

Концепція

нормативно-правового та медико-технологічного
врегулювання комплексного супроводу у переживанні
перинатальної втрати в Україні

ГО «Безпечне народження» · 2026



Про Концепцію

Ця Концепція розроблена **на підставі висновків та рекомендацій чотирьох досліджень**, присвячених досвіду перинатальної втрати, потребам жінок і сімей та аналізу нормативного регулювання супроводу у переживанні перинатальної втрати в Україні:

1. **Правове регулювання супроводу у переживанні перинатальної втрати в Україні: аналіз нормативної бази.** Аналітичний звіт / Лучка В., Суєтіна К.; Громадська організація «Безпечне народження». — Львів, 2026.
2. **Викидні, мертвонародження та смерть новонароджених: досвід сімей у медичних закладах України. На шляху до гідного супроводу в переживанні перинатальної втрати.** Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження / Заремба-Косович Г., Лучка В.; рец. Коцюба Д.; Громадська організація «Безпечне народження». — Львів, 2026.
3. **Психологічні аспекти супроводу у переживанні перинатальної втрати.** Аналітичний психологічний звіт за результатами соціологічного дослідження / Ничипоренко О.; Громадська організація «Безпечне народження». — Львів, 2026.

Концепція узагальнює висновки та рекомендації цих досліджень і на їх основі пропонує **цілісну модель безперервного маршруту допомоги жінці та сім'ї у переживанні перинатальної втрати**.

Мета Концепції

Метою Концепції є формування в Україні **цілісної, обов'язкової та практично застосовної системи допомоги жінці та сім'ї у переживанні перинатальної втрати**.

Під перинатальною втратою автори розуміють **втрату дитини під час вагітності незалежно від гестаційного терміну, під час пологів, а також смерть дитини в неонатальному періоді та протягом першого року життя**.

Система супроводу у переживанні перинатальної втрати має охоплювати не лише безпосередні медичні втручання, але й організацію маршруту пацієнтки; комунікацію медичного персоналу із сім'єю; психологічну та психосоціальну підтримку; перинатальну паліативну допомогу; контакт і прощання з дитиною; створення та збереження спогадів; ведення лактації після втрати; **поводження з тілом або останками та можливість їх отримання для поховання або кремації незалежно від терміну втрати вагітності**; дослідження та обговорення причин втрати; подальший супровід сім'ї у переживанні втрати та, за потреби, консультування щодо наступної вагітності.

Ключовий принцип полягає в тому, що відповідні гарантії **не повинні залишатися виключно на рівні методичних рекомендацій**. Положення, від яких залежить фактична реалізація прав пацієнтки та сім'ї, мають бути закріплені у документах, **обов'язкових для закладів охорони здоров'я та медичних працівників**.

При цьому необхідно розмежувати:

1) нормативно-правове регулювання: права, обов'язки ЗОЗ (заклад охорони здоров'я), організаційні процедури, маршрутизація, документація, відповідальні особи, взаємодія;

2) медико-технологічне регулювання: клінічні дії, діагностика, медичні втручання, обстеження, дослідження плаценти, розтин, ведення лактації тощо;

3) практичні інструменти: алгоритми, форми, чек-листи, інформаційні матеріали, маршрути пацієнтки та сім'ї.

Проблема, яка потребує нормативного вирішення

Чинне регулювання містить окремі положення, що стосуються мертвонародження, невиношування вагітності, перинатальної та неонатальної допомоги, паліативної допомоги, реєстрації народження і смерті, патологоанатомічні осідження тощо. **Однак вони не утворюють єдиного безперервного маршруту допомоги жінці та сім'ї у переживанні перинатальної втрати.**

1. Основний принцип майбутнього регулювання

Пропонуємо перейти від фрагментарного регулювання окремих медичних процедур до моделі **«безперервного маршруту допомоги у переживанні перинатальної втрати»**.

