

**Program polityki zdrowotnej pn.
„Szkola Rodzenia – program edukacji
przedporodowej dla przyszłych
rodziców w mieście Stargard”**

Program polityki zdrowotnej pn. „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w mieście Stargard”

1. Nazwa programu:

Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w mieście Stargard

2. Okres realizacji programu: 2018-2022

3. Autorzy programu: mgr Karolina Sobczyk, dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, natomiast stanowi kontynuację finansowanego ze środków własnych miasta zadania pn. „Szkoła Rodzenia” (2007-2017).

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny:

Świadczenia opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu 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. Edukacja przedporodowa stanowi nieodłączny element efektywnej opieki sprawowanej nad kobietą ciężarną, ponieważ rozwój fizyczny i intelektualny dziecka i dorosłego człowieka zależy od prawidłowo przebiegającej ciąży oraz porodu. 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 rodzaju².

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

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2016 r. (poz. 1132).

² Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, Ginekol.Dypl.2006; T.8 Wyd. Specjalne [wrzesień], s.59-66.

oraz rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, położu i opieki nad noworodkiem³. 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 położu przyczynia się do poprawy komfortu przyszłych rodziców⁴. Wśród wielu funkcji pełnionych przez szkoły rodzenia za najważniejszą i pierwotną uznaje się psychoprofilaktykę porodową⁵. Ponadto szkoły te pełnią także 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 partnerek⁶.

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 ciężarnej (w tym szczególnie otyłość i cukrzycę) oraz używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży⁷. Ponadto działania w ramach edukacji przedporodowej mogą skutecznie zapobiegać problemom okresu

³ Ibidem.

⁴ Iwanowicz-Palus G.: Przygotowanie do porodu i rodzicielstwa – rola szkoły rodzenia w: Bień A. (red.): Opieka nad kobietą ciężarną. PZWL, Warszawa 2009, 348-357.

⁵ Preeti A.: Nowoczesne zajęcia dla przyszłych rodziców, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 1/2, 42-43.

⁶ Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do naturalnego porodu. *Twój Magazyn Medyczny* 2000, 5 wyd. spec., 15-17.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania... op.cit.

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)⁸. 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^{9,10}. Ponadto w późniejszym rozwoju dzieci urodzonych przez matki otyłe obserwuje się większy odsetek osób cierpiących na nadwagę i zespół metaboliczny¹¹. 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 $>40 \text{ kg/m}^2$ zalecana jest redukcja masy ciała¹². 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

⁸ Opieka położnicza nad ciężarną otyłą, Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Ginekol Pol. 2012, 83, 795-799.

⁹ Hincz P, Borowski D, Krekora M, [et al.]. Maternal obesity as a perinatal risk factor. Ginekol Pol. 2009, 80, 334-337.

¹⁰ Ruager-Martin R, Hyde M, Modi N. Maternal obesity and infant outcomes. Early Human Development. 2010, 86, 715-722.

¹¹ Boney CM, Verma A, Tucker R i wsp. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. Pediatrics 2005;115:290-296

¹² Opieka położnicza nad ciężarną otyłą... op.cit.

dochodziło do ubytku masy ciała o około 0,19 kg/tydzień lub w czasie całej ciąży o 7,6 kg¹³. 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 perinatalnej¹⁴. 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 dietetyka¹⁵. Zgodnie ze stanowiskiem Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego całej populacji kobiet ciężarnych zaleca się suplementację kwasem foliowym, wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi, jodem oraz witaminą D3¹⁶. Podczas prowadzonej w szkole rodzenia edukacji żywieniowej nie należy też zapominać o przekazaniu uczestnikom zajęć zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji¹⁷.

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 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,

¹³ 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.

¹⁴ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki... op.cit.

¹⁵ 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.

¹⁶ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących, Ginekol. Pol. 2014, 85, 395-399.

¹⁷ 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

nadciśnienie tętnicze¹⁸. 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 opieki¹⁹. Diagnostyka ciężarnych w kierunku cukrzycy ciążyowej powinna być wykonywana przez wszystkich lekarzy położników w warunkach ambulatoryjnych - pomiędzy 24. a 28. tygodniem ciąży u każdej kobiety ciężarnej przeprowadza się test obciążenia glukozą (75 g). Postępowanie w kierunku wykrywania cukrzycy u ciężarnej opiera się na wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, pomiarach glikemii oraz na testach przesiewowych (50 g glukozy) i diagnostycznych (75 g glukozy). Wstępne oznaczenie stężenia glukozy we krwi należy wykonać na początku ciąży w celu wykrycia bezobjawowej cukrzycy przedciężarnej. Badania diagnostyczne zmierzające do rozpoznania GDM wykonuje się pomiędzy 24. a 28. tygodniem ciąży²⁰. Tematyka zajęć realizowanych w szkole rodzenia powinna obejmować omówienie postępowania w przypadku najbardziej rozpowszechnionych powikłań ciążyowych, a cukrzyca ciążowa do takich się zalicza. Uświadomienie kobiet ciężarnych w zakresie objawów GDM (wzmoczone pragnienie, wzmoczone łaknienie, nawracające infekcje dróg moczowych, świąd okolicy sromu, ortostatyczne zawroty głowy, zwiększona ilość oddawanego moczu, utrata masy ciała, zaburzenia ostrości wzroku²¹) 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). 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. Łożysko w pełni

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

¹⁹ Marciniak B., Szylar-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.

²⁰ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2010. *Diabet. Prakt.* 2010; 11, supl. A: 39.

