

APPROACHES TO MEASURING ANTENATAL CARE ⁷

Assoc. Prof. Tsveta Hristova, PhD

Department of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 082 888 755
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Chief Assist. Yoana Lukanova, PhD

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 047 644
E-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: Prenatal care is a key obstetric service that leads to fewer hospitalizations, improved education, greater satisfaction, and lower morbidity and mortality associated with pregnancy and imminent delivery. The purpose of this study is to analyze leading research in the global, medical evidence data base on approaches used to measure prenatal care delivered and formulate opportunities for effective care improvement. Both quantitative and qualitative measures are considered - indexes, WHO recommendations, questionnaires for pregnant women on their satisfaction with the antenatal care received. It is concluded that there is a need to develop a theoretically grounded measure of antenatal care quality that is distinct from satisfaction measures to better assess the correlation between antenatal care quality and pregnancy outcomes.

Keywords: prenatal care, pregnancy, systematic review, childbirth

JEL Codes: I 12, I 13

ВЪВЕДЕНИЕ

Бременността и раждането са динамични състояния и процеси, при които преминаването от норма към различна по вид и сила патология е сравнително често, понякога внезапно и тежко, а това съответно е предпоставка за допускане на грешки и нарушения в правилата за добра медицинска практика. От друга страна, поради изместване на приоритетите на съвременната жена в посока кариерно развитие, зачестяват случаите на бременност и раждане в по-напреднала репродуктивна възраст, което се свързва, както с повишена честотата на развита и провокирана в хода им патология, така и със съпътстващи заболявания. Всички обстоятелства изискват качество на прилаганата пренатална грижа.

Пренаталните грижи са ключови акушерски услуги за постигане на стратегическите цели на общественото здравеопазване, използвани по света в развитите страни. Те представляват установена поредица от рутинни грижи, на планирани интервали, от доставчиците на здравни услуги и бременната жена, осъществявани чрез редовни контакти започващи от потвърждаването на бременността до началото на раждането.

Основната цел на тези срещи е да осигурят ефективен скрининг на бременността, превантивни (образователни) и лечебни интервенции (при необходимост), които се стремят да подобрят здравните резултати, както за майката, така и за новороденото. Пренаталните грижи имат за цел и да се справят с поведенческите рискови фактори на бъдещите майки, да подкрепят медицинските, социалните и психологическите нужди и координират действията в процеса на предстоящото раждане (Hanson, L., VandeVusse, L., Roberts, J., 2009; VanderWeele, T. J., Lantos, J. D., Siddique, J., 2009; Dowswell, T., Carroli, G., Duley at all. 2015).

⁷ Докладът е представен на 25 октомври 2024 г. в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПОДХОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА ПРИЛАГАНИТЕ ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ

ИЗЛОЖЕНИЕ

Пренаталните грижи могат да бъдат определени като грижи, предоставяни от квалифицирани здравни специалисти към бременни жени, за да се осигурят най-добрите здравословни условия както за майката, така и за бебето по време на бременност. Компонентите им включват: идентифициране на риска; профилактика и управление на свързани с бременността или съпътстващи заболявания; здравно образование и промоция на здравето (WHO, 2022). Добре координираните пренатални грижи, които следват основан на доказателства, информиран процес, водят до по-малко хоспитализации, подобро образование, по-голямо удовлетворение и по-ниска заболяемост и смъртност, свързани с бременността. Чрез тях се откриват директно и индиректно усложнения, свързани с бременността, жени с повишен риск по време на раждане и се осъществява прогноза за изпълнение към подходящо ниво на грижа. Идентифицирането им, грижите и лечението подобрява риска от възникване на усложнения:

- гестационен диабет, хипертония, спонтанни аборти, мъртво раждане – регистриране на телесна маса преди бременност над 25 kg на m²; възраст на майката и бащата (35 или повече години);
- вродени аномалии, мъртво раждане, изоставане в растежа на плода също се свързва с напреднала възраст на родителите;
- хипотрофия на плода, преждевременно раждане, перинатална депресия – при установяване на хронична желязодефицитна анемия;
- други отклонения (Silva, E. D., Lima, R. T., Costa, 2013; Kurtzman, J. H., Wasserman, E. B., Suter, 2014).

Пренаталните грижи и здравният статус на майката, плода и бебето са във фокуса на редица наблюдения и изследвани в световен мащаб. В повечето развити страни, предродилните грижи традиционно включват график на индивидуални посещения с доставчик на грижи, приоритетно акушерка.

