

Przygotowanie kobiet ciężarnych do porodu w czasie pandemii COVID-19

Bogumiła Kielbratowska¹ (ABCDE), Urszula Markowska-Sioma² (ADEF)

¹ Klinika Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

² Zakład Pielęgniarstwa w Położnictwie i Ginekologii Katedry Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Wstęp. Szybko rosnące liczby pacjentów z COVID-19 spowodowały, że ustalone wytyczne dotyczące kursów edukacji przedporodowej zostały szybko zmodyfikowane w celu zmniejszenia potencjalnego narażenia personelu i pacjentów. Opracowano nowe strategie komunikacji, aby ułatwić opiekę położniczą w zakresie edukacji przedporodowej drogą elektroniczną. Ilościowa analiza ukazuje, w jakim stopniu edukacja jest przydatna oraz porównuje przebieg ciąży i porodu kobiet po przebyciu kursu oraz tych, które na taki kurs się nie zdecydowały. Coraz większy nacisk kładzie się na aktywne przygotowanie ciężarnej do porodu.

Cel. Ocena przygotowania kobiet ciężarnych do porodu w czasie zdalnej edukacji przedporodowej z powodu pandemii COVID-19.

Wyniki. Większą aktywność podczas porodu obserwuje się wśród kobiet, które brały udział w kursach e-edukacji przedporodowej. Ciężarne po kursie edukacji przedporodowej znacznie lepiej radzą sobie z bólem porodowym i są w czasie porodu bardziej aktywne, podczas gdy kobiety nie uczestniczące w kursie edukacji przedporodowej wolą przyjmować pozycję leżącą, co przedłuża poród i wzmacnia ból porodowy. Stwierdzono, że ciężarne, korzystające z jakiegokolwiek aktywności fizycznej, łatwiej i bezpieczniej rodzą dzieci, co ma potwierdzenie naukowe.

Wnioski.

Spotkania edukacyjne przygotowujące kobiety ciężarne do porodu prowadzone on-line w dobie pandemii COVID-19 są formą bezpieczną zarówno dla personelu medycznego i ciężarnych, a jednocześnie w stopniu dobrym przygotowują rodzące do aktywnego porodu. Rodzące po e-edukacji przedporodowej wykazały mniejszy poziom lęku i niepokoju, lepiej współpracowały z personelem medycznym, a poród częściej odbywał się samoistnie. Epidemia koronawirusa SARS-Cov-2 spowodowała konieczność opracowania nowej strategii komunikacji, aby ułatwić opiekę położniczą i przygotowanie do porodu.

Słowa kluczowe: e-edukacja przedporodowa; poród; ciąża

Adres do korespondencji:

Bogumiła Kielbratowska
Klinika Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku
ul. Kliniczna 1A, 80-402 Gdańsk
e-mail: bkielbratowska@gumed.edu.pl

Liczba słów: 1436 **Tabele:** 3 **Ryciny:** 2 **Piśmiennictwo:** 17

Received: 03.03.2021

Accepted: 17.03.2021

Published: 31.03.2021

WSTĘP

Ciąża oraz poród są dla kobiety jednym z ważniejszych etapów w życiu. To czas, w którym powinny przygotować się do macierzyństwa oraz zadbać o zdrowie swoje i dziecka. Niekwestionowaną formą edukacji przedporodowej jest udział kobiety ciężarnej wraz z partnerem w zajęciach szkoły rodzenia, które przygotowują do porodu, zwiększając zakres informacji i poziom przydatnych podczas porodu umiejętności [1,2]. Badania pokazują, że odpowiednio realizowane programy edukacyjne dla kobiet ciężarnych pozwalają zwiększyć poczucie własnej skuteczności w czasie porodu. Kobiety po przygotowaniu ujawniały w czasie porodu niższy lęk i doświadczały słabszego natężenia bólu porodowego [3-5].

