

Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa

Grażyna J. Iwanowicz-Palus, Grażyna Stadnicka, Agnieszka Bień

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G, Bień A. Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 313–318.

Streszczenie

Wprowadzenie: Rozpatrywanie medycznych aspektów zdrowia kobiet i ich dzieci, wraz z prawnymi, ekonomicznymi, społecznymi i politycznymi uwarunkowaniami, przedstawianymi z punktu widzenia różnych dyscyplin, pozwala na szerokie i wszechstronne podejście do zdrowia rodziny i społeczeństwa. Zmiany wynikające z reorganizacji ochrony zdrowia w Polsce w ostatnich latach spowodowały rozdrobnienie i niestabilność instytucji świadczących opiekę zdrowotną kobiecie i rodzinie.

Cel pracy: Celem pracy jest próba wykazania wpływu właściwej organizacji opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej oraz obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych na zdrowie rodziny i społeczeństwa.

Opis stanu wiedzy: Opieka przedkoncepcyjna, opieka podczas ciąży, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka i wywiera wpływ na całe jego dorosłe życie. W ostatnich latach obserwuje się wzrost świadomości – zarówno społecznej, indywidualnej, jak i politycznej, co do czynników wpływających na sytuację zdrowotną kobiet i zdrowie dzieci, a tym samym zdrowie społeczeństwa, w tym zwłaszcza odpowiedzialności poszczególnych jednostek, grup społecznych oraz różnych instytucji i decydentów.

Podsumowanie: Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia, zarówno na poziomie podstawowym, wojewódzkim, jak i ogólnokrajowym, powinny być wprowadzone do powszechnej praktyki. Najkorzystniejsze, z punktu widzenia medycznego, jak i ekonomicznego, powinno być wdrożenie działań prewencyjnych, mających na celu nie tylko profilaktykę patologii położniczych oraz chorób kobiecych, ale optymalizację działań prozdrowotnych w szerokim zakresie.

Słowa kluczowe

opieka przedkoncepcyjna, opieka okołoporodowa, zdrowie, rodzina, społeczeństwo

WPROWADZENIE

Zdrowiem i jego uwarunkowaniami zajmuje się obok medycyny wiele nauk społecznych: socjologia, pedagogika, psychologia oraz ekologia. W ramach tych nauk wypracowano nową koncepcję zdrowia – koncepcję systemowo-holistyczną. Koncepcja ta pozwala na głęboką refleksję nad efektywnością profilaktyki w procesie zmian, jakie zachodzą w człowieku w trakcie jego rozwoju [1]. Na zapłodnienie oraz rozwój płodu duży wpływ ma zdrowie i kondycja przyszłych rodziców. Dlatego, planując ciążę, warto przeanalizować ich dotychczasowy styl życia i wyeliminować wszystkie czynniki negatywnie wpływające na przebieg ciąży i rozwój płodu. Stan zdrowia społeczeństwa uzależniony jest również w dużej mierze od tego, czy dziecko znajdzie korzystne warunki od najwcześniejszego okresu rozwoju oraz czy jego potrzeby będą realizowane w zadowalającym stopniu [2].

Opieka przedkoncepcyjna, opieka podczas ciąży, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka i wywiera wpływ na całe jego dorosłe życie. Właściwa opieka sprawowana w okresie ciąży, porodu oraz bezpośrednio po porodzie nad matką i dzieckiem przyczynia

się najbardziej do ograniczenia nierówności wskaźników zdrowotnych, w tym umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt [3, 4].

Znaczny postęp w ostatnich latach w opiece nad matką i dzieckiem spowodował obniżenie się w Polsce współczynnika umieralności okołoporodowej z 19,3 ‰ w 1990 r. do 9,4 ‰ w 2001 r. oraz 6 ‰ w roku 2008 [5, 6]. Obecnie najniższy w świecie współczynnik zgonów niemowląt występuje w Japonii (ok. 2 ‰), a najwyższy w krajach afrykańskich (140–180 ‰) [7]. Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt są stany chorobowe i wady rozwojowe powstałe w pierwszych miesiącach trwania ciąży, a także działanie niekorzystnych czynników w okresie przedkoncepcyjnym prowadzące m. in. do uszkodzenia komórek rozrodczych [8, 9, 10].

