

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 14/2012 z dnia 30 stycznia 2012 r.
o projekcie programu zdrowotnego
„Szkoła Rodzenia”
przygotowanym przez gminę Polkowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Szkoła rodzenia” gminy Polkowice.

W opiniowanym projekcie, problem zdrowotny, któremu mają zapobiegać proponowane działania profilaktyczne, nie został jednolicie zdefiniowany. Zakres oczekiwanych założeń programu obejmuje różnorodne skutki: od przygotowania do porodu i podniesienia poziomu edukacji, poprzez poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków, po zmniejszenie liczby powikłań okołoporodowych.

Program przewiduje finansowanie lub dofinansowywanie edukacji przedporodowej w szkołach rodzenia w populacji kobiet w ciąży. Ukierunkowany jest na ogólnie rozumiane przygotowanie kobiety do porodu i porodu. Wnioskowany projekt stanowi w szczególności uzupełnienie działań szkół rodzenia między innymi o działania z zakresu profilaktyki chorób narządu żucia, a także o edukację dotyczącą problemu nikotynizmu i związanych z nim szkód zdrowotnych dla matki, oczekiwanego dziecka i członków rodziny.

Zdrowie jamy ustnej jest istotnym elementem ogólnego stanu zdrowia kobiet w ciąży i kobiet w wieku rozrodczym. Zmiany fizjologiczne zachodzące podczas ciąży mogą stanowić ogromne obciążenie dla organizmu kobiety, w tym dla jej jamy ustnej. Zły stan zdrowia jamy ustnej matki, obejmujący próchnicę oraz choroby przyzębia przed i w czasie ciąży, jest związany z następstwami, takimi jak przedwczesny poród i niska masa urodzeniowa dziecka.¹

Choroby przyzębia to infekcje bakteryjne, które w skali światowej wykrywane są średnio u 30% kobiet ciężarnych i które mogą prowadzić do uszkodzenia dziąseł i kości. Choroby przyzębia mogą przyczynić się do przedwczesnego porodu (poniżej 37 tygodnia ciąży) oraz niskiej masy urodzeniowej dziecka, co z kolei może powodować znaczącą śmiertelność wśród noworodków oraz komplikacje zdrowotne w okresie rozwojowym.^{3,4}

Próchnica jest przewlekłą chorobą bakteryjną, która może dotyczyć ludzi we wszystkich grupach wiekowych. Zmiana nawyków żywieniowych oraz higienicznych w trakcie ciąży również może powodować rozwój próchnicy. Dodatkowo nudności i wymioty występujące w trakcie ciąży mogą przyczynić się do nadmiernej erozji powierzchni zębów, prowadzącej do pogarszającego się stanu zdrowia jamy ustnej. Leczenie próchnicy u kobiety ciężarnej nie tylko wpływa na poprawę zdrowia kobiety, ale także zapobiega transmisji bakterii odpowiedzialnych za rozwój próchnicy u dziecka.¹

Odnosząc się do nikotynizmu, palenie tytoniu w okresie ciąży, związane jest z występowaniem wielu problemów zdrowotnych noworodków, takich jak: wady serca i sercowo-naczyniowe, zaburzenia kostno-szkieletowe, skrócenie długości kończyn, brakujące lub dodatkowe palce, stopa koślawo-szpotała, kraniosynostoza, deformacje twarzy, wady wzroku, rozszczep wargi i podniebienia, wady jelitowo-żołądkowe, wytrzewienie, atrezja odbytu, przepuklina, niezstąpienie jąder.⁵

Misją szkoły rodzenia jest ukształtowanie nawyków sprzyjających utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej oraz jej rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, połogu i opieki nad noworodkiem.¹

W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia oraz sposobami antykoncepcji, które mogą być stosowane po porodzie.