Dawniej poród traktowano jako normalne wydarzenie w życiu kobiety. Ciężarne nie zwracały większej uwagi na przygotowanie do porodu, często pracowały zawodowo do ostatnich dni przed porodem. Współczesny styl życia sprawił, że często pozostajemy daleko od natury. Poprzez pośpiech, stres, nieprawidłową dietę, siedzący tryb życia, zostaje zaburzona homeostaza. Organizm współczesnej kobiety wymaga przygotowania do prawidłowego przebiegu ciąży i porodu. Najlepszą obecnie formą takiego przygotowania są kursy edukacji przedporodowej. Zasady, na których opiera się program mają na celu zwiększenie zaufania rodzącej do kompetentnej opieki, dostarczenie informacji na temat fizjologicznego przebiegu porodu, zmniejszenia lęku. Kładzie się również nacisk na nauczanie kobiet ćwiczeń relaksacyjnych, które można wykorzystać podczas przerw między skurczami, a także ćwiczeń ogólnousprawniających, poprawiających ogólną wydolność organizmu i ćwiczeń oddechowych, mających swoje zastosowanie w czasie porodu oraz położu. Regularne wykonywanie ćwiczeń nie tylko poprawia kondycję fizyczną i psychiczną, poprawia sen i reguluje apetyt, ale także skraca czas trwania porodu i chroni przed powikłaniami poporodowymi [6-8].

Pierwsze próby wprowadzenia psychoprofilaktyki porodowej w Polsce miały miejsce w 1956 roku. Wówczas Ministerstwo Zdrowia zorganizowało konferencję dotyczącą bezbolesnych porodów. Pierwsze kursy przygotowania do porodu zostały zorganizowane w Szczecinie (1956), a następnie w tym samym roku w Klinice Ginekologii i Położnictwa Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie oraz we Wrocławiu. W późniejszym czasie w Krakowie, Gdańsku i Bytomiu, gdzie w 1973 roku utworzono pierwszą na Śląsku bytomską szkołę rodzenia [9]. Obecnie edukacja przedporodowa jest standardem w opiece okołoporodowej nad ciężarną, rodzącą oraz położnicą [10].

Szybki postęp epidemii koronawirusa SARS-Cov-2 spowodował niezwykle wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. W rezultacie pilnie potrzebne były duże zmiany w sposobie świadczenia opieki położniczej, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjentek na oddziałach położniczych. Na początku pandemii dowiedzieliśmy się, jak ważna jest bliska i częsta komunikacja z pacjentami i personelem. Komunikacja musiała być jednocześnie edukacyjna, logistyczna, strategiczna i wspierająca, gdyż mieliśmy do czynienia z dwiema epidemiami: COVID-19 i związaną ze strachem. Ustalone wytyczne zostały szybko zmodyfikowane w celu zmniejszenia potencjalnego narażenia personelu i pacjentów. Opracowano nowe strategie komunikacji, aby ułatwić opiekę położniczą w szpitalu, przy znacznie ograniczonych zasobach personelu, sprzętu i przestrzeni. Położnictwo jest dyscypliną, która musi funkcjonować nieustannie [11]. Powstały internetowe kursy edukacji przedporodowej. Konieczność zapewnienia bezpiecznej i skutecznej opieki nad pacjentką była odpowiedzią na zrozumiałe obawy zarówno personelu, jak i pacjentek, co wpłynęło na reakcje w zakresie komunikacji.

CEL PRACY

Ocena wpływu przygotowania kobiet ciężarnych do porodu w czasie pandemii COVID-19 poprzez kurs edukacji przedporodowej prowadzonej online.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy stanowiły kobiety po przebytym porodzie fizjologicznym w Klinice Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Badania przeprowadzono w termi-

nie od sierpnia 2020 do grudnia 2020 roku. Do badania włączono 200 kobiet po przebytym porodzie fizjologicznym. Utworzono grupę badanych kobiet – A (n=100), które wcześniej uczestniczyły online w kursie edukacji przedporodowej oraz grupę kontrolną – B (n=100) nie uczestniczącą w e-edukacji przedporodowej. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

WYNIKI

Średni wiek badanych kobiet wyniósł 29,6 lat. W grupie kobiet uczestniczących w e-edukacji przedporodowej dominowały głównie pierworódki (89%) z wykształceniem wyższym (52%), dla których powodem udziału w kursie edukacji przedporodowej była potrzeba zdobycia wiedzy o porodzie i pielęgnacji dziecka.

W grupie kontrolnej – bez udziału w e-edukacji przedporodowej, największą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (30%) oraz wykształceniem podstawowym (12%) i zawodowym (16%), a głównym powodem braku udziału w kursie edukacji przedporodowej był fakt posiadania wiedzy w tym zakresie w opinii rodziców.

