

**UCHWAŁA NR XXIII/178/26
RADY MIEJSKIEJ W WYSZKOWIE**

z dnia 29 stycznia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej Gminna Szkoła Rodzenia - program edukacji
przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków na lata 2026-2030**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1153 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 5, art. 48a ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.) Rada Miejska w Wyszkanie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków na lata 2026-2030, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Wyszkania.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba

Załącznik do uchwały nr XXIII/178/26
Rady Miejskiej w Wyszowie
z dnia 29 stycznia 2026 r.

**Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej
dla przyszłych rodziców w gminie Wyszów na lata 2026-2030**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Wyszów, 2025

Nazwa programu:

Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków na lata 2026-2030.

Okres realizacji programu

2026-2030

Autorzy programu

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk

ul. Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu

Program stanowi kontynuację programu pn. „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków” realizowanego w latach 2021-2025 (Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 59/2020 z dnia 2 września 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków na lata 2026-2030”).

Dane kontaktowe

Urząd Miejski w Wyszakowie

Aleja Róż 2

07-200 Wyszaków

tel. (29) 742-42-01

Data opracowania programu

IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	11
3. Opis obecnego postępowania	13
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny	15
2. Cele szczegółowe:	15
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	16
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3. Planowane interwencje	17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	25
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	26
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	26
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	26
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	27
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	28
1. Monitorowanie	28
2. Ewaluacja	28
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	29
1. Koszty jednostkowe	29
2. Koszty całkowite	29
3. Źródło finansowania	29
VII. Bibliografia	29

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Świadczenia opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem mają na celu przede wszystkim uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w tym m.in. stymulacji czynności skurczowej, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, czy też podania noworodkowi mleka modyfikowanego. Opieka okołoporodowa musi opierać się na praktykach o udowodnionej skuteczności oraz uwzględniać zasady bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno matki, jak i noworodka¹.

Ciągłe doskonalenie standardów opieki okołoporodowej wynika z konieczności podejmowania skutecznych działań na rzecz zmniejszenia częstości zachorowań i zgonów matek, odnoszących się do populacji dzieci wskaźników umieralności (okołoporodowej, noworodków i niemowląt), a także obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej. Nieodłączny element efektywnej opieki sprawowanej nad kobietą ciężarną stanowi edukacja przedporodowa, definiowana jako praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, położu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci². Interdyscyplinarne podejście do edukacji zdrowotnej kobiet oraz ich partnerów w tym szczególnym okresie powinno stanowić standard podejmowanych działań. Edukacja przedporodowa powinna kłaść nacisk na promocję zachowań ograniczających ryzyko powikłań ciąży oraz wad rozwojowych u płodu i noworodka, w tym szczególnie propagowanie prawidłowego żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej oraz ograniczanie narażenia ciężarnych na używki wszelkiego rodzaju³.

Ramowy program edukacji kobiet w tym szczególnym okresie obejmuje zarówno okres prenatalny (ciąża), jak i okres porodu oraz poporodowy (połóg). Dodatkowo edukacja ta zakłada także wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) powinien obejmować w szczególności następujące obszary⁴:

- 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu;

¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [2023 poz. 1324].

² Ibidem.

³ Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, Lipiec 2009 [ptgin.pl; dostęp: 21.06.2020r.].

⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ... op. cit.

- 2) opieka prenatalna – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej;
- 3) styl życia w okresie ciąży – zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w okresie ciąży;
- 4) dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi;
- 5) profilaktyka chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne;
- 6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i porodu;
- 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek.

Z kolei ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu powinien obejmować w szczególności następujące obszary⁵:

- 1) przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
- 2) czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
- 3) fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny;
- 4) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
- 5) łagodzenie bólu porodowego (niefarmakologiczne i farmakologiczne);
- 6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
- 7) cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim.

Edukację przedporodową w sposób skuteczny, pod warunkiem przestrzegania zaleceń i wytycznych ekspertów, prowadzą szkoły rodzenia. Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zadaniem szkoły rodzenia jest działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego zarówno samej ciężarnej/rodzącej, jak i jej partnera oraz rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, porodu i opieki nad noworodkiem⁶. Szkoły rodzenia odgrywają nieocenioną rolę w łagodzeniu bólu porodowego, pojawiającego się w związku z ogólnym napięciem organizmu (fizycznym i psychicznym) kobiety rodzącej. Wyposażenie kobiet ciężarnych w niezbędną wiedzę oraz umożliwienie im zdobywania odpowiednich umiejętności w istotny sposób przyczynia się do zmniejszenia jej dolegliwości bólowych w trakcie porodu. Edukacja przedporodowa kobiet oraz ich partnerów w obszarze przebiegu całego okresu ciąży, porodu i porodu przyczynia się do poprawy komfortu przyszłych rodziców⁷. Wśród wielu funkcji pełnionych przez szkoły rodzenia za najważniejszą i pierwotną uznaje się psychoprofilaktykę porodową⁸. Ponadto szkoły te pełnią także

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

⁷ Iwanowicz-Palus G.: Przygotowanie do porodu i rodzicielstwa – rola szkoły rodzenia w: Bień A. (red.): Opieka nad kobietą ciężarną. PZWL, Warszawa 2009, 348-357.

⁸ Preeti A.: Nowoczesne zajęcia dla przyszłych rodziców, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012, 1/2, 42-43.

funkcję edukacyjną, terapeutyczną i wspierającą. W ramach funkcji edukacyjnej promują prozdrowotne zachowania, pozwalają na pogłębienie wiedzy w zakresie najnowszych wytycznych instytucji będących autorytetami w dziedzinie opieki przedporodowej oraz okołoporodowej, a także na zwiększenie umiejętności i kompetencji w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem. Funkcja terapeutyczna realizowana jest dzięki interdyscyplinarnemu zespołowi specjalistów prowadzących zajęcia w ramach szkoły rodzenia, w tym głównie położnych, lekarzy ginekologów-położników, dietetyków, fizjoterapeutów oraz psychologów. Profesjonaliści Ci pełnią jednocześnie funkcję wspierającą, której jednak najistotniejszym celem jest zwiększenie zaangażowania partnerów przyszłych mam, którzy mają stanowić podstawowy filar wsparcia dla swoich partnerek⁹.

Jak wspomniano powyżej edukacja przedporodowa powinna kłaść nacisk na promocję zachowań ograniczających ryzyko powikłań ciąży oraz wad rozwojowych u płodu i noworodka. Ukierunkowane w ten sposób działania edukacyjne stanowią podstawę profilaktyki wczesnej oraz profilaktyki I stopnia i przyczyniają się do eliminacji lub ograniczania jednego lub kilku czynników ryzyka. Do głównych czynników ryzyka możliwych do zidentyfikowania podczas ciąży, na które pozytywny wpływ mogą wywrzeć działania z zakresu edukacji zdrowotnej w szczególności zalicza się: choroby ciążowej (w tym szczególnie otyłość i cukrzycę) oraz używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży¹⁰. Ponadto działania w ramach edukacji przedporodowej mogą skutecznie zapobiegać problemom okresu poporodowego, takim jak zaburzenia laktacji, czy zaburzenia emocjonalne. Nie należy też zapominać o nieocenionej roli edukacji zdrowotnej przyszłych rodziców w zakresie przygotowania do odpowiedniej pielęgnacji dziecka, która przekłada się na prawidłowy rozwój psychofizyczny oraz zmniejszenie chorobowości w przypadku chorób zakaźnych wieku dziecięcego, czy też cywilizacyjnych, takich jak próchnica i otyłość. Edukacja przedporodowa powinna także promować naturalne metody ukończenia ciąży, dążąc do ograniczenia zjawiska wykonywania cięć cesarskich bez wskazań medycznych na życzenie pacjentki.

Otyłość w ciąży, podobnie jak u kobiet nie będących w ciąży, definiowana jest jako indeks masy ciała BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ stwierdzone przed pierwszą wizytą w ciąży lub w pierwszym trymestrze. W przypadku otyłej ciężarnej istotne jest ustalenie przyczyn otyłości – wynika ona najczęściej z nieprawidłowych nawyków żywieniowych, ale może również towarzyszyć niektórym zespołom endokrynologicznym (np. zespół policystycznych jajników, niedoczynność tarczycy)¹¹. Otyłość u ciężarnych jest czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań, takich jak m.in.: poronienie, cukrzyca ciążowa, nadciśnienie indukowane ciążą i stan przedrzucawkowy, powikłania zakrzepowo-zatorowe, makrosomia płodu, obumarcie wewnątrzmaciczne płodu oraz wady wrodzone, w tym wady cewy nerwowej. Ponadto w późniejszym rozwoju dzieci urodzonych przez matki otyłe obserwuje się

⁹ Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do naturalnego porodu. Twój Magazyn Medyczny 2000, 5 wyd. spec., 15-17.

¹⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ... op. cit.

¹¹ Opieka położnicza nad ciężarną otyłą, Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Ginekol Pol. 2012, 83, 795-799.

większy odsetek osób cierpiących na nadwagę i zespół metaboliczny¹². Najskuteczniejszym sposobem na zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań ciąży i porodu jest redukcja masy ciała jeszcze przed planowaną prokreacją. W przypadku, gdy otyłość dotyczy kobiety ciężarnej powinna się ona stosować do odpowiednich zaleceń dietetycznych (podobnych do zaleceń kierowanych do kobiet z cukrzycą ciążową) oraz podejmować regularną aktywność fizyczną, dostosowaną do swoich potrzeb i możliwości oraz zaleceń lekarza prowadzącego. W grupie otyłych kobiet przyrost masy ciała w przebiegu całej ciąży nie powinien przekraczać 7kg. U ciężarnych z BMI >40kg/m² zalecana jest redukcja masy ciała¹³. Badania wskazują na fakt, iż niski przyrost masy ciała u otyłych w ciąży zmniejsza ryzyko cukrzycy ciążowej, stanu przedrzucawkowego, porodu drogą cięcia cesarskiego oraz nadmiernej urodzeniowej masy ciała noworodka. Ponadto u kobiet z otyłością, stwierdzono poprawę wyników położniczych, jeśli podczas ciąży dochodziło do ubytku masy ciała o około 0,19 kg/tydzień lub w czasie całej ciąży o 7,6 kg¹⁴. Edukacja przedporodowa realizowana w grupie kobiet ciężarnych powinna zawierać elementy edukacji żywieniowej. Racjonalne odżywianie w ciąży jest niezwykle istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój płodu oraz stan zdrowia matki, w związku z czym uzupełnianie niedoborów w zakresie żywienia powinno się znajdować w programach opieki perinatalnej¹⁵. Wzrost zapotrzebowania na energię i większość składników odżywczych w okresie ciąży generuje potrzebę uświadomienia kobietom konieczności wprowadzania zmian w sposobie odżywiania, zarówno w kontekście ilościowym, jak i jakościowym. Za podstawowe źródło witamin i składników mineralnych powinna służyć odpowiednio zbilansowana dieta. W przypadku występowania niedoborów składników odżywczych i braku możliwości pokrycia zapotrzebowania na te składniki w ramach codziennej diety konieczne jest stosowanie jej odpowiedniej suplementacji. Suplementacja ta powinna być indywidualnie dostosowana do stanu zdrowia kobiety i jej sposobu odżywiania się oraz nadzorowana przez lekarza ginekologa lub dietetyka¹⁶. Zgodnie ze stanowiskiem Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego całej populacji kobiet ciężarnych zaleca się suplementację kwasem foliowym, wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi, jodem oraz witaminą D3¹⁷. Podczas prowadzonej w szkole rodzenia edukacji żywieniowej nie należy też zapominać o przekazaniu uczestnikom zajęć zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji¹⁸.