Такий маршрут не повинен починатися лише після встановлення факту смерті та завершуватися наданням медичної допомоги. Він має починатися з моменту виникнення відповідної клінічної ситуації, зокрема пренатального встановлення стану або порушення здоров'я плода з вкрай несприятливим прогнозом для життя або такого, що може поставити жінку та сім'ю перед репродуктивним вибором, внутрішньоутробної загибелі плода, спонтанного переривання вагітності тощо; охоплювати медичний, психологічний, психосоціальний та інформаційний супровід у ЗОЗ (закладі охорони здоров'я) і продовжуватися після виписки жінки із ЗОЗ.

Один випадок — один безперервний маршрут допомоги — чітко визначені обов'язки ЗОЗ та алгоритми дій на кожному етапі.

Для реалізації принципу безперервності у кожному випадку має бути визначена відповідальна особа або функціональна роль у ЗОЗ, яка забезпечує координацію маршруту, передачу необхідної інформації між фахівцями та службами, організацію скерувань і недопущення ситуації, коли жінка або сім'я змушені самостійно координувати окремі елементи допомоги.

Окремої уваги потребують нормативні межі 22 повних тижнів вагітності та 28 діб життя дитини.

Чинне законодавство визначає мертвонародження через критерій 22 повних тижнів вагітності або маси 500 г і більше. З 22-го повного тижня починається перинатальний період, який закінчується після 7 повних діб життя дитини, тоді як

неонатальний період триває до закінчення 28 повних діб життя. Це створює потребу окремо врегулювати супровід у переживанні перинатальної втрати у період вагітності до 22 тижнів, а також смерті дитини після завершення неонатального періоду і до одного року життя, щоб основні принципи допомоги та підтримки сім'ї не залежали лише від того, до якої медичної та нормативної категорії віднесено втрату.

Тому нормативна модель має передбачити належний медичний, психологічний і психосоціальний супровід, а у відповідних випадках — перинатальну паліативну допомогу, а після народження дитини — паліативну допомогу, незалежно від терміну втрати у період вагітності чи віку дитини на момент смерті протягом першого року життя.

2. Основні елементи безперервного маршруту

2.1. Термінологія та сфера застосування

Необхідно провести наскрізну термінологічну ревізію та узгодити поняття: **перинатальна втрата, втрата вагітності, матеріали вагітності, ембріональні тканини, спонтанний викидень, внутрішньоутробна загибель плода, антенатальна та інтранатальна загибель, мертвонародження, живонародження, новонароджений, неонатальна смерть, смерть дитини протягом першого року життя, перинатальний, неонатальний та постнеонатальний періоди.**

Чинні визначення не є повністю однорідними. Зокрема, поняття «новонароджений» у наказі №179 пов'язане з народженням після повного 22-го тижня вагітності, тоді як визначення живонародження сформульоване через наявність ознак життя.

Сфера регулювання має охоплювати різні види втрати вагітності та смерті дитини, визначаючи особливості маршруту залежно від клінічної ситуації, але зберігаючи єдині базові принципи допомоги та підтримки. Медико-статистичні межі, зокрема 22 тижні вагітності та 28 діб життя, не повинні автоматично ставати межами для **немедичних гарантій допомоги та підтримки сім'ї, зокрема психологічної та психосоціальної підтримки, належної комунікації та інформування, забезпечення приватності, організації контакту з дитиною і прощання, створення та збереження спогадів, а також подальшої підтримки сім'ї після втрати.**

Необхідно також наскрізно розмежувати **суб'єктів відповідних прав, рішень та волевиявлення:** жінку як пацієнтку, батьків дитини, законних представників дитини, партнера та інших членів сім'ї. Для кожної передбаченої маршрутом гарантії має бути зрозуміло визначено, **кому вона належить та чийм волевиявленням визначається відповідне рішення.**

2.2. Комунікація та інформування

Має бути встановлений мінімальний стандарт комунікації із жінкою та сім'єю під час надання супроводу у переживанні перинатальної втрати.

