

Wpłynęło do Biura Rady
Powiatu Wrocławskiego
w dniu 04.03.2026 r.
podpis [podpis]

Projekt

z dnia

Zarząd Powiatu Wrocławskiego
zaakceptował i skierował
do Biura Rady Powiatu Wrocławskiego
w dniu 04-03-2026

**UCHWAŁA NR
RADY POWIATU WROCŁAWSKIEGO**

z dnia 2026 r.

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU
[podpis]
Włodzimierz Chlebosz

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn.
Powiatowa Szkoła Rodzenia”**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1684 ze zm.), art. 8, art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 1 i ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Rada Powiatu Wrocławskiego uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Wrocławskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

[podpis]
dr Radosław Skewron

Kamila Nahorska
[podpis]
Dyrektor
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

radca prawny

A. Szymborska

Zarząd Powiatu Wrocławskiego
zaakceptował i skierował
do Biura Rady Powiatu Wrocławskiego
w dniu04...03...2026

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU

Włodzimierz Chlebosz

UZASADNIENIE

do projektu uchwały w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”

Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Powiatu.

Na podstawie art. 48 ust. 1 ww. ustawy programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego opracowuje projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, oraz dostępnych danych epidemiologicznych (art. 48a ust. 1 wymienionej ustawy).

Mając na uwadze powyższe, proponuje się przyjęcie i wdrożenie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”.

Opieka przedporodowa jest niezwykle istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, a jej efektywna realizacja stanowi podstawę dla profilaktyki wielu problemów zdrowotnych matki i noworodka, a także poronień, porodów przedwczesnych i zgonów noworodków i niemowląt. Zaplanowany w ramach działań samorządu powiatu program polityki zdrowotnej może w sposób istotny przyczynić się do przygotowania 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.

Zgodnie z art. 48a ust. 11 i 12 ww. ustawy projekt *Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. „Powiatowa Szkoła Rodzenia”* uzyskał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 14/2026 z dnia 11 lutego 2026 r. W projekcie programu polityki zdrowotnej wprowadzono zmiany zgodnie z ww. opinią.

Na podstawie art. 8 pkt 1 ww. ustawy projekt programu polityki zdrowotnej został przekazany do konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.

Kamila Nahorska

Dyrektor
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych



**POWIAT
WROCŁAWSKI**

**Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki
przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną
pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia**

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

Wrocław, 2026

Nazwa programu:

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia

Okres realizacji programu: 2026-2027

Opinia AOTMiT: Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 14/2026 z dnia 11 lutego 2026 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Klimek
dr hab. n. med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Starostwo Powiatowe we Wrocławiu
ul. T. Kościuszki 131
50-440 Wrocław
tel. (71) 722 18 17
starostwo@powiatwroclawski.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne	13
3. Opis obecnego postępowania	16
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	17
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	20
1. Cel główny	20
2. Cele szczegółowe:	20
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	20
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	21
1. Populacja docelowa	21
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	21
3. Planowane interwencje.....	22
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.....	27
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	27
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	27
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	30
1. Monitorowanie	30
2. Ewaluacja.....	31
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	31
1. Koszty jednostkowe.....	31
2. Planowane koszty całkowite	33
3. Źródła finansowania.....	33
VII. Bibliografia	34
Załączniki	36

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, połogu 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, połogu 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

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.

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;
- 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 połogu;
- 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;

³ Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, Lipiec 2009, journals.viamedica.pl.

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

⁵ Ibidem.

- 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 Ginekologów i Położników (PTGiN) 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, położu 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 ich 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 rodziców⁷. Wśród wielu funkcji pełnionych przez szkoły rodzenia za najważniejszą i pierwotną uznaje się psychoprofilaktykę porodową⁸. 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

⁶ Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego... op. cit.

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 Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. Clin Nurs Res. 2021 Jul;30(6):818-829.

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 ciężarnej (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 pacjentki¹¹.

