

**PROGRAM**  
**WSPARCIA LECZENIA NIEPŁODNOŚCI**  
**MIESZKAŃCÓW PODKARPACIA**  
**METODĄ NAPROTECHNOLOGII**  
**na lata 2014 - 2016**

**Podstawa prawna:**

**Program ustanowiony na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)**

**Zarząd Województwa Podkarpackiego**  
**Rzeszów, luty 2014 r.**

## **Spis treści**

<b>I.</b>	<b>Streszczenie</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Geneza problemu</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>Problem i przyczyny zaburzenia płodności</b>	<b>4</b>
<b>IV.</b>	<b>Geneza Naprotechnologii</b>	<b>9</b>
<b>V.</b>	<b>Metoda Naprotechnologii (proces leczenia)</b>	<b>10</b>
<b>VI.</b>	<b>Kosztorys</b>	<b>14</b>
<b>VII.</b>	<b>Podmiot realizujący Program</b>	<b>14</b>
<b>VIII.</b>	<b>Kontynuacja działań podjętych w Programie</b>	<b>17</b>

## **I. Streszczenie**

Głównym celem Programu – Wsparcie leczenia niepłodności mieszkańców Podkarpacia metodą Naprotechnologii na lata 2014-2016 zwanego Programem jest zapewnienie równego dostępu i możliwości skorzystania mieszkańcom województwa podkarpackiego ze wsparcia i możliwości zapłodnienia metodą Naprotechnologii dla par bezskutecznie starających się o potomstwo.

Cel Programu - obejmuje przede wszystkim obniżenie liczby par bezdzietnych.

Podmiot realizujący Program - zostanie wybrany do jego realizacji w trybie konkursu.

Podstawy prawne Programu - art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.).

Okres realizacji Programu – 1 lipca 2014 r. – 30 czerwca 2016 r.

Cele Programu:

- 1/ obniżenie liczby par bezdzietnych;
- 2/ zapewnienie wsparcia leczenia niepłodności metodą Naprotechnologii;
- 3/ zwiększenie skuteczności uzyskania zapłodnienia;
- 4/ osiągnięcie poprawy trendów demograficznych województwa podkarpackiego.

Program ma charakter pilotażowy.

## **II. Geneza problemu**

Zaburzenia płodności stają się poważnym problemem społecznym XXI wieku w obszarze kultury euroatlantyckiej. Po pierwsze brak realizacji podstawowej potrzeby rodzicielstwa wywołuje frustracje u starających się o poczęcie dziecka par. Po drugie mamy do czynienia z coraz bardziej starzejącymi się społeczeństwami, w których przybywa emerytów a ubywa pracowników, przez co systemy ekonomiczne wielu państw doświadczają sytuacji kryzysowych. Pojawia się coraz więcej czynników powodujących zaburzenia płodności, które ogólnie można podzielić na męskie, żeńskie i partnerskie. W związku z zaistniałą sytuacją poszukuje się coraz to nowych metod zapobiegania problemom bezdzietności.

Najbardziej rozpowszechnioną obecnie medyczną metodą zapobiegania niepłodności jest in vitro, polegająca na zapłodnieniu pozaustrojowym. Pobiera się od kobiety i mężczyzny komórki rozrodcze i inicjuje poczęcie w warunkach laboratoryjnych, a następnie implantuje się zarodek do macicy matki. Ciąże wynikłe z zapłodnienia pozaustrojowego cechują się jednakże dwukrotnie wyższym ryzykiem wystąpienia różnorodnych zaburzeń, między innymi stanu przedrzucawkowego lub cukrzycy. Zważywszy na fakt implantowania jednocześnie więcej niż jednego zarodka, zwiększa się znacznie odsetek występowania ciąż mnogich.

