



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 57/2022 z dnia 21 października 2022 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**pn. „Program profilaktyki zdrowotnej w obszarze edukacji**  
**przedporodowej „Szkoła Rodzenia” na lata 2023-2027**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zdrowotnej w obszarze edukacji przedporodowej „Szkoła Rodzenia” na lata 2023-2027, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie edukacji w zakresie opieki okołoporodowej. Opanowanie wiedzy i umiejętności praktycznych w obszarach zgodnych z rekomendacjami towarzystw naukowych stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa, szczególnie w grupie kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Zaplanowane interwencje mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń.

Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości. Uwagi zostały zawarte w treści opinii, zaś najważniejsze z nich wskazano w poniższych akapitach.

Należy wskazać i uzasadnić wartości docelowe zarówno celu głównego, jak i celów szczegółowych.

Korekty wymaga także element projektu dotyczący oceny efektywności. Nie przewidziano mierników efektywności, wskazując w to miejsce zamiar przeprowadzenia czterech ankiet, przy czym nie zastosowano testów mierzących wiedzę uczestników, a jedynie pytania odnoszące się do subiektywnej oceny własnej wiedzy i umiejętności.

Należy także doprecyzować przewidywaną liczbę uczestników akcji informacyjnej. W sposób zdawkowy opisano etapy projektu, przewidziany na jego realizację budżet oraz sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranym problemem zdrowotnym.

Nie odniesiono się do kosztu akcji promocyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu, co wymaga uzupełnienia.

Ponadto, należy zweryfikować warunki realizacji programu, szczególnie w odniesieniu do minimalnej powierzchni do prowadzenia zajęć, która została określona na zbyt niskim poziomie.

W treści projektu należy także uwzględnić opis zabezpieczenia przed ryzykiem podwójnego finansowania świadczeń.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez miasto Katowice, zakładający edukację przedporodową dla kobiet ciężarnych i osób towarzyszących. Program ma być realizowany w latach 2023-2027. Planowane koszty całkowite na realizację programu zostały oszacowane na 300 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu miasta Katowice.

Wskazano, że w projekcie ma wziąć udział 100 kobiet oraz ewentualnie towarzyszące im osoby, czyli w trakcie 5-letniego PPZ – 500 kobiet wraz z ewentualnymi partnerami. Jednocześnie podkreślono, że „liczba osób objętych programem w danym roku będzie uzależniona od możliwości finansowych budżetu miasta Katowice”.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### **Znaczenie problemu zdrowotnego**

W projekcie poprawnie przedstawiono zagadnienie opieki okołoporodowej, w które wpisują się również zadania szkoły rodzenia. Zwrócono uwagę na istotność edukacji przedporodowej, która wpływa na utrzymanie dobrostanu psychofizycznego kobiety, jej partnera i rodziny.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W treści projektu odniesiono się do danych epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych lokalnych dotyczących przyrostu naturalnego, liczby urodzeń, wskaźnika urodzeń żywych, średniej wagi noworodków oraz współczynnika dynamiki demograficznej. Odniesiono się także do informacji dot. migracji, a także struktury ludności według wieku.

Zgodnie z danymi GUS, liczba kobiet w wieku produkcyjnym zamieszkujących miasto Katowice wynosi 77 849. Z kolei według danych zawartych w BASiW w 2020 r. w Katowicach odnotowano 2 519 urodzeń żywych.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski, liczba urodzeń żywych w Polsce w 2016 r. wyniosła blisko 382,3 tysiące. Województwem charakteryzującym się najwyższą liczbą urodzeń żywych było woj. mazowieckie, natomiast najniższą – woj. opolskie. Liczba urodzeń żywych w województwie śląskim uplasowała się natomiast na drugim miejscu w Polsce, zaraz za województwem mazowieckim.

#### **Cele i efekty programu**

Głównym założeniem projektu programu jest: „zwiększenie wiedzy i umiejętności u co najmniej 80% kobiet ciężarnych oraz ich partnerów odnośnie do ciąży, porodu, połogu i rodzicielstwa poprzez udział

w programie „Szkoła rodzenia”. Prawidłowo zaplanowano cel główny, ale nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości, co wymaga uzupełnienia. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym, lecz w ramach wymienionego testu zawarto jedynie pytania odnoszące się do subiektywnej oceny własnej wiedzy i umiejętności przez uczestnika, co jest podejściem nieprawidłowym i wymaga korekty.