Otyłość w ciąży, podobnie jak u kobiet niebędących w ciąży, definiowana jest jako indeks masy ciała (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ stwierdzony 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)¹². Otyłość u ciężarnych jest czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań, takich jak m.in.: poronienie, cukrzyca

⁹ Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do naturalnego porodu. Twój Magazyn Medyczny 2010, 5 wyd. spec., 15-17.

¹⁰ Sobczyk K., Analiza przebiegu ciąży powikłanej porodem przedwczesnym i stanu klinicznego noworodków urodzonych w oddziale ginekologiczno-położniczym III^o referencyjności, Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu, SUM w Katowicach, 2018.

¹¹ Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia... op. cit.

¹² Mroczek A.E., i Kaczorowska A.G., Przyrost masy ciała w ciąży, [w:] Różnorodność działań profilaktycznych i terapeutycznych w okresie pre- i postnatalnym, red. A.E. Mroczek i A.G. Kaczorowska, Studio IMPRESO Przemysław Biliczak, Opole 2023, s. 71-73.

ciężowa, 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 większy odsetek osób cierpiących na nadwagę i zespół metaboliczny¹³. 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 prowadzącego¹⁴.

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 znajdować się 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 Ginekologów i Położników całej populacji kobiet ciężarnych zaleca się suplementację kwasem foliowym, wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi, jodem oraz witaminą D₃¹⁷. Podczas prowadzonej w szkole rodzenia

¹³ Giouleka S, Tsakiridis I, Koutsouki G. et al., Obesity in Pregnancy: A Comprehensive Review of Influential Guidelines. *Obstet Gynecol Surv.* 2023 Jan;78(1):50-68.

¹⁴ Opieka położnicza nad ciężarną otyłą, Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, *Ginekol Pol.* 2012, 83, 795-799.

¹⁵ Swora-Cwynar E., Polaczyk A., Dobrowolska A., Żywnienie kobiet w ciąży i karmiących piersią, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2023, Vol 89, Issue 3, s. 102.

¹⁶ Barrientos G, Ronchi F, Conrad ML. Nutrition during pregnancy: Influence on the gut microbiome and fetal development. *Am J Reprod Immunol.* 2024 Jan;91(1):e13802.

¹⁷ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych, *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 2020, tom 5, nr 4, s. 170-181.

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 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, wiek powyżej 35 lat, nadciśnienie tętnicze. 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.

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 (wzmózone pragnienie, wzmózone 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). Ponadto, w opinii autorów, edukacja zdrowotna

¹⁸ 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

¹⁹ Bomba-Opon D., Czupryniak L., Gierczyński J., Maciejewski T., Raport pt. Cukrzyca a ciąża - optymalizacja opieki nad kobietą w ciąży, ISBN: 978-83-968652-1-2, Modern Healthcare Institute 2023.

w tym przypadku może przełożyć się na zmniejszenie poziomu łęku 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 używania alkoholu oraz nikotyny w ciąży. Łożysko 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 alkoholu²⁰. 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 płodu²¹. Narażenie płodu na nikotynę może skutkować niską masą urodzeniową noworodka, wczesną śmiercią noworodka, zespołem nagłej śmierci łódeczkowej (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 płodowych²². 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 uzupełniających²³. 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

²⁰ Popova S, Dozet D, Shield K, Rehm J, Burd L. Alcohol's Impact on the Fetus. *Nutrients*. 2021 Sep 29;13(10):3452.

²¹ Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. *Medycyna Praktyczna – Pediatria*, wydanie specjalne 1/2025.

²² Rabinerson D, From A, Borovich A., Active and secondhand (passive) smoking during pregnancy, *Harefuah*. 2020 Jul;159(7):503-507. Hebrew. PMID: 32720768.

²³ Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, *Standardy Medyczne Pediatria*, 2021, T. 18, s. 805-822.

modyfikowanego u noworodków karmionych piersią podczas hospitalizacji na oddziałach położniczych²⁴.

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 dziecka²⁵. 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)²⁶.

