

Anna B. Pilewska, Grzegorz Jakiel, Kinga Malec, Bartosz D. Pilewski

Opieka przedporodowa jako element promocji zdrowia kobiety w ciąży

Streszczenie

Działaniami promującymi zdrowie w odniesieniu do kobiety w ciąży jest opieka prenatalna. Opiekę przedporodową stanowi całokształt działalności prozdrowotnej, profilaktycznej i leczniczej w odniesieniu do ochrony zdrowia kobiety w ciąży i jej rodziny. Ponadto opieka tego rodzaju ma na celu zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej, poprawę samopoczucia kobiety, promowanie rozwoju cech rodzicielskich i utrzymanie dobrostanu płodu. Celem pracy było zaprezentowanie opieki przedporodowej w kontekście promocji zdrowia.

Słowa kluczowe

Ciąża, opieka prenatalna, promocja zdrowia.

W 1986 roku na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie określono, że promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania [1,2].

Opiekę przedporodową stanowi całokształt działalności prozdrowotnej, profilaktycznej i leczniczej w odniesieniu do ochrony zdrowia kobiety w ciąży i jej rodziny. Ponadto opieka tego rodzaju ma na celu zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej, poprawę samopoczucia kobiety, promowanie rozwoju cech rodzicielskich i utrzymanie dobrostanu płodu [3–8]. Idea opieki przedporodowej narodziła się w 1929 roku w Wielkiej Brytanii, wtedy rozpoczęto tworzenie państwowej sieci klinik, w których obowiązywały ujednolicone zasady opieki nad ciężarną [3].

Cele opieki przedporodowej wg Chazana [4]:

Cele opieki prenatalnej w odniesieniu do kobiety:

- Utrzymanie optimum jej dobrego samopoczucia, emocjonalnego zdrowia oraz przekonania o własnym i dziecka bezpieczeństwie w czasie ciąży, porodu i porożu.
- Zachęcanie i przekonywanie kobiety do przyjęcia aktywnej postawy w okresie ciąży w trosce o jej własne zdrowie; przekazanie jej informacji umożliwiającej zrozumienie procesów adaptacji do ciąży i rodzicielstwa.
- Zmniejszenie ryzyka zachorowania, zgonu lub straty ciąży.
- Zmniejszenie ryzyka dla zdrowia podczas następnych ciąży i w okresie wychowywania dzieci.

Cele w odniesieniu do płodu i noworodka:

- Zwiększenie szans dobrostanu płodu.
- Zmniejszenie ryzyka porodu przedwczesnego i opóźnionego rozwoju wewnątrzmacicznego.
- Zmniejszenie częstości anomalii rozwojowych.
- Zmniejszenie ryzyka dających się zapobiec chorób ostrych i przewlekłych oraz potrzeby dłuższej hospitalizacji po porodzie.

Zdania autorów [3–10] odnośnie terminu pierwszej wizyty profilaktycznej są podzielone, jednak większość z nich twierdzi, że powinna ona mieć miejsce w ciągu pierwszych 10 tygodni trwania ciąży. Optymalnym okresem jest pierwsze 6–8 tygodni. Pierwsza wizyta służy ocenie stanu zdrowia oraz określeniu czynników ryzyka w celu ich eliminacji lub ograniczenia wpływu na przebieg ciąży.

Oleszczuk [7] jest zdania, że częstość wizyt w czasie ciąży niepowikłanej powinna wynosić: jeden raz na cztery tygodnie do 34 tygodnia ciąży i od tego terminu co dwa tygodnie do końca jej trwania. Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce [8] już w 1997 roku zalecał 12 do 14 wizyt, przy czym pierwszą już w 6–7 tygodniu ciąży.

Następne badania monitorujące przebieg ciąży, zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [9], powinno się przeprowadzać co 4 tygodnie do 32 tygodnia trwania ciąży, następnie co 2 tygodnie pomiędzy 32–36 tygodniem ciąży i co tydzień powyżej 36 tygodni do czasu porodu. Zachowując taki schemat postępowania kobieta w okresie ciąży powinna się zgłosić na 10–14 wizyt kontrolnych. Leibschang [5] podaje, że stwierdzono istotną zależność między liczbą i regularnością wizyt kontrolnych podczas ciąży a jej przebiegiem zwłaszcza u pierwiastek.

Dokładne dane odnośnie wizyt profilaktycznych zamieszczono w tabeli 1 [9].

Tabela 1.

Harmonogram dla zdrowych kobiet, u których ciąża przebiega bez powikłań w okresie przedporodowym.

