

PROMOCJA ZDROWIA PROKREACYJNEGO

Renata Witkowska-Wirstlein

- USTAWA z dnia 15lipca 2011r.o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174poz. 1039)
- ROZPORZĄDZENIEMINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020 (aktualizacja 2019)

- Głównym celem programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności
- Skierowany jest do osób, u których występuje problem z niepłodnością, pozostających w związkach małżeńskich lub we wspólnym pożyciu, które wcześniej nie były zdiagnozowane pod kątem niepłodności
- W zakresie szkoleń program jest skierowany do personelu medycznego

- W ramach programu planuje się:
 1. utworzyć sieć co najmniej 16 referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności
 2. przeprowadzić szkolenia dla personelu medycznego z zakresu procedur diagnozowania i leczenia niepłodności
 3. prowadzić kompleksową diagnostykę niepłodności, objąć uczestników opieką psychologiczną i kierować do dalszego leczenia w ramach programu lub w ramach systemu opieki zdrowotnej

- Wysokość środków niezbędnych na realizację programu jest w gestii ministra zdrowia
- Plan dotyczący wysokości środków 99861400 zł
- Środki finansowe pochodzą z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra zdrowia oraz ze środków europejskich

- W efekcie wdrożenia programu ma nastąpić:
 - zmniejszenie liczby par dotkniętych niepłodnością
 - utworzenie referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności proponujących kompleksową opiekę medyczną w tym zakresie
 - upowszechnienie stosowania rekomendacji dotyczących opieki nad parą z problemami z płodnością lub niepłodną
 - zwiększenie wiedzy i świadomości, zarówno specjalistów jak i ogółu społeczeństwa na temat zdrowia prokreacyjnego

Zdrowie prokreacyjne i problem niepłodności

- Zdrowie prokreacyjne jest rozumiane jako stan dobrego samopoczucia we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami
- Oznacza to również zdolność do prokreacji oraz swobodę podejmowania decyzji prokreacyjnych
- Za niepłodność uważa się niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania przez parę regularnych stosunków płciowych w celu uzyskania potomstwa

- Pod względem klinicznym można wyróżnić następujące rodzaje niepłodności:
 - niepłodność bezwzględną
 - ograniczenie płodności o różnym stopniu nasilenia, które występuje w pozostałych przypadkach. Tutaj możliwe jest zastosowanie m.in. metod leczenia zachowawczego i operacyjnego

- Główne przyczyny niepłodności to:

- 1. po stronie kobiety

- nieprawidłowości związane z funkcją jajników
 - patologie związane z jajowodami (niedrożność, upośledzona funkcja, zrosty)
 - patologie związane z macicą (mięśniaki, polipy, zrosty, wady budowy)
 - endometrioza

- 2. po stronie mężczyzn

- zaburzenia koncentracji, ruchliwości i budowy plemników
 - brak plemników w nasieniu
 - zaburzenia we współżyciu płciowym i ejakulacji

- Przyczyny niepłodności:
 - psychogenne
 - jatrogenne
 - nieodpowiedni styl życia
 - występowanie chorób zakaźnych
 - występowanie chorób współistniejących (choroby przewlekłe, onkologiczne, częste infekcje dróg rodnych)
 - późny wiek decydowania się na potomstwo
 - brak efektywnej edukacji na temat metod rozpoznawania płodności, które mogą pomóc w rozpoznaniu zaburzeń hormonalnych i chorób układu rozrodczego

- Prokreacja obejmuje w sferze życia i funkcjonowania społecznego wymiary:
 - fizyczny
 - psychiczny
 - duchowy
 - społeczny
- Rodzicielstwo to dla wielu rola społeczna, czynnik rozwoju i sposób samorealizacji > szczęście i sukces życiowy

- Według WHO około 60-80 mln par na świecie jest dotkniętych stale lub okresowo problemem niepłodności
- 10-15% par w wieku rozrodczym
- W Polsce około 20% par, 60% z nich wymaga specjalistycznego postępowania lekarskiego
- Liczba par niemogących mieć dziecko rośnie