Wśród zaburzeń emocjonalnych okresu porodowego wyróżnia się przygnębienie poporodowe zwane baby blues, depresję poporodową, psychozę poporodową oraz ostrą stresową reakcją 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)²⁷. Wśród wielu działań podejmowanych w ramach profilaktyki zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego znajdują się te realizowane przez szkoły rodzenia – edukacja zdrowotna w okresie ciąży,

²⁴ Breastfeeding, WHO, Recommendations, www.who.int.

²⁵ Grabowska B., Bukowska M., Ślosarz L., Wiedza kobiet na temat korzyści z karmienia piersią, *Wychowanie w Rodzinie*, t. XXVIII (3/2022), s. 193-203.

²⁶ Rekomendacje polskiego towarzystwa położnych, Zasady wsparcia kobiety karmiącej w środowisku domowym w trakcie realizacji poszerzonych porad laktacyjnych położnej POZ, Polskie Towarzystwo Położnych 2019.

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).

psychoprofilaktyka, współpraca z rodziną (partnerem), eliminacja czynników negatywnych w przebiegu ciąży, a także wzmocnienie kompetencji przyszłych matek, pomoc w budowaniu kontaktów społecznych w grupie. Badania naukowe wskazują wyraźnie na wysoką efektywność prowadzenia tego typu zajęć w ramach edukacji przedporodowej²⁸.

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)²⁹. 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, osteoporoza³⁰. 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

²⁸ Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety... op. cit.

²⁹ Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and eating disorders in children and adolescents: The bidirectional link. *Nutrients*, 13(12), 4321.

³⁰ Czechowich K., Przedciążowy BMI matki oraz nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży silnie wpływają na masę dziecka, *Medycyna Praktyczna, Ginekologia*, październik 2022.

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 (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 dentystyczne³¹. 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 próchnicowej³².

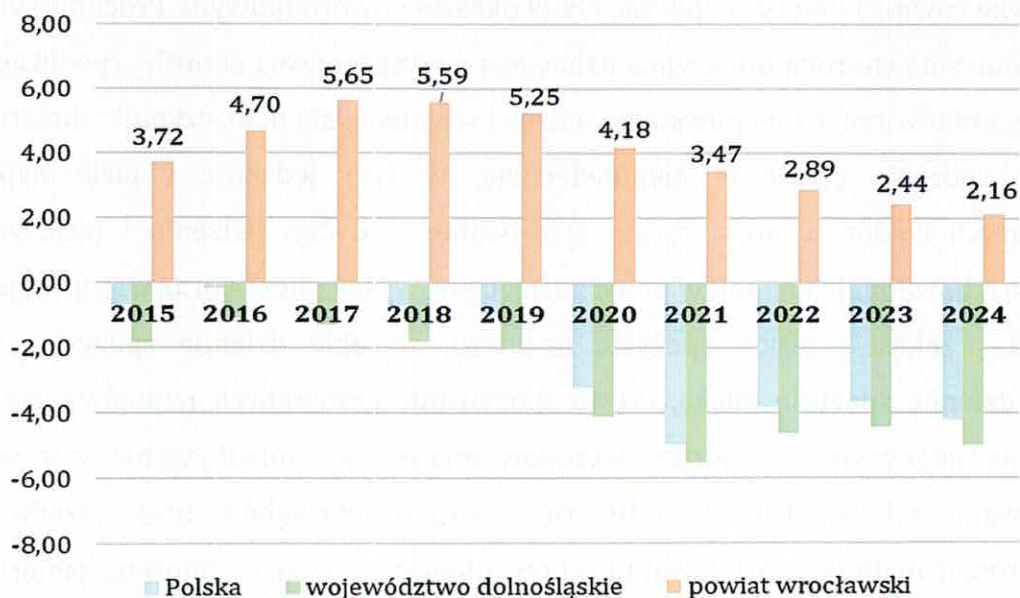
2. Dane epidemiologiczne

W powiecie wrocławskim w 2024 roku urodziło się 1 701 noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności (8,97) osiągnął wartość wyższą, w porównaniu do województwa (6,33) i kraju (6,7). Spośród ww. 1 701 noworodków 268 urodziło się w gminie Czernica, 421 w gminie Długołęka, 26 w gminie Jordanów Śląski, 282 w gminie Kąty Wrocławskie, 205 w gminie Kobierzyce, 23 w gminie Mietków, 83 w gminie Sobótka, 283 w gminie Siechnice oraz 110 w gminie Żórawina. W Polsce w roku 2024 odnotowano przyrost naturalny na poziomie -4,17/1000 ludności,

³¹ Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am.* 2018 Oct;65(5):941-954.