Położna w Polsce jest rozpoznawana jako odpowiedzialna profesjonalistka, która pracuje wspólnie z kobietami, dając im niezbędne wsparcie, opiekę i informacje podczas ciąży, porodu i pogoju, prowadzi poród na własną odpowiedzialność i zapewnia opiekę noworodkowi i niemowlęciu. Opieka ta zawiera profilaktykę, promocję naturalnego porodu, wykrywanie stanów nieprawidłowych u matki i dziecka, zapewnienie opieki medycznej i innych stosownych środków pomocy dla kobiet we wszystkich okresach ich życia oraz opiekę w sytuacji nagłej. Położna ma ważne zadanie jako doradca i edukator nie tylko kobiety, ale również całej rodziny i społeczeństwa. Jej praca powinna zawierać poradę przedkoncepcyjną i przygotowanie do rodzicielstwa oraz powinna obejmować pielęgnację zdrowia kobiety i jej ro-

Adres do korespondencji: Grażyna J. Iwanowicz-Palus, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20-059 Lublin
e-mail: spupalus@gmail.com

Nadesłano: 20 czerwca 2012; zaakceptowano do druku: 19 czerwca 2013



dziny w trakcie ciąży, porodu, położu, zarówno w aspekcie seksualności, jak i płodności, oraz opiekę nad dzieckiem, a także opiekę w schorzeniach ginekologicznych w każdym okresie życia kobiety [11].

Celem pracy jest próba wykazania wpływu organizacji opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej oraz regulacji prawnych w tym zakresie na zdrowie rodziny i społeczeństwa.

OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ I DZIECKIEM WYNIKAJĄCA Z REGULACJI PRAWNYCH

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poświęca wiele uwagi kwestii zdrowia prokreacyjnego. Szczególne miejsce w działalności WHO zajmuje problematyka niepłodności, planowania rodziny, antykoncepcji, zdrowia matki i noworodka, zapobiegania niebezpiecznym praktykom aborcyjnym, a także zachorowalności na HIV/AIDS wśród kobiet. W swojej działalności Światowa Organizacja Zdrowia opracowuje i propaguje w skali międzynarodowej procedury i standardy dotyczące działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki oraz leczenia kobiet w okresie reprodukcyjnym [12, 13].

Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), działający jako organ pomocniczy Zgromadzenia Ogólnego ONZ, postrzega rodzicielstwo jako największe wyzwanie w życiu człowieka, które przynosi ogromną satysfakcję, wynikającą z uczestnictwa w rozwoju dzieci. Według UNFPA, każda inwestycja rządu w zdrowie matek jest inwestycją opłacalną, która gwarantuje wysoką kondycję przyszłych pokoleń. Aby to osiągnąć, potrzebne jest międzynarodowe partnerstwo i współdziałanie rządów, organizacji i instytucji [10, 14].

Międzynarodowe dokumenty podejmujące kwestie zdrowia kobiet podkreślają konieczność uwrażliwienia służby zdrowia na szeroko rozumiane kwestie płci (*ang. gender sensitive*). Na IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, która obradowała w Pekinie w dniach 4–15 września 1995 roku, wydano tak zwaną *Platformę Działania*. Ten dokument wskazuje na dwanaście obszarów, które mają strategiczne znaczenie w walce z dyskryminacją kobiet oraz precyzuje działania, które w ciągu najbliższych lat mają podjąć w tym celu rządy, instytucje międzynarodowe, organizacje pozarządowe i sektor prywatny [15].

Z konferencji pekińskiej wynikają zadania dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej, nadzorującego zdrowie kobiet w okresie reprodukcyjnym [15]. Rządy wszystkich krajów zostały zobowiązane do tworzenia narodowych programów działania na rzecz prokreacji poprzez doskonalenie usług medycznych dla kobiet; upowszechnienie informacji na temat metod planowania rodziny i środków antykoncepcyjnych [7].

Podczas Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (ICPD) w 1994 roku rządy zobowiązały się zapewnić powszechny dostęp do zdrowia reprodukcyjnego „jak najszybciej i nie później niż do 2015 roku”. Od czasu tego zgromadzenia panuje światowy konsensus, że prawa reprodukcyjne są kluczowe w realizacji praw człowieka, zrównoważonego rozwoju, równości płci i uwłasnowolnienia kobiet [14].

Obecna sytuacja zdrowotna kobiet w Polsce oceniana jest poprzez pryzmat zmian w czasie, jakie dokonały się zwłaszcza w ciągu ostatnich 15 lat oraz odwołania do sytuacji w innych krajach, a przede wszystkim w krajach Unii

Europejskiej [16]. Wskazywane są zarówno ważne zmiany pozytywne (tu należy wymienić przede wszystkim spadek umieralności kobiet i niemowląt, ale także np. zmniejszenie się natężenia urodzeń wśród nastolatek), jak i negatywne (np. wzrost zachorowań na choroby nowotworowe i wzrost śmiertelności, rosnące zagrożenie chorobami przenoszonymi drogą płciową i jednocześnie brak rzetelnej jego oceny, brak poprawy wskaźników opieki perinatalnej, zbyt wolny postęp w upowszechnianiu zdrowego stylu życia) oraz zagrożenia, których znaczenie może rosnać w przyszłości (np. skutki obniżającego się wieku inicjacji seksualnej czy uzależnienia od narkotyków i alkoholu, niepłodność, pogłębiające się różnicowanie warunków życia ludności) [8, 9, 17].