W czasie zajęć praktycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna stosować gimnastykę ogólnousprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania i parcia w różnych okresach porodu, poznać zasady pielęgnacji noworodka (bezpieczne chwytty noworodka, kąpiel, układanie noworodka itp.). Ponadto przyszła matka powinna zaznajomić się z warunkami sali porodowej w której będzie odbywała poród.¹

W cytowanych wytycznych naukowych odnaleziono również inne wskazówki z zakresu informacji istotnych dla ciężarnej:¹

- lekarz sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną powinien udzielać porad dotyczących żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej;
- pacjentka powinna być poinformowana o sytuacjach, w których wskazany jest ograniczony wysiłek fizyczny, szczególnie w przypadkach wystąpienia objawów poronienia zagrażającego lub zagrożenia porodem przedwczesnym;
- konieczne jest zwrócenie uwagi pacjentki na możliwość zmiany stanowiska pracy, a nawet odsunięcie od aktywności zawodowej, jeśli uzasadnia to stopień zagrożenia lub przepisy prawa;
- zalecane jest poinformowanie pacjentki o rodzaju niepokojących objawów mogących towarzyszyć zagrożeniom powstałym w wyniku kontaktu seksualnego w czasie ciąży.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym: ACOD (2010),¹⁴ JCSI (2009),¹³ PTG(2005),⁸ NCCWCH/NICE (2008),⁹ HAS (2005).^{10,11,12}

Finansowanie szkół rodzenia (pod warunkiem ich skuteczności) przez jednostki samorządu terytorialnego wydaje się zbieżne z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015, sformułowanym jako „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”; wśród zadań wymieniono kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży, opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem oraz propagowanie karmienia piersią (co najmniej do 6 miesiąca życia). Administracja samorządowa, w myśl dokumentów programowych NPZ, ma być jednym z podmiotów odpowiedzialnych za realizację wspomnianego celu. Ponadto samorząd terytorialny poszczególnych szczebli zobowiązany jest do realizowania zadań dotyczących promocji i ochrony zdrowia oraz polityki prorodzinnej. „Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3” należy do priorytetów zdrowotnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia.^{1,6}

Wskaźnikami poziomu opieki perinatalnej są umieralność okołoporodowa płodów i noworodków oraz zgony matek w okresie ciąży, porodu i połogu.

Współczynniki umieralności okołoporodowej w Polsce (opracowane na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)) w latach 1999 – 2005 wykazują tendencje spadkowe. W roku 1999 współczynnik dla ogółu Polski wyniósł 10,84‰, natomiast w 2005 r. 8,04‰ (spadek o 26%). Istnieje także zróżnicowanie terytorialne umieralności okołoporodowej. W 1999 roku najwyższą wartość współczynnika odnotowano w województwie dolnośląskim – 13,7‰, natomiast najniższą w województwie warmińsko-mazurskim – 7,9‰. W roku 2005 współczynnik umieralności okołoporodowej najwyższą wartość ponownie osiągnął w województwie dolnośląskim – 9,32‰ w stosunku do wartości najniższej w województwie wielkopolskim – 7,5‰. O zmniejszeniu się zróżnicowania terytorialnego świadczy dynamika zmian współczynnika umieralności, którego wartość w 1999 r. zawierała się w przedziale od 7,9 do 13,7‰, natomiast w 2005 r. – od 5,8 do 9,3‰.⁷

Zgodnie z danymi GUS, w Polsce zgony matek w ostatnim dziesięcioleciu kształtowały się na średnim poziomie europejskim – około 10 zgonów/100 tys. żywych urodzeń, a w latach 2001–2004 >8 zgonów/100 tys. żywych urodzeń. W ciągu ostatnich 14 lat obserwowano spadek częstości zgonów matek na 100 tys. żywych urodzeń, jednak w dalszym ciągu cztery zasadnicze bezpośrednie przyczyny zgonów matek (krwotoki, zakażenia, zatory i gestozy – w latach 1991-2000 odpowiednio 34,7; 25,4; 21,6 i 18,3%) stanowią istotny problemem w opiece perinatalnej.⁷

Podsumowując opinie ekspertów:¹

- Jednym z istotnych czynników wpływających na poprawę opieki perinatalnej jest edukacja przyszłych matek. Nieocenioną rolę w tym zakresie odgrywają szkoły rodzenia, jednak ze względu na brak finansowania tej procedury przez Narodowy Fundusz Zdrowia, szkoły rodzenia na terenie całego kraju działają w ograniczonym zakresie.
- Realizacja przez władze samorządowe programów zdrowotnych jest w pełni uzasadniona i celowa oraz może przynieść oczekiwane efekty pod postacią zmniejszenia umieralności noworodków.
- Programy są kierowane do określonej grupy – kobiet w okresie okołoporodowym, ich mężów/partnerów. Cechą charakterystyczną tych programów jest szerzenie oświaty zdrowotnej w obszarze edukacji przedporodowej określonej społeczności lokalnej.