³² 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.

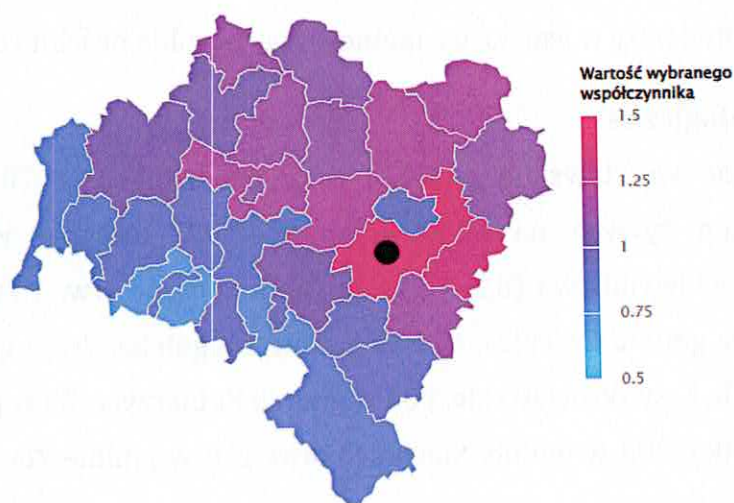
w województwie dolnośląskim było to -4,96/1000 ludności, natomiast w powiecie wrocławskim 2,16/1000 ludności. Przyrost naturalny w powiecie od roku 2017 wykazuje tendencję malejącą (rycina 1).



Ryc. 1. Przyrost naturalny na 1 000 ludności w powiecie wrocławskim na tle województwa dolnośląskiego i Polski w latach 2015-2024

Źródło: Opracowanie własna na podstawie danych GUS, bdl.stat.gov.pl

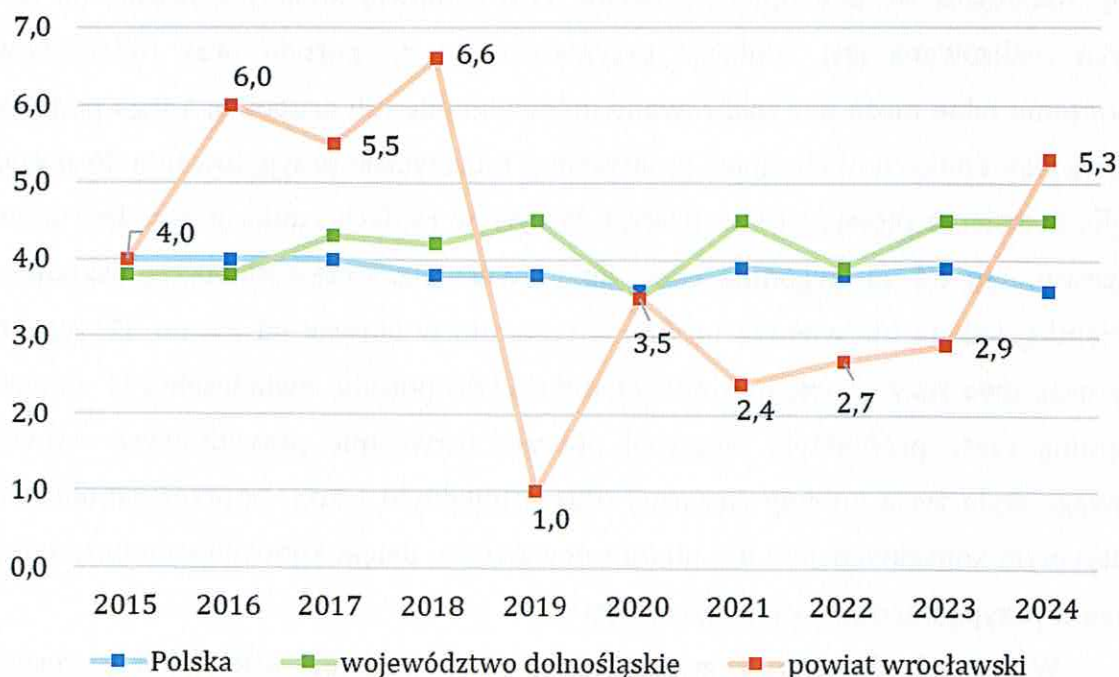
W roku 2024 w powiecie wrocławskim odnotowano najwyższy w województwie dolnośląskim współczynnik dzietności ogólnej – 1,36 (rycina 2). Była to wartość znacznie wyższa, zarówno od wojewódzkiej (1,01), jak i krajowej (1,1).