Cukrzyca jest najczęstszą chorobą metaboliczną, stanowiącą powikłanie ciąży. Cukrzyca ciążowa (GDM) jest zagrożeniem dla płodu i noworodka ze względu na możliwość obumarcia wewnątrzmacicznego płodu i występowania wad rozwojowych. Po porodzie noworodki są narażone

¹² Ruager-Martin R, Hyde M, Modi N. Maternal obesity and infant outcomes. *Early Human Development*. 2010, 86, 715-722.

¹³ Opieka położnicza nad ciężarną otyłą... op.cit.

¹⁴ Beyerlein A, Schiessl B, Lack N, von Kries R. Associations of gestational weight loss with birthrelated outcome: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2011, 118, 55-61.

¹⁵ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki... op.cit.

¹⁶ Woźniak-Holecka J., Sobczyk K., Edukacja żywieniowa kobiet ciężarnych i karmiących w kontekście suplementacji diety, *Standardy Medyczne – Pediatria* 2014; T.11, nr 2, s.232-236.

¹⁷ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących, *Ginekol. Pol.* 2014, 85, 395-399.

¹⁸ Borszewska-Kornacka M. i wsp., Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji, *Standardy Medyczne/Pediatria* 2013, T. 10, s. 265-279

na szereg problemów zdrowotnych, takich jak: hipoglikemia, hipokalcemia, czy nawet zaburzenia oddychania. Każda kobieta planująca ciążę powinna przeprowadzić wywiad w kierunku czynników ryzyka wystąpienia u niej GDM. Do czynników tych zaliczamy m.in.: obciążony wywiad położniczy (częste poronienia, zgony wewnątrzmaciczne i porody przedwczesne, porody dzieci z makrosomią, wadami rozwojowymi), cukrzycę w rodzinie, poprzednio stwierdzoną GDM, otyłość (masa ciała powyżej 80 kg), wiek powyżej 35 lat, nadciśnienie tętnicze¹⁹. Najważniejszymi czynnikami bezpośrednio wpływającymi na przebieg tego schorzenia oraz na wyniki prenatalne są wczesne rozpoznanie oraz wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego, obejmującego edukację diabetologiczną, w tym dietetyczną. Nowoczesny model opieki diabetologiczno-położniczej opiera się na zasadzie opieki interdyscyplinarnej, w której bardzo ważną rolę spełnia „model terapii własnej” oparty na udziale dobrze wyedukowanej pacjentki. Działania edukacyjne polegające na wyrobieniu nawyku odpowiedzialności za własne zdrowie, stosowanie właściwych zaleceń dietetycznych oraz nauka samokontroli wzmacniają świadomy udział pacjentki w pracy całego zespołu terapeutycznego i warunkują skuteczność sprawowanej opieki²⁰. Tematyka zajęć realizowanych w szkole rodzenia powinna obejmować omówienie postępowania w przypadku najbardziej rozpowszechnionych powikłań ciążowych, a cukrzyca ciążowa do takich się zalicza. Uświadomienie kobiet ciężarnych w zakresie objawów GDM (wzmózione pragnienie, wzmózione łaknienie, nawracające infekcje dróg moczowych, świąd okolicy sromu, ortostatyczne zawroty głowy, zwiększona ilość oddawanego moczu, utrata masy ciała, zaburzenia ostrości wzroku) podczas zajęć w szkole rodzenia może zwiększyć ich czujność i doprowadzić do wcześniejszego zgłoszenia się ze swymi obawami do lekarza (przed 24-28tyg., kiedy wykonuje się test obciążenia glukozą)²¹. Ponadto w opinii autorów edukacja zdrowotna w tym przypadku może przełożyć się na zmniejszenie poziomu lęku związanego z ewentualnym zachorowaniem na GDM.

Pomimo popularyzacji zalet zdrowego stylu życia nadal istotnym problemem w zachowaniach ciężarnych jest stosowanie używek. Literatura przedmiotu podaje liczne dowody negatywnego wpływu alkoholu, nikotyny oraz nadużywania kawy w ciąży. Łożyisko w pełni przepuszcza alkohol do krwioobiegu dziecka i po 40-60 minutach jego poziom we krwi płodu jest taki sam jak we krwi matki. W związku z faktem, iż dziecko nie ma jeszcze w pełni dojrzałej wątroby jest dłużej narażone na toksyczne działanie alkoholu. Wśród konsekwencji spożywania alkoholu przez ciężarne dla płodu wymienia się Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS – Fetal Alcohol Syndrome), Płodowy Efekt Alkoholowy (FAE – Fetal Alcohol Effect), defekty urodzeniowe związane z alkoholem (ARBD – Alcohol Related Birth Defects), zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem (ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders), a także wewnątrzmaciczne obumarcie płodu²². Narażenie płodu na nikotynę może skutkować niską masą urodzeniową noworodka, wczesną

¹⁹ Gogola C. i wsp., Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą, Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 348–352.

²⁰ Marciniak B., Szytar-Braun M., Leszczyńska-Gorzela B., Rabaniuk D., Grzechnik M., Oleszczuk J. Wpływ samokontroli ciężarnych chorych na cukrzycę na wybrane parametry matczyne. Diabet. Pol. 2002; 9, 4: 170–174.

²¹ Gogola C. i wsp., Opieka... op.cit.

²² Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. Can J Clin Pharmacol 2008, 15: 191-213

śmiercią noworodka, zespołem nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS), a także większą podatnością na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego. Ponadto u palących kobiet w ciąży częściej występuje łożysko przodujące, poronienie oraz przedwczesne pęknięcie błon płodowych²³. Część badań naukowych wskazuje, że spożywanie kofeiny w małych ilościach w okresie ciąży nie powoduje ryzyka dla płodu, jednak liczni eksperci zalecają ograniczenie picia kawy i napojów z kofeiną, uważając iż spożywanie nawet niewielkich ilości kofeiny w trakcie ciąży zwiększa ryzyko niskiej masy urodzeniowej dziecka²⁴. W związku z powyższym plan zajęć realizowanych w ramach szkół rodzenia powinien uwzględniać tematykę szkodliwego wpływu używek na rozwój płodu i noworodka.

Wyłącznie karmienie piersią jest optymalnym i wzorcowym sposobem żywienia niemowląt. Powinno trwać do ukończenia 6 miesiąca życia dziecka, przy czym zaleca się jego kontynuację w kolejnych miesiącach, przy jednoczesnym podawaniu pokarmów uzupełniających²⁵. Na całym świecie podejmowane są liczne inicjatywy mające na celu usprawnienie organizacji i promocji karmienia piersią na oddziałach położnych. Karmienie naturalne promuje WHO oraz UNICEF – zgodnie z zaleceniami tych organizacji podanie noworodkom lub niemowlętom karmionym piersią pokarmu lub napoju innego niż mleko matki wymaga wskazań medycznych. W związku z powyższym podejmuje się liczne działania mające na celu ograniczenie stosowania mleka modyfikowanego u noworodków karmionych piersią podczas hospitalizacji na oddziałach położniczych²⁶. W związku z licznymi korzyściami wynikającymi z karmienia noworodków i niemowląt piersią (rzadsze występowanie u dziecka lub łagodniejszy przebieg wielu jednostek chorobowych) realizatorzy zajęć w szkołach rodzenia powinni z wielkim zaangażowaniem propagować metodę karmienia piersią i dostarczać odpowiednich informacji, podkreślając tym samym pozytywny wpływ tej metody na zdrowie matki i dziecka²⁷. Aby propagować naturalne karmienie dzieci wśród kobiet ciężarnych i młodych matek, należy w ramach zajęć w szkole rodzenia dostarczyć wsparcia informacyjnego i praktycznego w zakresie opanowania prawidłowej techniki przystawiania do piersi i oddziaływania na dziecko w celu uzyskania przez nie umiejętności prawidłowego ssania. Istotne jest w tym przypadku stosowanie metod praktycznych, pomocnych w opanowaniu technik przystawiania do piersi, zasad współpracy z dzieckiem w sytuacji ssania, odciągania nadmiaru pokarmu oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (zastój, chwilowy niedobór pokarmu, bóle brodawek sutkowych)²⁸.

²³ Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen T. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child* 2001, 84: 203-206.

²⁴ Bakker R, Steegers EAP, Obradov A, et al. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr* 2010, 91: 1691-1698.

²⁵ Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review (WHO/NHD/01.08). Geneva, Switzerland, Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2007

²⁶ Helwich E. i wsp., Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, *Standardy Medyczne Pediatria* 2014; 11: 9-16.

²⁷ Cierpka A., Żuralska R., Olszewski J., Gaworska-Krzemińska A. Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Prob. Pielęg.* 2007; 2, 3: 178

²⁸ Wawak-Sobierajska B. Psychologiczne uwarunkowania naturalnego karmienia niemowląt. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; 120–121

Wśród zaburzeń emocjonalnych okresu porodowego wyróżnia się przygnębienie poporodowe zwane baby blues, depresję poporodową, psychozę poporodową oraz ostrą stresową reakcję poporodową. Przygnębienie poporodowe nie wymaga leczenia i ustępuje samoistnie. Depresja poporodowa pojawia się zwykle 2-3 tygodnie po porodzie i trwa zwykle 3-9 miesięcy lub nawet powyżej roku w przypadku braku podjęcia leczenia. Wśród czynników ryzyka depresji poporodowej wymienia się czynniki biologiczne (związane ze sferą hormonalną), psychiczne, psychospołeczne (niskie wsparcie społeczne, złe relacje z partnerem i rodziną, nieplanowana ciąża, stresujące wydarzenia życiowe) oraz związane z ciążą i porodem (negatywne doświadczenia związane z porodem, poród przedwczesny, częsty płacz dziecka, problemy zdrowotne noworodka i problemy z opieką nad nim)²⁹. Wśród wielu działań podejmowanych w ramach profilaktyki zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego znajdują się te realizowane przez szkoły rodzenia – edukacja zdrowotna w okresie ciąży, psychoprofilaktyka, współpraca z rodziną (partnerem), eliminacja czynników negatywnych w przebiegu ciąży, a także wzmocnienie kompetencji przyszłych matek, pomoc w budowaniu kontaktów społecznych w grupie.

Zajęcia prowadzone w szkole rodzenia zwiększają wiedzę oraz świadomość przyszłych rodziców również w zakresie pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, stanowiąc tym samym istotny element profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku dziecięcego, wśród których można wymienić nadwagę i otyłość oraz chorobę próchnicową zębów.