Naprotechnologia jest prawdziwą metodą leczenia niepłodności. Nie traktuje niepłodności jako choroby samej w sobie, ale rozpatruje ją jako skutek zespołu schorzeń, dysfunkcji organizmu, które składają się na niemożność uzyskania poczęcia. Celem Naprotechnologii jest zdiagnozowanie tych przyczyn i usunięcie ich. Skutkiem więc leczenia Naprotechnologicznego jest zawsze poprawienie stanu zdrowia pacjentki, nawet gdy z przyczyn obiektywnych nie uda się uzyskać poczęcia (np. brak jajowodów u kobiety czy azoospermia u mężczyzny).

## **III. Problem i przyczyny zaburzenia płodności**

Każdy człowiek ma wynikające z natury prawo do prokreacji. Większość dorosłych mężczyzn i kobiet na pewnym etapie rozwoju odczuwa pragnienie posiadania potomstwa. Współcześnie jednakże jednym z poważniejszych problemów

cywilizacyjnych stają się zaburzenia płodności a w skrajnych przypadkach trwałą niepłodność. W efekcie osoby obdarzone silniejszym pragnieniem macierzyństwa czy ojcostwa doświadczają cierpienia wynikającego z niezaspokojenia tych naturalnych, wpisanych w życie ludzkie, potrzeb.

Niepłodność staje się współcześnie problemem społecznym. Coraz bardziej starzejące się społeczeństwa stają wobec faktu ekonomicznego zagrożenia. Systemy ubezpieczeń społecznych wielu państw nie są w stanie utrzymać na godnym poziomie życia wciąż narastającej grupy emerytów. Jest to efekt wydłużającego się przeciętnego okresu życia człowieka spowodowany rozwojem i osiągnięciami medycyny oraz zmniejszającej się liczby narodzin. Dłuższy wiek życia jest sprawą dobrą i oczekiwaną społecznie. Kwestią wymagającą poszukiwania skutecznych rozwiązań staje się zatem malejąca liczba narodzin. Na gruncie medycyny poszukuje się zatem nowych i akceptowalnych społecznie metod przeciwdziałania niepłodności. Pierwszym etapem tych poszukiwań jest postawienie odpowiedniej diagnozy na podstawie określonych czynników prowadzących do niepłodności.

Czynniki powodujące zaburzenia płodności można podzielić na partnerskie, męskie oraz żeńskie.

Wśród czynników partnerskich wyróżnia się:

- budowę anatomiczną,
- technikę współżycia płciowego,
- „fizjologię” współżycia płciowego,
- psychologię współżycia.

Pod kategorią budowy anatomicznej rozumie się dysproporcję narządów uniemożliwiającą odbycie pełnego stosunku płciowego. Zdarza się to jednakże niezwykle rzadko i stanowi marginalny odsetek przyczyn niepłodności partnerów. Podobnie ma się sprawa technik współżycia płciowego. Czasem ukształtowanie macicy wymaga ustalenia konkretnej pozycji współżycia, tak aby nasienie mogło być zdeponowane w odpowiedniej części narządów płciowych kobiety. Część par spotyka się z problemem dyspareunii, czyli dysfunkcji seksualnej spowodowanej występowaniem bólu w obrębie narządów płciowych przed, w trakcie lub po stosunku seksualnym.

W ocenie „fizjologii” współżycia płciowego bierze się pod uwagę takie elementy jak współżycie w okresie możliwej płodności i częstotliwość współżycia. Okazuje się bowiem, że okres, w którym partnerzy mogą spłodzić potomstwo jest stosunkowo krótki i waha się od kilkunastu godzin do 3-4 dni w cyklu kobiety. Dodatkowo, w przypadku gdy nasienie mężczyzny jest słabsze, poczęcie może wymagać od niego kilkudniowej wstrzemięźliwości przed stosunkiem seksualnym, aby plemniki mogły osiągnąć pożądaną dojrzałość i liczebność.