Należy podkreślić, iż powyższe działania spowodowały między innymi, że śmiertelność matek w zasadzie nie występuje w krajach uprzemysłowionych [9, 14].

W Polsce macierzyństwo znajduje się pod szczególną ochroną prawną, dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb, bezpłatnej opieki nad matką i dzieckiem [18].

Konstytucja RP w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. tego artykułu znajdujemy odniesienie, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym [19].

Zmiany wynikające z reorganizacji ochrony zdrowia w ostatnich latach spowodowały rozdrobnienie i niestabilność instytucji i placówek świadczących opiekę zdrowotną kobiecie i rodzinie. Niekorzystne jej rozdzielanie, niejasność kompetencji osób ją sprawujących, powoduje brak kompleksowości i ciągłości, a w efekcie niewystarczającą jakość usług. Realizowany od lat system opieki skoncentrowany na diagnostyce i leczeniu kobiet, nawet w przebiegu ciąży fizjologicznej, pomija w sposób znaczący promocję i edukację zdrowotną. Z powyższej sytuacji wynikają niedostatki w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej, co znajduje potwierdzenie w sygnowanym przez Ministerstwo Zdrowia raporcie *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym*, wydanym w 2006 roku [20].

Analiza wielu badań oraz opracowania ekspertów w dziedzinie położnictwa i neonatologii wskazują, że odpowiednie przygotowanie do ciąży zwiększa szansę na jej prawidłowy przebieg i urodzenie zdrowego dziecka. Dostęp dla wszystkich kobiet w okresie okołokoncepcyjnym i okołoporodowym do publicznej i bezpłatnej służby zdrowia gwarantowany jest przez wiele konstytucji krajów europejskich, zaś prawo do zdrowia fizycznego i psychicznego określone zostało przez międzynarodowe konwencje wchodzące w skład dokumentów międzynarodowych określających katalog praw człowieka [9, 12, 21].

OPIEKA PRZEDKONCEPCYJNA

Opieka przedkoncepcyjna uznawana jest za najprościej pojętą promocję zdrowia w społeczeństwie, a jej założeniem jest uświadomienie, jak ważne jest utrzymanie optymalnych warunków zdrowia w okresie przed, w trakcie i bezpośrednio po zapłodnieniu [1, 4, 22].

Potrzebę profesjonalnej opieki przedkoncepcyjnej zaczęto rozważać pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia



[1, 12]. Na przełomie ostatnich lat wykazano, że przygotowanie do ciąży rzeczywiście zwiększa szanse na jej prawidłowy przebieg i urodzenie zdrowego dziecka. Tak więc opieka nad kobietą i jej rodziną przed poczęciem dziecka stała się integralnym elementem opieki prenatalnej [17, 23].

Obecnie na większości uczelni na świecie, w programach kształcenia w zakresie różnych profesji medycznych (lekarze, położne, pielęgniarki) znajdują się treści dotyczące opieki przedkoncepcyjnej. American College of Nurses and Midwives i American College of Obstetricians and Gynecologists przyczyniły się do opracowania standardów w zakresie opieki przedprokreacyjnej i wdrażania ich do praktyki medycznej. W Stanach Zjednoczonych opiekę przedciążową sprawują położne rodzinne i w sytuacji identyfikacji czynników ryzyka kierują kobietę do lekarza położnika – ginekologa lub innych specjalistów, celem dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Podobnie jest w krajach Unii Europejskiej. W Szkocji utworzono wyspecjalizowane poradnie przedciążowe, do których kobiety lub pary są kierowane przez lekarzy położników – ginekologów oraz lekarzy innych specjalności [1, 4, 17, 22, 24]. Zdecydowanie odmienny model opieki przedkoncepcyjnej opracowano i wdrożono na Węgrzech. Zorganizowano tam sieć placówek, które prowadzą położne. Zadaniem poradni jest wstępna ocena parametrów płodności (pomiar podstawowej ciepłoty ciała i obserwacja zmian w przebiegu cyklu menstruacyjnego), szczepienie przeciwko różyczce, promocja zachowań korzystnych dla zdrowia. Kobieta i/lub jej partner kierowani są do lekarza, jeśli zaistnieje taka konieczność [25].