Nadwaga i otyłość stanowią obecnie problem globalny, szczególnie niepokojący w odniesieniu do populacji rozwojowej. Coraz częstsze występowanie otyłości wiąże się ze wzrostem częstości występowania chorób z nią związanych, a także przesunięcia czasu ich pojawienia się na coraz młodsze grupy wiekowe. Problemy zdrowotne związane z otyłością wśród dzieci to m. in.: otyłość w wieku dorosłym (otyłość w wieku 6 lat zapowiada w około 25% otyłość w wieku dorosłym, otyłość w wieku 12 lat już w 75%), nadciśnienie tętnicze, podwyższone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, cukrzyca typu 2, wady postawy, dodatkowo problemy natury psychologicznej (izolacja, wykluczenie społeczne, depresja)³⁰. Profilaktyka otyłości polega na realizacji zaleceń dotyczących równowagi pomiędzy spożyciem kalorii i ich wydatkowaniem oraz utrzymaniem prawidłowego tempa wzrastania, jak również promowania wysiłku fizycznego i ograniczenia czasu spędzanego biernie. Badania naukowe wskazują na fakt, iż sposób żywienia kobiety ciężarnej wpływa na metabolizm jej dziecka już we wczesnym okresie płodowym. Zarówno nadmiar, jak i niedobór składników odżywczych w diecie matki, może „przeprogramować” metabolizm płodu, a w konsekwencji zwiększyć ryzyko wystąpienia u dziecka w przyszłości nadmiaru masy ciała oraz takich chorób jak np. nadciśnienie tętnicze, miażdżycy, cukrzyca typu 2, osteoporoza. Profilaktykę otyłości u dzieci należy rozpocząć już w okresie noworodkowym, nie zapominając o tym, iż „krytycznymi” okresami dla rozwoju tkanki tłuszczowej jest 1-2 oraz 10-18 rok życia. Właśnie wtedy

²⁹ Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, Problemy Pielęgniarstwa 2010, tom 18, zeszyt nr 4, s. 503-511.

³⁰ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4, 210–219

dochodzi do zwiększenia liczby i wielkości komórek tłuszczowych, na co istotny wpływ wywierają między innymi czynniki żywieniowe³¹. W związku z powyższym edukacja żywieniowa wchodząca w skład realizowanej w okresie ciąży edukacji przedporodowej ma istotne znaczenie nie tylko w odniesieniu do zachowania prawidłowej masy ciała u matki, ale też w późniejszym okresie u dziecka, zmniejszając tym samym wystąpienie u niego chorób żywieniowozależnych.

Kolejną chorobą o wysokiej zapadalności wśród dzieci jest próchnica, której profilaktykę również należy rozpocząć już w okresie noworodkowym. Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną, uznawaną za współczesną chorobę cywilizacyjną. Wśród czynników ryzyka jej powstania u dzieci wymienia się m.in. czynniki dietetyczne (długi okres karmienia piersią, wysokie spożycie cukru w niemowlęctwie, w tym jedzenie i picie napojów zawierających cukier w nocy, częste spożywanie słodczy, jedzenie i picie soków owocowych lub słodkich napojów przed zaśnięciem, wysoka liczba oraz wątpliwa jakość odżywcza przekąsek, niskie spożycie magnezu, wysokie dzienne spożycie cukru, wysokie dzienne spożycie mleka, częste spożywanie gazowanych napojów), czynniki higieniczne (późny wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów, zaniedbywanie codziennego szczotkowania zębów, niska częstotliwość szczotkowania zębów, brak udziału bądź nadzoru rodziców przy szczotkowaniu zębów, nieużywanie past z fluorem, zaniechanie czyszczenia zębów przed snem), a także złą higienę jamy ustnej rodziców, późny wiek pierwszego badania dentystycznego oraz nieregularne kontrole dentystyczne³². Wszystkie wymienione wyżej czynniki ryzyka można efektywnie ograniczać lub eliminować poprzez zwiększanie świadomości zdrowotnej rodziców już w okresie przygotowywania się na przyjście dziecka na świat. Istotny wpływ sposobu żywienia, w tym już w okresie noworodkowym i niemowlęcym, na ryzyko rozwoju próchnicy podkreślane jest m.in. w rekomendacjach polskich ekspertów dotyczących zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej³³.

2. Dane epidemiologiczne

W roku 2024 w Polsce wg szacunków GUS urodziło się 251,78 tys. noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności wyniósł 6,7. W województwie mazowieckim urodziło się w tym okresie 42,2 tys. noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych wyniósł odpowiednio 7,66/1000 ludności. W gminie Wyszaków w 2024 roku urodziły się 324 noworodki (8,26/1000 ludności). W Polsce w roku 2024 odnotowano przyrost naturalny na poziomie -4,17/1000 ludności, w województwie mazowieckim -2,78/1000 ludności, natomiast w gminie Wyszaków – 2,55/1000 ludności³⁴.

Wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce w roku 2024 osiągnął wartość 3,6/1000 urodzeń żywych, w województwie mazowieckim było to 3/1000 urodzeń żywych, natomiast w powiecie

³¹ Wywiad z dr n med. Grażyną Rowicką – pediatrą w Zakładzie Żywienia i Poradni Gastroenterologicznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie [http://www.edziecko.pl; dostęp: 15.06.2020r.]

³² Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, Nowa Stomatologia 3/2011, s. 119-127.

³³ Olczak-Kowalczyk D i wsp., Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, Nowa Stomatol 2015; 20(2): 81-91.

³⁴ Bank danych lokalnych GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 03.11.2025]

wyszkowskim - 4,9/100tys. (powyżej wartości dla kraju i województwa)³⁵. Ponad połowa zgonów niemowląt w województwie mazowieckim (58,6%) następuje w związku ze stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, głównie zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży³⁶.

W 2023 roku w województwie mazowieckim odnotowano 54,6 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań związanych z ciążą, porodem i położeniem. W powiecie wyszkowskim było to 797 hospitalizacji, w tym 586 związanych z porodem (797,9/100 tys. ludności), 103 związane z ciążą zakończoną poronieniem (140,3/100 tys. ludności vs. 118,2/100 tys. W przypadku kraju ogółem), 178 związanych z innymi zaburzeniami u ciężarnej związanymi głównie z ciążą (242,4/100 tys. vs. 248,4/100 tys. w kraju ogółem) oraz 55 związanych z zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży i rozwoju płodu (74,9/100 tys. ludności vs. 90,2/100 tys. w kraju ogółem)³⁷.

W zakresie opisanych w poprzednim punkcie problemów zdrowotnych epidemiologia przedstawia się następująco:

- otyłość – według danych NFZ nadwaga lub otyłość dotyczy 56% kobiet w Polsce³⁸; w populacji kobiet ciężarnych problem ten dotyczy ok. 4-4,5%, natomiast wskazuje się, iż odsetek ten może być niedoszacowany³⁹;
- cukrzyca - cukrzyca ciążowa (GDM) pojawia się u 3-5% ciężarnych⁴⁰;
- stosowanie używek w ciąży – ok. 10% ciężarnych przyznaje się do aktywnego palenia papierosów, oraz ok. 22,5% niepalących ciężarnych jest narażonych na bierne wdychanie dymu⁴¹, natomiast ok. 8,5% ciężarnych spożywa alkohol⁴²;
- karmienie piersią - wyniki aktualnych badań naukowych wskazują na fakt, iż 75% kobiet opuszczających porodówkę karmi noworodka piersią, w drugim miesiącu życia ten wskaźnik obniża się do 58%, w szóstym do 29%, a w 12 do 17%⁴³;
- zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego - przygnębienie poporodowe dotyczy nawet do 85% kobiet po porodzie, depresja poporodowa 10-20%, psychoza poporodowa 0,1-0,2%, natomiast ostra stresowa reakcja poporodowa zdarza się średnio 1/1000 porodów⁴⁴;
- nadwaga i otyłość wśród dzieci - wg danych organizacji NCD-RisC12 (NCD Risk Factor Collaboration) rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku 5-9 lat w Polsce wynosi ok. 25,6%, natomiast w przypadku osób w wieku 10-19 lat – 21,8%⁴⁵.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Leczenie szpitalne [basiw.mz.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]

³⁸ Masa ciała i wzrost. Dane niezbędne dla zdrowia publicznego, Aktualności Centrali NFZ, 19.03.2025 r. [www.nfz.gov.pl].

³⁹ Hincz P., Borowski D., Krekora M. et al. (2009) Maternal obesity as a perinatal risk factor. Ginekol. Pol. 80: 334-337.

⁴⁰ Wiercińska M., Cukrzyca ciążowa – rozpoznanie, normy, skutki, poród, leczenie, Medycyna Praktyczna dla pacjentów, 03.11.2023 r. [www.mp.pl].

⁴¹ Polańska K., Hanke W., Laudański T., Kalinka J. (2007) Serum cotinine level as a biomarker of tobacco smoke exposure during pregnancy. Ginekol. Pol. 78(10): 796-80.

⁴² Materiały informacyjne - profilaktyka palenia tytoniu, Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, www.gov.pl.

⁴³ Szczygiół P., Królak-Olejek B., Breastfeeding during the COVID-19 pandemic, Polish Journal of Paediatrics, Pediatr Pol 2022; 97 (2): 140-145.

⁴⁴ Jeleniewska A, Tomaszewska A, Kalicka J, Rustecka A, Kalicki B: Wpływ zaburzeń psychicznych u kobiet podczas ciąży i po porodzie na stan zdrowia dziecka. Pediatr Med Rodz 2024; 20 (1).

- próchnica wśród dzieci – próchnicę odnotowuje się ją u ponad 50% dzieci 3-letnich i u 90,5% dzieci 7-letnich⁴⁶.

3. Opis obecnego postępowania

Świadczenia gwarantowane w obszarze opieki przedporodowej dla kobiet ciężarnych realizowane są przez położną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz przez położną i lekarza ginekologa-położnika w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Do świadczeniobiorców położnej POZ zaliczamy kobiety oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia drugiego miesiąca życia. Szczególną grupę, znajdującą się pod opieką położnej POZ stanowią kobiety ciężarne, na rzecz których realizowana jest edukacja przygotowująca do porodu oraz rodzicielstwa. Świadczenie takie może być realizowane indywidualnie lub grupowo, a jego podstawę stanowi plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Wizyty w ramach edukacji przedporodowej realizowane są od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością uzgodnioną z pacjentką, jednak nie większą niż raz w tygodniu w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży oraz dwa razy w tygodniu od tygodnia 32 do porodu. Świadczenia te stanowią integralną część profilaktyki wczesnej poprzez utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia kobiety ciężarnej oraz profilaktyki I fazy, poprzez zapobieganie negatywnym konsekwencjom dla płodu i noworodka, dzięki kontrolowaniu czynników ryzyka w przypadku ciąży wysokiego ryzyka⁴⁷.

W ramach świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS kobiety ciężarne korzystają z porad specjalistycznych w poradniach położniczo-ginekologicznych. Realizacja ww. świadczeń odbywa się zgodnie z określonymi w formie rozporządzenia standardami postępowania medycznego. Standardy te dotyczą udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Zwarty jest w nich zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Wśród ww. świadczeń wymienić można m.in. badania diagnostyczne (podmiotowe i przedmiotowe), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, propagowanie zdrowego stylu życia (w tym zdrowia jamy ustnej), praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze oraz kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej⁴⁸.

