



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 149/2015 z dnia 22 września 2015 r.
o projekcie programu „Program zdrowotny przygotowujący ciężarną
i ojca dziecka do aktywnego porodu „Gostyńska akademія
przyszłych rodziców - zajęcia w szkole rodzenia”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program zdrowotny przygotowujący ciężarną i ojca dziecka do aktywnego porodu „Gostyńska akademія przyszłych rodziców - zajęcia w szkole rodzenia”

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej posiada dobrze zdefiniowany cel oraz pozostające z nim w spójności oczekiwane efekty. Doprecyzowania wymagają natomiast mierniki efektywności, gdyż powinny odnosić się do stopnia realizacji celów, a nie do oceny zgłaszalności do programu.

Populację programu stanowią zarówno kobiety ciężarne jak i ojcowie dzieci, co ma istotne znaczenie ze względu na psychologiczny aspekt okresu ciąży, porodu i połogu. W trakcie analizy projektu pojawiła się nieścisłość co do liczby żywych urodzeń w regionie pomiędzy danymi wskazanymi w projekcie a danymi GUS. Kwestia ta powinna zostać wyjaśniona, zaś szacunkowa populacja docelowa wymaga doprecyzowania.

Warto określić dokładnie postępowanie w sytuacji zgłoszenia się do programu większej liczby chętnych.

Zaplanowane interwencje zostały przygotowane w oparciu o wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i nie budzą wątpliwości. Zaplanowane działania będą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

W projekcie powinno się zaplanować ocenę jakości udzielanych świadczeń oraz ocenę efektywności z wykorzystaniem wspomnianych powyżej mierników, gdyż dopiero ten etap pozwoli ocenić wpływ przeprowadzonych działań na jakość życia uczestniczek i uczestników programu.

Budżet przeznaczony na realizację programu powinien zawierać przedstawienie kosztów wszystkich składowych, tak aby możliwa była jego dokładna weryfikacja.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący przygotowania kobiety ciężarnej i ojca dziecka do porodu. Roczny budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 47 500 zł, zaś okres realizacji programu to lata 2016-2018.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony program polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest przygotowywanie kobiety ciężarnej i ojca dziecka do porodu oraz opieki nad dzieckiem. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 - cel strategiczny: poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem: poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3.

W projekcie w sposób precyzyjny opisano problem zdrowotny. Wskazano również dane epidemiologiczne dotyczące urodzeń oraz przedstawiono wyniki ankiety dotyczącej wcześniej realizowanych zajęć w szkole rodzenia. Z badania wynika, że blisko 69% kobiet uczestniczących w badaniu uważa szkoły rodzenia za pomocne w przygotowaniu do porodu i macierzyństwa.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców z zakresu ciąży, porodu, połogu i opieki nad niemowlęciem. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych, z czego 2 (ułatwienie dostępu do szkoły rodzenia i dostarczenie ojcom informacji o zasadach aktywnego udziału w porodzie, połogu i opiece nad noworodkiem) stanowią działania możliwe do realizacji i powinny zostać przeformułowane, gdyż dopiero skutek zastosowania interwencji jest de facto zamierzeniem programu. Pozostałe cele szczegółowe stanowią uzupełnienie celu głównego.

Oczekiwane efekty wskazane w projekcie pozostają spójne z postawionymi celami.

Mierniki efektywności wskazane w programie odnoszą się do oceny zgłaszalności, nie zaś oceny stopnia realizacji założeń. W tym celu warto byłoby przeprowadzić test z wiedzy dla uczestników przed i po badaniu. W późniejszym czasie natomiast warto byłoby przeprowadzić badanie u kobiet po porodzie na temat wykorzystania wiedzy z zajęć w trakcie porodu oraz w późniejszej opiece nad dzieckiem.

Populacja docelowa

Populację docelową w ocenianym projekcie stanowią kobiety ciężarne (po 27 tyg. ciąży) oraz ojcowie tych dzieci. Zaplanowano uczestnictwo ok. 190 osób w danym roku realizacji programu, w tym ok. 100 ciężarnych i 90 ojców zamieszkałych gminą Gostyń.

W pierwszej kolejności zakwalifikowane zostaną pierworódki. Potencjalni uczestnicy projektu programu zostaną zakwalifikowani na podstawie statusu zamieszkania oraz skierowania od lekarza ginekologa lub POZ, który potwierdzi brak przeciwwskazań do uczestnictwa w programie.