Obecnie coraz większe znaczenie przypisuje się psychologii współżycia. Dwa podejścia partnerów mają negatywny wpływ w poczęciu potomka. Pierwsze z nich polega na braku jednomyślnego pragnienia dziecka. Zdarza się, że jedno z partnerów ukrywa niechęć do rodzicielstwa oficjalnie czyniąc próby poczęcia. Drugie podejście to pragnienie dziecka „za wszelką cenę”. Zwiększa ono swój negatywny wpływ wraz z kolejnymi nieudanymi próbami poczęcia dziecka. Oba podejścia mogą prowadzić do słabej kontroli emocjonalnej, utraty poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa, zdrowia i nadziei. Zaburzeniom tym częściej ulegają kobiety, na skutek silnie odczuwanej potrzeby macierzyństwa. To w organizmie nieskutecznie starającej się o dziecko kobiety mogą nastąpić takie procesy jak rozkojarzenie układu sprzężeń zwrotnych, co z kolei może przełożyć się na zaburzenia funkcji rozrodczych. Tworzy się wówczas tzw. samonapędzająca się spirala, której negatywne oddziaływanie trudno przerwać. Terapia psychologiczna trwa niepomiaralnie dłużej od terapii biologicznej.

Wśród czynników męskich powodujących zaburzenia płodności wyróżnia się:

- przedjądrowe,
- jądrowe,
- pozajądrowe.

Na czynniki przedjądrowe składają się wrodzone defekty chromosomalne np. zespół Klinefeltera (kariotyp 47, XXY), nieprawidłowe wydzielanie hormonów (najczęściej gonadotropin FSH i LH), zaburzenia wzwodu i ejakulacji.

Czynniki jądrowe to między innymi wnetrostwo, czyli wrodzony brak obecności jądra w mosznie, infekcyjne zapalenie jąder (najczęściej wirusem świnki), żylaki powrózka nasiennego, reakcja na chemio- i radioterapię stosowaną w leczeniu nowotworów, obecność przeciwciał atakujących plemniki. Osobnym problemem jest

zaburzenie procesu spermatogenezy i produkcja niepełnowartościowych komórek rozrodczych. Powody upatruje się w czynnikach środowiska zewnętrznego (zanieczyszczenia, pola elektromagnetyczne) i czynnikach wewnętrznych (psychika człowieka).

Do czynników pozajądrowych zalicza się problem wrodzonej lub nabytej niedrożności nasieniowodów, niszczenie zdrowego nasienia w najądrzach, stany zapalne gruczołu krokowego.

Wśród czynników żeńskich powodujących zaburzenia płodności wyróżnia się:

- maciczne,
- jajowodowe,
- szyjkowe,
- pochwowe,
- jajnikowe.

Na czynniki maciczne składają się wady budowy macicy, obecność w niej nowotworów lub polipów oraz występowanie zrostów w obrębie endometrium. Czynniki te w sposób prosty można zdiagnozować metodą histerosalpingografii (HSG).

Niedrożność jajowodów jest jedną z najczęstszych przyczyn niepłodności. Powstaje ona na skutek niewyleczonych stanów zapalnych, wywołanych szczepami np. chlamydia trachomatis. Niedrożność bywa także efektem endometriozy, czyli wszczepianiu się komórek endometrium między innymi w jajowodach. Prawidłowo funkcjonujące jajowody cechują się wydolnością aparatu strzępkowego, drożnością i ruchomością.

Szyjka macicy odpowiada za produkcję i stan śluzu szyjkowego, który z kolei odpowiedzialny jest za odżywianie, transport i odpowiednią aktywność plemników. Problemy pojawiają się w przewlekłych stanach zapalnych szyjki macicy.

Czynniki pochwowe związane są z jej budową, środowiskiem flory bakteryjnej oraz zaburzeniami psychologicznymi. Bywają wrodzone lub nabyte defekty uniemożliwiające poczęcie lub w ogóle współżycie seksualne. Ostatnio coraz częściej pojawia się problem dysbakteriozy pochwy. Polega on na nieprawidłowym składzie flory bakteryjnej w pochwie, który objawia się upławami białego koloru, silnym pieczeniem i nieprzyjemnym zapachem. Współżycie uniemożliwia także tzw.

pochwica, czyli nadmierny skurcz pochwy wywołany zaburzeniami w psychice kobiety.