ЗОЗ має забезпечити повідомлення інформації у приватному просторі, зрозумілу, делікатну та **недирективну комунікацію**, уникнення стигматизуючої або знеособленої термінології, можливість присутності партнера або іншої близької особи за бажанням жінки, достатній час для прийняття рішень за відсутності медичної невідкладності, надання усної та письмової інформації, **пояснення доступних варіантів та наступних медичних і організаційних кроків**, а також контактних даних служб підтримки після виписки.

ЗОЗ має забезпечувати надання стандартизованого інформаційного пакета для жінки та сім'ї, адаптованого до виду втрати та відповідного маршруту допомоги. Рекомендована структура та тематичне наповнення таких матеріалів визначені у п. 5.3 цієї Концепції.

Доцільно розробити стандартизований інформаційний пакет для сім'ї.

2.3. Медична допомога

Медико-технологічне регулювання має визначати клінічні алгоритми залежно від ситуації, зокрема щодо втрат у першому триместрі, спонтанного викидня, внутрішньоутробної загибелі плода, антенатальної та інтранатальної загибелі, мертвонародження, втрати однієї дитини при багатоплідній вагітності та смерті новонародженої дитини та дитини віком до одного року.

Мають бути чітко врегульовані питання діагностики, вибору тактики медичного ведення, знеболення, ведення жінки під час та після пологів або іншого медичного втручання, необхідних лабораторних та інструментальних досліджень, а також подальшого медичного спостереження. Ці клінічні питання мають бути відмежовані від організаційних та правових гарантій супроводу.

2.4. Супровід у разі встановлення під час вагітності стану або порушення здоров'я дитини з вкрай несприятливим прогнозом

Необхідно сформувати окремий маршрут для випадків, коли ще під час вагітності встановлено стан або порушення здоров'я дитини, за якого прогноз для її життя є вкрай несприятливим.

У разі встановлення такого стану або порушення здоров'я дитини жінці та сім'ї має бути забезпечено **єдиний недирективний маршрут інформування і підтримки на етапі прийняття рішення щодо подальшого ведення вагітності**. Жінці має бути надана повна та зрозуміла інформація про діагноз і прогноз, доступні варіанти та подальші кроки. Прийняття рішення має ґрунтуватися на принципах інформованості, добровільності та недирективності.

Після прийняття рішення маршрут розгалужується залежно від клінічної ситуації та вибору жінки: на **супровід виношування вагітності із забезпеченням перинатальної паліативної допомоги** або на **супровід переривання вагітності за медичними показаннями**.

2.4.1. Перинатальна паліативна допомога

У разі виношування вагітності має формуватися **індивідуальний перинатальний паліативний план**, який має охоплювати психологічну, психосоціальну та іншу необхідну підтримку жінки та сім'ї протягом вагітності та пологів, після народження дитини та, у разі її смерті, після втрати; план ведення вагітності та пологів; заздалегідь узгоджений план медичної допомоги дитині після живонародження; знеболення та забезпечення комфорту дитини; можливість контакту батьків із дитиною та присутності сім'ї; духовну підтримку за бажанням сім'ї; створення спогадів.

Окремою складовою маршруту має бути підготовка сім'ї до можливого перебігу подій та смерті дитини, включно з інформацією про стан і прогноз дитини. Паліативний план має переглядатися відповідно до зміни клінічної ситуації або бажань сім'ї.

Маршрут має передбачати безперервність супроводу незалежно від того, на якому етапі настала смерть дитини — внутрішньоутробно, під час пологів чи після народження. У разі внутрішньоутробної загибелі плода та мертвонародження перинатальний паліативний маршрут має переходити у маршрут супроводу у переживанні перинатальної втрати. У разі живонародження дитини він має охоплювати паліативну допомогу та догляд за дитиною, знеболення і забезпечення її комфорту, можливість перебування батьків та сім'ї поруч із дитиною, а після її смерті — подальший супровід сім'ї, контакт і прощання, створення спогадів та інші передбачені маршрутом форми підтримки.