Głównym celem omawianego projektu jest przygotowanie ciężarnej i jej partnera do porodu i opieki nad dzieckiem. Cele szczegółowe programu obejmują: edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety, poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie ciąży i połogu, porady w zakresie pielęgnacji

i żywienia noworodka, poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią, kształtowanie postaw rodzicielskich, edukację w zakresie szczepień ochronnych, prowadzenie samoobserwacji oraz podejmowanie działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka okołoporodowego. Dostęp do programu będą miały wszystkie kobiety ciężarne (oraz ich partnerzy) zamieszkałe na terenie gminy Polkowice – łącznie około 280 kobiet ciężarnych. Realizator zakłada, że do szkoły rodzenia prawdopodobnie zgłosi się około 25% tj. 70 ciężarnych z partnerami.²

Komentarz analityczny:²

Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Autorzy projektu zakładają, że w programie weźmie udział około 70 kobiet ciężarnych wraz z partnerami – „wynika to z doświadczenia nabytego podczas realizacji programu w poprzednich latach”, podczas gdy liczba ciężarnych na terenie gminy Polkowice to około 280 kobiet. Jeżeli w opinii autorów program ma nie tylko przygotować rodziców na przyjęcie dziecka, ale także zwiększyć odsetek porodów naturalnych i zmniejszyć liczbę powikłań poporodowych, zasadnym wydawałoby się zarezerwowanie środków finansowych pozwalających na udział większej liczby kobiet.

Wskaźniki monitorowania, oprócz ankiety sprawdzającej stan wiedzy oraz monitorowania liczby uczestników, powinny obejmować liczbę porodów naturalnych, liczbę porodów drogą cięcia cesarskiego – wykonywanych na życzenie pacjentki, liczbę powikłań poporodowych oraz liczbę kobiet karmiących piersią po porodzie. Cennym wskaźnikiem ewaluacyjnym byłoby także porównanie liczby kobiet rodzących siłami natury, nie biorących udziału w szkole rodzenia z tymi, które uczestniczyły w kursie, a także porównanie doświadczeń tych kobiet, np. pod kątem poziomu odczuwanego lęku w trakcie porodu.

Piśmiennictwo

1. Programy edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny (ocena projektów programów zdrowotnych). Aneks do raportów nr AOTM-OT-186, AOTM-OT-216a, AOTM-OT-441-113/2011, AOTM-OT-441-151/2011. Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa styczeń 2012.

2. „Szkoła Rodzenia” realizowany przez: Gminę Polkowice (ocena projektu programu). Raport nr: AOTM-OT-441-151/2011. Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa styczeń 2012.
3. South Carolina Oral Health Advisory Council & Coalition. Oral Health care for Pregnant Women. 2011.
4. New York State department of Health. Oral Health Care during Pregnancy and Early Childhood. Practice Guidelines. 2006.
5. Huckshaw A., Rodeck C., Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. Human Reproduction Update 2011, 17(5):589-604.
6. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015 przyjęty Uchwałą Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015.
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=437&mx=0&ma=243>
7. Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/15032007_raport.pdf
8. Komisja Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Gin. Pol. 2005, 76(7).
9. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. March 2008. <http://www.nice.org.uk/CG62>
10. Haute Autorité de Santé. Improving information provision for pregnant women. Clinical practice guideline – quick reference guide. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
11. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations. Avril 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
12. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. Rapport Complet. Avril 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
13. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care. 13th Edition. August 2009. <http://www.icsi.org>
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion – Smoking Cessation During Pregnancy. 2010