Wśród czynników jajnikowych wymienia się zaburzenia funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-jajnik. Przyczyną jest np. hiperprolaktynemia, czyli nadmierna produkcja prolaktyny. Obecnie zauważa się istotny wpływ stresu na nieprawidłowe funkcjonowanie tej osi, co prowadzi do rozregulowania owulacyjnego cyklu kobiety.

Wśród innych przyczyn tychże zaburzeń wymienia się choroby związane z żywieniem, czyli anoreksję i bulimię. Wreszcie, owulację kobietą może zakłócić nadmierny i długotrwały wysiłek fizyczny (problem kobiet zawodowo zajmujących się sportem wyczynowym). U niektórych kobiet występuje także pierwotna bądź wtórna patologia jajnika. Pierwotna związana jest z wykształceniem w trakcie rozwoju niewłaściwych gonad żeńskich. Wtórna polega na wyczerpaniu się pęcherzyków lub ich niewydolności. Wymienia się tu także zespół Steina-Leventhala, objawiający się między innymi brakiem jajczkowania lub też luteinizację niepękniętego jajeczka, która hamuje owulację. Kobieta wówczas posiada prawidłowe objawy cyklu menstruacyjnego, ale z pęcherzyka nie zostaje uwolniona komórka jajowa.

Żeńskimi czynnikami powodującymi niepłodność są także choroby tarczycy i nadnerczy. Nadczynność tarczycy może pośrednio doprowadzić do zahamowania wydzielania gonadotropin i braku owulacji. Niedoczynność tarczycy z kolei może przyczynić się do zaistnienia omawianej już hiperprolaktynemii. Choroby nadnerczy powodują zwiększoną produkcję hormonów działających androgennie, przede wszystkim testosteronu. W efekcie może zaniknąć miesiączka oraz mogą pojawić się męskie cechy i obfite owłosienie.

Problem niepłodności dotyka coraz więcej par pragnących potomstwa. Naturalna potrzeba prokreacji i obdarzania miłością swoich dzieci sprawia, że ludzie, którzy dłuższy czas bezowocnie starali się o poczęcie, zaczynają poszukiwać wszelkich możliwych rozwiązań, przeciwdziałających dotykającemu ich cierpieniu. Poszukiwaniom tym często towarzyszy desperacja. Nie można się zatem dziwić, iż często wybierają medyczną drogę tzw. sztucznego zapłodnienia, ponieważ jest ono lansowane w mediach i nieustannie lobbowane przy okazji tworzenia nowych powiązanych z rodzicielstwem i medycyną ustaw.

Metoda sztucznego zapłodnienia (in vitro) jest nie do zaakceptowania przez wiele osób. Wobec powyższego parom bezskutecznie starającym się o dziecko można pomóc wspierając ich działania i starania metodą Naprotechnologii.



#### IV. Geneza Naprotechnologii

Naprotechnologia jest bardzo młodą dziedziną medycyny, której początki przypadają na lata sześćdziesiąte ubiegłego wieku. Polski termin pochodzi od angielskiego skrótu NaProTechnology® (Natural Procreative Technology, czyli wsparcie naturalnej prokreacji), będącego oficjalną i zastrzeżoną nazwą dla tej metody. Osoby zaangażowane w Naprotechnologię często posługują się skrótem potocznym „NaPro”.

Twórcą Naprotechnologii jest profesor Thomas W. Hilgers doktor medycyny. Wykłada on na Wydziale Położnictwa i Ginekologii na The Creighton University School of Medicine w Omaha (Nebraska, USA).