Organizacją opieki przedkoncepcyjnej w Polsce zajmują się przede wszystkim położne rodzinne, położne pracujące w poradniach ginekologicznych, lekarze położnicy – ginekolodzy oraz lekarze rodzinni. Z badań przeprowadzonych przez Chazana B. wynika, że jedynie 1% kobiet, które urodziły dzieci, zgłosiło się do lekarza po poradę przed zajściem w ciążę. Podkreślił on, że należy dotrzeć z tą informacją do większej liczby kobiet oraz pamiętać o fakcie zagrożenia występującego częściej u tych kobiet, które nie zgłaszają się po poradę z własnej inicjatywy [2, 26].

W Japonii podejmowanie działań w zakresie opieki przedkoncepcyjnej wchodzi w kompetencje lekarzy rodzinnych i położników – ginekologów. Badania Kitamury i wsp., którymi objęto 268 lekarzy, wykazały, że tylko nieliczni z nich podejmowali działania wchodzące w zakres szeroko pojętej opieki przedciążowej wobec swoich podopiecznych. Najczęstsze porady, których udzielali, dotyczyły zaprzestania palenia papierosów (71%), a najrzadsze suplementacji kwasem foliowym (12%). Ponad połowa badanych (70%) deklarowała chęć angażowania się w opiekę przedkoncepcyjną, ale twierdzili, że nie zostali zbyt dobrze przeszkoleni w tym kierunku podczas studiów [27].

Współcześnie na całym świecie, łącznie z krajami azjatyckimi (Korea Południowa, Chiny), wdrażane są programy, mające na celu objęcie opieką przedkoncepcyjną jak największą grupę kobiet i ich partnerów [11, 27].

Należy jeszcze raz podkreślić, że zdrowie i kondycja przyszłych rodziców mają duży wpływ na zapłodnienie oraz rozwój płodu. Planując ciążę, warto przeanalizować dotychczasowy styl życia i wyeliminować wszystkie czynniki negatywnie wpływające na przebieg ciąży i rozwój płodu. Coraz częściej wyrażane są opinie, że dalsze obniżanie wskaźników śmiertelności okołoporodowej jest ściśle powiązane z poprawą jakością opieki przedciążowej. Aby taki cel osiągnąć

niezbędne jest zwiększenie świadomości tego faktu wśród pracowników służby zdrowia. Równie istotne jest przekazywanie tej informacji kobietom, które ciążę planują lub jej nie wykluczają [4, 28, 29].

Dlatego też, w organizacji poradnictwa przedkoncepcyjnego należy dążyć, aby:

- kandydatkami do opieki przedkoncepcyjnej były wszystkie kobiety, które potencjalnie mogą zajść w ciążę,
- opieka przedkoncepcyjna była dostępna dla wszystkich potrzebujących, jako część podstawowej opieki medycznej (a szczególny nacisk należy położyć na dostępność tej opieki dla kobiet ze środowisk o niskim statusie społeczno-ekonomicznym i kulturowym),
- porada przedciążowa zawierała elementy oceny ryzyka, badania przesiewowe i promocję zdrowia (a szczególną uwagę kobiety i jej partnera należy zwrócić na możliwe do zmiany czynniki zagrożenia dla przyszłej ciąży),
- poradnictwo przed poczęciem dziecka stanowiło integralny element podstawowej opieki zdrowotnej,
- opieka przedkoncepcyjna nie ograniczała się tylko do promocji zdrowia w jego biologicznym, psychicznym i społecznym aspekcie, lecz także ukierunkowana była na wykorzystanie oraz ciągłe poszukiwanie nowych czynników sprzyjających poczęciu dziecka w optymalnych warunkach,
- zadbać o dostępność różnorodnych metod, form i środków dydaktycznych,
- organizować systematyczne szkolenie lekarzy i położnych, uzupełnianie ich wiedzy i kształtowanie nowych umiejętności [4, 8, 30, 31].

Przygotowanie do ciąży należy rozpocząć na kilka miesięcy (od 3 do 6 miesięcy) przed planowanym terminem poczęcia, tak aby przyszli rodzice mogli zadbać o własne zdrowie, a tym samym zwiększyć szansę na optymalny rozwój ciąży. Tak więc opieka medyczna nad kobietą (rodziną) przed zajściem w ciążę powinna być integralną częścią opieki przedporodowej [17].

OPIEKA W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Okres życia wewnątrzmacicznego jest najbardziej dynamicznym okresem rozwoju człowieka. Istotny wpływ na jego rozwój ma zarówno stan zdrowia matki, jak i ojca dziecka oraz czynniki związane z:

- cechami indywidualnymi rodziców (wiek, masa ciała),
- zachowaniami zdrowotnymi (dieta, palenie tytoniu, substancje psychoaktywne),
- środowiskiem zamieszkania i pracy,
- barierami utrudniającymi dostęp do opieki medycznej [4].