2.4.2. Переривання вагітності за медичними показаннями

У разі прийняття рішення про переривання вагітності за медичними показаннями має бути забезпечений **безперервний маршрут допомоги**, який не завершується проведенням медичного втручання.

Жінці має бути надана повна та зрозуміла інформація про методи переривання вагітності, знеболення та подальші кроки.

Маршрут має охоплювати **медичний, психологічний, психосоціальний та інформаційний супровід** до, під час і після переривання вагітності, належне знеболення та приватність. Після завершення вагітності, залежно від терміну та клінічної ситуації, жінці має бути надана можливість контакту і прощання з дитиною та створення спогадів. Також має бути надана інформація щодо досліджень, поводження з тілом, останками або ембріональними тканинами, можливості поховання, лактації, фізичного відновлення та подальшої підтримки після виписки.

2.5. Приватність простору та присутність сім'ї

ЗОЗ має забезпечити жінці та сім'ї **максимально можливу приватність на всіх етапах перинатальної втрати**— під час повідомлення діагнозу, надання медичної допомоги, перебування після втрати та прощання з дитиною.

Жінці має бути надане окреме приміщення та не допускати її перебування в одній палаті з вагітними жінками або жінками з живими новонародженими. **Під час визначення місця перебування жінки необхідно також, наскільки це організаційно можливо, враховувати його розташування відносно пологових залів та інших приміщень, щоб мінімізувати контакти з вагітними жінками та сім'ями з живими новонародженими, а також звуки та інші чинники, які можуть посилювати переживання втрати.**

Має бути передбачена **можливість присутності партнера або іншої близької особи за бажанням жінки**, а також приватний простір для перебування сім'ї та прощання з дитиною.

2.6. Контакт із дитиною та прощання

Має бути нормативно закріплений обов'язок ЗОЗ **підготувати жінку та сім'ю до зустрічі з померлою дитиною, створити належні умови та запропонувати можливості для контакту і прощання**. Зокрема, батькам має бути запропоновано побачити дитину, потримати її на руках, провести з нею стільки часу, скільки їм потрібно, за бажанням покупати та одягнути дитину, зробити фото-/відеозйомку, залучити інших членів сім'ї, а також провести релігійні, пам'ятні або інші ритуали прощання.

Рішення щодо контакту з дитиною та способу прощання залишається за батьками. Вони можуть скористатися запропонованими можливостями повністю або частково чи відмовитися від них. Відмова від контакту не повинна оцінюватися негативно або впливати на подальшу допомогу та підтримку.

2.7. Створення та збереження спогадів

ЗОЗ має бути зобов'язаний **запропонувати сім'ї можливість створення пам'ятних речей і збереження спогадів про дитину, а у випадку живонародження — також збереження речей, якими користувалася дитина**. Це можуть бути пелюшка, шапочка, шкарпетки чи інший одяг дитини, фотографії, відбитки рук і ніг, браслет, картка з ім'ям, датою, вагою та іншими даними, пасмо волосся, якщо це можливо, та інші пам'ятні речі.

Доцільно передбачити стандартизований **набір пам'яті**, однак рішення щодо створення та збереження пам'ятних речей і використання окремих елементів такого набору має залежати виключно від бажання сім'ї.

Необхідно також передбачити **можливість відкладеного отримання пам'ятних речей**, якщо сім'я не бажає забирати їх одразу після втрати, із визначенням порядку та строків їх зберігання в ЗОЗ.

2.8. Лактація після втрати

Лактація має бути самостійним елементом маршруту. Жінці необхідно надати інформацію про можливе виникнення або продовження лактації після втрати та **всі доступні варіанти її ведення**: немедикаментозне або медикаментозне пригнічення або зціджування, зокрема з можливістю донорства грудного молока, якщо така можливість доступна.

Вибір способу ведення лактації має здійснюватися **після належного інформування про доказові рекомендації експертних міжнародних та національних інституцій, з урахуванням бажання жінки і клінічної ситуації**, а не зводиться до рутинного медикаментозного припинення лактації. Медичний працівник має проактивно порушити це питання та надати інформацію про можливі ускладнення і випадки, коли необхідно звернутися по медичну допомогу.