Początek Naprotechnologii dały badania prowadzone przez T.W. Hilgersa jeszcze podczas studiów medycznych, które rozpoczął w 1968 roku. Dotyczyły one reakcji zachodzących w organizmach kobiet w trakcie cyklu owulacyjnego. W 1978 roku wraz z żoną założyli w Omaha Instytut Papieża Pawła VI. Celem statutowym instytutu jest leczenie problemów niepłodności, które pozostaje w zgodzie z nauką Kościoła Katolickiego oraz badania naukowe w tej materii. Owocem pracy instytutu jest najpierw metoda diagnostyczna znana pod nazwą Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS) a następnie ściśle z nią powiązana NaProTechnology®. Aktualnie poza USA i Polską metody te są wdrażane i propagowane między innymi w Irlandii, Wielkiej Brytanii, Francji, Holandii, Słowacji, a także w Tajlandii.

W 2004 roku w USA został wydany pierwszy podręcznik medyczny dotyczący Naprotechnologii o pełnym tytule The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology® (Praktyka farmakologiczna i chirurgiczna w Naprotechnologii).

Naprotechnologia jest ponadto bardzo młodą dziedziną wiedzy i terapii medycznej, brak jej zatem badań długofalowych.

Również w Polsce zaczynają się rozwijać ośrodki leczenia metodą Naprotechnologii. Skupiają lekarzy, ginekologów, lekarzy rodzinnych, instruktorów modelu Creighton, którzy oferują małżeństwom fachową, autentyczną pomoc.

Przykładowe poradnie leczenia niepłodności metodą Naprotechnologii w Polsce:

- Białystok, ul. Antoniuk Fabryczny 10, [www.napromedica.pl](http://www.napromedica.pl),
- Kraków, ul. Zakrzowiecka 39 d, [www.ecolife-newlifestyle.com](http://www.ecolife-newlifestyle.com),
- Kraków, ul. Muzyków 17 lok. 2, [www.naprolife.pl](http://www.naprolife.pl),
- Lublin, ul. Czechowska 10/39, [www.macierzynstwoizycie.pl](http://www.macierzynstwoizycie.pl),
- Skoczów, ul. Sportowa 1, [www.poradnia.skoczow.pl](http://www.poradnia.skoczow.pl),
- Tarnów, ul. Kolejowa 43, [www.naprocure.pl](http://www.naprocure.pl)

## **V. Metoda Naprotechnologii (proces leczenia)**

Naprotechnologia jest ukierunkowana na dobrą diagnostykę i skuteczne leczenie różnych schorzeń (zarówno kobiecych, jak i męskich) w zakresie zdrowia prokreacyjnego. W ramach Naprotechnologii prowadzone jest leczenie farmakologiczne, hormonalne, chirurgiczne, a nawet mikrochirurgiczne (w tym plastyka jajowodów w celu ich udrożnienia). Wykorzystywane są najnowsze osiągnięcia medycyny np. wysokozaawansowane techniki przeciwwzrostowe.

Podstawą Naprotechnologii jest Creighton Model FertilityCare™ System, który dzięki prowadzonym kartom obserwacji, umożliwia wykrywanie zaburzeń w cyklach. Uzyskane w ten sposób informacje wykorzystuje lekarz – konsultant medyczny Naprotechnologii do identyfikacji źródła tych zaburzeń oraz ich leczenia. Odbywa się to w ścisłej współpracy z przebiegiem cyklu miesięczkowego danej kobiety: w odpowiednich dniach cyklu przeprowadzane są badania diagnostyczne (hormonalne, USG) oraz podawane leki. Z pomocą obserwacji monitorowane są także efekty leczenia. Program leczenia charakteryzuje się indywidualnym podejściem do pacjenta i jego konkretnej sytuacji.

Naprotechnologia skutecznie leczy m.in.:

- niepłodność,
- powtarzające się poronienia,
- bóle menstruacyjne,

- depresję poporodową,
- torbiele jajnikowe,
- nieregularne lub nietypowe krwawienia,
- zespół policystycznych jajników (PCO),
- zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS),
- nieprawidłowości hormonalne,
- stałą wydzielinę śluzową,
- zapobiega przedwczesnym porodom.

Schemat przebiegu cyklu szkoleniowego w ramach Modelu Creighton.

Pierwsze spotkanie jest to tzw. sesja wprowadzająca, na której przedstawiana jest prezentacja multimedialna dotycząca podstaw Modelu Creighton i sposobu wykonywania obserwacji. Spotkanie zwykle trwa około godziny. Następnie wspólnie z instruktorem małżonkowie ustalają harmonogram spotkań. Indywidualne spotkania trwają około 90 minut. Na sesji wprowadzającej oraz spotkaniach konieczna jest obecność obu małżonków

Pierwsze cztery spotkania indywidualne odbywają się co dwa tygodnie, później po miesiącu, po trzech miesiącach i po pół roku oraz w zależności od potrzeby. Pierwszych pięć spotkań indywidualnych poświęconych jest nauce systemu. Kolejne spotkania służą ugruntowaniu zdobytej wiedzy. Po odbyciu podstawowego cyklu nauki zaleca się, by kolejne spotkania odbywały się co sześć lub co dwanaście miesięcy, bądź w zależności od indywidualnych potrzeb. Instruktor pozostaje do dyspozycji również poza spotkaniami indywidualnymi. System nauczania CrMS został zaprojektowany z myślą o jego użytkownikach. Dzięki regularnym spotkaniom małżonkowie są stale pod opieką wykwalifikowanego instruktora. The Creighton Model FertilityCare™ System jest dopasowany do potrzeb każdego małżeństwa czy obserwującej kobiety dzięki indywidualnym spotkaniom z instruktorem.

Spotkania indywidualne są dynamicznym procesem szkoleniowym i w zależności od indywidualnych potrzeb dostosowane do pary. Każde spotkanie ma pewne stałe elementy, tj. sprawdzanie tzw. rutyny obserwacyjnej, omawianie karty

i poszczególnych biomarkerów, poprawa ewentualnych błędów, dyskusja dotycząca sposobów pogłębiania więzi małżeńskiej, tzw. SPICE.

### Schemat postępowania w Naprotechnologii

Pełny cykl leczenia w Naprotechnologii trwa około 2 lat i podzielony jest na trzy etapy.

#### Etap I - zidentyfikowanie problemu (2-6 miesięcy)

nauka Creighton Model System oraz m.in.: interpretacja kart obserwacji cyklu, badania biochemiczne (profile hormonalne skorelowane z obserwacjami cyklu), ultrasonograficzne (w tym monitorowanie owulacji), badanie nasienia (z poszanowaniem zasad moralnych), diagnostyka zabiegowa (laparoscopia bliskiego kontaktu, histeroscopia, selektywna histerosalpingografia i in.)

#### Etap II - naprawienie problemu (1-6 miesięcy)

obserwacje wg CrMS oraz m.in.: leczenie farmakologiczne oraz zabiegowe z wykorzystaniem technologii laserowej, mikrochirurgii (udrażnianie jajowodów), strategii przeciwwzrostowych, plastyka narządu rodniczego i in.

#### Etap III - utrzymanie 12 efektywnych, „dobrych” cykli

obserwacje wg CrMS oraz m.in.: utrzymanie prawidłowego przebiegu krwawienia, rozwoju śluzu, owulacji, długości trwania oraz jakości fazy poowulacyjnej, prawidłowego stężenia hormonów i in.

#### Skuteczność leczenia metodą Naprotechnologii wg przyczyn:

- niepłodność- 50% – 80%,
- niepłodności po nieskutecznym in vitro – 20 – 30%,
- zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS) – 95%,
- depresje poporodowe (PPD)- 95%,
- nawykowe poronienia – 80%,
- zmniejsza częstość porodów przedwczesnych z 12.1% do 7%.

Skumulowane wyniki, wskaźnik ciąż po leczeniu metodą Naprotechnologii z powodu niepłodności, w przedziałach czasowych:

1. do 12 miesięcy - uzyskano 44% ciąż,
2. do 24 miesięcy uzyskano 62% ciąż,
3. w 48 miesięcy od rozpoczęcia leczenia 71%.