W projekcie wskazano również 8 celów szczegółowych:

- (1) „wzrost wiedzy rodziców odnośnie zachowań prozdrowotnych w okresach ciąży i porodu oraz profilaktyki zaburzeń okresów noworodkowego i niemowlęcego o 80 % w stosunku do wiedzy sprzed zajęć”.
- (2) „zwiększenie wiedzy ciężarnej odnośnie przebiegu ciąży, poszczególnych faz porodu i porodu oraz kształtowanie umiejętności współpracy z personelem medycznym podczas ich trwania o 80% w stosunku do wiedzy sprzed zajęć” .
- (3) „zwiększenie liczby kobiet ciężarnych decydujących się na poród siłami/drogami natury przy braku przeciwwskazań medycznych o 60 % (co najmniej 6 na 10 porodów zakończy się siłami natury/drogami natury”.
- (4) „wzrost liczby porodów z osobą towarzyszącą o 70% (co najmniej 7 uczestniczek kursu na 10 zdecyduje się na obecność osoby towarzyszącej przy porodzie)”.
- (5) „zwiększenie wiedzy kobiety ciężarnej oraz jej partnera odnośnie do zaburzeń emocjonalnych w ciąży i w porodu oraz sposobów profilaktyki o 80% w stosunku do wiedzy sprzed kursu”.
- (6) „wzrost wiedzy na temat prawidłowych nawyków żywieniowych kobiety w okresie ciąży i laktacji, a także odnośnie właściwego żywienia noworodka i niemowlęcia o 80% w stosunku do wiedzy sprzed zajęć”.
- (7) „wzrost liczby kobiet karmiących piersią o 50% (co najmniej 5 na 10 kobiet będzie karmić dziecko piersią po okresie porodu)”.
- (8) „kształtowanie umiejętności pielęgnowania noworodka i niemowlęcia oraz zasad udzielania pierwszej pomocy u co najmniej 80% uczestników”.

Cele szczegółowe nr 1, 2, 5 oraz 6 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Warto jednak nadmienić, że podobnie jak w przypadku celu głównego, w ramach ww. testu zawarto jedynie subiektywne pytania odnoszące się do oceny własnej wiedzy i umiejętności przez uczestnika, co jest nieprawidłowym podejściem i wymaga korekty. Ponadto w przypadku celów szczegółowych nr 2 i 8 dot. wykształcenia umiejętności u uczestników programu, nie przewidziano oceny analogicznej do celów związanych z uzyskaniem wiedzy. W związku z tym realna ocena przyrostu umiejętności będzie niemożliwa. Cele nr 3, 4 oraz 7 odnoszą się do wzrostu liczby kobiet ciężarnych decydujących się na poród siłami/drogami natury, karmiących piersią oraz porodów z osobą towarzyszącą. Należy zaznaczyć, że w żadnym z celów nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie programu jako mierniki efektywności zaproponowano „cztery kwestionariusze ankiety przeprowadzone przez realizatora”;

- (1) „dotyczący stanu wiedzy uczestników projektu przed rozpoczęciem kursu”,

- (2) „składający się z tych samych pytań, ale poszerzony o ocenę przydatności kursu w przygotowaniu do porodu i rodzicielstwa”,
- (3) „ankietę jakościową dotyczącą formy, miejsca i personelu prowadzącego zajęcia”,
- (4) „przeprowadzony w formie telefonicznej lub innej wybranej przez realizatora po czasie 6 tyg. od porodu, zostanie przeprowadzony w celu uzyskania informacji odnośnie porodu i połogu oraz praktycznego wykorzystania nabytych na kursie umiejętności”.

Nie przedstawiono więc w projekcie mierników efektywności odnoszących się do celów programu, a jedynie w sposób ogólny opisał narzędzia pomiarowe w postaci kwestionariuszy.

Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary, czego nie uczyniono.

#### Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, działania realizowane w ramach programu adresowane są do zamieszkujących miasto Katowice kobiet ciężarnych od ok. 22 tygodnia ciąży, potwierdzonej posiadaniem karty ciąży lub zaświadczenia od lekarza/położnej prowadzących ciążę, jak i do ich osób towarzyszących. W projekcie wskazano, że będzie to od ok. 50 do ok. 100 kobiet ciężarnych wraz z partnerami rocznie. Podkreślono, że liczba osób objętych projektem będzie zależeć od możliwości finansowych miasta Katowice. Zatem łącznie w czasie trwania 5-letniego PPZ w programie maksymalnie weźmie udział ok. 500 kobiet wraz z ewentualnymi partnerami. Warto jednak zaznaczyć, że w zgodzie z danymi GUS, liczba kobiet w wieku produkcyjnym zamieszkujących miasto Katowice wynosi 77 849, a według danych zawartych w BASiW w 2020 r. w Katowicach odnotowano 2 519 urodzeń żywych, co oznacza, że projekt skierowany jest do niewielkiej części populacji docelowej w trakcie trwania całości Programu.

Domyślnie, zgodnie z treścią projektu, działaniami edukacyjnymi ma zostać objęta wyżej opisana populacja. Niemniej, zarówno grupa docelowa objęta działaniami edukacyjnymi, jak i liczba uczestników programu w tym zakresie nie została określona, co należy uzupełnić.

Kryteria włączenia do programu to: ciąża o przebiegu fizjologicznym od ok. 22 tygodnia, posiadanie karty ciąży lub zaświadczenia od lekarza lub położnej prowadzących ciążę, zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań do aktywnego uczestnictwa w zajęciach oraz zamieszkiwanie na terenie miasta Katowice.

W projekcie nie odniesiono się do kryteriów wyłączenia, co należy uzupełnić.

#### Interwencja

W ramach programu planowane są działania edukacyjne w formie kursu, który ma składać się z 10 cotygodniowych spotkań trwających 120 minut. Podkreślono, że co roku zostanie zorganizowanych 15 kursów w maksymalnie 10-osobowych grupach. Obejmować mają edukację okołoporodową prowadzoną przez położną i lekarza ginekologa-położnika, kurs pierwszej pomocy u noworodka i niemowlęcia z ratownikiem medycznym oraz zagadnienia psychologiczne okresu ciąży, porodu i połogu prowadzone przez psychologa. Zaznaczono, że realizator programu zobowiązany jest do prowadzenia zajęć w sposób otwarty, umożliwiający dyskusję oraz zwracanie uwagi na preferencje uczestników kursu w celu uzyskania możliwości modyfikowania programu do ich potrzeb. Pokreślono, że program może ulec modyfikacji na podstawie opinii i preferencji uczestników.

Towarzystwa naukowe wskazują na zasadność uczestniczenia kobiet w ciąży w zajęciach rodzenia typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/participantów uczestniczących w zajęciach), w tym w warsztatach karmienia piersią (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019). W przeglądzie systematycznym Bryanton 2013 oceniano skutki ustrukturyzowanej edukacji

poporodowej prowadzonej przez osobę lub grupę związaną z ogólnym stanem zdrowia lub opieką noworodka oraz relacjami między rodzicem a dzieckiem. Edukacja na temat zachowań niemowląt spowodowała wzrost wiedzy matki na ten temat w cztery tygodnie po porodzie o średnią różnicę w wynikach 2,85 punktu [95% CI: (1,78;3,91)].

Warto zaznaczyć, że tematyka zaproponowana w projekcie programu jest zgodna z większością odnalezionych rekomendacji.