Na rok 2020 na terenie powiatu wyszkowskiego zawarto umowę na realizację świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia położnej POZ jedynie

⁴⁵ World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int

⁴⁶ Szczypińska K., Lewandowska A., Profilaktyka próchnicy wczesnego dzieciństwa – rola lekarzy pediatrów, *Pediatr. Med Rodz.* 2019, 15 (4), p. 378–386.

⁴⁷ Zarządzenie Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

⁴⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ... op. cit.

z 5 podmiotami wykonującymi działalność leczniczą⁴⁹. Jak wskazano w punkcie poprzednim położna POZ udziela świadczeń w edukacji przedporodowej kilkakrotnie w okresie trwania ciąży w odniesieniu do jednej pacjentki, w związku z czym wysoce prawdopodobne jest, że położne we wskazanych 5 podmiotach nie są w stanie objąć świadczeniami edukacji przedporodowej wszystkich ciężarnych mieszkanek powiatu. W związku z powyższym, w opinii autorów, realizacja wskazanych w programie interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących.

Miasto Wyszaków corocznie od 2012 roku finansuje ze środków własnych realizację zadań pn. „Gminna Szkoła Rodzenia”, w tym od roku 2021 w formie programu polityki zdrowotnej. W ramach ww. działań prowadzone są kursy z zakresu opieki przedporodowej dla przyszłych mam oraz ich partnerów, obejmujące swym zasięgiem corocznie ok. 20-30 osób. W ramach jednego kursu odbywa się 8 dwugodzinnych spotkań obejmujących zarówno działania teoretyczne, jak i praktyczne.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Opieka przedporodowa jest niezwykle istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, a jej efektywna realizacja stanowi podstawę dla profilaktyki wymienionych na wstępie problemów zdrowotnych. Zaplanowany w ramach działań samorządowych program polityki zdrowotnej pozwoli na przygotowanie przyszłych rodziców do porodu oraz świadomego rodzicielstwa. Uczestnicy będą mogli zgłębić wiedzę na temat przebiegu okresu ciąży, porodu i porożu, a także nabyć umiejętności w zakresie technik zmniejszania bólu porodowego oraz opieki i pielęgnacji nowonarodzonego dziecka. Usługi z zakresu edukacji przedporodowej są finansowane przez NFZ w ramach świadczeń udzielanych przez położną w podstawowej opiece zdrowotnej, jednakże jak wspomniano w poprzednim punkcie, nie obejmują odpowiednio wysokiego odsetka populacji docelowej. W związku z powyższym interwencje oferowane w ramach programu będą stanowiły istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących, przyczyniając się do wzrostu odsetka kobiet ciężarnych objętych edukacją zdrowotną w tym szczególnym dla nich okresie życia.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.⁵⁰: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025⁵¹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;

⁴⁹ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.].

⁵⁰ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., isap.sejm.gov.pl.

⁵¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026⁵²: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.2: Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031⁵³: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego, Obszar demografia, Rekomendacja 1.3 Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa mazowieckiego, Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.2: Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
5. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa mazowieckiego⁵⁴: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.1.2a – Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Profesjonalne przygotowanie do świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, położu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem, co najmniej 75% uczestników zajęć realizowanych w ramach gminnej szkoły rodzenia.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększenie wiedzy u co najmniej 75% uczestników zajęć: na temat zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego; poszczególnych faz porodu oraz rozwój umiejętności efektywnej współpracy z położną i lekarzem w każdej z tych faz; zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki; w zakresie zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży i laktacji, a także prawidłowych wzorców żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci ;
- 2) Wykształcenie u co najmniej 75% uczestników zajęć umiejętności prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia ukierunkowanej na zdrowy rozwój oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego;
- 3) Wykształcenie u co najmniej 75% uczestników zajęć umiejętności udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka;

⁵² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69].

⁵³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42].

⁵⁴ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Dz. Urz. Woj. 2024.13424].

- 4) Zwiększenie odsetka kobiet ciężarnych niechętnych dla rozwiązań porodu drogą operacyjną w przypadku braku wskazań medycznych;
- 5) Zwiększenie odsetka kobiet zmotywowanych do karmienia piersią.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Liczba wyników co najmniej dobrych (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazywanej podczas całego kursu gminnej szkoły rodzenia (wd. wzrost o 30%);
- 2) Liczba wyników co najmniej dobrych (minimum 60% prawidłowo wykonanych zadań) dla egzaminów umiejętności praktycznych mierzących poziom umiejętności uzyskanych podczas całego kursu gminnej szkoły rodzenia (wd. 75%);
- 3) Liczba porodów zabiegowych bez wskazań medycznych na życzenie pacjentki (wd. 0% kobiet uczestniczących w programie; na podstawie deklaracji wypełnianej przed i po zakończeniu zajęć);
- 4) Liczba kobiet deklarujących karmienie piersią (wd. wzrost o 15% wśród kobiet uczestniczących w programie; na podstawie deklaracji wypełnianej przed i po zakończeniu zajęć).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do kobiet ciężarnych oraz ich partnerów, zamieszkujących gminę Wyszaków. W gminie Wyszaków w 2024 roku urodziły się 324 noworodki⁵⁵. Przyrost naturalny dla miasta Wyszaków w roku 2024 osiągnął wartość -2,55/1000 ludności, co wraz z ogólnokrajowymi prognozami GUS wskazującymi na postępujący spadek przyrostu naturalnego od roku 2018⁵⁶, wskazuje, że nie należy spodziewać się wzrostu liczby urodzeń w gminie ponad ok. 350 niemowląt rocznie. W związku z powyższym populację docelową wprogramie oszacowano na 325 kobiet ciężarnych wraz z ich partnerami. Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, zainteresowanie udziałem w zajęciach szkoły rodzenia finansowanych przez JST w latach ubiegłych oraz możliwości finansowe gminy Wyszaków planowany program polityki zdrowotnej obejmie rocznie ok. 20 kobiet ciężarnych wraz z partnerami – łącznie ok. 40 osób. W ciągu 5 lat realizacji programu będzie to 100 kobiet ciężarnych.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Program jest skierowany do kobiet ciężarnych i ich partnerów. Ciężarne zakwalifikowane do programu spełniającą następujące kryteria:

- ciąża o przebiegu fizjologicznym powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 25 tygodnia;

⁵⁵ Bank Danych Lokalnych GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]

⁵⁶ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050, GUS, Warszawa 2016 [dokument elektroniczny, stat.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]

- skierowanie od lekarza ginekologa lub lekarza POZ z zaświadczeniem o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w szkole rodzenia;
- zamieszkiwanie na terenie gminy Wyszaków;
- oświadczenie o braku uczestnictwa w realizowanych przez inny podmiot zajęciach z zakresu edukacji przedporodowej w okresie obecnej ciąży (w tym finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia) celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

3. Planowane interwencje

W ramach zaplanowanego programu polityki zdrowotnej realizowane będą kursy w szkole rodzenia, obejmujące edukację przedporodową prowadzoną przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, składający się z położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego oraz psychologa. Corocznie zaplanowano 5 cykli kursu – każdy cykl składał się będzie z 8 spotkań 2-godzinnych. Dopuszcza się także organizowanie spotkań 4-godzinnych. Podczas każdego ze spotkań opiekę nad uczestnikami sprawowało będzie równocześnie dwoje specjalistów, celem zapewnienia jak najwyższej jakości realizacji usług, a także bezpieczeństwa uczestnikom. W ramach każdego cyklu podczas 16 godzin zrealizowanych zostanie 5 bloków tematycznych. Zajęcia teoretyczne stanowić będą 70% realizowanych godzin, praktyczne - 30%. W tabeli I przedstawiono ramowy program i scenariusz zajęć w gminnej szkole rodzenia. W tym miejscu należy jednak podkreślić, iż program ten będzie prowadzony na zasadzie participant-led, a więc będzie elastyczny i w miarę możliwości organizacyjnych dostosowywany do potrzeb uczestników.

Tabela I. Ramowy program i scenariusz zajęć w gminnej szkole rodzenia

Blok tematyczny 1: Ciąża

Cel. Przygotowanie kobiet ciężarnych do zachowania zdrowia w ciąży, prawidłowego odżywiania, nawiązania dialogu z nienarodzonym dzieckiem, samoobserwacji.

Treści nauczania:

a) zdrowie w ciąży: jak zmienia się wygląd, upodobania i samopoczucie kobiety w ciąży; higiena skóry, włosów, stóp, jamy ustnej; ubiór, obuwie; higiena intymna; aktywność fizyczna, sen i wypoczynek; pozycje ciała podczas wykonywania czynności dnia codziennego; aktywność zawodowa; seks w ciąży; używki i nałogi; zachowania, których powinna unikać kobieta ciężarna; prawidłowe relacje w rodzinie,

b) odżywianie: przyrost masy ciała; wpływ odżywiania w okresie ciąży na zdrowie kobiety i zdrowie dziecka; jakość i dobór spożywanych produktów żywnościowych w ciąży; produkty niewskazane w ciąży,

c) radzenie sobie z dolegliwościami ciążowymi: mdłości i wymioty; zgaga; wzdęcia; zaparcia; żylaki kończyn i hemoroidy; obrzęki; rozstępy; bezsenność; bóle głowy; bóle kręgosłupa; skurcze mięśni; zapalenie pęcherza moczowego; zasady postępowania w sytuacji pojawienia się dolegliwości,

d) rozwój dziecka w wewnątrzmacicznej fazie rozwoju oraz nawiązanie dialogu z dzieckiem: zapłodnienie; rozwój dziecka od poczęcia do chwili narodzin; rozwój emocjonalny dziecka w fazie życia łonowego; sposoby nawiązania dialogu z nienarodzonym dzieckiem,

e) opieka prenatalna, narodziny zdrowego dziecka: diagnostyka w opiece przedkoncepcyjnej;

czynniki mające wpływ na zdrowie kobiety ciężarnej i jej dziecka; świadczenia medyczne wykonywane przez lekarza, położną; badania diagnostyczne i konsultacje medyczne.

Blok tematyczny 2: Poród

Cel. Zapoznanie kobiety ciężarnej/pary z fizjologicznym przebiegiem porodu, przygotowanie do odbycia bezpiecznego, aktywnego porodu oraz udzielania wsparcia rodzącej podczas porodu.

Treści nauczania:

- a) zwiastuny zbliżającego się porodu oraz zgłoszenie się do porodu: objawy, które sygnalizują o zbliżającym się porodzie; kiedy koniecznie należy się zgłosić do szpitala; procedura przyjęcia rodzącej w szpitalu; jakie dokumenty i wyniki badań musi ciężarna okazać przy przyjęciu w szpitalu; co należy zabrać jadąc do szpitala: na czas porodu, na czas pobytu w szpitalu matki i dziecka; stany nagłej gotowości wymagające hospitalizacji,
- b) przebieg porodu fizjologicznego: definicja porodu fizjologicznego I okres porodu; II okres porodu; III okres porodu; IV okres porodu,
- c) poród aktywny: pojęcie porodu aktywnego; korzyści dla matki i dziecka wynikające z aktywnego rodzenia; pozycje stosowane w I i II okresie porodu,
- d) poród rodzinny: wspólna decyzja dotycząca udziału w porodzie; rola i zadania osoby towarzyszącej podczas I i II okresu porodu; zakres i zasady udzielania wsparcia rodzącej,
- e) naturalne i farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego: sens bólu porodowego; jakie czynniki mają wpływ na odczucia bólowe podczas porodu; naturalne metody łagodzenia bólu porodowego: oddychanie torem przeponowym, woda, masaż; farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego: leki przeciwbólowe i rozkurczowe; znieczulenie zewnątrzoponowe ciążłe (ZZO); znieczulenie podpajęczynówkowe; inne rodzaje znieczuleń.