Ryc. 2. Współczynnik dzietności ogólnej w powiatach województwa dolnośląskiego w roku 2024

Źródło: Opracowanie własna na podstawie danych Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, basiw.mz.gov.pl

Istotnymi wskaźnikami mogącymi wskazywać na niedobory w zakresie opieki okołoporodowej są współczynnik urodzeń martwych oraz współczynnik umieralności niemowląt. Dane dotyczące urodzeń martwych prezentowane są w statystyce publicznej wyłącznie na poziomie kraju i województw. W roku 2024 współczynnik urodzeń martwych wyniósł w Polsce 3,1/1 000 wszystkich porodów (żywych i martwych), natomiast w województwie dolnośląskim osiągnął wartość 2,8. W roku 2024 w powiecie wrocławskim odnotowano 9 zgonów niemowląt – ze wskaźnikiem zgonów niemowląt na 1000 ludności na poziomie 5,29, zatem wyższym, w porównaniu do kraju (3,57) i województwa (4,45). Wskaźnik ten, w porównaniu do roku poprzedniego (2023), wzrósł o ponad 80% - wynosił wówczas 2,9/1 000 ludności (ryc. 3). Należy w tym miejscu także podkreślić, że ponad połowa zgonów niemowląt w województwie dolnośląskim (64,2%) następuje w związku ze stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, głównie zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu³³.



Ryc. 3. Zgony niemowląt na 1 000 urodzeń żywych w powiecie wrocławskim na tle województwa dolnośląskiego i Polski w latach 2015-2024

Źródło: Opracowanie własna na podstawie danych GUS, bdl.stat.gov.pl

Według najnowszych publikowanych danych, w 2023 roku w województwie dolnośląskim odnotowano ponad 19,9 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań

³³ Bank Danych Lokalnych GUS, bdl.stat.gov.pl.

związanych z ciążą, porodem i położeniem. W powiecie wrocławskim było to 1 066 hospitalizacji, w tym 505 związanych z porodem (269,8/100 tys. ludności), 206 związanych z ciążą zakończoną poronieniem (110,1/100 tys. ludności vs. 118,2/100 tys. w przypadku kraju ogółem), 397 związanych z innymi zaburzeniami u ciężarnej związanymi głównie z ciążą (212,1/100 tys. vs. 248,4/100 tys. w kraju ogółem) oraz 55 związanych z zaburzeniami związanymi z czasem trwania ciąży i rozwoju płodu (29,4/100 tys. ludności vs. 90,2/100 tys. w kraju ogółem).

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 ryzyka³⁴.

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

³⁴ 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.

fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu 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, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze oraz kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej³⁵.