Wyniki leczenia kiedy rozpoznaną przyczyną niepłodności była endometrioza:

1. 45% do 12 miesięcy,
2. 65% do 24 miesięcy,
3. 78% do 36 miesięcy.

Skumulowany wskaźnik ciąż dla pacjentek z zespołem policystycznych jajników:

1. 40% po 12 miesiącach
2. 65% po 24 miesiącach
3. do 90% po 48 miesiącach

Skuteczność leczenia metodą Naprotechnologii w porównaniu do postępowania in vitro. Kiedy przyczyną niepłodności był brak owulacji to uzyskano 81,8% poczęć, jeżeli policystyczne jajniki to 62,5% przy endometriozie 56,7%, przy niedrożności jajowodów 38,4%. Dla in vitro analogicznie wyniki z lat 1986 – 2001 od 21 do 27% ciąż na kobietę.

Naprotechnologia okazuje się 2,67 razy bardziej skuteczna niż in vitro dla endometriozy, 2,36 razy dla PCOS i 1,41 razy dla niedrożności jajowodów. W badaniu z Irlandii, w latach 1998-2002 zgłosiło się 1239 par małżeńskich z powodu niepłodności. Średni wiek kobiet to 35,8 lat, średnia długość trwania niepłodności 5,6 roku. 33% par wcześniej było leczonych ART. Wskaźnik ciąż NaProTECHNOLOGY wyniósł 52%. Udało się pomóc około 30% par po niepowodzeniach ART, czyli technik wspomaganego rozrodu „in vitro”.

*(Na podstawie: The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY® Thomas W. Hilgers 2004 oraz „Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice”, Journal of the American Board of Family Medicine, Joseph B. Stanford, MD, MSPH, Tracey A. Pamell, MD and Phil C. Boyle, MB., 09.2008).*

Przykładowo w Irlandii dzięki Naprotechnologii od 1998 r. urodziło się ok. tysiąca dzieci. Sukces udało się osiągnąć u średnio 50 % niepłodnych par, u par po nieudanym in vitro – takie pary mają 20 do 30 % szans na poczęcie, a także

u par z problemem nawracającego poronienia, tu skuteczność leczenia wynosi ok. 80 %.

Z wstępnych danych uzyskanych z lubelskiej Przychodni Specjalistycznej Macierzyństwo i Życie (Lublin, ul. Czechowska 10/39, [www.macierzynstwoizycie.pl](http://www.macierzynstwoizycie.pl)) z usług w zakresie Naprotechnologii korzysta 250 par z różnych regionów Polski. Dzięki Naprotechnologii udało się pomóc od 2010 r. - 38 małżeństwom.

## **VI. Kosztorys**

Przed rozpoczęciem realizacji Programu zostanie zorganizowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego konferencja dla około 150 osób wprowadzająca zainteresowane osoby i podmioty lecznicze w zagadnienia Naprotechnologii.

Pierwsze spotkanie każdej pary uczestniczącej w Programie z instruktorem Naprotechnologiem jest bezpłatne.

Następne 4 spotkania szkoleniowe z instruktorem w wymiarze 1 godziny finansowane są z budżetu województwa podkarpackiego. Koszty  $4 \times 90 \text{ zł} = 360 \text{ zł}$  od pary.

Pozostałe koszty związane z leczeniem Naprotechnologią ponoszą pary indywidualnie.

## **VII. Podmiot realizujący Program**

Program realizowany będzie od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2016 r. przez podmiot leczniczy wybrany w trybie konkursu ofert ogłoszonego przez Zarząd Województwa Podkarpackiego.