2.9. Дослідження причин втрати

Необхідно чітко розмежувати **патолого-анатомічний розтин тіла та патологічне/гістологічне дослідження плаценти й інших біологічних матеріалів**. Відмова від розтину не повинна автоматично означати відмову від інших можливих досліджень.

Мають бути визначені показання та випадки обов'язковості кожного виду дослідження, **порядок інформування та врахування волевиявлення жінки або батьків**, направлення матеріалів і документування результатів. Сім'ї має бути забезпечено можливість отримати результати досліджень та їх зрозуміле пояснення, зокрема щодо встановлених або можливих причин втрати та їх значення для наступної вагітності.

2.10. Право сім'ї отримати тіло для поховання

Необхідно нормативно визначити **право сім'ї на отримання тіла або останків для поховання, кремації чи іншого гідного способу прощання**, а також порядок волевиявлення, його документування, строки та процедуру передачі й дії ЗОЗ, якщо сім'я не бажає їх отримувати.

Окремого врегулювання потребують випадки втрати вагітності **до 22 повних тижнів**. Термін вагітності не повинен сам по собі позбавляти сім'ю можливості отримати тіло або останки та реалізувати бажання щодо поховання чи іншого способу прощання.

Для таких випадків має бути створений **окремий юридично визначений механізм**, що не передбачає автоматичного прирівнювання втрати до 22 тижнів до правового режиму мертвонародження.

2.11. Психологічна та психосоціальна допомога

Необхідно передбачити не лише право на психологічну та психосоціальну підтримку, а **конкретний механізм її надання на різних етапах маршруту**

супроводу у переживанні перинатальної втрати. Він має включати виявлення та оцінку потреб, надання первинної психологічної підтримки, пропозицію консультації, а за потреби — скерування до психолога, психотерапевта, психіатра або іншого відповідного фахівця чи служби та подальший follow-up.

Психологічна та психосоціальна допомога має бути доступною **не лише жінці, а за бажанням — партнеру та іншим членам сім'ї.** Інформація про можливість отримання такої допомоги має надаватися проактивно, однак звернення по неї та участь у консультаціях мають залишатися добровільними.

Механізм має передбачати **безперервність допомоги після виписки із 303** та можливість повторного звернення або скерування у разі виникнення чи посилення потреб у подальшій підтримці.

Такий підхід узгоджується з положеннями Закону України **«Про систему охорони психічного здоров'я»**, який закріплює право на своєчасну, відповідну потребам та якісну допомогу у сфері психічного здоров'я, а також на отримання інформації щодо такої допомоги.

2.12. Виписка, скерування та подальша підтримка

Безперервний маршрут допомоги не повинен завершуватися випискою із 303.

Перед випискою жінка та сім'я мають отримати письмову інформацію про **фізичне відновлення, ознаки, за яких необхідно звернутися по медичну допомогу, порядок отримання результатів досліджень, а також доступну психологічну та психосоціальну підтримку.**

Має бути визначений подальший маршрут скерування та забезпечена **безперервність допомоги між 303 різних рівнів**, включно з необхідним обміном медичною інформацією. Безперервний маршрут має також передбачати **механізм міжсекторальної взаємодії та скерування** між 303, службами психологічної та психосоціальної підтримки, паліативною допомогою та соціальними послугами, а за бажанням сім'ї — ОГС, групами взаємодопомоги, спільнотами духовної або релігійної підтримки. Мають бути визначені порядок скерування та відповідальні за нього особи, щоб **перехід між різними видами допомоги був безперервним, а сім'я не залишалася самотійно шукати необхідну підтримку після виписки із 303.**

Маршрут має також передбачати подальший follow-up після виписки: визначення відповідального фахівця або служби, можливість повторної консультації, отримання та обговорення результатів досліджень, оцінку потреб у подальшій медичній, психологічній чи психосоціальній допомозі, за потреби — повторне скерування, а також **консультування щодо планування наступної вагітності.**

2.13. Підтримка та навчання медичного персоналу

Необхідно забезпечити **системну підготовку медичних працівників до супроводу у переживанні перинатальної втрати**, зокрема навчання принципам trauma-informed care, делікатної та недирективної комунікації, алгоритмам повідомлення несприятливих новин, підтримки сім'ї, а також реалізації передбачених маршрутом можливостей контакту з дитиною, прощання та створення спогадів.