Ochrona zdrowia jest z jednym z priorytetowych wyzwań współczesnego świata. Szczególne znaczenie dla zdrowia społeczeństwa ma ochrona zdrowia kobiet w okresie prokreacyjnym i ich dzieci od najwcześniejszej fazy rozwoju. Dlatego w większości społeczeństw podejmowane są wielodyscyplinarne działania w ramach opieki perinatalnej mające na celu zapewnienie ciągłej, fachowej i ogólnodostępnej opieki w okresie przedkoncepcyjnym, podczas ciąży, porodu i połogu [1].

Założeniem tej opieki jest zmniejszenie występowania wad wrodzonych, porodów patologicznych, które są najczęstszą przyczyną śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej. Zagrożenia dla rozwijającego się dziecka mogą mieć następstwa natury medycznej, psychologicznej lub socjalnej [1].



Promocja zdrowego rodzicielstwa stanowi integralną część zadań systemu ochrony zdrowia, który ponosi odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i współdziała w realizacji tych zadań z sektorami edukacji narodowej i polityki społecznej [5].

W placówkach ochrony zdrowia wszystkie matki i ojcowie powinni mieć zapewnione prawo do bezpłatnego dostępu do edukacji w tzw. „szkołach rodzenia”, z położeniem nacisku na: racjonalne żywienie matek; odpowiednią ich aktywność fizyczną; unikanie zachowań szkodliwych dla matki i dziecka – ciąża wolna od tytoniu, alkoholu, narkotyków; przygotowanie do porodu; promocję karmienia piersią niemowląt. BOWIEM promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stanowią integralną część każdej porady położnika/położnej [1, 5].

Profilaktyka zagrożeń i chorób w okresie ciąży jest niezbędnym warunkiem zachowania zdrowia matki i jej dziecka, a także zapobiegania umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt. Prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych powinno obejmować w szczególności:

- w okresie okołokoncepcyjnym – uodpornienie kobiet przeciwko tężcowi i różycze drogą szczepień ochronnych; zapobieganie wadom cewy nerwowej drogą uzupełnienia pożywienia kwasem foliowym; porady w zakresie zwalczania uzależnień;
- w okresie ciąży – wczesną diagnostykę ciąży i świadczenia profilaktyczne udzielane przez położną/położnika, takie jak: zapobieganie zakażeniom wrodzonym, zakażeniom HIV i zakażeniom przenoszonym drogą płciową; zapobieganie powikłaniom ciąży, w tym wewnątrzmacicznemu zahamowaniu wzrostu płodu i wcześniactwu; ochronę przed ekspozycją na substancje szkodliwe [1, 4, 22].

Realizację prawa do bezpiecznego przebiegu ciąży zapewnia wykwalifikowany personel medyczny sprawujący czynną, ciągłą opiekę profilaktyczno-leczną nad kobietą ciężarną w warunkach ambulatoryjnych lub na oddziałach patologii ciąży wyposażonych w odpowiedni do stopnia referencyjności sprzęt i aparaturę diagnostyczno-leczną [26].

Nieodzownym warunkiem realizacji prawa kobiety ciężarnej do odpowiedniej do jej potrzeb diagnostyki i leczenia jest sprawnie funkcjonujący system trójstopniowej opieki okołoporodowej [4, 8], umożliwiający kobietom z ciążą wysokiego ryzyka korzystanie z wysokospecjalistycznej opieki [4].

Zgodność ze współczesną wiedzą medyczną ustalana jest na podstawie opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa i dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego oraz, w razie potrzeby, innych dyscyplin medycznych wspierających opiekę nad matką i dzieckiem. Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań na rzecz zdrowia matki i dziecka przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia na poziomie podstawowym, wojewódzkim i ogólnokrajowym powinny być wprowadzone do powszechnej praktyki [6].

Bezpieczny i satysfakcjonujący poród ma miejsce wówczas, gdy kobiecie rodzącej zapewnia się poszanowanie i ochronę jej godności, intymność, odpowiednie informacje o stanie zdrowia własnym i dziecka oraz o przysługujących im prawach, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie powikłań w trakcie porodu. Jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne, kobieta rodząca ma prawo do uwzględnienia swoich życzeń, dotyczących stosowanych procedur położniczych, w tym ochrony przed bólem, wsparcia psychologicznego, obecności męża/osoby bliskiej przy porodzie [4].