Blok tematyczny 3: Połóg

Cel. Przygotowanie położnicy i ojca dziecka do okresu połogowego, do rozwiązywania problemów, które mogą pojawić się po przyjściu dziecka na świat, do karmienia piersią oraz świadomego planowania kolejnej ciąży.

Treści nauczania:

- a) połóg, zmiany ustrojowe, powrót płodności: definicja połogu; zmiany ogólnoustrojowe; zmiany w obrębie narządów płciowych; pielęgnacja ciała, piersi, krocza, rany krocza po porodzie, rany po cięciu cesarskim; ponowne podjęcie czynności przez jajniki; antykoncepcja; odżywianie matki podczas karmienia,
- b) psychiczne aspekty okresu połogowego: zmiany emocjonalne i psychiczne; wpływ porodu na psychikę kobiety; objawy świadczące o konieczności szukania fachowej pomocy,
- c) role rodzicielskie: rola matki; rola ojca; rola dziadków,
- d) uczymy się karmić piersią: korzyści zdrowotne dla matki i dziecka; składniki pokarmu; anatomia piersi; fizjologia wytwarzania pokarmu; zmienność pokarmu; zasady prawidłowego przystawiania dziecka do piersi; wskaźniki skutecznego karmienia piersią; pozycje karmienia noworodka/niemowlęcia; karmienie piersią w pierwszych dniach po porodzie,
- e) problemy z karmieniem piersią: nawał pokarmu; uszkodzone brodawki; zastój pokarmu; zapalenie piersi; kryzysy laktacyjne; odciąganie i przechowywanie pokarmu; karmienie alternatywne; karmienie piersią podczas choroby matki i dziecka; wsparcie rodziny.

Blok tematyczny 4: Noworodek/niemowlę

Cel. Przygotowanie rodziców do opieki i pielęgnacji noworodka/niemowlęcia, do rozpoznawania i reagowania na niepokojące stany u dziecka, do zapewnienia mu miłości, troski i bezpieczeństwa oraz tworzenia szczególnych więzi z niemowlęciem.

Treści nauczania:

- a) przygotowanie mieszkania i wyprawki dla noworodka: warunki higieniczne pokoju w którym będzie przebywało dziecko, urządzenie pokoju, miejsca dla noworodka, ubranka dla noworodka,

przybory do pielęgnacji noworodka, wanienska, łódeczko, wózek, fotelik samochodowy,

b) pielęgnacja noworodka: wygląd noworodka po urodzeniu; codzienna pielęgnacja skóry; sposoby pielęgnacji zmian skórnych: rumień, sucha skóra, potówki i inne zmiany; pielęgnacja oczu, nosa, jamy ustnej, uszu, pośladków, pępka, paznokci, narządów płciowych, pośladków; zmiana pieluszek; objawy działania hormonów matki na noworodka; kolka jelitowa; ulewianie, czkawka; odbijanie powietrza; odczyn po szczepieniu BCG; werandowanie i spacer (ubieranie dziecka w domu i na spacer); pomiar temperatury ciała; układanie dziecka do snu; układanie noworodka na brzuszku - korzystna pozycja w okresie czuwania; zmysły noworodka; zabawki; pierwsze dni w domu, poznawanie dziecka; organizacja życia rodzinnego; płacz jako forma komunikacji noworodka z rodzicami; zaspakajanie potrzeb noworodka,

c) pokaz kąpieli noworodka: rola codziennej kąpieli; przygotowanie miejsca do kąpieli; dobór niezbędnych akcesoriów do kąpieli; technika kąpieli; zastosowanie środków pielęgnacyjnych,

d) pierwsze dni dziecka: pierwsze minuty po przyjściu noworodka na świat; odpępnienie i oznakowanie; ocena stanu noworodka wg skali Apgar; pierwsze badanie lekarskie; odruchy noworodkowe; stolce; badania przesiewowe; szczepienia ochronne; żółtaczka fizjologiczna; fizjologiczny spadek masy ciała; profilaktyka stawów biodrowych; opieka nad noworodkiem w szpitalu,

e) zajęcia dydaktyczne z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dziecku: nauczanie umiejętności praktycznych i teoretycznych w sytuacjach zagrożenia życia dziecka,

f) zajęcia edukacyjne dotyczące prawidłowego rozwoju psychofizycznego dziecka: nauka prawidłowych sposobów pielęgnacji dziecka i wspomaganie prawidłowego rozwoju dziecka z udziałem fizjoterapeuty; sposoby profilaktyki chorób cywilizacyjnych (w tym szczególnie otyłości i próchnicy) wdrażane od najmłodszych lat życia dziecka,

g) nauka chustonoszenia i motania: rola bliskiego kontaktu dziecka z mamą która daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, wspomaga jego prawidłowy rozwój i uspokaja.

Blok tematyczny 5: Ćwiczenia gimnastyczne

Cel. Wzmocnienie kondycji fizycznej i psychicznej kobiet ciężarnych, nabycie umiejętności oddychania w poszczególnych fazach porodu, sprawnego rozluźniania się oraz czynnego i świadomego odbicia porodu.

Treści nauczania:

a) ćwiczenia oddechowe: I, II faza porodu; faza przejścia; II okres porodu,

b) ćwiczenia ogólnokształtujące,

c) ćwiczenia uelastyczniające mięśnie krocza i dna miednicy,

d) ćwiczenia przeciwwzkrzepowe,

e) ćwiczenia korygujące postawę,

f) trening relaksacji.

Celem umożliwienia ewaluacji podjętych działań realizator będzie zobowiązany do opracowania kwestionariusza ankiety oraz przeprowadzenia go wśród uczestników przed pierwszymi zajęciami (pre-test) oraz po ostatnich zajęciach (post-test). Ankieta będzie zawierała pytania dotyczące wiedzy w zakresie obszarów tematycznych realizowanych w ramach kursu szkoły rodzenia, a także pytanie dotyczące rodzaju planowanego porodu oraz motywacji do karmienia dziecka piersią. Ankieta powinna zawierać minimum 20 pytań. Ponadto realizator będzie zobowiązany do opracowania egzaminu umiejętności praktycznych oraz przeprowadzenia go wśród uczestników po ostatnich zajęciach. Egzamin będzie obejmował umiejętności praktyczne w zakresie obszarów tematycznych realizowanych w ramach kursu szkoły rodzenia.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Działania szkół rodzenia rekomendowane są przez:

- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG, 2006)⁵⁷,
- National Institute for Health and Clinical Excellence – (NICE, 2008)⁵⁸,
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH, 2008)⁵⁹,
- Haute Autorité de Santé (HAS, 2005)⁶⁰,
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2012)⁶¹,
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2012)⁶²,
- World Health Organization (WHO, 2002)⁶³.

Zgodnie z wytycznymi PTG zadaniem szkoły rodzenia jest działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej oraz całej rodziny. Powyższe zadanie powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, położu i opieki nad noworodkiem. W trakcie kwalifikacji ciężarnej do szkoły rodzenia należy brać pod uwagę względne i bezwzględne przeciwwskazania do ćwiczeń w okresie ciąży. Zajęcia teoretyczne powinny obejmować swą tematyką przebieg porodu, zasady opieki poporodowej, korzyści wynikające z karmienia piersią, a także zagadnienia związane z antykoncepcją po porodzie. Zajęcia praktyczne z kolei powinny obejmować swym zakresem gimnastykę ogólnousprawniającą, ćwiczenie pozycji relaksacyjnych oraz sposobów oddychania w różnych okresach porodu, omówienie zasad parcia oraz pielęgnacji noworodka. Ponadto w ramach uczestnictwa w zajęciach przyszli rodzice powinni zaznajomić się z salą porodową w której będzie odbywać poród⁶⁴.

Zgodnie z zaleceniami NICE dotyczącymi opieki przedporodowej kobiety ciężarne powinny mieć możliwość współpracy z personelem medycznym w zakresie podejmowania świadomych decyzji dotyczących opieki i leczenia w okresie ciąży i porodu. Możliwość ta wymaga dostarczania im opartych na dowodach naukowych informacji, dotyczących m.in.⁶⁵:

- sposobu odżywiania (w tym suplementacji kwasu foliowego, witaminy D i K),
- higieny żywności (w tym sposobów zmniejszenia ryzyka zakażenia m.in. listeriozą, salmonellą),
- stylu życia (w tym umiarkowanej aktywności fizycznej, konieczności zaprzestania palenia, spożywania alkoholu i zażywania narkotyków w ciąży),
- rozwoju płodu w poszczególnych okresach trwania ciąży,

⁵⁷ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży... op. cit.

⁵⁸ Antenatal care for uncomplicated pregnancies, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical guideline [CG62], March 2008.

⁵⁹ Ibidem

⁶⁰ Improving information provision for pregnant women, Practice guidelines, April 2005.

⁶¹ Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, October 2012.

⁶² Ibidem.

⁶³ Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002.

⁶⁴ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży... op. cit.

⁶⁵ Antenatal care for uncomplicated pregnancies, NICE... op. cit.

- konieczności wykonywania badań przesiewowych (w tym zalet i wad tych testów),
- problemów związanych ze zdrowiem psychicznym,
- przebiegu porodu i sposobów radzenia sobie z bólem porodowym,
- karmienia piersią (w tym technik karmienia, korzyści z niego wynikających),
- opieki i pielęgnacji nowonarodzonego dziecka,
- noworodkowych badań przesiewowych.

Konieczność przekazywania ciężarnym informacji o zaburzeniach zdrowia psychicznego związanych z okresem ciąży, porodu i połogu podkreślona została także w rekomendacjach dot. przedporodowego i postnatalnego zdrowia psychicznego⁶⁶. Wymienione wyżej informacje powinny być przekazywane kobietom w formie zrozumiałej, przy uwzględnieniu konieczności ich dostosowania do indywidualnych potrzeb pacjentki, takich jak m.in. niepełnosprawność, czy bariery językowe. Ponadto świadome podejmowanie decyzji wymaga zapewnienia kobietom możliwości zadawania pytań, dzięki czemu rozwiane zostają ich wątpliwości interpretacyjne w zakresie pozyskanych informacji. Kobietom ciężarnym w ramach opieki przedporodowej należy umożliwić uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu i świadomego rodzicielstwa, realizowanych na zasadzie participant-led (elastyczny program zajęć dostosowany do potrzeb uczestników)⁶⁷.