Rodzące po kursie e-edukacji przedporodowej posiadały większą wiedzę, jak sobie radzić z bólem porodowym. Wszystkie kobiety, które uczestniczyły w kursie e-edukacji przedporodowej, oprócz wiedzy zdobytej na kursie, poszukiwały dodatkowych informacji, a 78% uczestniczek edukacji przedporodowej prowadzonej online poleciłoby innym kobietom ciężarnym uczestnictwo w tej formie edukacji.

Stwierdzono także, że noworodki kobiet uczestniczących w e-kursie edukacji przedporodowej urodziły się w lepszym stanie. W pierwszej minucie życia 50% noworodków otrzymało 10 punktów w skali Apgar, a w grupie kontrolnej 31%. Dziewięć (9 pkt) punktów w pierwszej grupie (A) badanych otrzymało 39% dzieci, w drugiej grupie 23%. W grupie kobiet po e-edukacji przedporodowej żaden noworodek nie otrzymał 6. lub mniej punktów w skali Apgar, podczas gdy w grupie kobiet bez e-edukacji przedporodowej było 11% dzieci z punktacją 6. punktów lub mniej (tab.1.).

Wyższą świadomością w zakresie tego, co się dzieje podczas poszczególnych etapów porodu wykazały się kobiety z grupy uczestniczącej w e-edukacji przedporodowej (77%) w porównaniu do 41% kobiet z grupy kontrolnej. Wysoki poziom lęku wykazało 6% rodziców z grupy e-edukacji przedporodowej vs 18% ko-

biet bez e-kursu edukacji przedporodowej (tab.2.)

Wyższa świadomość rodzących na sali porodowej nie tylko przekładała się na stan psychiczny, ale również na efektywność ich współpracy z personelem medycznym. W grupie A (po e-edukacji przedporodowej) 52% rodzących potwierdziło bardzo dobrą współpracę z personelem medycznym vs 46% w grupie B (kontrolnej). 5% kobiet po e-edukacji przedporodowej odczuwało lęk i bezradność w porównaniu do 18% kobiet z grupy bez uprzedniego przygotowania na kursie e-edukacji przedporodowej (ryc.1).

Blisko połowa rodzących (48%) z grupy A chętnie korzystała z możliwości swobodnego poruszania się i porodu w pozycji wertykalnej vs 36% rodzących z grupy B – kontrolnej (ryc.2.).

U 48% rodzących z grupy A (po e-edukacji przedporodowej) poród odbył się samoistnie vs 22% rodzących z grupy B (bez e-edukacji przedporodowej). W grupie kontrolnej częściej stosowano indukcję porodu (78%), w tym induk-

cję za pomocą żelu do szyjki macicy i oksytocyny. W grupie kobiet po e-edukacji przedporodowej odsetek indukowanych porodów wyniósł 52% (tab.3.).

DYSKUSJA

Szybkie rozprzestrzenianie się wirusa SARS-Cov-2 spowodowało pandemię choroby COVID-19, która w diametralny sposób wpłynęła na zdrowie i życie społeczeństwa. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników opracowało algorytmy postępowania, które mają zapewnić bezpieczeństwo kobiecie w ciąży i jej dziecku, a jednocześnie dostosować się do wymogów sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących personel medyczny, jak również kobiety w ciąży oraz ich rodziny. Pandemia wymaga dostosowania się do nowej sytuacji, a jednocześnie zapewnienia specjalistycznej opieki okołoporodowej [12].

Edukacja przedporodowa zapewnia praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu i rodzicielstwa. Spotkania edukacyjne

Tab. 1. Ocena stanu noworodka w skali Apgar w pierwszej minucie życia w zależności od udziału rodzących w e-edukacji przedporodowej

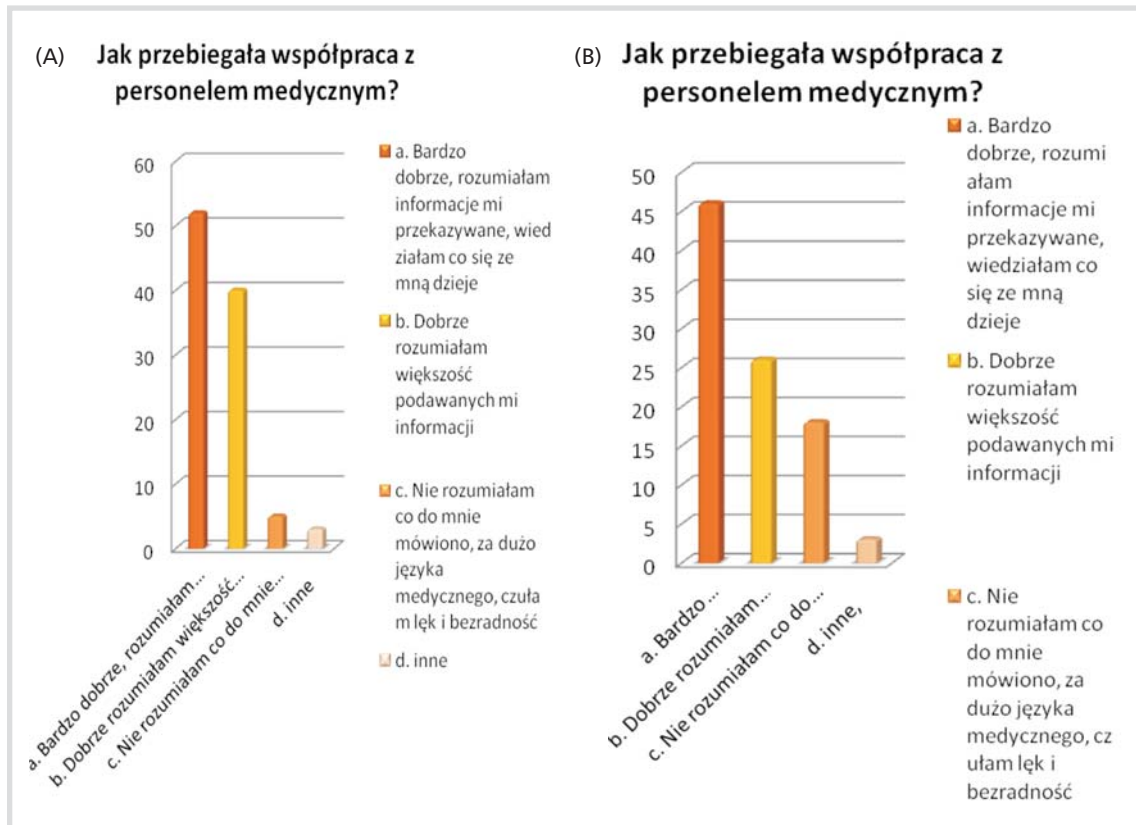
Punktacja Apgar w pierwszej minucie życia	Grupa A – kobiety rodzące uczestniczące w e-edukacji przedporodowej	Grupa B – kobiety rodzące nie uczestniczące w e-edukacji przedporodowej
10	50 (50%)	31 (31%)
9	39 (39%)	22 (22%)
8-7	10 (10%)	36 (36%)
≤ 6	0 (0%)	11 (11%)

Tab.2. Świadomość i wiedza na temat poszczególnych etapów porodu w grupie rodzących uczestniczących i nie uczestniczących w e-edukacji przedporodowej

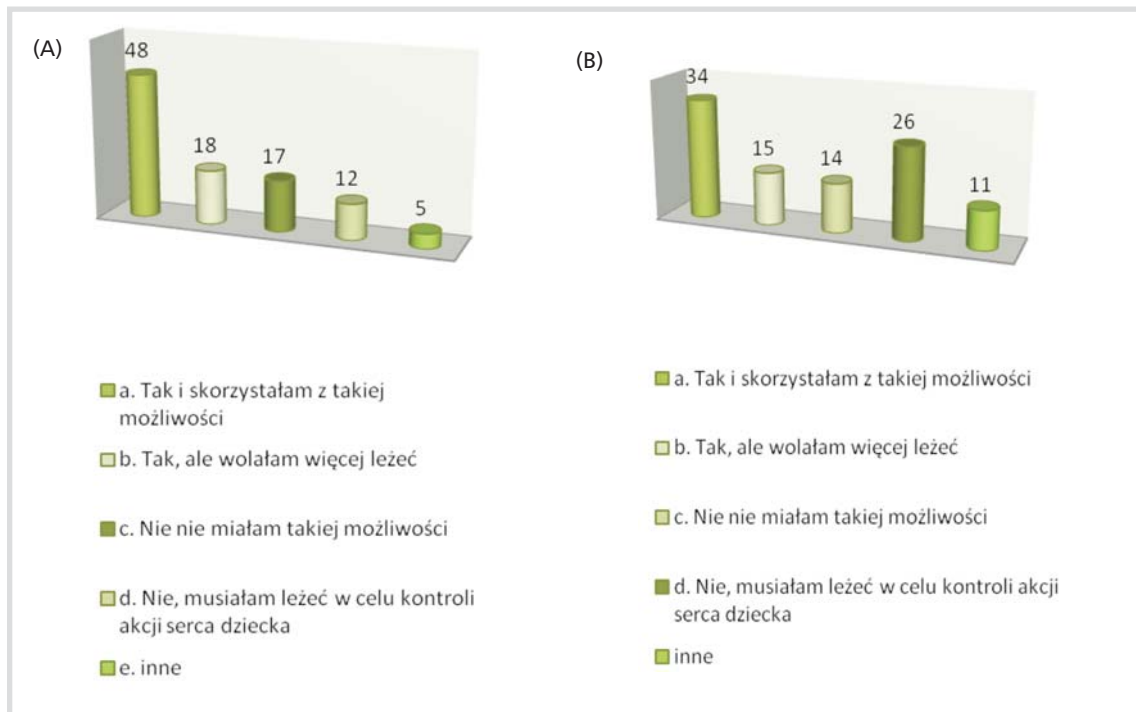
Kategoria odpowiedzi	Grupa A – kobiety rodzące uczestniczące w e-edukacji przedporodowej	Grupa B – kobiety rodzące nie uczestniczące w e-edukacji przedporodowej
Tak (to mnie uspokajało)	77 (77%)	41 (41%)
Tak (przez to wpadałam w panikę)	6 (6%)	16 (16%)
Nie (przez to wpadałam w panikę)	3 (3%)	12 (12%)
Nie (dlatego bardzo się bałam)	6 (6%)	18 (18%)
Inne	8 (8%)	13 (13%)

Tab. 3. Zastosowanie środków wspomagających poród w grupie kobiet po e-edukacji przedporodowej i kontrolnej

Kategoria odpowiedzi		Grupa A – kobiety rodzące uczestniczące w e-edukacji przedporodowej	Grupa B – kobiety rodzące nie uczestniczące w e-edukacji przedporodowej
Indukcja porodu	Oksytocyna	24 (24%)	48 (48%)
	Żel doszyjkowy	13 (13%)	8 (8%)
	Oksytocyna+żel doszyjkowy	15 (15%)	22 (22%)
Poród samoistny		48 (48%)	22 (22%)



Ryc. 1. Współpraca z personelem medycznym podczas porodu: (A) uczestniczące, (B) nie uczestniczące w kursie e-edukacji przedporodowej



Ryc. 2. Możliwość swobodnego chodzenia i porodu w pozycji wertykalnej: (A) uczestniczące, (B) nie uczestniczące w kursie e-edukacji przedporodowej

pełnią ponadto rolę psychoprofilaktyki przedporodowej, zwłaszcza w zakresie łagodzenia lęku i niepokoju związanego z porodem. W dobie pandemii COVID-19 realizacja zaleceń standardu opieki okołoporodowej w zakresie edukacji przedporodowej stała się wyzwaniem. Wprowadzono formę online spotkań edukacyjnych, która jest dobrym rozwiązaniem logistycznym i przynosi dobre rezultaty.

W badaniach własnych oceniono wpływ zdalnej formy prowadzenia edukacji przedporodowej na stopień przygotowania kobiet ciężarnych do porodu. Badania potwierdziły u kobiet rodzących po kursie e-edukacji przedporodowej w porównaniu do kobiet nie uczestniczących w takim przygotowaniu, większą wiedzę w radzeniu sobie z bólem porodowym oraz wyższą świadomość w zakresie przebiegu poszczególnych etapów porodu (77% vs 41%). Istnieją dowody naukowe potwierdzające dodatni związek między zwiększeniem wiedzy a spadkiem poziomu lęku przed porodem, zwłaszcza w grupie pierworódek [13]. Wysoki poziom lęku w badaniach własnych wykazało 6% rodzących z grupy e-edukacji przedporodowej vs 18% kobiet bez e-kursu edukacji przedporodowej.

Standard opieki okołoporodowej zachęca kobiety rodzące do aktywności podczas porodu. W świetle wielu doniesień literaturowych poród aktywny ma pozytywny wpływ na jego przebieg [6-9,14-16]. Pozycje wertykalne pozwalają m.in. na skrócenie drugiej fazy porodu, zmniejszenie zapotrzebowania na środki farmakologiczne łagodzące ból porodowy, zmniejszenie odsetka urazów tkanek miękkich kanału rodniego, porodów zabiegowych i cięć cesarskich [6,7,17].