Na rok 2025 na terenie powiatu wrocławskiego zawarto umowę na realizację świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia położnej POZ z 26 podmiotami wykonującymi działalność leczniczą³⁶. Jak wskazano w pierwszym akapicie opisu obecnego postępowania, położna POZ udziela świadczeń w edukacji przedporodowej wielokrotnie w okresie trwania ciąży w odniesieniu do jednej pacjentki (nawet do 26 wizyt), w związku z czym wysoce prawdopodobne jest, że położne we wskazanych 26 podmiotach nie są w stanie objąć świadczeniami edukacji przedporodowej wszystkich ciężarnych mieszkanek powiatu (w roku 2024 było ich prawie 1,7 tys.). W związku z powyższym, w opinii autorów, realizacja wskazanych w programie interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

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 i osób bliskich dla dziecka do porodu oraz świadomego rodzicielstwa. Uczestnicy będą mogli zgłębić wiedzę na temat przebiegu okresu ciąży, porodu i porodu, 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

³⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ... op. cit.

³⁶ Informator o umowach NFZ, www.nfz.gov.pl.

zdrowotnej, jednakże jak wspomniano w poprzednim punkcie, nie mogą objąć 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 w powiecie wrocławskim objętych wysokiej jakości opieką przedporodową w tym szczególnym dla nich okresie życia.

Przedstawione w opisie sytuacji epidemiologicznej dane wyraźnie wskazują, iż w powiecie wrocławskim, z uwagi na wyższy (w porównaniu do kraju i województwa) przyrost naturalny oraz współczynnik dzietności ogólnej, występuje także większy popyt na świadczenia opieki okołoporodowej, w tym te realizowane przez szkoły rodzenia. Dodatkowo, z uwagi na wyższy, w porównaniu do kraju i województwa, wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 ludności, wskazane jest dołożenie wszelkich starań do zapewnienia pełnego dostępu do opieki okołoporodowej dla wszystkich przyszłych rodziców z terenu powiatu, co w efekcie może sprzyjać obniżaniu ww. negatywnego wskaźnika epidemiologicznego w przyszłości.

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 2030r.³⁷: 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:
 - a. Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - b. Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
- 2) Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁸: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne, Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień, Cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego, Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;

³⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl.

³⁸ 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 2022-2026³⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
- 4) Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031⁴⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego - obszar Demografia: 1.3. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa dolnośląskiego, obszar Czynniki ryzyka i profilaktyka: 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa.
- 5) Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026⁴¹ - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

³⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

⁴⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025 poz. 42]

⁴¹ Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026, www.gov.pl/web/dolnoslaski-uw.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie opieki okołoporodowej u co najmniej 70%* kobiet ciężarnych uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia.

2. Cele szczegółowe:

1) Uzyskanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem u co najmniej 70%* kobiet ciężarnych uczestniczących w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia.

2) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie opieki okołoporodowej u co najmniej 70%* partnerów/osób najbliższych uczestniczących wraz z kobietą ciężarną w zajęciach powiatowej szkoły rodzenia.

* Przyjęta wartość docelowa na poziomie 70% uczestniczek osiągających zakładany wzrost wiedzy została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanego zakresu interwencji edukacyjnej, liczby godzin zajęć oraz zastosowanych metod dydaktycznych (wykłady, warsztaty praktyczne, ćwiczenia). Przyjęcie poziomu 70% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia czynników niezależnych od realizatora programu (np. absencja uczestniczek, różnice w poziomie wyjściowym wiedzy). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w zakresie realizacji zidentyfikowanej potrzeby zdrowotnej dotyczącej przygotowania kobiet ciężarnych do porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich kobiet ciężarnych, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 1	Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w egzaminie umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem realizowanym po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)
Szczegółowy 2	Odsetek partnerów/osób najbliższych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich partnerów/osób najbliższych, którzy wypełnili pre-test