Zadania poradni:

- wspieranie małżeństw w zakresie nowoczesnej, skutecznej i w pełni naturalnej metody monitorowania płodności oraz zdrowia ginekologicznego i rozrodczego

kobiety - The CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System – narzędzia diagnostycznego w Naprotechnologii,

- dogłębna i spersonalizowana diagnostyka problemów związanych z niepłodnością/obniżoną płodnością i zdrowiem ginekologicznym,
- leczenie niepłodności (zarówno kobiecej jak i męskiej) oraz innych problemów ginekologicznych z zastosowaniem nowoczesnej medycyny NaProTECHNOLOGY® (Natural Procreative Technology),
- porady dietetyczne szczególnie w zakresie tzw. nietolerancji pokarmowych znacznie obniżających płodność,
- wsparcie psychoterapeutyczne dla małżeństw borykających się z problemem niepłodności i/lub poronień,
- pomoc parom, które uzyskały poczęcie w przygotowaniu się do porodu oraz okresu karmienia piersią (szkoła rodzenia, porady laktacyjne),
- promowanie tematyki pro-rodznej i pro-life przez organizowanie konferencji/sympozjów/sesji naukowych skierowanych do szerokiego grona odbiorców.

Wymagania dla podmiotu leczniczego niezbędne do leczenia metodą Naprotechnologii:

1/ Wymagania formalne, jakie powinny spełniać podmioty lecznicze przystępujące do konkursu o prowadzenie programu zdrowotnego z zakresu Naprotechnologii:

- wyklucza się stosowanie metody wspomaganego rozrodu,
- podmiot nie może uczestniczyć w świadczeniu usług zdrowotnych, takich jak antykoncepcja, aborcja oraz współpracować z lekarzami lub placówkami popierającymi czynnie metody wspomaganego rozrodu,
- podmiot leczniczy jest zobowiązany do przedstawienia statystyki odnośnie płodności za okres trwania Programu.

2/ Personel

- lekarz specjalista NaProTECHNOLOGY® (NFPMC- Natural Family Planning Medical Consultant),
- lekarz ginekolog (wsparcie dla lekarza Naprotechnologa szczególnie w zakresie monitoringu owulacji za pomocą USG i innych procedur związanych z diagnostyką),
- instruktor Modelu Creighton (FCP- FertilityCare™ Practitioner) afiliowany z FCCP (Fertility Care Centers of Poland),

- endokrynolog,
- urolog,
- androlog,
- psycholog/psychoterapeuta,
- dietetyk,
- położna,
- doradca laktacyjny.

### 3/ Wyposażenie gabinetu

- w pełni wyposażony gabinet ginekologiczny:

- aparat USG,
- kozetka,
- fotel ginekologiczny,
- lampa medyczna,
- parawan,
- biurko,
- 2 fotele,
- szafka z przyrządami do pobierania cytologii,
- wzierniki,
- materiały jednorazowego użytku,
- środki dezynfekcyjne.

- w pełni wyposażony gabinet położnej:

- aparat do KTG,
- sprzęt jednorazowego użytku do ściągania szwów,
- kozetka,
- szafka na dokumentację ( mieści się w punkcie szczepień),
- materiały jednorazowego użytku,
- środki dezynfekcyjne.

- pracownika ultrasonograficzna z wysokiej jakości urządzeniem USG 3D/4D

- dobrze wyposażone biuro instruktorskie:

- biurko/stolik i 4 krzesła,
- komputer/laptop,
- urządzenie wielofunkcyjne (skaner, drukarka, kopiarka),
- projektor i ekran,



- zamykana szafa do przetrzymywania dokumentacji.

### **VIII. Kontynuacja działań podjętych w Programie**

Po ocenie efektów realizacji Programu w ostatnim półroczu jego funkcjonowania możliwe będzie ewentualne jego kontynuowanie w ramach programu zdrowotnego ustanowionego na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.). Tym bardziej, że obecna edycja Programu traktowana jest jako pilotażowa.

Program będzie podlegał w trakcie jego trwania stałemu monitorowaniu i doskonaleniu. Podmiot leczniczy realizujący Program będzie składał co pół roku sprawozdanie.

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA  
Władysław Ortyl