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

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 skutkuje niską masą urodzeniową noworodka, wczesną śmiercią noworodka, zespołem nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS), a także większą podatnością na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego^{23,24}. Ponadto u palących kobiet w ciąży częściej występuje łożysko przodujące, poronienie oraz przedwczesne pęknięcie błon płodowych²⁵. Część badań naukowych wskazuje, że spożywanie kofeiny w małych ilościach w okresie ciąży nie powoduje ryzyka dla płodu²⁶, 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 dziecka²⁷. W związku z powyższym plan zajęć realizowanych w ramach szkół rodzenia powinien uwzględniać tematykę szkodliwego wpływu używek na rozwój płodu i noworodka.

Wyłączne 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 uzupełniających²⁸. 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

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

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

²⁴ Mitchell EA, Ford R, Stewart A, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1993, 91: 893-899.

²⁵ Kesmodel U, Olsen SF. Smoking habits among pregnant Danish women: reliability of information recorded after delivery. *J Epidemiol Comm Health* 1999, 53: 239-42.

²⁶ Olsen J, Bech BH. Caffeine intake during pregnancy. *BMJ* 2008, 337: a2316.

²⁷ 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.

²⁸ 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

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 położniczych²⁹. 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 dziecka³⁰. 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)³¹.

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)³². Wśród wielu działań podejmowanych w ramach profilaktyki zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego znajdują się te realizowane przez szkoły rodzenia – edukacja zdrowotna w okresie ciąży,

²⁹ Helwich E. i wsp., Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, *Standardy Medyczne Pediatria* 2014; 11: 9-16.

³⁰ Cierpka A., Żuralska R., Olszewski J., Gaworska-Krzemińska A. Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Prob. Pielęg.* 2007; 2, 3: 178

³¹ Wawak-Sobierajska B. Psychologiczne uwarunkowania naturalnego karmienia niemowląt. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; 120-121

³² Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt nr 4, s. 503-511.

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)³³. 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, miażdżycę, 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 dochodzi do zwiększenia liczby i wielkości komórek tłuszczowych, na co istotny wpływ wywierają między innymi czynniki żywieniowe³⁴. 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

³³ Juruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, tom 1, nr 4, 210–219

³⁴ 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: 09.05.2017r.]

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 dentystyczne³⁵. 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 próchnicowej³⁶.

2. Epidemiologia:

W roku 2015 w Polsce urodziło się 217,4tys. noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności wyniósł 9,4. W województwie zachodniopomorskim urodziło się w tym okresie 9,9tys. noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych wyniósł odpowiednio 8,4/1000 ludności³⁷. W mieście Stargard³⁸ w 2015 roku urodziło się 646 noworodków (9,4/1000 ludności), w 2016 – 652³⁹. Przyrost naturalny w Polsce w roku 2015 wyniósł -0,7/1000

³⁵ 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.

³⁶ 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.

³⁷ Rocznik Statystyczny Województw, GUS, Warszawa 2016 [dokument elektroniczny, stat.gov.pl; dostęp: 08.05.2017]

³⁸ Z dniem 1 stycznia 2016r. dokonano zmiany nazwy „Stargard Szczeciński” na „Stargard”

³⁹ BDL, Bank Danych Lokalnych [https://bdl.stat.gov.pl; dostęp: 08.05.2017]

ludności, w województwie zachodniopomorskim -1,3/1000 ludności⁴⁰, natomiast w mieście Stargard – 0,4/1000 ludności⁴¹.

Wskaźnik umieralności niemowląt na świecie wynosi 32/1000 żywych urodzeń (2015). Dla krajów Unii Europejskiej miernik ten w roku 2015 osiągnął wartość 3,6 – najniższe wartości odnotowano dla Słowenii (1,6) oraz Finlandii (1,7), najwyższe dla Rumunii (7,6) oraz Malty (5,8)⁴². Wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce w roku 2015 osiągnął wartość 4/1000 urodzeń żywych (powyżej średniej unijnej), w województwie zachodniopomorskim było to 3,6/1000 urodzeń żywych⁴³, dla miasta Stargard – 3,1/100tys. (poniżej średniej unijnej)⁴⁴. W roku 2014 w Polsce ponad połowa zgonów niemowląt (51%) nastąpiła w związku ze stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, głównie zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży⁴⁵. Wskaźnik umieralności okołoporodowej dla krajów Unii Europejskiej w roku 2014 osiągnął wartość 6,1/1000 urodzeń żywych i martwych – najniższe wartości odnotowano we Włoszech (2,0) oraz w Czechach (3,2), najwyższe w Bułgarii (10,5), na Litwie (10,5) oraz we Francji (10,4)⁴⁶. Wskaźnik umieralności okołoporodowej w Polsce w roku 2015 osiągnął wartość 5/1000 urodzeń żywych i martwych (poniżej średniej unijnej), w województwie zachodniopomorskim było to 4,1/1000 urodzeń żywych i martwych⁴⁷.

W 2014 roku w województwie zachodniopomorskim odnotowano 26,3 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań związanych z ciążą, porodem i położeniem. Z ogółu hospitalizacji 57,8% związanych było z porodem, 31% z patologią ciąży (lekką lub ciężką), 11% z ciążą utraconą lub poronieniem, natomiast 0,2% z komplikacjami poporodowymi. Wśród ogółu hospitalizacji związanych z porodem 52% dotyczyło porodów drogą naturalną (w tym 8,8% powikłanych), natomiast 48% porodów zabiegowych (w tym 14% powikłanych). Średnia długość hospitalizacji w przypadku porodu niepowikłanego drogą naturalną wyniosła 3,9 dnia, w przypadku porodu niepowikłanego zabiegowego 4,7 dnia. Dla porodów powikłanych było to odpowiednio 9,1 dnia (poród zabiegowy) oraz 6,2 dnia (poród niezabiegowy). W analizowanym okresie w województwie zachodniopomorskim 83% ciąż zakończyło się porodem, natomiast w przypadku 15% doszło do utraty ciąży lub poronienia (dla 2% wykazano brak danych). Ciąże utracone i poronienia, jak wskazano powyżej, stanowiły 11% wszystkich

⁴⁰ Rocznik Statystyczny Województw... op.cit.