Warto byłoby określić sposób postępowania w przypadku zgłoszenia się do programu większej niż zaplanowana liczby uczestników. Dodatkowo również warto wskazać, czy w przypadku zgłoszenia się mniejszej liczby mężczyzn do programów skutkować to będzie zwiększeniem liczby miejsc dla kobiet ciężarnych. Te potencjalne rozwiązania pozwolą płynnie reagować na zgłaszalność do programu.

Zgodnie z aktualnymi danymi GUS, gminę miejsko-wiejską Gostyń w 2014 r. zamieszkiwało blisko 27 962 osoby, z czego 72,4% stanowili mieszkańcy terenów miejskich, a 27,6% mieszkańcy wsi. Szacunki te są zbliżone do informacji przedstawianych w projekcie. Jednak wątpliwości budzi liczba urodzeń w gminie. W projekcie wskazuje się, że w 2014 r.

odnotowano 769 nowonarodzonych dzieci (tj. ok. 770 porodów), natomiast dane GUS szacują mniejszą liczbę urodzeń w danym roku. Bieżące dane liczbowe GUS, czy też wyliczenia na podstawie wskaźnika urodzeń żywych sugerują, że w 2014 r. w gminie Gostyń urodziło się 296-300 dzieci.

Interwencja

W ramach planowanych działań w programie przewidziano realizację zajęć edukacyjnych, zarówno praktycznych jak i teoretycznych. Wskazano również, że przekazywane treści i umiejętności w ramach szkoły rodzenia będą opierały się na rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz pozostaną zgodne z wytycznymi NICE (z 2008 r.).

W projekcie przedstawiono wstępny harmonogram zajęć w godzinach popołudniowych, jak również określono schemat i profil przewidzianych interwencji. Jeden cykl zajęć edukacyjnych ma obejmować 13 spotkań grupowych realizowanych przez położną i specjalistów z zakresu opieki nad kobietą ciężarną, noworodkiem, niemowlęciem. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wytycznych eksperckich definiuje zadania szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny. W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie oraz w czasie zajęć praktycznych stosować gimnastykę ogólnie usprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia i poznać zasady pielęgnacji noworodka.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana w sposób poprawny. Dodatkowo warto byłoby określić liczbę kobiet, które nie zostały zakwalifikowane do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich.

W kwestii oceny jakości przeprowadzonych świadczeń i oceny efektywności w projekcie pojawia się informacja na temat planowanego przeprowadzenia ankiety. Nie wskazuje się jednak jakie dane będą dzięki niej gromadzone.

Ocena jakości świadczeń powinna odbyć się na podstawie analizy ankiety satysfakcji uczestnika lub poprzez możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora.

Proszę mieć na uwadze, że ocena efektywności jest istotna zarówno z punktu oceny wpływu na zdrowie populacji, ale również w kwestii planowania przyszłych programów polityki zdrowotnej. W omawianym programie może się ona opierać na teście z wiedzy przekazywanej w trakcie szkolenia przed i po przeprowadzeniu programu oraz na przeprowadzenie wywiadów z kobietami, które urodziły i ojcami uczestniczącymi w programie na temat przydatności i wykorzystania w praktyce zdobytych informacji w trakcie porodu oraz w późniejszej opiece nad dzieckiem.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano także wymagania formalne wobec realizatora, które są niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia interwencji.

W projekcie przedstawiono najważniejsze części składowe, etapy i działania organizacyjne. Przedstawiono kryteria kwalifikacji uczestników do programu oraz wskazano sposób zakończenia udziału w programie. Wskazano również, że uczestniczki programu po jego zakończeniu będą mieć możliwość korzystania z dalszych świadczeń w ramach NFZ w Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

Całkowity budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 47 500 zł rocznie. W projekcie wskazano poszczególne składowe budżetu, jednak nie przedstawiono ich kosztów, co uniemożliwia dokładną weryfikację budżetu.

Okres realizacji programu został zaplanowany na lata 2016-2018.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu, stanowi edukacja. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne definiuje zadanie szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny.

Aktualnie, jako główne cele, do jakich prowadzić ma poprawa poziomu opieki perinatalnej w Polsce, wymienia się obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej dziecka.

Poza ogólnie rozumianym przygotowaniem do porodu i połogu podniesienie poziomu edukacji wpływa na poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków ukierunkowując edukację na eliminowanie jednego lub kilku czynników ryzyka.

Choroby narządu żucia u kobiet ciężarnych oraz u nowonarodzonego dziecka: Próchnica i choroby przyzębia.