Препоръките относно времето на започване на акушерската грижа и броя на рутинните посещения при неусложнени бременности се различават за отделни държави. Те са повлияни от икономически и политически фактори, отразяват етнически особености, подчинени са на здравната политика на страната и кадровата обезпеченост от специалисти. Данни от систематични прегледи показват несъответствия и липса на консенсус относно оптималните компоненти на рутинната пренатална грижа (съдържание, честота и време на посещения), които са в основата на нейната ефективност за предотвратяване на неблагоприятни резултати за майките и техните новородени (Santos Neto, E. T. D., Oliveira, A. E., Zandonade, E., 2013).

Целта на проучването е да се направи анализ на водещи научни изследвания в световната, медицинска база данни на използваните подходи за измерване на прилаганите пренатални грижи и се формулират възможностите за ефективно подобряване на грижите. Измерването на процеса на предоставяне на грижи, а не на резултатите от бременността идентифицира пропуските в предоставянето на грижи.

Методология – използвани са документален метод и социологическо проучване, проведено в град Русе, в женски консултации на акушеро-гинекологични практики.

Авторското изследване е свързано с електронни търсения в MEDLINE, EMBASE, CINAHL и Web of Science на проучвания, оценяващи измервателните свойства на използвани индекси при използване на пренатални грижи. Анализирани са проучвания проведени в Съединените щати, Бразилия, Белгия, Канада и Испания, публикувани между 1994 г. и 2020 г. (Heaman, M. I., Sword, W. A., Akhtar-Danesh, N., 2014; Sonek, J. D., Kagan, K. O., 2016). Разгледани са общо 12 индекса за използване на пренатални грижи. Систематичната оценка на измервателните свойства на тези индекси, техните относителни силни и слаби страни и качеството на доказателствата, които подкрепят тяхното използване, е важна стъпка при подбора им в клиничната практика. Те са определени като количествени инструменти, които оценяват както започването на пренатални грижи, така и честотата, с която бременната жена посещава редовно женска консултация. Изследването е върху нормално протичаща

бременност, без риск и мястото на акушерката в разглежданите акушерски дейности (Rowe, S., Karkhaneh, Z., MacDonald, I. et al. 2020).

Нивото на доказателства за измервателните свойства на всеки индекс е класифицирано според следните критерии: силни (последователни констатации в множество изследвания с добро методологично качество или в едно изследване с отлично методологично качество); умерено (последователни констатации в множество проучвания със задоволително методологично качество или в едно изследване с добро методологично качество); ограничен (едно изследване със задоволително методологично качество); противоречиви констатации; и неизвестни (с незадоволително методологично качество или без проучвания).

В обзорираната научна литература, през последните две десетилетия, се установява оценяването и надеждността на следните индекси за измерване на пренатални грижи, всеки от които използва различни алгоритми:

- индекс на Kessner;
- индекс на Kotelchuk – известен също като индекс на адекватно използване на перинаталните грижи (APNCUI);
- градуиран индекс на използване на пренатални грижи (GINDEX);
- ревизиран индекс на използване на пренатални грижи (R-GINDEX);
- индекс на Carvalho & Novaes;
- индекс на Ciari;
- експертна група за пренатални грижи към Службата за обществено здраве на САЩ (PHS/EPPC).

Индексът на Kessner е публикуван през 1973 година, като част от проучване за детската смъртност в САЩ, Ню Йорк. Отразява адекватността на използваните пренатални грижи в три нива (адекватно, средно, неадекватно). В САЩ измерването включва като норма: бременната трябва да се регистрира през първия триместър на бременността и е необходимо да проведе 9 посещения през бременност, която е с нормална продължителност. Индексът намира приложение при планиране и разпределение на ресурсите в областта на общественото здраве. Използван е за оценка не само на показателите за нормално протичане на бременността, но и за нормалното раждане. Той не е изолиран от традиционно полаганите акушерски грижи и не се влияе от тях (Santos Neto, E. T. D., Oliveira, A. E., Zandonade, E., 2013).

Индексът за адекватност на използването на пренатални грижи APNCUI е от второ поколение, разработен през 1987 г. Предлага по-точен и изчерпателен набор от мерки за използване на пренатални грижи от индекса на Kessner.