Wczesny kontakt matka – dziecko i system organizacji oddziały „matka – dziecko” jest warunkiem bezpieczeństwa matki w okresie połogu i bezpieczeństwa dziecka w okresie adaptacji po porodzie. W okresach tych udzielane są przez wykwalifikowany personel medyczny świadczenia profilaktyczne dotyczące porady laktacyjnej w celu utrzymania wyłącznego karmienia piersią, wykonywane są obowiązkowe szczepienia ochronne i badania przesiewowe w kierunku fenylketonurii, hipotyreozy i mukowiscydozy oraz zaburzeń słuchu u płodu [4, 22].

Ochrona zdrowia psychicznego kobiet w wieku rozrodczym, zwłaszcza w okresie okołoporodowym, musi być nieodłącznym elementem bezpłatnej opieki położniczej mającej na celu zapewnienie kobiecie w każdym okresie ciąży, porodu i połogu komfortu psychicznego, a także wczesne wykrywanie, diagnostykę i leczenie depresji okołoporodowej. Dla osiągnięcia tych celów konieczne jest, poza poszanowaniem i ochroną godności kobiety, zachowaniem intymności, dostarczeniem odpowiednich informacji, także bezpłatne wsparcie psychologiczne [6, 32].

W przypadku patologicznego przebiegu ciąży niezbędnymi warunkami ograniczenia negatywnych następstw zdrowotnych dla matki i dziecka, w tym redukcji umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej, jak również martwych urodzeń, a także umieralności noworodków i niemowląt, są:

- wznowienie i rozwój trójstopniowego systemu referencyjnego w opiece okołoporodowej;
- zapewnienie wysokokwalifikowanego personelu położniczego i neonatologicznego wspieranego przez specjalistów z innych potrzebnych matce i dziecku dyscyplin medycznych;
- wyposażenie oddziałów szpitalnych w sprzęt i aparaturę medyczną umożliwiającą odpowiednią do stopnia referencyjności diagnostykę i leczenie kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu oraz leczenie dzieci [4, 6, 22].

Pełna diagnostyka i leczenie oraz kompleksowa rehabilitacja są prawem każdego dziecka z zaburzeniami okresu noworodkowego związanymi z przebiegiem ciąży, porodu i okresu adaptacji po porodzie oraz noworodków z wadami rozwojowymi, zakażeniami wrodzonymi, zakażeniami szpitalnymi i pozaszpitalnymi [4].

Odpowiednie postępowanie medyczne po porodzie przyczynia się do redukcji umieralności noworodków i niemowląt oraz trwałej niepełnosprawności dzieci [8].

Rodziny z dziećmi urodzonymi z poważnymi chorobami lub nieprawidłowościami, zwłaszcza rodziny doświadczające ubóstwa, mają prawo do utrzymania wszechstronnej opieki medycznej i ochrony socjalnej [8, 9].

Rodziny z dziećmi obciążonymi wadą rozwojową mają prawo do objęcia bezpłatną, specjalistyczną opieką genetyczną w zakresie zgodnym ze współczesną wiedzą medyczną oraz prawo do uzyskania informacji istotnych dla kształtowania postaw prokreacyjnych, w tym informacji o ryzyku ponownego urodzenia dziecka z wadą wrodzoną. Państwo powinno wspierać działalność stowarzyszeń rodziców chorych dzieci oraz innych organizacji pozarządowych działających na rzecz tych dzieci [9].

Przynajmniej rodzice, kobiety ciężarne, rodzące, powinni być zapoznani z kartą praw pacjenta oraz istotą stosowanych procedur medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia, by móc wyrazić świadomą zgodę na proponowane działania medyczne [1, 4, 8, 27].



PODSUMOWANIE

Ocena jakości opieki zdrowotnej uzależniona jest od możliwości uwzględniania potrzeb i oczekiwań pacjentów, jak również aspektów odnoszących się do elementów niemedyycznych, niezwiązanych bezpośrednio z działaniami klinicznymi [26]. Wyższy poziom wrażliwości systemu na pacjentki może być wskaźnikiem lepszej jakości opieki przedkoncepcyjnej, jak i prenatalnej [4, 5, 22, 32, 33].

Na ocenę systemów opieki zdrowotnej składa się siedem głównych komponentów:

- godność pacjenta, rozumiana jako sprawowanie opieki nad pacjentką z okazaniem szacunku przez personel medyczny, akceptowanie aktywności i zachęcanie do niej, zapewnienie intymności podczas całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- autonomia pacjentki, zapewnienie prawa do informacji o stanie zdrowia, metodach diagnostyczno-terapeutycznych, dyskusji na temat preferencji pacjenta dotyczących alternatywnych metod leczenia, wyrażanie zgody na badania i leczenie,
- poufność dotycząca stanu zdrowia pacjentki,
- dostępność usług zgodnie z potrzebami pacjenta,
- dostęp do wsparcia socjalnego i psychicznego w okresie przedkoncepcyjnym,
- warunki bytowe,
- możliwość wyboru świadczeniodawcy usług medycznych (położnej, lekarza oraz innych) [1, 5, 22].