W badaniach własnych u 48% rodzących po e-edukacji przedporodowej, poród odbył się samoistnie vs 22% rodzących bez e-edukacji przedporodowej. Ponadto stwierdzono, że w grupie kobiet nie biorących udziału w e-edukacji przedporodowej częściej stosowano indukcję porodu (74%) w porównaniu do grupy kobiet po e-edukacji przedporodowej, gdzie odsetek indukowanych porodów wyniósł 28%. Stwierdzono także, że noworodki kobiet uczestniczących w kursie e-edukacji przedporodowej urodziły się w lepszym stanie ogólnym ocenionym skalą Apgar. W pierwszej minucie życia 50% noworodków otrzymało 10 punktów w skali Apgar, a w grupie kontrolnej 31%. W grupie kobiet po e-edukacji przedporodowej żaden noworodek nie otrzymał 6. lub mniej punktów w skali Apgar, podczas gdy w grupie kobiet bez e-edu-

kacji przedporodowej było 11% dzieci z punktacją 6. punktów i niżej.

WNIOSKI

Spotkania edukacyjne przygotowujące kobiety ciężarne do porodu prowadzone online w dobie pandemii COVID-19 są formą bezpieczną zarówno dla personelu medycznego, jak i ciężarnych, a jednocześnie w stopniu dobrym przygotowują rodzące do aktywnego porodu. Rodzące po e-edukacji przedporodowej wykazały mniejszy poziom leku i niepokoju, lepiej współpracowały z personelem medycznym, a poród częściej odbywał się samoistnie. Epidemia koronawirusa SARS-Cov-2 spowodowała konieczność opracowania nowej strategii komunikacji, aby ułatwić opiekę położniczą i przygotowanie do porodu.

1. Sieber S, Germann N, Barbir AU et al. Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychological adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol.* 2006;85:1200-1207.
2. Sioma-Markowska U, Poręba R, Machura M, Skrzypulec-Plinta V. Paternal engagement during childbirth depending on the manner of their preparation. *Ginekol Pol.* 2016;87,9:639-643.
3. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review.* 2009;29:617 - 622.
4. Ip WY, Tang CSK, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs.* 2009;18:2125-2135.
5. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16; 5:CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
6. Ceron E. *Gimnastyka w okresie ciąży z użyciem piłki Gymnic-Plus*, Wydawnictwo Rolewski. Wrocław 2000.
7. Kwiatek M, Gęca T, Biegaj-Fic J, Kwaśniewska A. Szkoła rodzenia - profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(3):111-115.
8. Szymański S, Aniołkowska P, Konstanty-Kurkiewicz V, Fryc D. Wpływ zajęć w szkole rodzenia na przebieg porodu. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019;72,2:179-184.
9. Fijałkowski W, Czystanowska T, Karpińska B, Poręba R. *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. Warszawa PZWL. 1981.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej, Dz. U. Poz. 1756.
11. Zimmer M. Wiele jeszcze nie wiemy o COVID-19. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2020;5(4):151-152.
12. Kalinka J, Wielgoś M, Leszczyńska-Gorzela B et al. COVID-19 impact on perinatal care: risk factors, clinical manifestation and prophylaxis. Polish experts opinion for December 2020. *Ginekol Pol.* 2021;92(1):57-63. doi:10.5603/GP.a2021.0023.
13. Gayathri KV, Raddi SA, Metgud MC. Effectiveness of planned teaching program on knowledge and reducing anxiety about labor among primigravidae in selected ho-

- spitals of Belgaum, Karnataka. *J South Asian Federation Obstet Gynecol.* 2010;2:163-168.
14. **Lichtenberg-Kokoszka E.** Przygotowanie do porodu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej.* 2006;7-8: 60.
 15. **Bricker L, Lavender T.** Parenteral opioids for labour pain relief: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 185,5:94-109.
 16. **World Health Organization.** Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice/ World Health Organization. Geneva. 2003.
 17. **Albers LA, Sedler KD, Bedrick EJ et al.** Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth* 2006;33(2):94-100. doi:10.1111/j.0730-7679.2006.00085.x
-