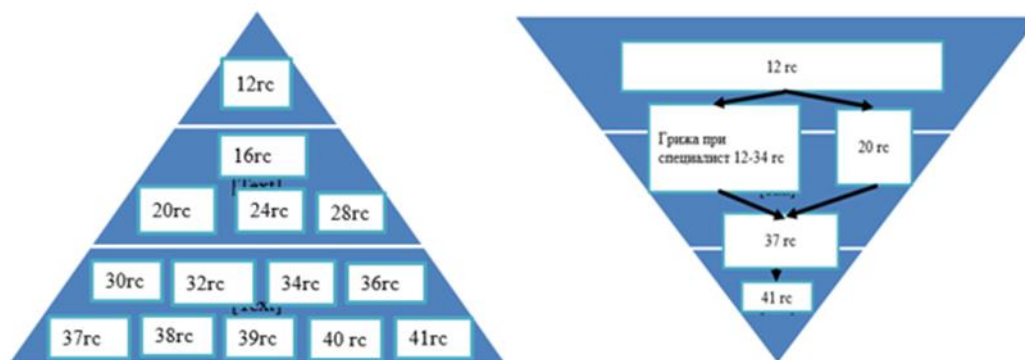
Основно, във всеки от изброените и анализирани индекси, са заложили наблюдението на две променливи: стартиране на пренатални грижи (това е времето на посещенията, свързани със седмиците на бременността или триместъра, в които са започнати пренаталните грижи) и броя на посещенията през цялата бременност (честота). Резултатите са класифицирани в категории върху основата на тези две променливи при жени с нормална бременност. Сравнимостта на различните индекси на използване на пренатални грижи за бременности с нисък риск не е напълно проучена.

Този систематичен преглед идентифицира 13 проучвания, които съобщават за измервателните свойства на 12 индекса за използване на пренатални грижи (Silva, E. D., Lima, R. T., Costa, 2013; Kurtzman, J. H., Wasserman, E. B., Suter, 2014). APNCUI и индексът Kessner са описани най-много, докато други са оценени само в една или две статии, което намалява нивото на доказателства за резултатите. Използваме контролния списък COSMIN (Базиран на консенсус стандарти за избор на инструменти за измерване на здравето), за да оценим тяхното методологично качество и нивото на доказателства, информиращи за тяхното приложение. В научната литература няма достатъчно изследвания, които предлагат избора на най-добрия индекс и инструменти за оценка на качеството на извършваните пренатални грижи (Kurtzman, J. H., Wasserman, E. B., Suter, 2014).

Качествените пренатални грижи са предложени като жизненоважна стратегия за намаляване на риска от неблагоприятни резултати при раждане. Няколко проучвания показват връзката между неадекватните пренатални грижи и неблагоприятните резултати през

бременността, като преждевременно раждане, ниско тегло при раждане и неонатална смърт. Индексите включват препоръки за посещения през бременността със среден или нисък риск и не дават препоръчителен модел на посещения за жени с висок риск или със специфични медицински състояния (Silva, E. D., Lima, R. T., Costa, 2013). Това може да доведе до подценяване на нуждите от пренатални грижи на жени с висок риск и надценяване на адекватното използване на пренатални грижи в цялото население.

С цел откриване на фетални малформации (провеждане на ранен скрининг за редица патологични състояния), преекламписия, риск от спонтанен аборт и мъртво раждане, преждевременно раждане, през 2011 година правата пирамида за предоставяне на пренаталните грижи се обръща (фиг. 1).



Фиг. 1. Пирамидата отразяваща традиционните пренатални грижи по гестационни седмици и обърнатата пирамида – съвременни грижи

Фокусът е насочен към предоставяне на акушерски грижи през първия триместър. Оценката на бременността през този период, с помощта на фетални и майчини параметри, не само позволява поставянето на диагнози в началото на бременността, но също така може да оцени риска от усложнения, които стават клинично очевидни в късна гестационна седмица. Тази оценка дава възможност грижите за бременността да бъдат индивидуализирани и затвърждава идеята за повече посещения в началото на бременността.

Резултатите показват, че късното започване и неадекватното използване на услугите за пренатална грижа са независимо свързани с множество променливи, включително демографски характеристики, социално-икономически фактори, предразполагащи културни и религиозни фактори, социална подкрепа, фактори, свързани с доставчиците на здравни услуги, информираността и отношението на жените, нежелана бременност, високорискова медицинска или акушерска история и здравословно поведение.