Choroby przyzębia to infekcje bakteryjne, które są wykrywane nawet u 30% kobiet ciężarnych i które mogą prowadzić do uszkodzenia dziąseł i kości. Z rosnącej liczby dowodów naukowych wynika, że choroby przyzębia związane są z przedwczesnym porodem (poniżej 37 tygodnia ciąży) oraz z niską masą urodzeniową, co z kolei jest związane ze znaczącą śmiertelnością wśród noworodków oraz różnymi komplikacjami zdrowotnymi.

Próchnica jest przewlekłą chorobą bakteryjną, która dotyka wszystkich grup wiekowych. Zmiana nawyków żywieniowych oraz higienicznych w trakcie ciąży może powodować rozwój próchnicy. Dodatkowo nudności i wymioty występujące w trakcie ciąży mogą powodować nadmierną erozję powierzchni zębów, prowadzącą do pogarszającego się stanu zdrowia jamy ustnej. Próchnica u dzieci może wpływać na ich funkcjonowanie i obejmować jedzenie, sen, mówienie, naukę, rozwój. Może również wpływać na ocenę własnej wartości oraz możliwość socjalizacji.

Cukrzyca u ciężarnych

Cukrzyca ciążowa to nietolerancja węglowodanów stwierdzona po raz pierwszy w czasie ciąży i mija po porodzie. Cukrzyca ciążowa rozpoznawana jest zwykle między 24. a 28. tygodniem ciąży, gdy wykonuje się test z obciążeniem 75 gramami glukozy. Jej przyczyną jest działanie hormonów ciążowych, które zbytnio obciążają komórki beta trzustki produkujące insulinę. Głównym objawem tej choroby jest nadmierne stężenie glukozy we krwi po posiłkach.

Ten rodzaj cukrzycy nie powoduje wad płodu ani poronienia, ale może sprawić, że dziecko urośnie zbyt duże. U kobiet, które miały cukrzycę ciążową w przyszłości, może się rozwinąć cukrzyca typu 2.

Palenie tytoniu w ciąży

Z przeglądu systematycznego (Hackshaw, 2011) wynika, że palenie tytoniu w ciąży jest związane z różnymi problemami zdrowotnymi noworodków. Zaobserwowano istotnie

statystyczne związki palenia tytoniu z następującymi schorzeniami: wady serca i sercowo-naczyniowe, zaburzenia kostno-szkieletowe, skrócenie długości kończyn, brakujące/dodatkowe palce, stopa koślawo-szpotała, kraniosynostoza, deformacje twarzy, wady wzroku, rozszczep wargi i podniebienia, wadu jelitowo-żołądkowe, wytrzewienie, atrezja odbytu, przepuklina, niezstąpienie jąder. Jednocześnie zaobserwowano zmniejszenie ryzyka wystąpienia spodziectwa i defektów skórnych.

Picie alkoholu w ciąży

Organizm płodu nie potrafi obronić się przed skutkami wypicia alkoholu przez ciężarną matkę i nawet niewielkie jego ilości mogą wywołać u dziecka płodowy zespół alkoholowy (FAS). Przyjmuje się, że każda ilość alkoholu może negatywnie wpłynąć na płód, ponieważ nie można jednoznacznie określić, jaka ilość alkoholu szkodzi dziecku.

Wypity alkohol przenika przez łożysko i może powodować szkodliwe zmiany w metabolizmie komórek dziecka. Zniszczeniu ulegają komórki, które biorą udział w tworzeniu centralnej części mózgu oraz twarzy dziecka. Dzieci z FAS mają poważne trudności w nauce oraz kłopoty z pamięcią. Często cierpią na małogłowie, mają mniejszy mózg, dysfunkcje różnych narządów oraz są niższe od swoich rówieśników.

Depresja poporodowa

O depresji poporodowej mówi się, jeżeli objawy (obniżenie nastroju, znaczące zmniejszenie zainteresowań lub zadowolenia z życia codziennego, zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu, spowolnienie psychomotoryczne, męczliwość, zmniejszenie energii życiowej, poczucie bezwartościowości lub bezpodstawne obwinianie się, obniżenie koncentracji lub zdolności do podejmowania decyzji, nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze), utrzymują się przez większość dnia, przez 2 tyg. i jeżeli wystąpią one w ciągu 4 tyg. po porodzie.

Szacuje się, że depresja poporodowa dotyczy 13 proc. kobiet, co czyni ją najczęstszym powikłaniem poporodowym. Przyczyny choroby nie zostały jednoznacznie określone. Pomimo niepodważalnej roli hormonów w rozwoju depresji poporodowej, ważną rolę odgrywają też inne czynniki, takie jak stresujące wydarzenia życiowe, epizody depresji w przeszłości, wywiad rodzinny w kierunku występowania zaburzeń nastroju. Nie wykazano natomiast związku pomiędzy wystąpieniem depresji poporodowej a wykształceniem matki, płcią dziecka, typem porodu i zaplanowaniem ciąży.