Efektywność opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym jest uwarunkowana wieloma czynnikami, głównie istnieniem wypracowanych standardów postępowania, jasnych kryteriów oceny efektywności ze strony pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Bariery utrudniającymi dostęp do opieki zdrowotnej są niekiedy złe warunki socjoekonomiczne kobiet. W takich sytuacjach najbardziej widoczna jest potrzeba prawidłowo funkcjonujących rozwiązań systemowych [4, 5].

Najkorzystniejsze z punktu widzenia medycznego, jak i ekonomicznego, jest wdrożenie działań prewencyjnych, mających na celu nie tylko profilaktykę patologii położniczych, ale optymalizację działań prozdrowotnych. Stąd, obserwowana w świecie silna tendencja odwrotu od medykalizacji procesów fizjologicznych. Oznacza to dostrzeganie nieocnionej roli położnej w opiece perinatalnej, prowadzenie przez położne ciąży o przebiegu prawidłowym, jak i przyjmowanie przez nie porodów fizjologicznych [5, 26].

Model opieki, w którym położna odpowiada za prowadzenie fizjologicznej ciąży, porodu i połogu, za opiekę nad noworodkiem oraz przygotowanie do porodu i rodzicielstwa, promowany jest przez Światową Organizację Zdrowia i realizowany w wielu krajach na świecie. Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników (FIGO) zwraca uwagę na fakt, że takie miejsce położnych w systemie opieki zapewnia kobietom lepszy dostęp do świadczeń medycznych, realizowanych w placówkach o najniższym poziomie referencyjności, z zachowaniem wymogów bezpieczeństwa i z efektywnym wykorzystaniem zasobów finansowych i materialnych [34].

WNIOSKI

1. Ogólnodostępna i kompleksowa opieka przedkoncepcyjna wydaje się mieć istotne znaczenie w działaniach na rzecz zmniejszenia umieralności okołoporodowej.
2. Lepsza organizacja opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym w zakresie edukacji zdrowotnej ma wpływ na jakość świadczonych usług w odniesieniu do kobiety i jej rodziny.

PIŚMIENNICTWO

1. Alexander J, Levy V, Roch S. Opieka przedporodowa. Warszawa: PZWL; 1995.
2. Chazan B. Opieka przedkoncepcyjna. Medipress Ginekol Położn. 1998; 4 (3): 10–15.
3. Dyrektywa Rady 92/85/EWG z dnia 19 października 1992 roku w sprawie wprowadzenia środków służących wspieraniu poprawy w miejscu pracy, bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w ciąży, pracownic, które niedawno rodziły, i pracownic karmiących piersią (dziesiąta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG). Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich L 348/1; 28.11.1992: 110–117
4. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. Ginekologia Polska 2009; 7 (80): 548–557.
5. Iwanowicz-Palus G, Krysa J. Zdrowie reprodukcyjne W: Stadnicka G (red.). Opieka przedkoncepcyjna. Warszawa: PZWL 2010; 13–31.
6. Wróblewska W. Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce. Studia Demograficzne 2002; 1(141): 11–40.
7. Komunikat Komisji Europejskiej do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów. Plan działania na rzecz równości kobiet i mężczyzn 2006–2010. SEC (2006) 275. Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 1.3.2006.
8. Jaszkuł I, Kandeffler W. Główne zagrożenia w opiece perinatalnej oraz działania profilaktyczne – na terenie woj. lubuskiego. Prob Hig Epidemiol. 2007; 1(88): 96–99.
9. Troszyński M. Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1999–2008 w Polsce. Med Wieku Rozwoj. 2010; 2(14): 129–137.
10. UNFPA State of World population 2004. THE Cairo Consensus AT ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty Raport UNFPA: Sytuacja Ludności Świata 2004. Konsensus kairski – ocena po dziesięciu latach: ludność, zdrowie reprodukcyjne i globalne działania na rzecz zwalczania ubóstwa. 15 września 2004 rok, Press Release, United Nations Information Centre, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie.
11. Definition of the Midwife, International Confederation of Midwives Council meeting, 19th July, 2005, Brisbane, Australia.
12. Ebrahim SH, Lo Seen-Tsing S, Zhuo J. Models of preconception care implementation in selected countries. Matern Child Health J. 2006; 10: 37–42.
13. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Zdrowie reprodukcyjne kobiet. Office of Women in Development, Global Bureau, United States Agency for International Development (USAID). 2010.
14. Raport UNFPA: Sytuacja Ludności Świata 2005. Obietnica równości: równość płci, zdrowie reprodukcyjne i Milenijne Cele Rozwoju. Press Release, United Nations Information Centre, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie.
15. Platforma Działania – dokument końcowy IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, Pekin 1995.
16. Głowacka M, Jarosz MJ, Włoszczak-Szubza A, Dzierżek J. Zmiany demograficzne w Polsce. W: Jarosz MJ, Włoszczak-Szubza A, Kowalski W. (red.) Problemy starzenia się społeczeństwa. Teoria i praktyka. Perspektywa polska i brytyjska. Lublin; Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji; 2011; 87–99.
17. Brundage SC. Preconception health care. Prim Care. 2002; 12(65): 2507–2514.
18. Machura M, Sipiński A, Sioma-Markowska U, Gołąbek A, Selwet M. Rola położnej w opiece przedkoncepcyjnej. Ann Acad Med Siles. 2006; 1: 77–82.
19. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997, Nr 78 poz. 483).