Окремо має бути передбачена **професійна та психологічна підтримка медичного персоналу**, який працює з перинатальною втратою, зокрема можливість супервізії та інтервізії, психологічної підтримки та заходи з профілактики професійного вигорання.

Цей блок доцільно реалізовувати переважно через **організаційні та освітні механізми**: навчання і безперервний професійний розвиток персоналу, практичні алгоритми для ЗОЗ, а також механізми психологічної підтримки та супервізії медичних працівників.

3. Нормативна модель комплексного супроводу жінок та сімей у переживанні перинатальної втрати в медичних закладах України

Зміст безперервного маршруту може бути закріплений у різних нормативних моделях. Остаточна форма має визначатися спільно з МОЗ з урахуванням предмета відповідних документів та процедури стандартизації медичної допомоги.

Незалежно від обраної моделі, **усі визначені Концепцією блоки мають бути охоплені та разом формувати єдиний безперервний маршрут допомоги у переживанні перинатальної втрати**. Модель визначає форму та розподіл регулювання між документами, але не повинна змінювати зміст і мінімальний обсяг допомоги та підтримки.

Варіант А. Один комплексний медико-технологічний документ

Стандарт медичної допомоги як єдиний документ щодо супроводу у переживанні перинатальної втрати.

Перевагою такої моделі є цілісність регулювання. Основним ризиком є те, що частина цих питань не є суто клінічною, тому включення всіх організаційних та правових гарантій до стандарту медичної допомоги може не відповідати предмету такого документа.

Варіант Б. Нормативно-правовий акт МОЗ + медико-технологічний документ

Ця модель передбачає **розподіл регулювання між взаємопов'язаними документами** шляхом внесення змін до чинних нормативно-правових актів та розроблення окремого медико-технологічного документа.

Зміни можуть бути внесені до:

наказу МОЗ України від 09.08.2023 № 1435 «Про затвердження Порядку інформування батьків новонародженої дитини з вродженими вадами розвитку та/або іншими порушеннями стану здоров'я, які можуть призвести до інвалідності та/або смерті дитини»;

та/або

наказу МОЗ України від 08.05.2026 № 599 «Про затвердження Порядку організації надання перинатальної та неонатальної допомоги».

Окремі блоки можуть мати **організаційний і клінічний компоненти** та закріплюватися в обох документах: нормативно-правовий акт визначає загальні гарантії та організацію допомоги, а Стандарт медичної допомоги — клінічні дії та алгоритми.

Варіант В. Пакет взаємопов'язаних документів

Ця модель передбачає **розподіл регулювання між документами та інструментами відповідно до їх предмета та юридичної сили**: нормативним наказом МОЗ, Стандартом медичної допомоги, клінічною настановою та/або протоколом, додатками до нормативного акта, інформаційними матеріалами та практичними інструментами.

Такий розподіл не повинен фрагментувати безперервний маршрут допомоги. Між документами та інструментами має бути забезпечений чіткий взаємозв'язок і зрозумілий порядок застосування їх положень у межах одного маршруту допомоги.