Według zaleceń ACOG kobiety ciężarne należy zachęcać do udziału w zajęciach edukacji przedporodowej. Organizacja ta wskazuje w swoich rekomendacjach, że uczestnictwo w szkołach rodzenia może mieć korzystny wpływ na doświadczenia kobiety w trakcie porodu. Ponadto do uczestnictwa w tego typu edukacji powinno zachęcać się również innych członków rodziny, w tym przede wszystkim ojca dziecka. Przyszli rodzice powinni być informowani m.in. o przebiegu porodu, sposobach na zmniejszanie bólu porodowego, możliwych powikłaniach położniczych, karmieniu piersią i opiece nad noworodkiem. Dla zapewnienia ciągłości opieki oraz spójności przekazywanych informacji edukacja przedporodowa powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów. Ponadto wskazuje się na korzyści wynikające z integracji edukacji przedporodowej z wychowawczą, głównie w postaci ułatwienia uczestnikom wejścia w rolę rodziców⁶⁸.

Zgodnie z zaleceniami WHO prowadząc edukację przygotowującą przyszłych rodziców do przyjścia na świat dziecka należy zapoznać ich z wiedzą na temat procesu ciąży, porodu i połogu celem ułatwienia adaptacji do czekających ich w najbliższym czasie zmian. Prowadząc edukację przedporodową należy wykorzystywać odpowiednie metody nauczania (w tym wykłady, dyskusje) oraz środki dydaktyczne (w tym wizualne). Niezwykle istotne jest w tym przypadku przygotowanie merytoryczne i doświadczenie prowadzących, którzy muszą przekazywać informacje w sposób zrozumiały, odpowiadać na pytania i rozwiewać wszelkie pojawiające się wątpliwości. Ponadto WHO,

⁶⁶ Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical guideline [CG192], December 2014

⁶⁷ Antenatal care for uncomplicated pregnancies, NICE... op. cit.

⁶⁸ Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition... op. cit.

podobnie jak NICE, wskazuje na zasadność wprowadzania modyfikacji w programach edukacyjnych, dostosowując je do potrzeb uczestników⁶⁹.

Według informacji udostępnianych przez Instytut Matki i Dziecka program zajęć w szkole rodzenia powinien obejmować następujące zagadnienia⁷⁰:

- przebieg i higiena ciąży, fizjologia i patologia ciąży;
- przebieg porodu - opieka medyczna, współpraca personelu i rodzącej, znieczulenie porodu, metody łagodzenia bólu;
- psychologiczne aspekty ciąży i porodu;
- karmienie piersią teoria i praktyka;
- opieka nad kobietą w okresie połogu w szpitalu i w domu;
- opieka socjalno-prawna nad matką;
- opieka w szpitalu i w domu nad noworodkiem i niemowlęciem;
- żywienie w ciąży i w okresie karmienia piersią;
- zwiedzanie oddziału (sale porodowe, poporodowe);
- pielęgnacja noworodka;
- gimnastyka przygotowująca do porodu.

Niewiele jest dowodów potwierdzających wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na parametry porodu oraz stan zdrowia noworodka, jednakże istnieją badania wskazujące na wpływ tego typu zajęć m.in. na zmianę nawyków higienicznych i żywieniowych, wzrost wiedzy uczestniczek o przebiegu ciąży i porodu, zmniejszenie poziomu lęku związanego z porodem, czas porodu, efektywniejszą współpracę z personelem medycznym oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego.

Ćwiek i wsp. w swoich badaniach wykazali, że kobiety po kursach w zakresie edukacji przedporodowej charakteryzuje bardziej higieniczny tryb życia, w tym brak nałogów oraz zdrowsza dieta⁷¹. Spinelli na podstawie obserwacji przyrostu masy ciała u ciężarnych stwierdził, że uczestniczki kursów przedporodowych charakteryzował zdrowszy tryb życia i bardziej racjonalny sposób odżywiania⁷². Belowska i wsp., stwierdzili, że uczestniczki kursów przedporodowych mają większą wiedzę na temat przebiegu ciąży i porodu niż kobiety, które na takie zajęcia nie uczęszczały, a to z kolei przekłada się na poprawę samopoczucia oraz decyzję, by rodzić naturalnie⁷³. Do podobnych wniosków doszli Stangret i wsp. wykazując, że kobiety, które ukończyły kurs przedporodowy w porównaniu do nieuczestniczących w tego typu zajęciach posiadały większą wiedzę na temat ciąży i porodu oraz były bardziej świadome celowości ćwiczeń fizycznych zarówno w ciąży, jak i połogu.

⁶⁹ Essential Antenatal... WHO... op. cit.

⁷⁰ Program zajęć Szkoły Rodzenia przy Klinice Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka [www.imid.med.pl; dostęp: 17.06.2020 r.]

⁷¹ Ćwiek D, Grochans E, Sowinska-Glugiewicz I, Wysiecki P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad Lek* 2004;57(1):48-51.

⁷² Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2003; 13(2): 94-101.

⁷³ Belowska A, Sipiński A, Łukasik A. Przebieg ciąży i porodu u pierwiastek po 35. roku życia. *Klin Perin Gin.* 2002; Supl. 25: 217-22.

Ponadto prowadziły bardziej higieniczny tryb życia, zdrowiej się odżywiały, wykazywały większy spokój wewnętrzny i cechowały się wyższą samooceną⁷⁴.

Bączyk i wsp. w swoim badaniu wykazały, iż ciężarne, które uczestniczyły w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia wykazywały niższy poziom lęku niż badane, które nie brały udziału w tego rodzaju przygotowaniach do porodu⁷⁵. Również Stangret i wsp. wykazali niższy poziom lęku w czasie porodu u kobiet po kursie w porównaniu z ciężarnymi nieuczęszczającymi do szkoły rodzenia⁷⁶.

W badaniach Kwiatek i wsp. tolerancja bólu w pierwszym okresie porodu wśród absolwentek szkoły rodzenia była lepsza i nieznacznie rzadziej wymagały one podawania opioidowych leków przeciwbólowych. Ponadto w grupie tej średni czas porodu był krótszy oraz zaobserwowano niższy odsetek okołoporodowych obrażeń kanału rodniczego i mniejszą częstotliwość wykonywania nacięcia krocza, co może potwierdzać, iż udział w zajęciach przygotowujących do porodu istotnie wpływa na jego przebieg⁷⁷. W badaniach Kołomyjca i wsp. wykazano, iż poród u kobiet po szkole rodzenia trwał średnio o 12 minut u pierwiastek i o 16 minut u wieloródek krócej niż u rodzących bez wcześniejszego przygotowania. Autorzy wskazali, iż istotny wpływ na skrócenie czasu porodu u kobiet, które brały udział w zajęciach szkoły rodzenia, miało wcześniejsze zapoznanie się z salą porodową, brak lęku przed porodem oraz, co jest najistotniejsze, umiejętność czynnej współpracy z personelem bloku porodowego. Z powyższego wynikała też mniejsza, w tej grupie, ilość okołoporodowych urazów szyjki macicy⁷⁸.

Schmied i wsp. wskazali, iż kobiety uczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia były znacznie bardziej zadowolone z przebiegu porodu i współpracy z personelem medycznym (84%) w porównaniu do kobiet nie poddanych wcześniej tego typu edukacji (43%). Ponadto kobiety z pierwszej grupy lepiej oceniały swoje przygotowanie do rodzicielstwa⁷⁹. W badaniach Fabian i wsp. prawie 74% uczestniczek stwierdziło, że wiedza zdobyta na zajęciach, była pomocna i znalazła praktyczne zastosowanie przy porodzie, natomiast 40% kobiet uznało, że szkoła rodzenia również przygotowała je do wczesnego rodzicielstwa⁸⁰. Green i Baston w swoich badaniach wysnuły wniosek, że wiedza praktyczna i teoretyczna zdobyta na kursie pozwala na efektywną współpracę z siłami natury w trakcie porodu i daje poczucie kontroli nad sytuacją⁸¹. Piziak z kolei wykazała lepsze przygotowanie do porodu i większą wiedzę na temat ciąży u uczestniczek szkoły rodzenia. Ponadto

⁷⁴ Stangret A, Cendrowska A, Cendrowska A, Szukiewicz D. Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu. *Nowa Medycyna* 2008; 1: 2–6.

⁷⁵ Bączyk G. i wsp., Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży, *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(4): 774-777.

⁷⁶ Stangret A, Cendrowska A, Cendrowska A, Szukiewicz D. Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu. *Nowa Medycyna* 2008; 1: 2–6.

⁷⁷ Kwiatek M. i wsp., Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, Tom 17, Nr 3, 111-115.

⁷⁸ Kołomyjec P, Suchocki S, Kędra-Rakoczy M. Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Klin Perin Gin.* 2007; 43(3): 57–60.

⁷⁹ Schmied V, Myors K, Wills J, et al. Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *Journal of Perinatal Education* 2002;11(3):20–7.

⁸⁰ Fabian H.M., Radestad I.J., Waldenström U. (2005) Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 84(5): 436-43

⁸¹ Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 2003; 30(4): 235–47.

kobiety te częściej wybierały poród naturalny i dodatkowo lepiej znosiły ból towarzyszący zarówno dolegliwościom ciążowym, jak i porodowym i poporodowym⁸².

Poza zagadnieniami teoretycznymi uczestnicy kursu w szkole rodzenia będą także zapoznawani przez fizjoterapeutę z ćwiczeniami gimnastycznymi zwiększającymi sprawność fizyczną oraz technikami relaksacyjnymi i oddechowymi, które są pomocne podczas ciąży i porodu. W odniesieniu do zachowania aktywności fizycznej dostępne badania sugerują, że regularny umiarkowany wysiłek fizyczny w trakcie ciąży przyczynia się do poprawy sprawności fizycznej kobiety. Goodman i wsp. doszli do wniosku, iż ćwiczenia podejmowane w ramach szkoły rodzenia zwiększają sprawność pacjentek, ułatwiając poród i pozwalając w połogu szybciej odzyskać formę sprzed ciąży⁸³. Również Gutaj i wsp. w swoich badaniach wskazali na poprawę wydolności organizmu pacjentki, a także skrócenie czasu porodu i poprawę jego efektywności u kobiet podejmujących systematyczną aktywność fizyczną⁸⁴. W badaniach Rogali i wsp. regularna aktywność fizyczna wykonywana na zajęciach w szkole rodzenia przełożyła się na obniżenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u 70% ciężarnych⁸⁵.

Szkoły rodzenia odgrywają istotną rolę w profilaktyce zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego. Augustyniuk i wsp. w swoich badaniach u kobiet uczestniczących w programie szkoły rodzenia stwierdzili obniżenie częstości występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym i większą umiejętność radzenia sobie z emocjami. Rzadziej występowały u nich objawy zespołu baby blues w postaci zmian nastroju, rozdrażnienia, bezradności, płaczliwości i zmęczenia⁸⁶. Według Kaźmierczaka i wsp. udział w zajęciach w szkole rodzenia jest jednym z najskuteczniejszych sposobów rozwiązywania problemów kobiet emocjonalnych ciężarnych i rodzących, co ma miejsce głównie poprzez wzrost zaufania uczestniczki zajęć do siebie samej oraz wiary w poradzenie sobie z czekającym porodem i opieką nad noworodkiem⁸⁷. Ponadto uważa się, że uczestnictwo w szkole rodzenia może przyczyniać się do wzmocnienia więzi między partnerami i wsparcia emocjonalnego pochodzącego od ojca dziecka. W przypadku pacjentek rodzących przy współuczestnictwie osoby bliskiej czas porodu skraca się o połowę, zmniejsza się odczuwanie bólu oraz częstość występowania powikłań poporodowych⁸⁸. Podejmowanie profilaktyki depresji poporodowej w populacji ciężarnych jest konieczne, ponieważ niewykryta wywiera niekorzystny wpływ na rozwój społeczny, emocjonalny i poznawczy dziecka⁸⁹.