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 t.c. – pożądane jest, aby pierwsza wizyta odbyła się między 7 a 8 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 4. Badanie cytologiczne. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Badanie piersi. 7. Określenie wzrostu i masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążowego. 9. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 6. VDRL. <p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacja lekarza stomatologa. 2. Badanie HIV, HCV, badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG i IgM), różyczki.
Lekarz prowadzący powinien przedstawić ofertę wykonania badania w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.		
11 – 14 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 7. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne. <p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (test podwójny – PAPP-A + beta HCG) 2. Badanie ogólne moczu.
15 – 20 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione). 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-Rh. <p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (test potrójny – beta HCG, Estriol, AFP)

21 – 26 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Kształtowanie zdrowego stylu zdrowia. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy po doustnym podaniu 75g glukozy (w 24-28 t.c.). 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. <p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmy.
27 – 32 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego we krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Przygotowanie do porodu, położenia, karmienia piersią i rodzicielstwa. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne.
Zaproponować podanie immunoglobuliny anti-D kobietom Rh ujemnym bez przeciwciał anti-D w 28-30 t.c.		
33 – 37 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzorniku i zestawione 5. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 6. Ocena czynności serca płodu. 7. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 8. Badanie piersi. 9. Pomiar masy ciała. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi. <p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HIV, HCV. 2. Posiew w kierunku paciorkowców β-hemolizujących.
38 – 39 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego. 5. Pomiar masy ciała. 	<p><u>Badania obowiązkowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu.
po 40 t.c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzorniku i zestawione 	<p><u>Badania zalecane:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne z oceną masy płodu. 2. Badanie KTG.

- | | | |
|--|--|--|
| | 4. Ocena czynności serca płodu.
5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
6. Pomiar masy ciała. | |
|--|--|--|

Źródło: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Ginekol. Dypl. 2005; wydanie specjalne, 47–54.

Bardzo ważnym badaniem dla oceny rozwoju płodu jest ultrasonografia (USG). Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [9] u każdej ciężarnej należy wykonać badanie USG między 18–22 tygodniem ciąży i 30–34 tygodniem ciąży oraz ewentualnie między 10–14 tygodniem ciąży.

Podstawową formą promocji zdrowia kobiety w okresie ciąży jest podejmowanie działań edukacyjnych. Już podczas pierwszej wizyty należy przedyskutować następujące zagadnienia [3–7,9]:

- Promocja korzystnych dla zdrowia zachowań – udzielenie wyczerpujących informacji na temat:
 - optymalnego sposobu odżywiania się (zarówno pod względem ilościowym, jakościowym oraz regularnością spożywania posiłków);
 - eliminowania znanych czynników teratogennych z krótkim wyjaśnieniem ich wpływu na rozwój ciąży i wskazaniem sposobów ich unikania;
 - porzucenia nałogów (palenie tytoniu, picie alkoholu, narkotyki);
 - zasad higieny w czasie ciąży;
 - ogólnych zasad zdrowego stylu życia (wypoczynek, sen, spacer, ćwiczenia fizyczne, współżycie płciowe).
- Ogólne wiadomości odnośnie przebiegu ciąży i rodzielstwa:
 - omówienie fizjologicznych zmian zachodzących w organizmie ciężarnej;
 - omówienie wewnątrzmacicznego rozwoju dziecka, roli łożyska i płynu owodniowego;
 - wyjaśnienie psychologicznych uwarunkowań charakterystycznych dla tego okresu;
 - zasygnalizowanie o możliwości pojawienia się różnego typu dolegliwości oraz zasugerowanie właściwych sposobów postępowania w takiej sytuacji.
- Omówienie programu proponowanej opieki przedporodowej:
 - badania diagnostyczne, ich cel i sposób przygotowania się;
 - terminy następnych wizyt kontrolnych;
 - uświadomienie konieczności zauważania i konsultowania wszelkich dolegliwości i objawów niepokojących.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje upowszechnienie szkół dla rodziców z uwzględnieniem edukacji odnośnie ciąży i porodu [9-10]. Warto zatem zachęcić kobietę w ciąży i jej partnera do skorzystania z zajęć w szkole rodzenia, której celem jest staranne przygotowanie obojga rodziców do urodzenia dziecka w harmonii z naturą, z pełnym zaangażowaniem uzdolnień i sił, jakimi dysponuje organizm kobiety. Do zalet uczestnictwa w tego typu zajęciach należą [11]:

- Zmniejszenie się odsetka porodów przedwczesnych i opóźnionych.
- Przeciętny czas trwania porodu wynosi u pierwiastek 8–12 godzin, u wieloródek 6–8 godzin, podczas gdy kobiety przygotowane rodzą krócej o średnio 2–4 godziny.
- Rzadziej występują zaburzenia czynności skurczowej macicy.
- Zmniejsza się częstotliwość zabiegów nacięcia krocza.
- Maleje odsetek kobiet z uszkodzoną podczas porodu szyjką macicy.
- Rzadziej zachodzi konieczność zastosowania operacji położniczych, w tym cięcia cesarskiego.
- Po porodzie kobieta zachowuje lepszą kondycję i szybciej powraca do pełnej sprawności fizycznej.
- Dzięki umiejętnemu oddychaniu matka lepiej dotlenia dziecko i korzystniej wypada ocena stanu ogólnego noworodka w skali Apgar.

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego z dnia 26–28 marca 2004 w Racot [12] wyraźnie wskazują na znaczenie podejmowania działań na rzecz „bezpiecznego macierzyństwa”. Podstawowymi celami w tym zakresie są:

- Ograniczenie poziomu zachorowalności i umieralności matek.
- Ograniczenie poziomu zachorowalności i umieralności płodów i noworodków.
- Podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat ciąży i macierzyństwa.

Realizacja wyznaczonych celów jest możliwa m.in. poprzez wczesne objęcie ciężarnych opieką medyczną, aktywną opiekę podczas ciąży i porodu poprzedzoną opieką przedkoncepcyjną, ocenę jakości wizyt, selektywną opiekę w zależności od stopnia ryzyka. Zasadniczą rolę w zakresie podnoszenia jakości opieki nad matką i noworodkiem ma informowanie społeczeństwa w okresie prokreacyjnym o czynnikach niekorzystnie wpływających na prokreację i przebieg ciąży (używkki, nieracjonalne odżywianie, zakażenia narządu rodowego, w tym choroby przenoszone drogą płciową, czynniki środowiskowe itp.). Personel sprawujący opiekę

nad kobietą podczas ciąży powinien położyć nacisk nie tylko na ocenę stanu fizycznego, ale również identyfikować niebezpieczeństwa wynikające ze środowiska życia i pracy. Ponadto zadaniem położnej i lekarza położnika – ginekologa jest rozpoznanie deficytu wiedzy i umiejętności oraz edukacja kobiety w zakresie zachowań korzystnych dla jej zdrowia i rozwoju wewnątrzmacicznego płodu.

Piśmiennictwo

1. Karski JB. *Promocja zdrowia*. Ignis, Warszawa 1999, 6.
2. Kulik TB, Latałski M. *Zdrowie Publiczne*. Czelej, Lublin 2002, 19–20.
3. Barash JH, Weinstein LC. *Preconception and prenatal care*. *Prim. Care* 2002; 29 (3): 519–542.
4. Chazan B, Troszyński M. *Opieka przedporodowa*. W: Chazan B. (red.): *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. PZWL, Warszawa 1997, 67 – 79.
5. Leibschang J. *Opieka przedporodowa w ciąży prawidłowej*. Projekt UNFPA i Rządu Polskiego: „Promocja zdrowia matki i dziecka ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny”. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1998.
6. Łepecka-Klusek C. *Opieka przedporodowa*. W: Łepecka-Klusek C. (red.): *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Czelej, Lublin, 2003, 89–120.
7. Oleszczuk J, Mierzyński R. *Zanim urodzi się dziecko*. *Med. Wieku Rozw.* 2001; 5 (4): 157–161.
8. Gadzinowski J, Bręborowicz GH. *Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce*. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 1997.
9. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekol. Dypl.* 2005; wydanie specjalne, 47-54.
10. Program optymalizacji opieki okołoporodowej. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia Departament Zdrowia Publicznego, 2002.
11. Fijałkowski W. *W szkole rodzenia... Odkrywanie radości rodzicielstwa*. MakMed, Gdańsk 1996, 17–18.
12. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego. *Ginekol. Prakt.* 2004; 12 (2): 2–6.

Informacje o autorach artykułu

dr n. med. Anna B. Pilewska – z Katedry i Kliniki Rozrodczości i Andrologii Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel – z Katedry i Kliniki Rozrodczości i Andrologii Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

mgr Kinga Malec – doktorant z Katedry i Kliniki Andrologii i Rozrodczości Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

Bartosz D. Pilewski – student kierunku Zdrowie Publiczne Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

Wykorzystując treść powyższego artykułu należy zastosować następujący przypis:

Pilewska AB, Jakiel B, Malec K, Pilewski BB. *Opieka przedporodowa jako element promocji zdrowia kobiety w ciąży*. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 2008, vol. 2, nr 1. Portal Pielęgniarek i Położnych - <http://www.pielegniarki.info.pl/>