⁴¹ Województwo Zachodniopomorskie, Podregiony Powiaty Gminy, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin 2016 [dokument elektroniczny, szczecin.stat.gov.pl; dostęp: 08.05.2017]

⁴² EUROSTAT, Europejski Urząd Statystyczny [ec.europa.eu/Eurostat; dostęp: 08.05.2017]

⁴³ Rocznik Statystyczny Województw... op.cit.

⁴⁴ Województwo Zachodniopomorskie, Podregiony... op.cit.

⁴⁵ Rocznik Statystyczny Województw... op.cit.

⁴⁶ EUROSTAT... op.cit.

⁴⁷ Rocznik Statystyczny Województw... op.cit.

analizowanych hospitalizacji (2,88tys. ogółu) - liczba hospitalizacji z tego powodu na 100 tys. kobiet w wieku rozrodczym wyniosła 707,1 i była to czwartą najwyższą wartość wśród wszystkich województw (po mazowieckim, łódzkim i śląskim)⁴⁸.

Analiza danych dotyczących struktury porodów wskazuje jednoznacznie na wzrost odsetka porodów zabiegowych oraz spadek odsetka porodów fizjologicznych wraz z wiekiem rodzącej. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku porodów powikłanych – odsetek ich udziału wzrasta z wiekiem pacjentek. Współczynnik cięć cesarskich w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich (liczba porodów za pomocą cięcia cesarskiego w przeliczeniu na 100 porodów w ciążach niepowikłanych, dla których nie stwierdzono wcześniejszych cięć cesarskich) wyniósł w Polsce 28,9 (2014). Dla województwa zachodniopomorskiego wskaźnik ten był najwyższy – osiągnął wartość 38,9. Współczynnik porodów fizjologicznych po przebytych cięciach cesarskich w ciążach niepowikłanych (liczba porodów zakwalifikowanych jako fizjologiczne w przeliczeniu na 100 porodów w ciążach niepowikłanych, dla których stwierdzono przebyte w przeszłości cięcia cesarskie) w analizowanym okresie wyniósł w Polsce 9,2. W województwie zachodniopomorskim była to wartość zbliżona do średniej ogólnopolskiej – 9,4⁴⁹.

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

- otyłość - szacuje się, że nadwaga lub otyłość dotyczą 49% kobiet w Polsce⁵⁰; w populacji kobiet ciężarnych problem ten dotyczy ok. 4-4,5%, natomiast wskazuje się, iż odsetek ten może być niedoszacowany⁵¹;
- cukrzyca - choruje na nią około 0,3% kobiet w wieku rozrodczym; cukrzyca ciążowa (GDM) pojawia się u 2-4% ciężarnych⁵²;
- stosowanie używek w ciąży – ok. 15-20% ciężarnych przyznaje się do aktywnego palenia papierosów, oraz ok. 30% niepalących ciężarnych jest narażonych na bierne wdychanie dymu⁵³, natomiast ok. 10% ciężarnych spożywa alkohol⁵⁴;

⁴⁸ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem dla województwa zachodniopomorskiego [dokument elektroniczny, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl>]

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Dane Instytutu Żywności i Żywienia [<http://www.izz.waw.pl>; dostęp: 09.05.2017r.]

⁵¹ Hincz P., Borowski D., Krekora M. et al. (2009) Maternal obesity as a perinatal risk factor. *Ginekol. Pol.* 80: 334-337.

⁵² Bręborowicz G. Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2000: 787-812.

⁵³ 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.

⁵⁴ Żukiewicz - Sobczak W, Paprzycki P. Raport Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Lublin: Wyd. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki; 2013.

- karmienie piersią - wyniki aktualnych badań naukowych wskazują na fakt, iż w 6 miesiącu życia dziecka piersią karmi jedynie 68% matek, a wyłącznie piersią zaledwie 4-9%⁵⁵;
- 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 porodów⁵⁶;
- nadwaga i otyłość wśród dzieci – jak wykazały badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w Polsce nadmierną masę ciała ma ponad 22% uczniów szkół podstawowych i gimnazjów (w województwie zachodniopomorskim jest to 23,9%)⁵⁷;
- próchnica wśród dzieci – zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia próchnica występuje u ok. 54% dzieci 3-letnich, ok. 86% dzieci 6-letnich i ok. 80% dzieci 12-letnich⁵⁸;

3. Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z danymi Urzędu Stanu Cywilnego Gminy-Miasta Stargard na rok 2017 Stargard zamieszkuje 65 291 osób, w tym ok. 15,9tys. kobiet w wieku rozrodczym. Wskaźnik żywych urodzeń w mieście w roku 2015 wyniósł 9,4/tys. ludności, urodziło się wówczas 646 noworodków – rok później 652 (2015).

4. Obecne postępowanie

Miasto Stargard corocznie od 2007 roku finansuje ze środków własnych realizację zadań pn. „Szkoła Rodzenia”. Realizatorem tych działań jest Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie. W ramach „Szkoły Rodzenia” prowadzone są kursy z zakresu opieki przedporodowej dla przyszłych mam oraz ich partnerów, obejmujące swym zasięgiem corocznie ok. 75 kobiet oraz ok. 90 par. W ramach jednego kursu odbywa się 8 dwugodzinnych spotkań obejmujących zarówno działania teoretyczne, jak i praktyczne. Miasto na sfinansowanie ww. działań przeznacza rocznie środki w wysokości 15tys. zł. Rok 2017 zaplanowano jako ostatni, w którym interwencje te realizowane i finansowane będą poza formą programu polityki zdrowotnej.