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do zamieszkujących powiat wrocławski kobiet ciężarnych, spełniających kryteria włączenia do programu. W kursach powiatowej szkoły rodzenia uczestniczyć będą mogli także partnerzy/osoby najbliższe kobiet ciężarnych. W powiecie wrocławskim w 2024 roku urodziło się 1 701 noworodków⁴². Przyrost naturalny w powiecie wrocławskim od roku 2017 wykazuje tendencję spadkową, co wraz z ogólnokrajowymi prognozami GUS wskazującymi na postępujący spadek przyrostu naturalnego w całym kraju⁴³, wskazuje, że nie należy spodziewać się wzrostu liczby urodzeń w powiecie ponad ok. 1,7 tys. rocznie. W związku z powyższym populację docelową w programie oszacowano na 1,7 tys. kobiet ciężarnych. Biorąc pod uwagę możliwości finansowe Powiatu Wrocławskiego oraz możliwości kadrowe i infrastrukturalne potencjalnych realizatorów programu polityki zdrowotnej na terenie powiatu, możliwość uczestnictwa w kursach powiatowej szkoły rodzenia zaplanowano w całym okresie realizacji dla min. 144 kobiet ciężarnych (przy założeniu udziału co najmniej 8 kobiet ciężarnych w każdym z 18 zaplanowanych kursów).

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

Kryteria włączenia:

- ciąża o przebiegu fizjologicznym powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 28 tygodnia
- zaświadczenie od lekarza ginekologa-położnika lub lekarza POZ o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach z zakresu aktywności fizycznej w szkole rodzenia
- miejsce zamieszkania kobiety ciężarnej na terenie powiatu wrocławskiego (oświadczenie uczestnika)

Kryteria wyłączenia

- uczestnictwo w okresie obecnej ciąży w zajęciach szkoły rodzenia, finansowanych ze środków publicznych (w tym np. Narodowego Funduszu Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego).

⁴² Bank Danych Lokalnych GUS, bdl.stat.gov.pl.

⁴³ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050, GUS, Warszawa 2016, stat.gov.pl.

3. Planowane interwencje

W ramach zaplanowanego programu polityki zdrowotnej realizowane będą interwencje: kursy w szkole rodzenia, obejmujące edukację okołoporodową prowadzoną przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, składający się z położnej, lekarza neonatologa/pediatry, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego oraz psychologa. Dodatkowo, w ramach kursu realizowane będą zajęcia z zakresu aktywności fizycznej.

W programie zaplanowano przeprowadzenie do 18 cykli kursu szkoły rodzenia w całym okresie realizacji programu (2 lata). Każdy cykl składał się będzie z 36 godzin zajęć pogrupowanych w 5 bloków tematycznych: ciąża, poród, połóg, noworodek/niemowlę, aktywność fizyczna. Każdy cykl realizowany będzie w okresie 6-8 następujących po sobie tygodni, zgodnie z harmonogramem zaplanowanym przez realizatora i zaakceptowanym uprzednio przez Powiat Wrocławski. Zajęcia z bloku tematycznego aktywność fizyczna realizowane będą z częstotliwością 1 raz na tydzień, natomiast zajęcia z pozostałych bloków tematycznych z częstotliwością 1-2 razy na tydzień. Zajęcia teoretyczne stanowią będą ok. 60% realizowanych godzin, praktyczne - 40%. Zajęcia prowadzone będą z wykorzystaniem następujących metod: wykład konwersatoryjny, problemowy, dyskusja, pogadanka, techniki odgrywania ról, ćwiczenia umiejętności praktycznych, pokaz z instruktążem, warsztaty dydaktyczne. W tabeli I przedstawiono ramowy program i scenariusz zajęć w powiatowej 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.

Tab. I. Ramowy program i scenariusz zajęć w powiatowej szkole rodzenia

Blok tematyczny 1: CIAŻA (6h)

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

Rodzaj zajęć: zajęcia z położną (2h), zajęcia z dietetykiem (2h), zajęcia z fizjoterapeutą (2h)

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 (zajęcia z dietetykiem)

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

f) rola fizjoterapii w ciąży (kinesiotaping, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia wzmacniające, ćwiczenia przeciwwzkrzepowe), fizjoterapia uroginekologiczna

Blok tematyczny 2: PORÓD (7h)

Cel. Zapoznanie kobiety ciężarnej z fizjologicznym przebiegiem porodu, przygotowanie do odbycia bezpiecznego, aktywnego porodu.