W ramach akcji informacyjnej zaplanowano przedstawienie informacji o terminach zajęć, tematyce, sposobie zgłoszenia udziału w kursie oraz o konieczności posiadania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udziału w programie. Wskazano, że realizator umieści informację w placówce, na swojej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych. Z kolei miasto Katowice zapewni informacje o możliwości skorzystania z programu w ośrodkach leczniczych, miejscach użyteczności publicznej, na stronie internetowej oraz w lokalnej prasie. Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Należy jednak doprecyzować, po pierwsze przewidywaną liczbę uczestników akcji informacyjnej, a także przewidziany na ww. działania budżet.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Zgodnie z treścią PPZ, ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie analizy liczby osób, które zgłosiły się do programu i go ukończyły, ale także analizy liczby osób, które kurs przerwały. Zaznaczono, że analiza będzie prowadzona w corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora po zakończeniu każdego kursu. Należy zaznaczyć, że opisane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ponadto w części dot. oceny efektywności przedstawiono wskaźnik mający zastosowanie w procesie monitorowania tj. „odsetek populacji docelowej objętej programem”. Dodatkowo, w sprawozdaniu realizatora stanowiącym załącznik nr 2 do ocenianego projektu, wskazano następujące wskaźniki: „liczba zrealizowanych kursów”, „liczba zrealizowanych spotkań”, „liczba zrealizowanych godzin”, „liczba kobiet (par), które odbyły pełen cykl spotkań w ramach kursu” oraz „liczba kobiet (par), które przerwały cykl spotkań w ramach kursu”, które również bardziej odnoszą się do monitorowania

Ocena jakości świadczeń w programie ma obejmować analizę wyników ankiety satysfakcji. Wzór ankiety został dołączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń. Wskazano także na możliwość zgłaszania uwag uczestników dot. realizacji programu. W projekcie nie określono mierników efektywności, zatem nie będzie możliwa ocena efektów programu. Ta część projektu wymaga uzupełnienia. Ponadto ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w ocenianym programie i wymaga uzupełnienia.

Podsumowując, element projektu dotyczący monitorowania i ewaluacji wymaga skorygowania zgodnie z powyższymi uwagami.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy realizacji PPZ. Pierwszym wskazanym etapem jest akcja promocyjna, a następnie działania edukacyjne. Ostatnim etapem będzie przeprowadzenie ewaluacji oraz przygotowanie sprawozdania z realizacji projektu.

Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu prawidłowo przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania. Koszt przeprowadzenia pełnego cyklu 10 zajęć dla jednej uczestniczki został oszacowany na kwotę 600 zł.

W projekcie nie odniesiono się do kosztu akcji promocyjnej oraz monitorowania i ewaluacji, co wymaga doprecyzowania.

Koszt całkowity został oszacowany na 300 000 zł (60 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany z budżetu miasta Katowice.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa obejmuje praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej, ale również osób bliskich do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa. Jest to również kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.

Szkoły rodzenia powstały z potrzeby złagodzenia bólu porodowego, który powodowany ogólnym napięciem organizmu – zarówno fizycznym, jak i psychicznym, ma swoje podłoże w lęku kobiet przed tym wyzwaniem. Edukacja kobiet, ale także ich partnerów, w kwestii przebiegu samego porodu, jak również ciąży i połogu przyczynia się do poprawienia komfortu rodzącej, która mając świadomość tego, co się wydarzy, czym to jest spowodowane i do czego zmierza, znacznie lepiej znosi cierpienie fizyczne, które w wielu wymiarach nabiera dla niej nowego sensu. Funkcja edukacyjna szkół rodzenia obejmuje przekazanie przez profesjonalistów – położne, lekarzy ginekologów-położników, dietetyków, fizjoterapeutów czy psychologów – wiedzy, niezbędnej do dobrego przeżycia ciąży, zarówno przez kobietę, jak i jej partnera.

Oczekiwanie na narodziny dziecka powinno stanowić dla rodziców źródło motywacji do poszerzania wiedzy na temat jego zdrowia i rozwoju, jak również kondycji całej rodziny. Podstawowym zadaniem dydaktycznym szkół rodzenia jest przygotowanie obojga rodziców do rodzicielstwa, pojmowanego jako całokształt zagadnień psychofizycznych związanych z ciążą, porodem, pościem i wczesnym okresem życia dziecka.

### Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2022 poz. 1430), od 1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny, który w kompleksowy sposób obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, została wprowadzona koordynowana opieka nad kobietą w ciąży. Celem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, pościem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

Warto dodać, że zgodnie z odnalezionymi informacjami, w Katowicach funkcjonuje 1 świadczeniodawca mający podpisaną umowę na realizację koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC I).

### **Ocena technologii medycznej**

#### *Wpływ programów edukacji prenatalnej na wyniki ciąży*

Hong 2020 wykazał, że odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie był niższy w grupie poddanej edukacji przedporodowej (RR 0,90 [95% CI: 0,82;0,99]). Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego matki uległy istotnej poprawie w grupie edukacji przedporodowej, chociaż nie było różnicy w odniesieniu do lęku i depresji. Wyniki dotyczące masy urodzeniowej płodu lub wieku ciążowego w chwili urodzenia również nie różniły się między grupami. W przeglądzie systematycznym (Brixval 2015) wskazano, że nie ma wystarczających dowodów na to, czy edukacja przedporodowa w małych grupach ma jakkolwiek wpływ na wyniki położnicze lub psychospołeczne.

#### *Wpływ grupowej opieki prenatalnej na wyniki okołoporodowe w porównaniu z tradycyjną opieką prenatalną*

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Carter 2016) wskazano, że uczestnictwo w grupowej opiece prenatalnej nie wiązało się z niższym odsetkiem porodów przedwczesnych (RR 0,87 [95%CI: 0,70; 1,09]), przyjęć na OIOM lub rozpoczęcia karmienia piersią w ujęciu ogólnym ani według schematu badania. W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Catling 2015) nie odnotowano statystycznie istotnych różnic między kobietami, które otrzymały grupową opiekę przedporodową a kobietami, które otrzymały standardową indywidualną opiekę przedporodową w zakresie pierwszorzędných punktów końcowych „porodu przedwczesnego” (RR 0,75 [95%CI: 0,57; 1,00]; trzy badania; N = 1888; dowody umiarkowanej jakości). Przegląd systematyczny i metaanaliza (Ruiz-Mirazo 2012) wskazuje, że badania porównujące grupową opiekę prenatalną z indywidualną opieką prenatalną są w większości niskiej jakości i przeprowadzane w grupach wysokiego ryzyka, chociaż dwa badania z randomizacją oraz jedno wtórne, wykazały poprawę niektórych wyników, w tym odsetka porodów przedwczesnych u kobiet uczestniczących w grupowej opiece prenatalnej.

#### *Wpływ karmienia piersią na wskaźniki stanu zdrowia matek i ich dzieci*

Problem ten poruszono w pracy (Patnode 2019), w której przedstawiono aktualne dane naukowe dotyczące związku pomiędzy historią karmienia piersią i stanem zdrowia niemowląt, dzieci oraz matek. Wskazują one, że historia karmienia piersią wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem w zakresie wielu różnych wyników zdrowotnych w okresie niemowlęcym i dziecięcym, w tym ostrego zapalenia ucha środkowego (OR 0,67 [95% CI: 0,56-0,80]), astmy (OR 0,88 [95% CI: 0,82-0,95]), atopowego zapalenia skóry (OR 0,74 [95% CI: 0,57-0,97]), zakażeń przewodu pokarmowego, występowania biegunki, białaczek wieku dziecięcego, cukrzycy typu 2 (OR 0,65 [95% CI: 0,49-0,86]) i otyłości. Jeśli zaś chodzi o stan zdrowia matki, wykazano powiązanie historii karmienia piersią („zawsze” vs „nigdy”) ze zmniejszonym ryzykiem raka piersi (OR 0,78 [95% CI: 0,74-0,82], raka jajnika (OR 0,70 [95%CI: 0,64-0,77]) oraz („dłużej” vs „krócej”) cukrzycy typu 2 (OR 0,68 [95%CI: 0,57-0,82]).

#### *Wpływ psychoedukacji*

Wyniki metaanalizy Akgün 2019 wskazują, że psychoedukacja jest skutecznym podejściem do redukcji łagodnego lęku przed porodem (FOC) oraz wskaźnika cięć cesarskich (CS). Ogólny wpływ psychoedukacji na poziom FOC u kobiet był istotny statystycznie, a wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany efekt. Psychoedukacja zmniejszyła poziom CS o 1,73 (OR 1,730, [95%CI: 1,285; 2,330], p=0,000; 682 kobiet). Autorzy wskazują, że włączenie psychoedukacji do rutynowych praktyk pielęgnarskich (w wynikach badania nie wskazano na opiekę położniczą i psychiatryczną) poprawi jakość opieki zdrowotnej. Uważa się, że kobiety otrzymujące psychoedukację z rutynową opieką pielęgnarską będą miały bardziej pozytywne doświadczenia ciążowe i porodowe. Zaleca się by osoby

zajmujące się zdrowiem kobiet uświadamiały o skuteczności psychoedukacji na wskaźniki FOC i CS (Akgün 2019).