- Dotychczasowe próby rozwiązania problemów niepłodności (przed obecnym programem) to:
 - poradnictwo medyczne
 - diagnozowanie przyczyn niepłodności
 - zachowawcze leczenie farmakologiczne
 - leczenie chirurgiczne
 - procedury medyczne wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe
 - zabezpieczenie płodności na przyszłość

- Poradnictwo medyczne
 - przekazywanie informacji na temat płodności, fizjologii rozrodu, właściwych zachowań prekonceptyjnych
 - poradnictwo psychologiczne
- Diagnozowanie przyczyn niepłodności
 - ocena stanu zdrowia pary
 - określenie wpływu przebytych chorób na płodność
 - uwzględnia psychologiczne aspekty niepłodności
- Zachowawcze leczenie farmakologiczne i leczenie chirurgiczne ma na celu wyeliminowanie diagnozowanych chorób, które mają wpływ na płodność
- Zabezpieczenie płodności
 - pobranie i kriokonserwacja komórek rozrodczych – nie są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych

- Ze środków publicznych finansowane są
 - poradnictwo
 - testy genetyczne służące diagnostyce ryzyka wystąpienia wad rozwojowych lub chorób i zaburzeń dla osób mających wskazania
- Mała dostępność świadczeń dla mężczyzn
 - diagnoza stanu zdrowia mężczyzny następuje dopiero po wykluczeniu problemów po stronie kobiety

- Celem głównym programu jest zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności
- Cele szczegółowe obejmują:
 - poprawę stanu zdrowia uczestników w zakresie zidentyfikowania chorób utrudniających posiadanie potomstwa
 - podniesienie kwalifikacji i umiejętności lekarzy POZ, lekarzy specjalistów oraz położnych w zakresie czynników wpływających na występowanie niepłodności oraz wczesnego wykrywania przyczyn niepłodności
 - określenie przyczyn niepłodności
 - wzrost jakości udzielanych świadczeń w zakresie kompleksowej diagnostyki niepłodności

- Planowane interwencje programu:
 - utworzenie sieci ośrodków referencyjnych odpowiedzialnych m. in.. za działania edukacyjne, kompleksową diagnostykę, opiekę psychologiczną, skierowanie do dalszego leczenia, monitorowanie postępów
 - szkolenie lekarzy POZ, lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii, położnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia niepłodności
- Świadomość i wsparcie ze strony personelu medycznego wpływają na dostęp do usług związanych z płodnością
- Lekarze POZ powinni podkreślać związek między płodnością a ogólnym stanem zdrowia, zdrowiem prokreacyjnym i jakością życia

- Położne w wyniku szkoleń w ramach programu powinny być zmotywowane i wyszkolone w opracowywaniu warsztatów i programów skierowanych do ogółu, zorientowanych na zapobieganie problemom związanym ze zdrowiem prokreacyjnym, włączając w to zapobieganie i leczenie niepłodności
 - edukacja w zakresie metod planowania rodziny
 - edukacja w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową
 - wpływ zdrowia prokreacyjnego na jakość życia

- Opieka psychologiczna
 - wsparcie na każdym etapie programu
 - lekarz prowadzący kieruje poszczególnych pacjentów lub parę na konsultację psychologiczną w przypadku wątpliwości co do ich stanu emocjonalnego
 - wsparcie psychologiczne ze strony pozostałego personelu: dobra komunikacja, sposoby radzenia sobie ze stresem, empatia, humanizacja procedur
 - organizacja grup wsparcia

Psychologiczne aspekty prokreacji

- Okres ciąży, przygotowanie do porodu i przyjęcia dziecka to okres szczególny
- Przyszłe mamy otoczone są szczególną opieką i przysługuje im wiele przywilejów (pełnopłatne zwolnienie lekarskie, bezpłatne badania, urlop macierzyński, wychowawczy, dodatkowe dni płatne opieki nad dzieckiem i inne)
- Przed staraniem się o dziecko należy zadbać w szczególności o poprawę zdrowia w sferze fizycznej, psychicznej i emocjonalnej

- Konsekwencje psychiczne niepłodności:
 - stres
 - frustracja
 - dewastacja układu partnerskiego
 - brak poczucia więzi rodzinnej
 - niepokój
 - stany depresyjne
 - utrata roli rodzicielskiej
 - utrata celu aktywnego życia
 - utrata sensu życia
 - i inne

- Na psychiczne przyczyny niepłodności i osłabienie zdolności prokreacyjnych mają wpływ:
 - doświadczenia z przeszłości/doświadczenia wczesnodziecięce
 - problemy z akceptacją swojej płciowości, identyfikacją z rolą płciową
 - problemy z seksualnością
 - niedojrzałość emocjonalna
 - zaburzenia lękowe, neurotyzm
 - depresja
 - relacje rodzinne
 - stopień wsparcia społecznego
 - więzi partnerskie

- stres
- uzależnienia
- zmiana pozycji kobiety w społeczeństwie (nie każda kobieta chce mieć dziecko)
- perfekcjonizm
- przedkładanie kariery zawodowej nad macierzyństwo
- wzrost odsetka kobiet żyjących samotnie
- zwiększająca się liczba rozwodów, konfliktów małżeńskich
- rozwój cywilizacyjny, technizacja życia codziennego

- Konsekwencje rozpoznania niepłodności:
 - kryzys osobisty, partnerski, obniżenie jakości pożycia seksualnego
 - wystąpienie wielu gwałtownych, negatywnych emocji
 - reakcje na poziomie poznawczym (szok, zaprzeczenie, wyparcie, dezorganizacja, żal)
 - trudności w obszarze funkcjonowania społecznego

- Terapia niepłodności niesie za sobą kolejne trudności
 - dotyka obszarów intymności
 - konieczność podporządkowania się terapii (w sferze życia rodzinnego i zawodowego)
 - w relacjach partnerskich, często poczucie winy
 - w sferze satysfakcji seksualnej
 - duże nakłady finansowe
 - bariery natury etycznej, religijne
 - okresy naprzemiennej nadziei i rozpacz

- Oddzielenie prokreacji od aktywności seksualnej stało się możliwe dzięki:
 - poznaniu cyklu miesięcznego i okresów płodnych i niepłodnych kobiety
 - wprowadzeniu skutecznych metod zapobiegania ciąży
- W Polsce duży wpływ na postawy wobec stosowania antykoncepcji mają:
 - nauka Kościoła katolickiego
 - regulacje prawne
 - niedostatki w socjalizacji seksualnej realizowanej w rodzinach
 - niedostatecznie efektywna edukacja seksualna prowadzona w szkole

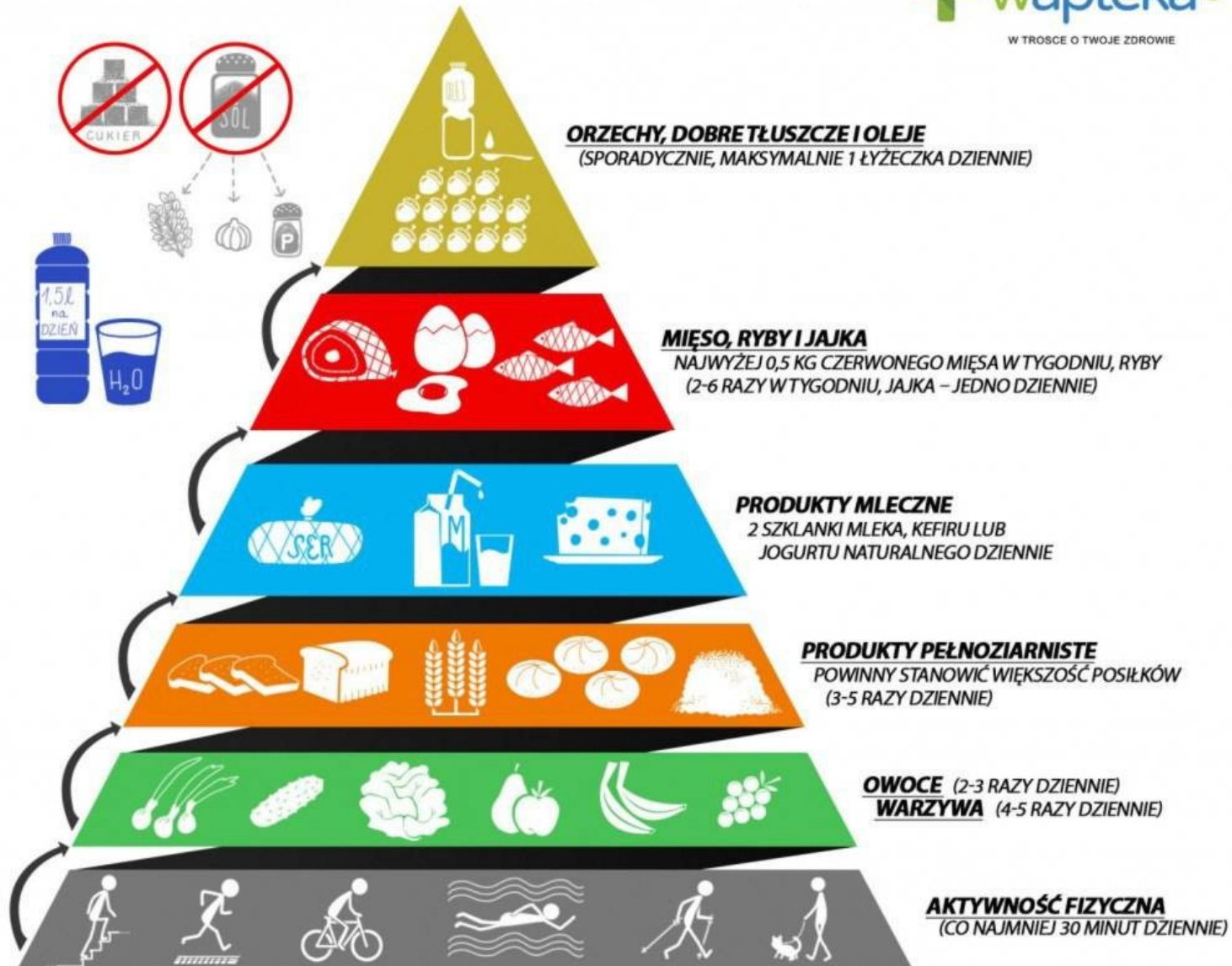
- Polacy mają coraz bardziej pozytywny stosunek do stosowania antykoncepcji
- Wzrasta akceptacja używania środków antykoncepcyjnych
- Wzrost dostępności środków antykoncepcyjnych
- Wzrost krytycyzmu wobec przerywania ciąży
- Ograniczenia:
 - tabletki antykoncepcyjne tylko na receptę
 - wysoka cena tabletek
 - ograniczenia dla dziewcząt poniżej 18 r.ż.

Zachowania zdrowotne podejmowane przez kobiety i ich wpływ na płodność

- W Polsce problem niepłodności wg PTG dotyka 1,5 mln par
- Tendencja wzrostowa
- WHO uznało niepłodność jako chorobę cywilizacyjną
- Coraz powszechniej za podłoże niepłodności uznaje się
 - nieracjonalną dietę
 - niewłaściwy styl życia
 - spożywanie wysoko przetworzonej żywności
 - spożywanie żywności ubogiej w witaminy i minerały
 - niewystarczający poziom aktywności fizycznej
 - częste sięganie po używki (alkohol, papierosy, kawa)

Podstawowe błędy

- Nieregularność posiłków
- Pomijanie jedzenia śniadań
- Monotonność diety – ograniczone spożycie wartościowych odżywczo posiłków > niedobory białkowe i witaminowo-mineralne
- Niski udział produktów mlecznych – kefir, maślanka, jogurt naturalny, ser biały
- Niski udział produktów zbożowych – brak kasz, za dużo pieczywa białego
- Brak roślin strączkowych – fasola, soczewica, cieciora, bób, czyli głównego źródła białka, Mg, K, Ca, Fe, wit. z gr. B, witamin A, K, C
- Rzadkie spożycie ryb
- Niski udział warzyw i owoców
- Za duże spożycie cukru, słodczy, tłuszczu, mięsa, fast foodów



Zmniejszenie ryzyka niepłodności

- Zastąpienie spożycia białka zwierzęcego białkiem roślinnym – dostarczenie 5% energii pochodzącej z białka roślinnego zmniejsza ryzyko wystąpienia niepłodności o 50%
- Dostarczenie 5% energii pochodzącej z białka roślinnego w miejsce węglowodanów zmniejsza ryzyko niepłodności o 43%
- Dostarczenie 5% energii pochodzącej z białka zwierzęcego w miejsce węglowodanów związane jest z 19-procentowym wzrostem ryzyka niepłodności
- Spożycie dodatkowej porcji mięsa (kurczaka, indyka, czerwonego mięsa) w ciągu dnia, przy zachowaniu dziennej kaloryczności diety, wiąże się ze wzrostem ryzyka niepłodności o 32%
- Kobiety przyjmujące o 30% więcej białka niż jest to zalecane mogą mieć problemy z płodnością

Standardy edukacji seksualnej w Europie

- Dokument składa się z dwóch części:
 1. opracowanie dotyczące podstaw filozofii, uzasadnienia, definicje i zasady edukacji seksualnej; koncepcja holistycznego wychowania seksualnego
 2. zagadnienia, które powinny zostać poruszone w ramach edukacji seksualnej; praktyczne wdrożenie holistycznego wychowania seksualnego w szkołach

- Standardy określają
 - co dzieci powinny wiedzieć i rozumieć
 - jakie sytuacje czekają na nie i jak powinny sobie z nimi radzić
 - jakie wartości i postawy powinny zostać ukształtowane

- Dokument jest odpowiedzią na
 - zmiany dotyczące procesu globalizacji
 - migrację różnych grup społecznych odmiennych kulturowo i wyznających różne religie
 - szybki rozwój nowoczesnych mediów
 - pojawienie się i rozprzestrzenianie HIV i AIDS
 - narastający problem związany z wykorzystywaniem seksualnym dzieci i młodzieży
 - zmianę podejścia do zagadnień dotyczących seksualności oraz zachowań seksualnych młodych osób

Rozwój edukacji seksualnej w szkołach w Europie

- Szwecja - 1955r. - obowiązek edukacji seksualnej we wszystkich szkołach
- Niemcy - 1968r.
- Austria - 1970r.
- Holandia i Szwajcaria - lata 70-te XX w.
- Francja, Wielka Brytania i inne kraje Europy Zachodniej – lata 90-te XX w.
i początek XXI w.
- Irlandia - 2003r.
- Portugalia i Hiszpania – początek XXI w.
- Europa Środkowa i Wschodnia – „edukacja seksualna” w formie działań w zakresie „przygotowania do małżeństwa i życia w rodzinie” - raczej zaprzeczanie faktowi, że aktywność seksualna może mieć miejsce przed zawarciem związku małżeńskiego (oprócz Republiki Czeskiej i Estonii)

Kategorie programów

1. Programy, które przede wszystkim lub wyłącznie ukierunkowane są na zachowanie abstynencji seksualnej przed zawarciem związku małżeńskiego, określane hasłem „jak powiedzieć nie” albo „tylko abstynencja seksualna”
2. Programy, w których zwraca się uwagę na abstynencję seksualną jako zachowanie opcjonalne, ale także przedstawione są zasady antykoncepcji i bezpiecznego seksu. Programy te często określane są jako „ogólna edukacja seksualna”
3. Programy zawierające elementy programów typu 2, ale przedstawiające je w szerszej perspektywie w odniesieniu do wzrostu i rozwoju osobniczego i seksualnego. Programy te nazywane są „holistyczna edukacja seksualna”

- Europejska Regionalna Strategia WHO na rzecz Zdrowia Seksualnego i Prokreacyjnego nakłania kraje członkowskie UE do informowania i szkolenia osób w młodym wieku o wszystkich aspektach seksualności i prokreacji oraz do pomocy im w rozwoju umiejętności życiowych koniecznych do radzenia sobie z seksualnością w satysfakcjonujący i odpowiedzialny sposób
- Proponuje się opracowanie norm legislacyjnych i regulujących mających na celu ocenę istniejących praw i wytycznych, aby upewnić się, czy zapewniają one sprawiedliwy, równy dostęp do prozdrowotnej edukacji seksualnej

- W opracowaniach UNESCO i innych organizacji Narodów Zjednoczonych międzynarodowych wytycznych w zakresie edukacji seksualnej wychowanie seksualne zostało zdefiniowane w następujący sposób:

„Edukacja seksualna to dostosowany do wieku i kultury sposób nauczania o płci i związkach, dostarczający dokładnych, realistycznych, nieosądzających informacji. Edukacja seksualna zapewnia możliwość badania własnych wartości i postaw, umożliwia zdobycie umiejętności podejmowania decyzji, komunikowania się i zmniejszenia ryzyka w odniesieniu do wielu aspektów seksualności”

Piśmiennictwo

- Jeznach - Steinhagen A., Czerwonogrodzka - Senczyna A.: Postępowanie dietetyczne jako element leczenia zaburzeń płodności u mężczyzn z obniżoną jakością nasienia
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii: Diagnostyka i leczenie niepłodności – rekomendacje PTMRIE oraz PTGiP
- Jungwirth A., Diemer T., Dohle G.R.: Rekomendacje dotyczące postępowania w męskiej niepłodności
- Czerwińska A., Pawłowski T.: Zaburzenia płodności u mężczyzn uzależnionych od alkoholu
- Biuro Regionalne WHO dla Europy: Standardy edukacji seksualnej w Europie
- Padzik M., Bączek G., Duda T.: Poziom wiedzy młodzieży ponadgimnazjalnej na temat płodności człowieka

- Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J.: Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce
- Minister Zdrowia: Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020
- Latos - Bieleńska A.: Poradnictwo genetyczne
- Drągowski P., Siemionow K., Zaręba I.: Społeczne – ekonomiczne skutki leczenia niepłodności
- Izdebski Z., Wąż K.: Plany prokreacyjne i stosowanie antykoncepcji przez Polaków w wieku reprodukcyjnym
- Kazimierczak M., Wcisło J., Skrzypulec - Plinta V.: Wpływ pracy zawodowej na zdrowie prokreacyjne kobiet
- Jagielska I., Kazdepka - Zimińska A., Korcyl M.: Kobieta i narkotyki

- Pawłowska - Muc A., Łepecka - Klusek C., Pilewska-Kozak A.: Używki w ciąży – alkohol
- Lesińska-Sawicka M.: Planowanie ciąży a stosowanie używek w czasie ciąży przez kobiety z wybranych krajów europejskich
- Studnicka A., Bączek G.: Zachowania zdrowotne podejmowane przez kobiety i ich wpływ na płodność w świetle badań
- Bojanowska M., Kostecka M.: Dieta i styl życia jako czynniki wpływające na płodność
- Ostrowska L., Karecka U.: Wpływ diety i aktywności fizycznej na płodność