⁵⁵ Zagórczka E. i wsp., Realizacja zaleceń żywienia uzupełniającego w grupie niemowląt uczestniczących w projekcie badawczym „Nawyki żywieniowe a stan odżywienia niemowląt w Polsce”, Ped Pol 2008; 83: 136-149.

⁵⁶ Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, Problemy Pielęgniarstwa 2010, tom 18, zeszyt nr 4, s. 503-511.

⁵⁷ Dane Instytutu Żywności i Żywienia (2015) [<http://www.izz.waw.pl>; dostęp: 09.05.2017r.]

⁵⁸ Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2011-2015 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Maluch – edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” realizowany przez gminę Polkowice (2017-2020);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowujący przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka - zajęcia w szkole rodzenia” (2016-2017);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla powiatu chojnickiego - szkoła rodzenia” (2016-2018).

5. 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 położu, 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 opisano szerzej w dalszej części projektu, 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 szczególnie dla nich okresie życia.

Zakres programu jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁵⁹ – priorytet 9: poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim⁶⁰ – priorytet 1: Poprawa opieki nad matką i dzieckiem (1.4: Poprawa specjalistycznej, kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem – najważniejsze w ramach tego kierunku jest m.in.

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]

⁶⁰ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016r. – 31 grudnia 2018r., Szczecin 29 czerwca 2016r.

zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i porodu);

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020⁶¹:
 - cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (Działanie 1.2 – pkt 1: podejmowanie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie; pkt. 4: promocja karmienia piersią; pkt 5: prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących suplementów diety)
 - cel operacyjny 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi (Działanie 3.1.1 – pkt 4: upowszechnianie wiedzy na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży; Działanie 4.2 – pkt 3: upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych)
 - cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa (Działanie 2.4: Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku)
 - cel operacyjny 6: Poprawa zdrowia prokreacyjnego (Działanie 2: Prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endo- i egzogennych mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym)

⁶¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny:

Wzrost liczby kobiet ciężarnych i ich partnerów oceniających swoje przygotowanie do porodu oraz świadomego rodzicielstwa na poziomie bardzo dobrym.

2. Cele szczegółowe:

- 1) zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców na temat zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego
- 2) zwiększenie wiedzy ciężarnej na temat poszczególnych faz porodu oraz rozwój umiejętności efektywnej współpracy z położną i lekarzem w każdej z tych faz
- 3) zwiększenie liczby kobiet ciężarnych niechętnych dla rozwiązań porodu drogą operacyjną w przypadku braku wskazań medycznych
- 4) zwiększenie udziału liczby porodów rodzinnych w ogólnej liczbie porodów drogą naturalną
- 5) zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców na temat zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki
- 6) zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców w zakresie zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży i laktacji, a także prawidłowych wzorców żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci
- 7) zwiększenie liczby kobiet karmiących piersią
- 8) wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia ukierunkowanej na zdrowy rozwój oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego
- 9) wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka

3. Oczekiwane efekty:

Oczekuje się, że uczestnictwo kobiet ciężarnych w cyklu spotkań w ramach kursów w szkole rodzenia przełoży się na wzrost ich wiedzy na temat przebiegu porodu, a w konsekwencji na zwalczenie lub zminimalizowanie lęku związanego z czekającym je zakończeniem ciąży. Ponadto udział w zajęciach partnerów kobiet ciężarnych (ojców dzieci) pozwoli na ich lepsze przygotowanie do porodu rodzinnego oraz wzmocnienie więzi rodzinnych. Realizacja zajęć w grupie umożliwi wzajemną wymianę doświadczeń oraz uzyskanie wsparcia w nowej sytuacji życiowej. Oczekuje się, iż zdobyta w trakcie kursu wiedza w zakresie szeroko pojętych

zachowań prozdrowotnych pozwoli na zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń zdrowotnych u noworodka, a w późniejszym okresie niemowlęcia i małego dziecka. Wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności prawidłowej pielęgnacji dziecka na każdym etapie jego rozwoju powinno skutkować zmniejszeniem ryzyka zaburzeń zdrowotnych wieku dziecięcego. Ponadto zdobyta w trakcie kursu wiedza będzie skutkowała zwiększeniem odsetka rodziców uwzględniających w pielęgnacji i wychowaniu dziecka zachowania zmniejszające ryzyko wystąpienia u niego chorób cywilizacyjnych, w tym m.in. próchnicy oraz otyłości.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a. liczba osób uczestniczących w programie (wd. 165 dla subpopulacji kobiet ciężarnych i 90 dla subpopulacji partnerów kobiet ciężarnych)
- b. procent objęcia programem populacji docelowej (wd. 26% dla subpopulacji kobiet ciężarnych i 14% dla subpopulacji partnerów kobiet ciężarnych)
- c. liczba porodów naturalnych (wd. 15% więcej w grupie kobiet uczestniczących w programie w porównaniu do kobiet nie uczestniczących w programie)
- d. liczba porodów zabiegowych bez wskazań medycznych na życzenie pacjentki (wd. 15% mniej w grupie kobiet uczestniczących w programie w porównaniu do kobiet nie uczestniczących w programie)
- e. liczba porodów rodzinnych (wd. 15% więcej w grupie par uczestniczących w programie w porównaniu do par nie uczestniczących w programie)
- f. liczba kobiet deklarujących karmienie piersią (wzrost o 20% na zakończenie programu w porównaniu z deklaracjami na pierwszych zajęciach)
- g. liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazywanej podczas całego cyklu spotkań w ramach kursu (wd. wzrost o 30%)

III. ADRESACI PROGRAMU

Program będzie skierowany do kobiet ciężarnych oraz ich partnerów, zamieszkujących na terenie miasta Stargard.