Блоки, які мають бути охоплені незалежно від обраної моделі

- Термінологія та сфера застосування
- Комунікація та інформування
- Медична допомога
- Перинатальна паліативна допомога
- Переривання вагітності за медичними показаннями
- Приватність простору та присутність сім'ї
- Контакт із дитиною та прощання
- Створення та збереження спогадів
- Лактація після втрати
- Дослідження причин втрати
- Право сім'ї отримати тіло для поховання
- Психологічна та психосоціальна допомога
- Виписка, скерування та подальша підтримка
- Підтримка та навчання медичного персоналу

4. Що має бути обов'язковим, а що може залишатися рекомендаційним

Основні елементи безперервного маршруту допомоги не повинні залишатися виключно на рівні рекомендацій. **Нормативно має бути визначений мінімальний обсяг допомоги та підтримки, який ЗОЗ зобов'язаний забезпечити або запропонувати жінці та сім'ї залежно від клінічної ситуації.**

До обов'язкового мінімуму мають належати: комунікація та інформування; приватність; психологічна та психосоціальна підтримка; можливість контакту з дитиною і прощання; створення спогадів; інформування щодо дослідження причин втрати, отримання тіла або останків; ведення лактації мінімальний інформаційний пакет; скерування та подальша підтримка; **документування надання інформації та запропонованих можливостей.**

Обов'язковим має бути не використання цих можливостей сім'єю, а їх належне пропонування та створення умов для реалізації вибору.

Рекомендаційними можуть залишатися **конкретні способи реалізації цих гарантій**: дизайн наборів пам'яті та інформаційних матеріалів, способи створення фотографій і відбитків, приклади комунікації та ритуалів пам'яті, рекомендації щодо облаштування приміщень, навчальні матеріали для персоналу та формати взаємодії із зовнішніми службами підтримки.

5. Практичні інструменти реалізації маршруту

5.1. Візуальні маршрути — Patient Journey Map

До нормативного пакета доцільно розробити **типові візуальні маршрути пацієнтки (Patient Journey Map)** для основних клінічних ситуацій:

- 1. втрата вагітності до 22 тижнів:**
 - рання втрата вагітності до 12 тижнів;
 - втрата вагітності у другому триместрі — з 13 до 22 тижнів;
- 2. мертвонародження:**
 - антенатальна смерть;
 - інтранатальна смерть;
- 3. встановлення під час вагітності стану або порушення здоров'я дитини з вкрай несприятливим прогнозом:**
 - виношування вагітності — **перинатальна паліативна допомога**;
 - **переривання вагітності за медичними показаннями**;
- 4. смерть дитини у неонатальному періоді та протягом першого року життя;**
- 5. втрата однієї дитини при багатоплідній вагітності.**

Кожний маршрут має відображати **безперервність надання допомоги у переживанні перинатальної втрати та охоплювати всі тематичні блоки**, застосовні до відповідної клінічної ситуації.

5.2. Обов'язковий чек-листи ЗОЗ

До нормативного документа доцільно додати короткий чек-лист, який дозволить зафіксувати, що жінці або сім'ї були **надані необхідна інформація та реально запропоновані передбачені маршрутом можливості**, застосовні до відповідної клінічної ситуації.

Медичний працівник відмічає, що жінці та/або сім'ї:

- ☐ повідомлено необхідну інформацію;
- ☐ забезпечено приватний простір;
- ☐ забезпечено можливість присутності близької особи;
- ☐ забезпечено можливість для контакту із дитиною;
- ☐ забезпечено можливість прощання;
- ☐ забезпечено можливість створити та зберегти спогади;
- ☐ надано інформацію щодо дослідження причин втрати;
- ☐ роз'яснено питання патолого-анатомічного розтину;
- ☐ роз'яснено питання дослідження плаценти та інших біологічних матеріалів;
- ☐ надано інформацію щодо отримання тіла або останків та поховання;
- ☐ надано інформацію щодо ведення лактації;
- ☐ запропоновано психологічну та психосоціальну підтримку;
- ☐ надано письмову інформацію перед випискою;
- ☐ визначено подальший маршрут скерування та follow-up.

Чек-лист не повинен перетворюватися на механічне отримання підписів. Його основна функція — гарантувати, що ключові можливості були реально запропоновані, а необхідна інформація надана.

5.3. Інформаційні матеріали для сім'ї

До нормативного пакета доцільно розробити **стандартизовані інформаційні матеріали для жінки та сім'ї**, які надаються залежно від виду втрати та відповідного маршруту допомоги.

Зокрема, матеріали можуть охоплювати:

1. «Що відбуватиметься далі»;
2. «Контакт із дитиною та прощання»;
3. «Створення та збереження спогадів»;
4. «Дослідження причин втрати»;
5. «Тіло або останки та поховання»;
6. «Лактація після втрати»;
7. «Фізичне відновлення після втрати та коли необхідно звернутися по медичну допомогу»;
8. «Психологічна та психосоціальна допомога»;
9. «Подальша підтримка та доступні ресурси»;
10. «Планування наступної вагітності».

При підготовці таких матеріалів доцільно **адаптувати апробовані міжнародні матеріали до українського нормативного та організаційного контексту**, а не розробляти всі інструменти з нуля.

Нормативна модель комплексного супроводу жінок та сімей у переживанні перинатальної втрати в медичних закладах України

A

Один комплексний медико-технологічний документ

Стандарт медичної допомоги як єдиний документ щодо супроводу у переживанні перинатальної втрати.

ПЕРЕВАГА

Цілісність регулювання.

РИЗИК

Частина цих питань не є суто клінічною, тому включення всіх організаційних та правових гарантій до стандарту медичної допомоги може не відповідати предмету такого документа.

Б

Нормативно-правовий акт МОЗ + медико-технологічний документ

Розподіл регулювання між взаємопов'язаними документами: **внесення змін до чинних нормативно-правових актів** та розроблення окремого медико-технологічного документа.



Нормативно-правовий акт МОЗ

Зміни можуть бути внесені до:

Наказ МОЗ № 1435 від 09.08.2023

«Про затвердження Порядку інформування батьків новонародженої дитини з вродженими вадами розвитку та/або іншими порушеннями стану здоров'я, які можуть призвести до інвалідності та/або смерті дитини»

та/або

Наказ МОЗ № 599 від 08.05.2026

«Про затвердження Порядку організації надання перинатальної та неонатальної допомоги»

Визначає **загальні гарантії та організацію допомоги**



Стандарт медичної допомоги

Медико-технологічний документ.

Визначає **клінічні дії та алгоритми**

В

Пакет взаємопов'язаних документів



Розподіл регулювання між документами та інструментами **відповідно до їх предмета та юридичної сили:**

- нормативний наказ МОЗ
- Стандарт медичної допомоги
- клінічна настанова та/або протокол
- додатки до нормативного акта
- інформаційні матеріали
- практичні інструменти

Такий розподіл **не повинен фрагментувати** безперервний маршрут допомоги.

Між документами та інструментами має бути забезпечений **чіткий взаємозв'язок і зрозумілий порядок застосування** їх положень у межах одного маршруту допомоги.

Блоки, які мають бути охоплені незалежно від обраної моделі

- 01 Термінологія та сфера застосування
- 02 Комунікація та інформування
- 03 Медична допомога
- 04 Перинатальна паліативна допомога
- 05 Переривання вагітності за медичними показаннями
- 06 Приватність простору та присутність сім'ї
- 07 Контакт із дитиною та прощання
- 08 Створення та збереження спогадів
- 09 Лактація після втрати
- 10 Дослідження причин втрати
- 11 Право сім'ї отримати тіло для поховання
- 12 Психологічна та психосоціальна допомога
- 13 Виписка, скерування та подальша підтримка
- 14 Підтримка та навчання медичного персоналу



Зміст безперервного маршруту може бути закріплений у різних нормативних моделях. **Остаточна форма** має визначатися спільно з МОЗ з урахуванням предмета відповідних документів та процедури стандартизації медичної допомоги. Незалежно від обраної моделі, **усі визначені Концепцією блоки мають бути охоплені** та разом формувати **єдиний безперервний маршрут допомоги** у переживанні перинатальної втрати. Модель визначає форму та розподіл регулювання між документами, але **не повинна змінювати зміст і мінімальний обсяг** допомоги та підтримки.