Depresję poporodową należy różnicować z tzw. zespołem baby blues, który występuje u większości młodych matek. Objawia się płacliwością, smutkiem, drażliwością, nerwowością oraz zakłopotaniem. Największe nasilenie objawów występuje ok. 4. dnia po porodzie, objawy ustępują po 10 dniach. Objawy te nie upośledzają zdolności młodej matki do prawidłowego funkcjonowania.

Alternatywne świadczenia

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione,

ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, w przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną.

Kobiety mogą poszukiwać tego typu edukacji w prywatnych lub w przyszpitalnych szkołach rodzenia, finansowanych lub dofinansowywanych ze środków samorządowych.

Ocena technologii medycznej

W wyniku przeszukiwania międzynarodowych baz danych odnaleziono szereg wytycznych towarzystw naukowych oraz przeglądy systematyczne dotyczące poszczególnych zagadnień związanych z opieką nad kobietą ciężarną:

Rekomendacje dotyczące szkół rodzenia: *Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2005): Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, brytyjskiego National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008): Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman, oraz francuskiego Haute Autorité de Santé (2005): Improving information provision for pregnant women.*

Ponadto odnaleziono krytyczny przegląd amerykańskich (USA) wytycznych opieki przedporodowej, opartych na dowodach naukowych wydanych w latach 2005-2009 przez: (1) *US Veterans Health Administration, Department of Veteran Affairs, Health Affairs, Department of Defence*; (2) *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*; (3) *American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists (AAP/ACOG)* oraz (4) *American Academy of Family Physicians (AAFP)* a także wytyczne *Institute for Clinical Systems Improvement (2009): Health Care Guideline. Routine Prenatal Care.*

Rekomendacje dotyczące zdrowia jamy ustnej u kobiet ciężarnych: *California Dental Association Foundation – CDA Foundation, 2010; Panel ekspertów mianowanych przez Departament Zdrowia stanu Nowy Jork – New York State Department of Health 2009; National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2008.*

Rekomendacje dotyczące profilaktyki cukrzycy ciężarnych: *Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011; NICE2010: Antenatal care.*

Rekomendacje dotyczące zaprzestania palenia tytoniu przez kobiety ciężarne: *Opinia American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOD, 2010).*

Rekomendacje dotyczące depresji poporodowej: wytyczne *Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2010* oraz *NCCMH 2007*

Zidentyfikowano także dowody naukowe dotyczące efektywności szkół rodzenia: *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) – przegląd systematyczny przeprowadzony na potrzeby wytycznych CG62 (do 2007); Przegląd systematyczny CDSR nr CD002869:*

Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (2009; dane do maja 2007).

NICE w najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.) wskazuje, że wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia i zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzenia z programem typu *participant-led* (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach).

Niewiele jest dowodów potwierdzających wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu, czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu *participant-led* w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia.

Wspomniane rekomendacje i wnioski opierają się w większości na badaniach naukowych o niskiej jakości (lub takich, których jakość nie jest możliwa do weryfikacji z powodu nieprecyzyjnego raportowania), prowadzonych w próbach o małej liczebności – podobnie jak wyniki przeglądu systematycznego *Cochrane Review*, którego autorzy konkludują, że wyniki ogólnych programów edukacji przedporodowej pozostają nieznane.

Karmienie piersią oraz porady laktacyjne

Poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią. Jednak, ponieważ większość włączonych badań była słaba metodologicznie, a efekty edukacji dotyczącej karmienia piersią był stosunkowo niewielkie, dlatego nie można rekomendować, żadnej specyficznej metody edukacji dotyczącej karmienia piersią. Nie odnaleziono wystarczających dowodów, aby wykazać efektywność jakiegokolwiek interwencji (włączając w to edukację dotyczącą karmienia piersią, leczenie farmakologiczne oraz alternatywne terapie), w zapobieganiu zapaleniu sutków w okresie karmienia piersią. W celu wydłużenia czasu trwania karmienia piersią wszystkim kobietom powinno się oferować wsparcie w zakresie karmienia ich dzieci piersią.

Aktywność fizyczna w czasie trwania ciąży

Dostępne badania sugerują, że regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety. Na ich podstawie nie można jednak wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka wynikających z ich wykonywania. Brakuje dowodów, aby jednoznacznie rekomendować lub odradzać kobietom w ciąży z cukrzycą uczestniczenia w programach ćwiczeń fizycznych, jednak wyższy poziom aktywności fizycznej przed i na początku trwania ciąży jest związany ze znacząco niższym ryzykiem rozwoju cukrzycy (Tobias D., Zhang C., van Dam R. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2011, 34: 223-229). Wnioski z wyżej wymienionych przeglądów systematycznych wskazują na to, że ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT, ang. *Pelvic Floor Muscle Training*) wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie. Ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego.

Edukacja dotycząca antykoncepcji w okresie połogu i karmienia piersią

Edukacja, dotycząca stosowania antykoncepcji w okresie połogu, prowadzi do częstszego stosowania metod antykoncepcyjnych i mniejszej ilości nieplanowanych ciąży. Efektywne są zarówno krótkoterminowe interwencje, jak i te obejmujące kilka spotkań.

Zapobieganie negatywnym skutkom psychicznym ciąży

Interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży. Prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup ryzyka z wysokim poziomem lęku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich. Żadne z odnalezionych badań nie dostarczyło wystarczających dowodów, aby rekomendować rutynową ocenę psychologiczną w ciąży, jako interwencję, która wpływa na poprawę zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym. Interwencje psychospołecznie nie redukują liczby kobiet, u których występuje depresja poporodowa. Obiecujące są interwencje polegające na udzielaniu intensywnego wsparcia po porodzie przez wykwalifikowane osoby. Brakuje dowodów przemawiających za tym, że przekazywanie dużej liczby lub małej liczby informacji w trakcie wykonywania badania USG wpływa na redukcję niepokoju kobiety ciężarnej lub na poprawę jej zachowań zdrowotnych.

Redukcja stosowania używek w trakcie trwania ciąży

Wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.; Interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży. Wpływa to na zmniejszenie liczby dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczby przedwczesnych porodów.

Depresja poporodowa

Kobiety przed upływem 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in. o „baby blues” (nie będący chorobą krótkotrwały spadek samopoczucia, specyficzny stan emocjonalny, w jakim znajduje się młoda matka) i depresji poporodowej. Powinno się z nimi przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego. Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - 10 pytań oceniających stan psychiczny młodej matki), w ramach screeningu depresji poporodowej.

Nie odnaleziono analiz ekonomicznych badających efektywność kosztów prowadzenia szkół rodzenia w ogólnej populacji ciężarnych (bez dodatkowych czynników ryzyka).

Grochans i wsp., powołując się na standardy opracowane przez Instytut Matki i Dziecka, zastosowali w ocenie zakresu merytorycznego treści programowych szkół rodzenia następującą listę tematów, jakie powinna objąć edukacja w tej postaci; są to:

- przebieg ciąży,
- przygotowanie do porodu, w tym przebieg porodu fizjologicznego,
- przebieg porodu zabiegowego,
- metody zmniejszania bólu porodowego,
- pielęgnowanie noworodka,
- masaż noworodka,
- problemy zdrowotne w okresie noworodkowym,
- przebieg połogu i problemy w okresie połogu,

- karmienie naturalne i trudności związane z karmieniem,
- antykoncepcja w okresie laktacji i powrót płodności po porodzie,
- problemy psychologiczne występujące w ciąży i połogu,
- gimnastyka w ciąży, połogu i fizyczne przygotowanie do porodu.

Fundacja „Rodzić po Ludzku”, odnosząc się do programów jednostek samorządów terytorialnych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem podkreśla, że najbardziej wiarygodna jest ewaluacja wykorzystująca opinie instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy, czyli oparta na informacjach nie tylko pochodzących od realizatorów świadczeń, ale także na ocenie beneficjentów oraz instytucji niezależnych.

Fundacja, jako pozytywne przykłady dobrej praktyki w ewaluacji programów, wskazuje monitoring realizacji programów profilaktycznych w oparciu o dane epidemiologiczne (oraz dane ilościowe odnoszące się do liczby zawartych umów z realizatorami programów, liczby mieszkańców biorących udział w programach, liczby świadczeń zrealizowanych w ramach programów, itp.).

Ponadto z badań Fundacji dotyczących dostępności informacji o działaniach skierowanych do kobiet w okresie okołoporodowym wynika, że wskazane jest podjęcie przez organizatorów programów skutecznych akcji informacyjnych lub przynajmniej dbałości o dostępność aktualnej informacji na temat prowadzonych programów zdrowotnych na stronach internetowych organizatora.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: nr AOTMiT-OT-441-167/2015, „Program zdrowotny przygotowujący ciężarną i ojca dziecka do aktywnego porodu „Gostyńska akademii przyszłych rodziców - zajęcia w szkole rodzenia” realizowany przez: Miasto Gostyń, Warszawa, sierpień 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej”, listopad, 2012 r.