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W mieście Stargard w 2016 roku urodziły się 652 noworodki⁶². Przyrost naturalny dla miasta Stargard w roku 2015 osiągnął wartość 0,4/1000 ludności, jednakże w związku z ogólnokrajowymi prognozami GUS wskazującymi na postępujący spadek przyrostu naturalnego od roku 2018⁶³, nie należy spodziewać się wzrostu liczby urodzeń w mieście ponad 650 niemowląt rocznie. Spośród wszystkich niemowląt urodzonych w roku 2014 w województwie zachodniopomorskim z ciąż bliźniaczych pochodziło ok. 2,5%⁶⁴, więc szacuje się, że ok. 650 niemowląt rocznie w mieście Stargard jest rodzonych przez ok. 635 kobiet. W związku z powyższym populację docelową w programie oszacowano na 635 kobiet ciężarnych (subpopulacja pierwsza) oraz ich 635 partnerów (subpopulacja druga). Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, zainteresowanie udziałem w zajęciach szkoły rodzenia finansowanych przez JST w latach ubiegłych oraz możliwości finansowe miasta Stargard planowany program polityki zdrowotnej obejmie ok. 165 kobiet ciężarnych (ok. 26% pierwszej subpopulacji docelowej) oraz ok. 90 partnerów ciężarnych (ok. 14,2% drugiej subpopulacji docelowej).

2. Tryb zapraszania do programu:

- 1) informacja w podmiocie leczniczym realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);
- 2) informacja w Urzędzie Gminy-Miasta Stargard (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);

⁶² BDL, Bank Danych Lokalnych [<https://bdl.stat.gov.pl>]; dostęp: 08.05.2017]

⁶³ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050, GUS, Warszawa 2016 [dokument elektroniczny, stat.gov.pl]; dostęp: 08.05.2017]

⁶⁴ Roczniki Branżowe, Rocznik Demograficzny 2015, GUS, Warszawa 2015 [dokument elektroniczny, stat.gov.pl]; dostęp: 08.05.2017]

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu;
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego kryteria kadrowe, lokalowe i infrastrukturalne niezbędne dla prowadzenia zajęć z zakresu edukacji przedporodowej
- 4) podpisanie umowy na realizację programu;
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem:
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - akcja edukacyjna (edukacja przedporodowa przyszłych rodziców);
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. realizacji programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora
- 6) ewaluacja:
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie sprawozdania z realizacji programu

2. Planowana interwencja:

W ramach zaplanowanego programu polityki zdrowotnej realizowane będą kursy w szkole rodzenia, obejmujące edukację przedporodową prowadzoną przez położną, fizjoterapeutę, dietetyka oraz psychologa. W poniższej tabeli przedstawiono harmonogram spotkań w ramach każdego z kursów wraz ze wskazaniem realizowanej tematyki oraz osoby prowadzącej zajęcia. 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.

Tab. I. Harmonogram kursu w szkole rodzenia.

Lp.	Temat zajęć	Forma zajęć*	Osoba prowadząca
1	Fizjologia i patologia ciąży Badania diagnostyczne i testy przesiewowe w ciąży Zachowania prozdrowotne Profilaktyka zaburzeń rozwojowych płodu i noworodka	T	Położna
2	Przebieg porodu i współpraca z personelem Metody łagodzenia bólu porodowego Zalety porodu naturalnego	T+P	Położna
3	Psychologiczne aspekty ciąży i porodu Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego	T	Psycholog
4	Karmienie piersią w teorii i praktyce	T + P	Położna
5	Żywienie w okresie ciąży i laktacji Suplementacja w okresie ciąży i laktacji Zapobieganie zakażeniom drogą pokarmową Profilaktyka otyłości u rodziców oraz noworodków, niemowląt i małych dzieci Profilaktyka cukrzycy Profilaktyka próchnicy	T	Dietetyk
6	Przebieg połogu – opieka i pielęgnacja w warunkach szpitalnych i domowych	T	Położna
7	Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem w warunkach szpitalnych i domowych Badania diagnostyczne i testy przesiewowe u noworodka Profilaktyka zaburzeń rozwojowych noworodka, niemowlęcia i małego dziecka Profilaktyka wybranych schorzeń wieku dziecięcego (choroby zakaźne, próchnica)	T	Położna
8	Pielęgnacja noworodka Pierwsza pomoc u noworodka, niemowlęcia i małego dziecka	P	Położna
9	Gimnastyka przygotowująca do porodu, w tym: - nauka oddychania torem przeponowym - ćwiczenia mięśni dna miednicy - ćwiczenia odprężające, rozluźniające - trening oddechowy przygotowujący do porodu - nauka ćwiczeń w poszczególnych fazach porodu - pozycje przeciwbólowe w pierwszej fazie porodu - pozycje porodowe - ćwiczenia relaksacyjne - ćwiczenia po porodzie i w okresie połogu	P	Położna Fizjoterapeuta
10	Zwiedzanie oddziału (sale porodowe i poporodowe)	P	Położna

* T – teoretyczne, P - praktyczne

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program jest skierowany do kobiet ciężarnych i ich partnerów – osób spełniających następujące kryteria:

- ciąża powyżej 21 tygodnia;
- skierowanie od lekarza ginekologa lub lekarza POZ z zaświadczeniem o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w szkole rodzenia;
- zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie miasta Stargard;
- oświadczenie o braku uczestnictwa w realizowanych przez inny podmiot zajęciach z zakresu edukacji przedporodowej w okresie obecnej ciąży.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Zajęcia w szkole rodzenia będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Każdy kurs w ramach programu będzie składał się z dziesięciu dwugodzinnych spotkań, odbywających się z częstotliwością raz w tygodniu w godzinach popołudniowych. Corocznie zostanie zorganizowanych 12 kursów, w tym 6 dla kobiet ciężarnych bez osoby towarzyszącej (grupy max. 15-osobowe) oraz 6 dla kobiet ciężarnych z partnerem (grupy max. 30-osobowe). 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 Gminy-Miasta Stargard, a także w poradniach ginekologiczno-położniczych na terenie miasta oraz u realizatora. Udział uczestników w kursie będzie potwierdzany kartą uczestnictwa wypełnianą przez realizatora (załącznik 1).

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

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 opiece 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 ryzyka⁶⁵.

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 medycznego⁶⁶. 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 ustnej⁶⁷.

W roku 2014 na terenie powiatu stargardzkiego świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie należącym do położnej POZ udzielało 12 podmiotów. W okresie tym sprawozdano ok. 4tys. świadczeń położnych POZ, z czego jedynie ok. 245 w edukacji

⁶⁵ Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

⁶⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357].

⁶⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem [Dz.U. 2016 poz. 1132].

przedporodowej (6% ogółu)⁶⁸. 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 trudno oszacować ilu pacjentkom wskazane 245 świadczeń zostało udzielonych. Przy założeniu, że dla każdej pacjentki były to jedynie dwa świadczenia edukacją przedporodową w analizowanym okresie objętych zostało ok. 120 kobiet (ok. 10% populacji kobiet ciężarnych w powiecie)⁶⁹. W związku z niewielkim odsetkiem kobiet ciężarnych, którym udzielane są ww. świadczenia gwarantowane realizacja wskazanych w programie interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna:

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

7. 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 połogu, 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.

⁶⁸ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem dla województwa zachodniopomorskiego [dokument elektroniczny, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl>]

⁶⁹ Analiza własna na podstawie danych BDL, Bank Danych Lokalnych [<https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp: 08.05.2017]

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy spełniający wymogi obowiązujących przepisów, a zajęcia z zakresu edukacji przedporodowej prowadzone będą przez wykwalifikowany personel. Pomieszczenia oraz sprzęt zapewnione przez realizatora będą spełniały wymogi przepisów BHP. Osoby prowadzące zajęcia edukacyjne będą wykwalifikowane pod kątem udzielania pierwszej pomocy. Interwencje przewidziane w programie są całkowicie bezpieczne dla uczestników, a warunkiem udziału w kursie będzie zaświadczenie lekarza POZ lub ginekologa-położnika o braku przeciwwskazań dla tego rodzaju aktywności.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy-Miasta Stargard. W programie realizatorem zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy posiadający podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia, spełniający wymagania określone dla realizacji tego rodzaju świadczeń⁷⁰. Prowadzącymi zajęcia w ramach kursów w szkole rodzenia zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności Ministra Pracy i Polityki Społecznej będą⁷¹:

1) specjalista do spraw zdrowia - położna (co najmniej w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa położniczego, neonatologicznego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej);

2) inni specjaliści ochrony zdrowia, w tym:

- fizjoterapeuta,
- dietetyk lub specjalista ds. żywienia (specjalista ds. dietetyki lub specjalista ds. żywienia);

3) specjalista z dziedzin społecznych – psycholog.

Ponadto realizator będzie spełniał odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe, tj. będzie zobowiązany posiadać lokal umożliwiający realizację kursu szkoły rodzenia, w tym:

- jedno pomieszczenie do prowadzenia zajęć teoretycznych o powierzchni co najmniej 40m² wyposażone w miejsca siedzące, szafę zamykaną na klucz do przechowywania dokumentacji związanej z kursem oraz stoliki do nauki przewijania i pielęgnacji noworodka/niemowlęcia,

⁷⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Dz.U. 2016 nr 0 poz. 694]

⁷¹ 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

- jedno pomieszczenie do prowadzenia zajęć praktycznych o powierzchni co najmniej 60m² wyposażone w apteczkę, aparat do pomiaru ciśnienia krwi, krzesła lub drabinki oraz niezbędne dla prowadzenia ćwiczeń materace, worki „sako”, piłki, wałki, poduszki.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Działania szkół rodzenia rekomendowane są przez:

- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG, 2006)⁷²,
- National Institute for Health and Clinical Excellence – (NICE, 2008)⁷³,
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH, 2008)⁷⁴.
- Haute Autorité de Santé (HAS, 2005)⁷⁵,
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2012)⁷⁶,
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2012)⁷⁷,
- World Health Organization (WHO, 2002)⁷⁸.

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

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.

⁷² Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży... op.cit.

⁷³ 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.

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Improving information provision for pregnant women, Practice guidelines, April 2005.

⁷⁶ Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, October 2012.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002.

Ponadto w ramach uczestnictwa w zajęciach przyszli rodzice powinni zaznajomić się z salą porodową w której będzie odbywać poród⁷⁹.

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.⁸⁰:

- 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,
- 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 psychicznego⁸¹. 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)⁸².

⁷⁹ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży... op.cit.

⁸⁰ Antenatal care for uncomplicated pregnancies, NICE... op.cit.