20. Niemiec T (red. nauk.). Raport: Zdrowie kobiet w wieku reprodukcyjnym 15–49 lat. Warszawa, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju; Warszawa 2007.
21. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.). The Universal Declaration of human Rights ONZ 217 A (III) 10 December 1948.
22. Barash JH, Weinstein LC. Preconception and prenatal care. *Prim Care*. 2002; 3(29): 519–542.
23. Lu MC. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician*. 2007; 76(3): 397–400.
24. Heesch PNCM, Werden S, Kotey S, Steegers EAP. Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery* 2006; 22: 120–124.
25. Eros E, Hajos A, Kovacs R, Supak D. Current practice of positive family planning service in the National Institute of Child Health in the last six years. *Orv Hetil*. 2012; 153(42): 1667–1673.
26. Chazan B. Opieka zdrowotna przedkoncepcyjna. *Med Wieku Rozwoj*. 2001; 5(4): 121–125.
27. Kitamura K, Fetters MD, Ban N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC Fam Pract*. 2005; 6: 31–39.
28. Harellick L, Viola D, Tahara D. Preconception health of low socioeconomic status women: assessing knowledge and behaviors. *Womens Health Issues*. 2011; 21(4): 272–276.
29. Denny CH, Floyd RL, Green PP, Hayes DK. Racial and ethnic disparities in preconception risk factors and preconception care. *J Womens Health*. 2012; 21(7): 720–729.
30. van Asselt KM, de Jong-Potjer L, Beentjes M, Wiersma T, Goudswaard AN. Summary of the NHG Standard "Preconception care". *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2012; 155(35): A4680.
31. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv*. 2010; 65(2): 119–131.
32. Simbar M, Nahidi F, Dolatian M, Akbarzadeh A. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti Medical Science University centers. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012; 25(3): 166–176.
33. Włoszczak-Szubda A, Jarosz MJ. Problemy komunikowania się personelu medycznego z pacjentami. (Problems of communication of medical staff with patients.). *Med Ogól*. 2008; 14(3): 225–234.
34. WHO, FIGO, ICM Bezpieczne macierzyństwo – pakiet matka – dziecko: wdrażanie zasad bezpiecznego macierzyństwa w państwach członkowskich. WHO/FHE/MSM/94.11. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 1994.

Organization of preconception and perinatal care as a determinant of health of family and society

Abstract

Introduction: Consideration of medical aspects of health of women and their children, with legal, economic, social and political conditioning, presented from the aspect of various disciplines, allows a wide and comprehensive approach to the health of a family and society. Changes caused by the reorganization of health care in Poland in recent years has resulted in the fragmentation and instability of institutions providing health care for a woman and the family.

Objective: The objective of the study is an attempt to confirm the effect of adequate organization of preconception and perinatal care and legal regulations in this area and the effect on the health of family and society.

Description of the state of knowledge: Preconception and perinatal care in pregnancy, as well as during delivery and first weeks of life after birth, is of crucial importance for the optimum development of a child, and exerts an effect on the entire adult life. In recent years, an increase has been observed in awareness – both social, individual and political – concerning the factors affecting the health situation of women and the health of children, and in consequence, the health of society, especially the responsibility of individuals, social groups, and various institutions and decision makers.

Summing up: Evaluation of the quality and effectiveness of the performance of tasks on behalf of mother and child by health care organization facilities should be implemented into common practice on the basic, regional, and all-Polish levels. The most beneficial, from the medical as well as economic aspect, should be the implementation of preventive actions, which would be aimed not only at prevention of obstetric pathologies and women's diseases, but also at optimizing health promoting actions on a wide scale.

Key words

preconception care, perinatal care, health, family, society