Грижите преди зачеването трябва да се считат за част от спектъра на пренаталните грижи, поради вероятност много основни съпътстващи заболявания да бъдат идентифицирани преди бременността. Това има важни последици за стратификацията на жените в групи с висок и нисък риск, налагащо адекватна честота на пренатални грижи.

Световната здравна организация преразглежда своите насоки и препоръчва първият контакт с пренатална грижа да бъде в 12 гестационна седмица, т.е. първия триместър на бременността.

Актуален подход за измерване на предоставените пренатални грижи е чрез използване на структурирани въпросници. Те са специално разработени и валидирани за оценка на съдържанието и качеството на пренаталните грижи върху основата на удовлетвореността и на жените.

В развиващия се пациент-центриран подход обратната връзка с пациентите представлява основен измерител за качество на здравните грижи. Най-общо удовлетвореността се отнася до постигнато съвпадение между очакванията на пациента, неговите потребности и реално оказаната медицинска помощ, като резултатите са индикатор за качество на медицинската помощ. Това включва дали жените се чувстват сигурни, усещат уважение, адекватно са информирани. Предполага се, че тези преживявания на клиенти са важни по две причини: 1) преживяванията на жените представляват независим резултат от изпълнението, което може да

ръководи избора на доставчик на здравни грижи, ако резултатите са сходни; 2) опитът на жената може да повлияе на клиничните резултати по няколко начина, следователно може да действа като определящ фактор за гореспоменатите резултати при майката и детето.

Според Световната здравна организация, която разработва влиятелна концепция за измерване на психологичното състояние на бременните, оценката се свързва до зачитането на човешките права, определени в контекста на предоставянето на здравни грижи. За да постигне еднакво измерване на емоционалното състояние като показател за ефективност, СЗО разработва Модел на отзивчивост. Той се състои от четири области, отнасящи се до взаимодействието между клиента и здравния специалист (достойнство, автономност, поверителност и комуникация) и четири области, отнасящи се до организационната структура (бързо внимание, достъп до семейна и общностна подкрепа, качество на основните удобства и избор и непрекъснатост на грижите).

Съвременният пациент изразява критично мнение и препоръки по редица показатели. Въпреки неуспешните опити за въвеждане на единна методика за проучване на удовлетвореността, изследвания представят най-често допусканите грешки свързани с:

- неефективна комуникация;
- липса на уважение;
- липса на емоционална подкрепа;
- авторитарен подход, без достъпен стил на взаимодействие;
- недостиг на ресурса „време“.

Оценката на пренаталните грижи се фокусира основно върху удовлетвореността на жените, но често без ясно разграничение между конструкции на удовлетворение и качество на грижите. Изследванията за емпирично тестване на връзките между тези променливи предоставят доказателства, че възприеманото качество влияе върху удовлетвореността от здравните грижи и че качеството на грижите и удовлетвореността на потребителите са различни конструкции. Мерките за удовлетвореност обикновено включват компоненти, които се считат за елементи на качеството, като структура на предоставяне на услуги (време на изчакване, непрекъснатост на грижите, физическа среда) и процес на грижи (получени съвети, обяснения, дадени от доставчика на грижи, техническо качество на грижите). Тези инструменти имат ограничения в това, че не правят разлика между количеството и качеството на грижите, като цяло им липсва психометрична оценка и не обхващат адекватно различните измерения на уникалността на пренаталните грижи (Sword W, Heaman MI, Brooks S, 2012).

В България, въпреки непоследователността на здравните реформи, са налице желание и стремеж към качество на полаганите акушерски грижи в пренаталния период.

На територията на град Русе има регистрирани 30 специализирани акушерски практика (включително два специализирани центъра), където се провежда женска консултация и полагат пренатални грижи (NCPHA, NSI, 2023). В 60% от тях не работи акушерка. Грижите се осъществяват от лекар акушер-гинеколог. Годишно се отчитат броя на регистрираните бременни. Не съществува връзка в хоризонтален план между тези практики. Липсва и връзка във вертикален план, между болничните заведения и доболничната акушерска дейност. Към женските консултации не се подава информация за хоспитализации на бременни, усложнения в състоянието им, кога са родили жените и как е протекъл периода на раждане и след него. За удовлетвореността от получените грижи в акушерските практики са израз последващите посещения на жената и регистриране за наблюдение при поредна бременност. Няма изготвена бланка с въпросник за мнението на пациентките, техните препоръки и оценка. Малкият брой акушерки, които работят в женските консултации, изпълняват предимно административна дейност, оформят документация, организират потока на пациенти в практиките. Времето, което трябва да отделят за всяка бременна жена е недостатъчно. Не съществуват показатели за качество на предоставената пренатална грижа. Като най-съществени измерения за качествените пренатални грижи се идентифицираха процесите на междуличностна грижи, тъй като те минимизират негативните резултати и мотивират участието на жената в ангажираност на техните собствени грижи.