⁸¹ Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical guideline [CG192], December 2014

⁸² Antenatal care for uncomplicated pregnancies, NICE... op.cit.

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 rodziców⁸³.

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, podobnie jak NICE, wskazuje na zasadność wprowadzania modyfikacji w programach edukacyjnych, dostosowując je do potrzeb uczestników⁸⁴.

Według informacji udostępnianych przez Instytut Matki i Dziecka program zajęć w szkole rodzenia powinien obejmować następujące zagadnienia⁸⁵:

- 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;

⁸³ Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition... op.cit.

⁸⁴ Essential Antenatal... WHO... op.cit.

⁸⁵ Program zajęć Szkoły Rodzenia przy Klinice Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka [www.imid.med.pl; dostęp: 10.05.2017r.]

- 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.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

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 dieta⁸⁶. Spinelli na podstawie obserwacji przyrostu masy ciała u ciężarnych stwierdził, że uczestniczki kursów przedporodowych charakteryzował zdrowszy tryb życia i bardziej racjonalny sposób odżywiania⁸⁷. 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 родić naturalnie⁸⁸. 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. Ponadto prowadziły bardziej higieniczny tryb życia, zdrowiej się odżywiały, wykazywały większy spokój wewnętrzny i cechowały się wyższą samooceną⁸⁹.

Baczyk i wsp. w swoim badaniu wykazały, iż ciężarne, które uczestniczyły w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia wykazywały niższy poziom lęku niż badane, które nie

⁸⁶ 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.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ Belowska A, Sipiński A, Łukasik A. Przebieg ciąży i porodu u pierwiastek po 35. roku życia. *Klin Perin Gin.* 2002; Supl. 25: 217-22.

⁸⁹ 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.

brały udziału w tego rodzaju przygotowaniach do porodu⁹⁰. Również Stangret i wsp. wykazali niższy poziom lęku w czasie porodu u kobiet po kursie w porównaniu z ciężarnymi nieuczęszczającymi do szkoły rodzenia⁹¹.

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 rodnego i mniejszą częstotliwość wykonywania nacięcia krocza, co może potwierdzać, iż udział w zajęciach przygotowujących do porodu istotnie wpływa na jego przebieg⁹². W badaniach Kołomyjca i wsp. wykazano, iż poród u kobiet po szkole rodzenia trwał średnio o 12 minut u pierwsiatek 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 macicy⁹³.

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 rodzicielstwa⁹⁴. 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 rodzicielstwa⁹⁵. 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

⁹⁰ Bączyk G. i wsp., Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży, *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(4): 774-777.

⁹¹ 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.

⁹² 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.

⁹³ 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.

⁹⁴ 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.

⁹⁵ 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

sytuacją⁹⁶. Piziak z kolei wykazała lepsze przygotowanie do porodu i większą wiedzę na temat ciąży u uczestniczek szkoły rodzenia. Ponadto kobiety te częściej wybierały poród naturalny i dodatkowo lepiej znosiły ból towarzyszący zarówno dolegliwościom ciążowym, jak i porodowym i poporodowym⁹⁷.

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 położu szybciej odzyskać formę sprzed ciąży⁹⁸. 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 fizyczną⁹⁹. W badaniach Rogali i wsp. regularna aktywność fizyczna wykonywana na zajęciach w szkole rodzenia przełożyła się na obniżenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u 70% ciężarnych¹⁰⁰.

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 zmęczenia¹⁰¹. 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

⁹⁶ Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 2003; 30(4): 235–47.

⁹⁷ Piziak W. Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Prz Med Uniw Rzesz*. 2009; 7(3): 282–92.

⁹⁸ Goodman P, Mackey MC, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2008; 46(2): 212–9.

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ Rogala D. Dolegliwości bólowe w dolnym odcinku kręgosłupa a aktywność fizyczna w czasie ciąży. *Journal of Health Sciences*. 2013; 13: 190–205.

¹⁰¹ 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.

opieką nad noworodkiem¹⁰². 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 poporodowych¹⁰³. Podejmowanie profilaktyki depresji poporodowej w populacji ciężarnych jest konieczne, ponieważ niewykryta wywiera niekorzystny wpływ na rozwój społeczny, emocjonalny i poznawczy dziecka¹⁰⁴.

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 rodzicielstwa¹⁰⁵. Podobnie w badaniach Fabian i wsp. 40% kobiet wskazało, że szkoła rodzenia przygotowała je do wczesnego rodzicielstwa¹⁰⁶. 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 rodzenia¹⁰⁷.

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-ktornie częściej wśród kobiet uczestniczących uprzednio w działania edukacyjnych¹⁰⁸. 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 karmienia¹⁰⁹.

¹⁰² Kazimierczak M., Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 413–416.

¹⁰³ Jo A., Levy V., Roch S. (red.). *Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 59–74.

¹⁰⁴ Kazimierczak M., Sipiński A. *Profilaktyka zaburzeń...* op.cit.

¹⁰⁵ 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.

¹⁰⁶ 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

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ 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.

Zaleca się aby zajęcia w szkołach rodzenia odbywały się zgodnie z programem typu participant-led (elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par 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 dziecka¹¹⁰.

d. Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych JST (jeżeli są dostępne)

PPZ o podobnej tematyce to m.in.:

- PPZ pn. „Maluch – edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” realizowany przez gminę Polkowice (2017-2020);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowujący przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka - zajęcia w szkole rodzenia” (2016-2017);
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla powiatu chojnickiego - szkoła rodzenia” (2016-2018).

V. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe (w złotych):

- 150zł (kobieta ciężarna lub para) – koszt akcji informacyjnej (2zł) oraz udziału w kursie z zakresu edukacji przedporodowej, w tym edukacji prowadzonej przez położną (103zł), dietetyka (15zł), psychologa (15zł), oraz fizjoterapeutę (15zł)
- 2035zł (kurs) – edukacja prowadzona przez położną (1405zł), dietetyka (210zł), psychologa (210zł), oraz fizjoterapeutę (210zł)

¹¹⁰ Rolls C. Pregnancy-to-parenting education: creating a new approach. Birth Issues 2001;10(2):53–8.

2. Planowane koszty całkowite:

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

Lp.	Rok realizacji PPZ	2018		2019		2020		2021		2022	
		k	p	k	p	k	p	k	p	k	p
1	Grupa docelowa (k – kobiety; p – pary)										
	Liczba całkowita	75	90	75	90	75	90	75	90	75	90
2	Koszt jednostkowy (zł)	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
3	Koszty w subpopulacjach (zł) [poz. 1 x poz. 2]	11 250	13 500	11 250	13 500	11 250	13 500	11 250	13 500	11 250	13 500
4	Koszty całkowite [suma z poz. 3]	24 750		24 750		24 750		24 750		24 750	

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjna*	Kurs w szkole rodzenia					Koszt całkowity	
		położna	dietetyk	psycholog	fizjoterapeuta	suma		
2018	330	16 995	2 475	2 475	2 475	24 420	24 750	
2019	330	16 995	2 475	2 475	2 475	24 420	24 750	
2020	330	16 995	2 475	2 475	2 475	24 420	24 750	
2021	330	16 995	2 475	2 475	2 475	24 420	24 750	
2022	330	16 995	2 475	2 475	2 475	24 420	24 750	
SUMA	1 650	84 975	12 375	12 375	12 375	122 100	123 750	

* koszt druku ulotek/plakatów informacyjnych

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program finansowany z budżetu Gminy-Miasta Stargard oraz środków pozyskanych w ramach dofinansowania przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹¹

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach ze wskazaniem zaplanowanej wysokości środków z poszczególnych źródeł finansowania.

Rok realizacji	Gmina-Miasto Stargard		Zachodniopomorski OW NFZ		SUMA	
	(zł.)	%	(zł.)	%	(zł.)	%
2018	14 850	60	9 900	40	24 750	100
2019	14 850	60	9 900	40	24 750	100
2020	14 850	60	9 900	40	24 750	100
2021	14 850	60	9 900	40	24 750	100
2022	14 850	60	9 900	40	24 750	100
SUMA	74 250	60	49 500	40	123 750	100

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- Edukacja przedporodowa stanowi nieodłączny element efektywnej opieki sprawowanej nad kobietą ciężarną, ponieważ rozwój fizyczny i intelektualny dziecka i dorosłego człowieka zależy od prawidłowo przebiegającej ciąży oraz porodu;
- Zaplanowany w ramach działań samorządowych program polityki zdrowotnej pozwoli na przygotowanie przyszłych rodziców do porodu oraz świadomego rodzicielstwa;
- Usługi z zakresu edukacji przedporodowej są finansowane przez NFZ w ramach świadczeń udzielanych przez położną w podstawowej opiece zdrowotnej, jednakże jak opisano szerzej w poprzednich częściach projektu, nie obejmują odpowiednio wysokiego odsetka populacji docelowej;
- 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 podejmowane w szkole rodzenia cechują się wysoką efektywnością i są interwencjami pożądanymi w grupie docelowej;

¹¹¹ Art. 48d Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U.2016.1793 j.t. ze zm.].

- Wiedza oraz umiejętności nabyte przez uczestników w trakcie kursu będą mogły być wykorzystane nie tylko podczas obecnej ciąży i porodu, ale także w przypadku kolejnych.

VI. MONITORING I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 30 czerwca, 1 lipca - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora (załącznik 2);
- analiza liczby osób, które przerwały kurs oraz powodów zaistniałej sytuacji prowadzona w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 30 czerwca, 1 lipca - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora (załącznik 2).

2. Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3)
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

3. Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- wskazanie odsetka populacji docelowej objętej interwencjami
- określenie liczby porodów naturalnych w grupie uczestniczek kursu
- określenie liczby porodów rodzinnych w grupie uczestniczek kursu
- określenie liczby porodów drogą cesarskiego cięcia bez wskazań medycznych w grupie uczestniczek kursu
- określenie liczby kobiet karmiących piersią
- określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i umiejętności uczestniczek
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, po jego zakończeniu oraz po porodzie. 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, a także

na analizie wyników ankiet przekazywanych ciężarnym na koniec kursu z prośbą o ich wypełnienie po porodzie i pozostawienie u realizatora (ankiety te będą dotyczyły przydatności i wykorzystania w trakcie porodu pozyskanych wiadomości i zdobytych umiejętności).

4. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych zaplanowano głównie poprzez jego coroczną realizację, będącą kontynuacją działań prowadzonych od 2007 roku. Ponadto uważa się, iż wiedza oraz umiejętności nabyte przez uczestników w trakcie kursu będą mogły być wykorzystane także w przypadku kolejnych ciąż i porodów. Wieloletni charakter programu pozwoli także na doskonalenie stosowanych przez realizatora metod kształcenia, a w konsekwencji stały wzrost jakości i efektywności prowadzonych działań.

Załącznik 1

Karta uczestnictwa w programie „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w mieście Stargard”

I. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL*		

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				
9				
10				

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w mieście Stargard”

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 Stargard
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji uczestnika programu „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w mieście Stargard”

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. Dodatkowe uwagi/opinie: