, назвали цей досвід психологічно складним

Фізичні умови перебування в медичному закладі можуть додатково посилювати травматичний досвід втрати.

Жінки описували перебування поруч із вагітними та матерями з новонародженими, їх розміщення у палатах, де вони чули плач дітей, серцебиття та звуки з інших пологових палат, а також відсутність приватного і пристосованого простору. Можливість перебувати окремо та мати захищений, приватний простір для проживання перших годин і днів після смерті дитини сприймалася як важлива складова чутливого догляду.

15



У випадку втрати вагітності до 22 тижнів батьки найчастіше позбавлені можливості забрати тіло дитини для поховання.

Чинне законодавство не встановлює чіткої процедури передачі батькам тіла або останків дитини у випадку втрати вагітності до 22 тижнів для поховання чи кремації. На практиці у першому триместрі передача тіла батькам фактично не відбувається, а у випадку втрати в другому триместрі до 22 тижнів жінкам можуть відмовляти у можливості забрати тіло дитини навіть після висловленого бажання організувати поховання. В окремих історіях респонденткам пояснювали таку відмову тим, що тіло вважається «біологічним матеріалом». Відсутність чіткої процедури залишає практику на рівні окремих закладів та може позбавляти батьків можливості поховати дитину відповідно до власного бажання. Для сімей, які прагнули забрати та поховати дитину, але отримали відмову, це ставало додатковим травматичним досвідом поряд із самою втратою.

16



Громадські організації, батьківські спільноти та інші недержавні ініціативи фактично заповнюють частину прогалин медичної системи.

Вони надають інформаційну та психологічну підтримку, допомагають сім'ям організувати прощання і поховання, створити пам'ятні речі, розвивають перинатальний паліатив та забезпечують контакт з іншими батьками, які пережили подібний досвід. В окремих історіях саме така підтримка частково компенсувала прогалини допомоги в медичному закладі. Водночас доступ до неї залежить від того, чи дізнається конкретна сім'я про існування відповідної організації або спільноти.

17

56,6 %

опитаних медиків назвали недостатню професійну підготовку однією з проблем

Медичні працівники/-ці потребують спеціальної підготовки та психологічної підтримки для роботи з перинатальними втратами.

56,6 % опитаних назвали недостатню професійну підготовку однією з проблем у цій сфері. Серед труднощів медичні працівники/-ці також відзначали психоемоційну складність таких ситуацій, власні емоційні реакції та невпевненість у тому, як правильно підтримати батьків. 44,3 % вказали на потребу в психологічній підтримці самих медичних працівників/-ць. Це вказує на необхідність не лише навчання фахівців/-чинь, а й створення механізмів психологічної підтримки команд, які працюють із перинатальною втратою.

18

45 %

опитаних медиків
вважають, що
перинатальний паліатив
потребує врегулювання

Перинатальна паліативна допомога в Україні не сформована як цілісна та безперервна модель супроводу сім'ї.

Після встановлення летального або життєобмежувального діагнозу під час вагітності сім'ї потребують супроводу, який охоплює період вагітності, пологи, можливе коротке життя дитини, її смерть та підтримку батьків після втрати. Водночас окремі практики перинатального паліативу в Україні не інтегровані в єдину систему допомоги, а значна частина підтримки розвивається завдяки окремим фахівцям/-чиням та недержавним ініціативам. Серед опитаних медичних працівників/-ць 45 % зазначили, що перинатальний паліатив потребує додаткового врегулювання.

Повний текст дослідження

Ключові висновки узагальнюють результати аналітичного звіту «Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати».

ГО «Безпечне народження» – українська правозахисна організація, що з 2022 року обстоює право кожної жінки та сім'ї вільно обирати умови пологів і отримувати фаховий медичний догляд на засадах поваги, гідності й дотримання прав людини.

safebirthua@gmail.com · www.safebirth.in.ua

Дослідження створене ГО «Безпечне народження» за підтримки Фонду «Аскольд і Дір», що адмініструється ІСАР Єднання в межах проєкту «Сильне громадянське суспільство України – рушій реформ і демократії» за фінансування Норвегії та Швеції. Зміст публікації є відповідальністю ГО «Безпечне народження» та не є відображенням поглядів урядів Норвегії, Швеції або ІСАР Єднання.

© ГО «Безпечне народження», 2026