⁸² Piziak W. Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2009; 7(3): 282–92.

⁸³ Goodman P, Mackey MC, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2008; 46(2): 212–9.

⁸⁴ Gutaj P, Wender-Ożegowska E, Mantaj U, Zawiejska A, Brązert J. Matczyny BMI oraz przyrost masy ciała w ciąży i ich wpływ na wyniki położnicze u kobiet z cukrzycą ciążową. *Ginekol Pol.* 2011; 82: 827–33.

⁸⁵ Rogala D. Dolegliwości bólowe w dolnym odcinku kręgosłupa a aktywność fizyczna w czasie ciąży. *Journal of Health Sciences.* 2013; 13: 190–205.

⁸⁶ Augustyniuk K, Rudnicki J, Grochans E, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Szkup-Jabłońska M. Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(2): 138–41.

⁸⁷ Kaźmierczak M., Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 413–416.

⁸⁸ Jo A., Levy V., Roch S. (red.). *Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 59–74.

⁸⁹ Kaźmierczak M., Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń... op.cit.

Edukacja przedporodowa ma istotne znaczenie także w przygotowaniu do roli matki. Schmied i wsp. wskazali, iż kobiety uczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia lepiej oceniały swoje przygotowanie do rodzicielstwa⁹⁰. Podobnie w badaniach Fabian i wsp. 40% kobiet wskazało, że szkoła rodzenia przygotowała je do wczesnego rodzicielstwa⁹¹. Wnioski płynące z badań Kryszk i wsp. sugerują, iż uczestniczki zajęć w szkołach rodzenia lepiej radzą sobie z pielęgnacją nowonarodzonego dziecka, a także są bardziej zadowolone z nowej sytuacji w rodzinie w porównaniu do matek nieuczęszczających do szkoły rodzenia⁹².

Ponadto badania naukowe wskazują na istnienie wpływu uczestnictwa w edukacji zdrowotnej w zakresie karmienia piersią na decyzję kobiety o wyborze tego sposobu odżywiania noworodka. Dyson i wsp. w przeglądzie systematycznym 5 badań obejmujących grupę ok 580 kobiet wykazali, iż karmienie piersią podejmowane było 1,5-rotnie częściej wśród kobiet uczestniczących uprzednio w działaniach edukacyjnych⁹³. Fairbank i wsp. na podstawie przeglądu 59 badań naukowych doszli do wniosku, iż prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej w okresie przedporodowym w niewielkich i nieformalnych grupach może być skuteczną interwencją zwiększającą odsetek kobiet karmiących piersią oraz czas tego karmienia⁹⁴.

Zaleca się aby zajęcia w szkołach rodzenia odbywały się zgodnie z programem typu participant-led (elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/participant-led uczestniczących w zajęciach). Rolls w swoich badaniach wykazał, iż wiedza dotycząca porodu, opieki nad niemowlęciem i rodzicielstwa jest wyższa w grupie objętej wspomnianym wyżej programem edukacyjnym w porównaniu do programu standardowego bez możliwości modyfikacji i dostosowania do potrzeb uczestników. Ponadto kobiety uczestniczące w zajęciach typu participant-led wykazywały wyższą gotowość do powitania na świecie nowonarodzonego dziecka⁹⁵.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Zajęcia w szkole rodzenia będą organizowane przez realizatora wybranego w drodze konkursu, zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁶. Każdy kurs w ramach programu będzie składał się z 8 dwugodzinnych spotkań (łącznie 16h kursu), odbywających się z częstotliwością 1-2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Dopuszcza się także organizowanie spotkań 4-godzinnych. Będzie to łącznie 14 godzin zajęć teoretycznych, w tym ćwiczeń umiejętności, oraz 2 godziny ćwiczeń gimnastycznych (relaksacja i ćwiczenia ogólnousprawniające). Podczas każdego ze spotkań

⁹⁰ Schmied V, Myors K, Wills J, et al. Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *Journal of Perinatal Education* 2002;11(3):20–7.

⁹¹ Fabian H.M., Radestad I.J., Waldenström U. (2005) Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 84(5): 436-43

⁹² Kryszk B, Kaliwoda B, Sybilski A.J. Wpływ kształcenia w szkole rodzenia na postawy i zachowanie zdrowotne jej słuchaczy. *Probl Lek.* 2011; 47(1): 31–5.

⁹³ Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2007. Chichester: Wiley Interscience.

⁹⁴ Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000; 4:(25)i-171.

⁹⁵ Rolls C. Pregnancy-to-parenting education: creating a new approach. *Birth Issues* 2001;10(2):53–8.

⁹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn zm.].

opiekę nad uczestnikami sprawowało będzie równocześnie dwoje specjalistów. Corocznie zostanie zorganizowanych 5 kursów. Grupa nie będzie przekraczała 10 kobiet ciężarnych z osobami towarzyszącymi (łącznie 20 osób). W ramach akcji informacyjnej przyszłym rodzicom zostaną przekazane terminy kursów, sposoby zgłoszenia udziału w kursie oraz konieczność posiadania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udziału w zajęciach szkoły rodzenia. Wymienione wyżej informacje będą udostępniane na stronie internetowej oraz w siedzibie Urzędu Miejskiego w Wyszkanie, a także w poradniach ginekologiczno-położniczych na terenie miasta oraz u realizatora. Organizator szkoły rodzenia ustali harmonogram zajęć dla grupy oraz przedstawi go każdemu z uczestników. Udział uczestników w kursie będzie potwierdzany kartą uczestnictwa wypełnianą przez realizatora (załącznik 1).

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Uczestnicy mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku zakończenia uczestnictwa w programie przed ukończeniem całego kursu z przyczyn innych niż zdrowotne adresat programu:

- zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji z dalszego uczestnictwa w zajęciach (utrata możliwości pogłębiania wiedzy z zakresu przebiegu okresu ciąży, porodu i porodu, a także nabywania i doskonalenia umiejętności z zakresu zmniejszania bólu porodowego i opieki nad noworodkiem);
- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 3);
- kończy udział w programie.

W przypadku zakończenia uczestnictwa w programie po ukończeniu całego kursu adresat programu:

- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 3);
- kończy udział w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) przyjęcie Uchwały Rady Miejskiej w Wyszkanie ws. realizacji programu (I kwartał 2026);
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026/2027/2028/2029/2030);
- 3) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026/2027/2028/2029/2030);
- 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV 2026/2027/2028/2029/2030):
 - akcja informacyjna: informacja w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń i/lub w formie komunikatów na stronie internetowej) oraz informacja

w Urzędzie Miejskim w Wyszkanie (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych);

– kursy Gminnej Szkoły Rodzenia;

5) ewaluacja (I kwartał 2031):

6) analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,

7) analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do uczestników,

8) analiza efektywności prowadzonych działań na podstawie oceny wskazanych mierników efektywności;

9) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2031).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Wyszkanie. Koordynator zapewnia następujące warunki lokalowe i sprzętowe dla prowadzenia kursu:

- 1) lokal umożliwiający realizację programu szkoły rodzenia, w którym znajdują się: 1 sala do prowadzenia zajęć teoretycznych i ćwiczeń gimnastycznych o powierzchni nie mniejszej niż 5m² dla kobiety ciężarnej z osobą towarzyszącą, wc, szatnia;
- 2) pomieszczenia spełniające wymogi bezpieczeństwa i sanitarne, potwierdzone pozytywną opinią inspektora sanitarnego oraz z wyposażeniem zapewniającym możliwość realizacji programu;
- 3) pomieszczenia do prowadzenia zajęć teoretycznych, w których znajdują się: miejsca siedzące, szafa zamykana na klucz, do przechowywania dokumentacji i materiałów dydaktycznych, stolik do nauki przewijania i pielęgnacji noworodka/niemowlęcia;
- 4) pomieszczenia do prowadzenia ćwiczeń gimnastycznych, w których znajdują się: krzesła, materace, worki „sako”, piłki;
- 5) sanitariaty dla uczestników zajęć oraz organizatorów.

W programie realizatorem będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot wykonujący działalność leczniczą (podmiot leczniczy lub lekarz/pielęgniarka/położna/fizjoterapeuta wykonujący/a swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej), spełniający następujące wymagania formalne:

- 1) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. z 2025 poz. 450 z późn. zm.];

2) zapewnienie udzielania świadczeń w programie wyłącznie przez następujące osoby (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności Ministra Pracy i Polityki Społecznej)⁹⁷:

- położną (co najmniej w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa położniczego, neonatologicznego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej);
- innych specjalistów ochrony zdrowia, w tym: fizjoterapeutę, ratownika medycznego, dietetyka lub specjalistę ds. żywienia (specjalista ds. dietetyki lub specjalista ds. żywienia);
- specjalistę z dziedzin społecznych – psychologa;.

3) posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 2), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu prowadzona w corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu,
- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu, ale przerwały swój udział w programie w trakcie trwania kursu (wraz z podaniem przyczyn tych decyzji), prowadzona w corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu;

2) Ocena jakości świadczeń w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora oraz koordynatora programu;

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- określenie wpływu zajęć teoretycznych i praktycznych prowadzonych w ramach kursu gminnej szkoły rodzenia na wiedzę i umiejętności przyszłych rodziców w zakresie

⁹⁷ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania [tekst jedn. Dz.U. 2018 poz. 227].

bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, porodu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem;

- określenie wpływu działań podjętych w programie na decyzję o rodzaju planowanego porodu;
- określenie wpływu działań podjętych w programie na decyzję o karmieniu dziecka piersią;
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. W zaplanowanym programie będzie się ona opierać na teście z wiedzy przekazywanej w trakcie kursu wypełnianym przez uczestników przed i po przeprowadzeniu pełnego cyklu zajęć.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ przedstawione w projekcie są szacunkowe. Faktyczne koszty wynikały będą z ofert złożonych przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ (zł)

Nazwa interwencji	Koszt interwencji
1. Koszt udziału w kursie z zakresu edukacji przedporodowej (kobieta ciężarna/para)	456,00
2. Koszt kursu 16h* - edukacja prowadzona przez położną (10h x 150zł x 2os. = 3 000 zł), fizjoterapeutę (2h x 130 zł x 2 os. = 520 zł), ratownika medycznego (2h x 130 zł x 2 os. = 520 zł), psychologa (1h x 130 zł x 2os. = 260 zł) oraz dietetyka (1h x 130 zł x 2os.= 260 zł)	4 560,00

* Kurs trwa 16h – każda godzina realizowana jest równocześnie przez 2 osoby (2 specjalistów)

2. Koszty całkowite

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (zł)

Lp.	Rok realizacji	2026	2027	2028	2029	2030
1	Liczba zaplanowanych kursów 16h	5	5	5	5	5
2	Szacunkowy koszt 1 kursu (zł)	4 560	4 560	4 560	4 560	4 560
3	Szacunkowy koszt wszystkich zaplanowanych kursów (2 x poz. 2)	22 800	22 800	22 800	22 800	22 800
4	Koszt akcji informacyjnej (zł)	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
5	Koszt monitoringu i ewaluacji (zł)	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
6	Koszt całkowity (suma z poz. 3-5) (zł)	26 800	26 800	26 800	26 800	26 800

3. Źródło finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Wyszaków.

VII. Bibliografia

1. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical guideline [CG192], December 2014
2. Antenatal care for uncomplicated pregnancies, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical guideline [CG62], March 2008.
3. Augustyniuk K, Rudnicki J, Grochans E, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Szkup-Jabłońska M. Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(2): 138–41.
4. Bakker R, Steegers EAP, Obradov A, et al. Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *Am J Clin Nutr* 2010, 91: 1691-1698.
5. Bank Danych Lokalnych GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]
6. Bączyk G. i wsp., Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży, *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(4): 774-777.
7. Belowska A, Sipiński A, Łukasik A. Przebieg ciąży i porodu u pierwiastek po 35. roku życia. *Klin Perin Gin.* 2002; Supl. 25: 217–22.
8. Beyerlein A, Schiessl B, Lack N, von Kries R. Associations of gestational weight loss with birthrelated outcome: a retrospective cohort study. *BJOG.* 2011, 118, 55-61.
9. Borszewska-Kornacka M. i wsp., Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji, *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2013, T. 10, s. 265-279
10. Cierpka A., Żuralska R., Olszewski J., Gaworska-Krzemińska A. Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Prob. Pielęg.* 2007: 2, 3: 178
11. Ćwiek D, Grochans E, Sowinska-Glugiewicz I, Wysiecki P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad Lek* 2004;57(1):48-51.
12. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2007. Chichester: Wiley Interscience.
13. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002.
14. Fabian H.M., Radestad I.J., Waldenström U. (2005) Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 84(5): 436-43
15. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000; 4:(25)i-171.
16. Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do naturalnego porodu. *Twój Magazyn Medyczny* 2000, 5 wyd. spec., 15-17.
17. Gogola C. i wsp., Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 348–352.
18. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2008; 46(2): 212–9.
19. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth.* 2003; 30(4): 235–47.
20. Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, October 2012.

21. Gutaj P, Wender-Ożegowska E, Mantaj U, Zawiejska A, Brązert J. Matczyny BMI oraz przyrost masy ciała w ciąży i ich wpływ na wyniki położnicze u kobiet z cukrzycą ciążową. *Ginekol Pol.* 2011; 82: 827–33.
22. Helwich E. i wsp., Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, *Standardy Medyczne Pediatria* 2014; 11: 9-16.
23. Hincz P., Borowski D., Krekora M. et al. (2009) Maternal obesity as a perinatal risk factor. *Ginekol. Pol.* 80: 334-337.
24. Improving information provision for pregnant women, *Practice guidelines*, April 2005.
25. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.].
26. Iwanowicz-Palus G.: Przygotowanie do porodu i rodzicielstwa – rola szkoły rodzenia w: Bień A. (red.): *Opieka nad kobietą ciężarną*. PZWL, Warszawa 2009, 348-357.
27. Jeleniewska A, Tomaszewska A, Kalicka J, Rustecka A, Kalicki B: Wpływ zaburzeń psychicznych u kobiet podczas ciąży i po porodzie na stan zdrowia dziecka. *Pediatr Med Rodz* 2024; 20 (1).
28. Jo A., Levy V., Roch S. (red.). *Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 59–74.
29. Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, tom 1, nr 4, 210–219
30. Kazimierzczak M., Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 413–416.
31. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt nr 4, s. 503-511.
32. Kołomyjec P, Suchocki S, Kędra-Rakoczy M. Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Klin Perin Gin.* 2007; 43(3): 57–60.
33. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review (WHO/NHD/01.08). Geneva, Switzerland, Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2007
34. Kryszk B, Kaliwoda B, Sybilski AJ. Wpływ kształcenia w szkole rodzenia na postawy i zachowanie zdrowotne jej słuchaczy. *Probl Lek.* 2011; 47(1): 31–5.
35. Kwiatek M. i wsp., Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, Tom 17, Nr 3, 111-115.
36. Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, *Leczenie szpitalne* [basiw.mz.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]
37. Marciniak B., Szylar-Braun M., Leszczyńska-Gorzelak B., Rabaniuk D., Grzechnik M., Oleszczuk J. Wpływ samokontroli ciężarnych chorych na cukrzycę na wybrane parametry matczyne. *Diabet. Pol.* 2002; 9, 4: 170–174.
38. Masa ciała i wzrost. Dane niezbędne dla zdrowia publicznego, *Aktualności Centrali NFZ*, 19.03.2025 r. [www.nfz.gov.pl].
39. Materiały informacyjne - profilaktyka palenia tytoniu, *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*, Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna, www.gov.pl.
40. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69].
41. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.42].
42. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [2023 poz. 1324].

43. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [Dz. Urz. Woj. 2024.13424].
44. Olczak-Kowalczyk D i wsp., Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, *Nowa Stomatol* 2015; 20(2): 81-91.
45. Opieka położnicza nad ciężarną otyłą, *Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*, *Ginekol Pol.* 2012, 83, 795-799.
46. Piziak W. Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2009; 7(3): 282–92.
47. Polańska K., Hanke W., Laudański T., Kalinka J. (2007) Serum cotinine level as a biomarker of tobacco smoke exposure during pregnancy. *Ginekol. Pol.* 78(10): 796-80.
48. Preeti A.: Nowoczesne zajęcia dla przyszłych rodziców, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 1/2, 42-43.
49. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050, GUS, Warszawa 2016 [dokument elektroniczny, stat.gov.pl; dostęp: 03.11.2025 r.]
50. Program zajęć Szkoły Rodzenia przy Klinice Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka [www.imid.med.pl; dostęp: 17.06.2020 r.]
51. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących, *Ginekol. Pol.* 2014, 85, 395-399.
52. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, Lipiec 2009 [ptgin.pl; dostęp: 21.06.2020 r.].
53. Rogala D. Dolegliwości bólowe w dolnym odcinku kręgosłupa a aktywność fizyczna w czasie ciąży. *Journal of Health Sciences.* 2013; 13: 190–205.
54. Rolls C. Pregnancy-to-parenting education: creating a new approach. *Birth Issues* 2001;10(2):53–8.
55. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania [tekst jedn. Dz.U. 2018 poz. 227].
56. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
57. Ruager-Martin R, Hyde M, Modi N. Maternal obesity and infant outcomes. *Early Human Development.* 2010, 86, 715-722.
58. Salmon J. Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. *Can J Clin Pharmacol* 2008, 15: 191-213
59. Schmied V, Myors K, Wills J, et al. Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *Journal of Perinatal Education* 2002;11(3):20–7.
60. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2003; 13(2): 94–101.
61. Stangret A, Cendrowska A, Cendrowska A, Szukiewicz D. Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu. *Nowa Medycyna* 2008; 1: 2–6.
62. Szczygiół P., Królak-Olejniki B., Breastfeeding during the COVID-19 pandemic, *Polish Journal of Paediatrics, Pediatr Pol* 2022; 97 (2): 140-145.
63. Szczypińska K., Lewandowska A., Profilaktyka próchnicy wczesnego dzieciństwa – rola lekarzy pediatrów, *Pediatr. Med Rodz.* 2019, 15 (4), p. 378–386.

64. Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, Nowa Stomatologia 3/2011, s. 119-127.
65. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., isap.sejm.gov.pl.
66. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz. U. 2025 poz. 1461z późn zm.].
67. Wawak-Sobierajska B. Psychologiczne uwarunkowania naturalnego karmienia niemowląt. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; 120–121
68. Wiercińska M., Cukrzyca ciążowa – rozpoznanie, normy, skutki, poród, leczenie, Medycyna Praktyczna dla pacjentów, 03.11.2023 r. [www.mp.pl].
69. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen T. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child 2001, 84: 203-206.
70. World Health Organization (2024). The Global Health Observatory. Prevalence of obesity among children and adolescents, BMI > +2 standard deviations above the median, www.who.int
71. Woźniak-Holecka J., Sobczyk K., Edukacja żywieniowa kobiet ciężarnych i karmiących w kontekście suplementacji diety, Standardy Medyczne – Pediatria 2014; T.11, nr 2, s.232-236.
72. Wywiad z dr n med. Grażyną Rowicką – pediatrą w Zakładzie Żywienia i Poradni Gastroenterologicznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie [http://www.edziecko.pl; dostęp: 15.06.2020 r.]
73. Zarządzenie Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba

Karta uczestnictwa w programie „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków na lata 2026-2030”

I. Dane uczestnika

Nazwisko	
Imię	

II. Zgoda na uczestnictwo w kursie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w kursie szkoły rodzenia i wyrażam dobrowolną zgodę na swój udział w zajęciach.

.....
(data i podpis pacjenta)

III. Potwierdzenie uczestnictwa w zajęciach:

Lp.	Data	Temat spotkania	Podpis uczestnika	Podpis prowadzącego
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków na lata 2026-2030”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestnictwa w programie przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miejski w Wyszakowie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym
Miernik		Wartość
Liczba zrealizowanych kursów		
Liczba zrealizowanych spotkań		
Liczba zrealizowanych godzin		
Liczba uczestników, którzy odbyli pełen cykl spotkań w ramach kursu		
Liczba uczestników, którzy przerwali cykl spotkań w ramach kursu (wraz ze wskazaniem przyczyn)		
Liczba uczestników, u których stwierdzono wzrost wiedzy przekazywanej podczas całego kursu gminnej szkoły rodzenia		
Liczba kobiet deklarujących karmienie piersią na początku kursu		
Liczba kobiet deklarujących karmienie piersią na koniec kursu		

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba

Ankieta satysfakcji uczestnika programu „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków na lata 2026-2030”

I. Ocena procedury zgłoszenia udziału w kursie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas zgłaszania chęci uczestnictwa?					
uprzejmość osób zapisujących uczestników?					

II. Ocena organizacji kursu w szkole rodzenia

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
dostosowanie terminów zajęć do możliwości czasowych uczestników?					
czystość w pomieszczeniach przeznaczonych na realizację zajęć?					
czystość toalet?					
wyposażenie pomieszczeń przeznaczonych na realizację zajęć?					

III. Ocena edukacji przedporodowej prowadzonej przez położną

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					

IV. Ocena edukacji przedporodowej prowadzonej przez psychologa

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle

uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

V. Ocena edukacji przedporodowej prowadzonej przez dietetyka

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

VI. Ocena edukacji przedporodowej prowadzonej przez fizjoterapeutę.

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

VII. Ocena edukacji przedporodowej prowadzonej przez ratownika medycznego.

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

VIII. Dodatkowe uwagi/opinie:

Przewodniczący Rady

Adam Szczerba