Появяват се нови доказателства, че качеството на пренаталните грижи, т.е. това, което действително се прави по време на предоставянето и получаването на грижи, може да е по-важно от количеството грижи.

Майчиното и детското здравеопазване са приоритет на всяка национална здравна политика в 21-ви век. На фона на задълбочаващата се демографска криза в България, това трябва да се отнася за страната ни с особена сила.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Необходимо е разработване на теоретично обосновани мерки, които са в състояние да обхванат както количествените, така и качествените измерения на предложените пренатални грижи.
2. Прилагането на въпросници регистриращ удовлетвореността на жените не са достатъчни да се оцени връзката между качеството на пренаталните грижи и резултатите от бременността.
3. Организационната структура в женската консултация затруднява акушерката при изпълнение на професионалните компетентности. Съществува неудовлетвореност, чувствителен отлив от професията и текучество на кадрите.
4. Липсата на действителната роля на акушерката в женските консултации, свързана с предоставяне на пренатални грижи, дава негативно отражение към професионалния авторитет на професията.

REFERENCES

Beeckman, K., Louckx, F., Downe, S., & Putman, K. (2013). The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 366-371.

De Aguiar DM, de Andrade AM, Ramalho AA, Martins FA, Koifman RJ, Optiz SP, da Silva IF. Assessing the Quality of Prenatal Care (2023): Use of the Kotelchuck Index Combined with Prenatal Care Data. *Women*. 2023; 3(2):225-236. <https://doi.org/10.3390/women3020018>

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).

Hanson, L., VandeVusse, L., Roberts, J., & Forristal, A. (2009). A critical appraisal of guidelines for antenatal care: components of care and priorities in prenatal education. *Journal of midwifery & women's health*, 54(6), 458-468.

Heaman, M. I., Sword, W. A., Akhtar-Danesh, N., Bradford, A., Tough, S., Janssen, P. A., ... & Helewa, M. E. (2014). Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 1-16.

Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. (1998) Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatr Perinat Epidemiol.* doi: 10.1046/j.1365-3016.12.s2.6.x. PMID: 9805721.

Kurtzman, J. H., Wasserman, E. B., Suter, B. J., Glantz, J. C., & Dozier, A. M. (2014). Measuring adequacy of prenatal care: does missing visit information matter? *Birth*, 41(3), 254-261.

National Center for Public Health and Analysis (**Оригинално заглавие:** *Национален център по общественото здраве и анализи*) <https://ncpha.government.bg/index/3033-lechebni-zavedenia.html> (accessed on 03. 10. 2024)

National Statistical Institute, Treatment facilities for inpatient and outpatient care and health care facilities (**Оригинално заглавие:** *Национален статистически институт, Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения*) <https://nsi.bg/bg/content/3324/%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B8-%D0%BF%D0%BE> (accessed on 03. 10. 2024)

Rowe, S., Karkhaneh, Z., MacDonald, I. et al. (2020) Systematic review of the measurement properties of indices of prenatal care utilization. *BMC Pregnancy Childbirth* **20**, 171 <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2822-5>

Santos Neto, E. T. D., Oliveira, A. E., Zandonade, E., & Leal, M. D. C. (2013). Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. *Cadernos de saude publica*, 29, 1664-1674.

Silva, E. D., Lima, R. T., Costa, M. J., & Batista Filho, M. (2013). Development and application of a new index for assessment of prenatal care. *Revista Panamericana de Salud Publica= Pan American Journal of Public Health*, 33(5), 356-362.

Sonek, J. D., Kagan, K. O., & Nicolaides, K. H. (2016). Inverted pyramid of care. *Clinics in laboratory medicine*, 36(2), 305-317.

Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, Kingston D, Helewa ME, Akhtar-Danesh N, Hutton E. (2012) Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012

VanderWeele, T. J., Lantos, J. D., Siddique, J., & Lauderdale, D. S. (2009). A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: comparable results for predicting small-for-gestational-age outcome but different results for preterm birth or infant mortality. *Journal of clinical epidemiology*, 62(4), 438-445.