#### *Rekomendacje towarzystw naukowych*

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż tylko takie postępowanie, niezależnie od ryzyka szacowanego przed rozpoczęciem porodu, w sposób zasadniczy zwiększa szansę na uniknięcie wielu niebezpiecznych powikłań zarówno u matki, jak i u płodu oraz szybkie podjęcie interwencji w razie ich wystąpienia (PTG 2009). Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca w miarę możliwości organizacyjnych wprowadzanie trójstopniowej opieki prenatalnej i prowadzenie porodów zależnie od zaawansowania ciąży i przewidywanych komplikacji na odpowiednim poziomie opieki (PTG 2009). Organizatorzy edukacji prenatalnej powinni posiadać kompetencje wymagane do zapewnienia wysokiej jakości edukacji prenatalnej skoncentrowanej na rodzicach (HSE 2020, SoQ 2018, WHO 2016). Kierownicy placówek świadczących usługi w zakresie edukacji prenatalnej powinni zapewniać, że ich kadra posiada kompetencje i przeszkolenie wymagane do ułatwienia i zachowania wysokiej jakości edukacji prenatalnej (HSE 2020, SoQ 2018). Zalecana jest przedporodowa opieka udzielana wszystkim kobietom w sposób zapewniający im godność, prywatność i poufność, umożliwiającą świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu i porodu (WHO 2018, SoQ 2018). Kobietom w ciąży należy oferować informacje oparte na aktualnych dostępnych dowodach naukowych, a także wsparcie umożliwiające im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opieki (HSE 2020, NICE 2019). Kobiety w ciąży powinny zostać poinformowane o celu każdego badania przed jego wykonaniem. Pracownik systemu opieki zdrowotnej powinien upewnić się, że kobieta zrozumiała te informacje i ma wystarczająco dużo czasu na podjęcie świadomej decyzji. Należy jasno określić prawo kobiety do zaakceptowania lub odrzucenia badania (HSE 2020, NICE 2019, WHO 2018). Kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że rozpoczęcie lub kontynuowanie umiarkowanych ćwiczeń w czasie ciąży nie wiąże się z negatywnymi skutkami (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016). Kobiety w ciąży powinny być informowane o potencjalnych zagrożeniach związanych z niektórymi czynnościami w czasie ciąży, np. sportami kontaktowymi, sportami o dużej intensywności i energicznymi sportami rakietowymi, które mogą wiązać się z ryzykiem urazu brzucha, upadkiem lub nadmiernym obciążeniem stawów, a także nurkowaniem co może skutkować wadami wrodzonymi płodu i chorobą dekompresyjną płodu (NICE 2019, NHMRC 2019). Podczas pierwszej wizyty przedporodowej należy doradzić kobietom, aby w razie potrzeby poddały się badaniu stanu zdrowia jamy ustnej i leczeniu, ponieważ dobry stan jamy ustnej jest ważny dla zdrowia kobiety, a leczenie można bezpiecznie zapewnić w czasie ciąży (NHMRC 2019). Kobiety powinny być informowane o ograniczeniach rutynowych badań ultrasonograficznych oraz o tym, że wskaźniki wykrywalności różnią się w zależności od typu wady płodu, wskaźnika masy ciała kobiety i pozycji nienarodzonego dziecka w momencie badania (NICE 2019, NHMRC 2019).

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.60.2022 „Program profilaktyki zdrowotnej w obszarze edukacji przedporodowej „Szkoła Rodzenia”, data ukończenia: październik 2022 oraz Aneksu „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w porodu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2021 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 153/2022 z dnia 17 października 2022 roku o projekcie programu „Program profilaktyki zdrowotnej w obszarze edukacji przedporodowej »Szkoła Rodzenia«” (m. Katowice).