Rodzaj zajęć: zajęcia z położną (7h)

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) istota oddechu w poszczególnych fazach porodu, czynne i świadome odbycie porodu (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia ogólnokształtujące, ćwiczenia uelastyczniające mięśnie krocza i dna miednicy, ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, ćwiczenia korygujące postawę, trening relaksacji

f) 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 ciągłe (ZZO); znieczulenie podpajęczynówkowe; inne rodzaje znieczuleń

Blok tematyczny 3: POŁÓG (6h)

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

Rodzaj zajęć: zajęcia z położną (4h), zajęcia z psychologiem (2h)

Treści nauczania:

a) połówg, 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) uczy 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/NIEMOWLE (11h)

Cel. Przygotowanie kobiety ciężarnej 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.

Rodzaj zajęć: zajęcia z położną (3h), zajęcia z lekarzem (2h), zajęcia z ratownikiem medycznym (4h), zajęcia z fizjoterapeutą (2h)

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, łóżeczko, 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 przyjsciu 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: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (6h)

Cel. Wzmocnienie kondycji fizycznej i psychicznej kobiety ciężarnej, wykształcenie umiejętności prawidłowego oddechu oraz rozluźniania, zapoznanie z technikami relaksacji

Rodzaj zajęć: zajęcia z zakresu aktywności fizycznej dla ciężarnych - joga/pilates (6h)

Celem umożliwienia ewaluacji podjętych działań realizator będzie zobowiązany do opracowania kwestionariusza ankiety badającego poziom wiedzy 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. Ankieta powinna zawierać minimum 20 pytań. Jej wzór określono w załączniku 3. Ponadto realizator będzie zobowiązany do opracowania egzaminu umiejętności praktycznych (z zakresu opieki nad noworodkiem/niemowlęciem) oraz przeprowadzenia go wśród uczestników po ostatnich zajęciach praktycznych. Egzamin powinien obejmować wykonanie co najmniej 5 umiejętności praktycznych.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z oceną technologii medycznej AOTMiT w obszarze edukacji przedporodowej oraz rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, takich jak: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (Rekomendacje PTG 2009), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2019), The Health Service Executive (HSE 2020), National Health and Medical Research Council (NHMRC 2019), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG 2018), WHO (WHO 2016)⁴⁴.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Zajęcia w szkole rodzenia będą organizowane przez realizatorów wybranych w drodze konkursu, zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁵. Każdy kurs w ramach programu będzie składał się z 36h zajęć, realizowanych w formie spotkań 1-godzinnych, 2-godzinnych lub 3-godzinnych, z częstotliwością 1 raz w tygodniu w przypadku zajęć aktywności fizycznej lub 1-2 razy w tygodniu

⁴⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 89/2024 z dnia 16 grudnia 2024 r., Ocena technologii medycznej, bip.aotm.gov.pl.

⁴⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.].

w przypadku zajęć w pozostałych blokach tematycznych. W przypadku braku możliwości organizacyjnych u realizatora dopuszcza się możliwość udziału kobiet ciężarnych w zajęciach z zakresu aktywności fizycznej w innym podmiocie (np. studio jogi, studio pilates). W opisanej sytuacji realizator może podpisać umowę z podmiotem organizującym tego rodzaju zajęcia i tym samym zapewnić udział w nich uczestniczkom kursu szkoły rodzenia. Ponadto, w przypadku braku organizacji zajęć przez realizatora, dopuszcza się także możliwość dofinansowania uczestnictwa w tych zajęciach (w wysokości kosztu udziału jednej uczestniczki w cyklu 6h zajęć tj. do 210,00 zł), na zasadzie refundacji kosztów już poniesionych przez uczestniczkę szkoły rodzenia, po przedstawieniu faktury imiennej potwierdzającej udział w co najmniej 6 zajęciach, wystawionej przez podmiot realizujący te zajęcia.

W całym okresie realizacji zostanie zorganizowanych do 18 cykli kursów – do 6 w roku 2026 (z uwagi na rozpoczęcie realizacji programu najwcześniej w II kwartale) oraz do 12 w roku 2027. Rozpoczęcie kursu możliwe będzie przy grupie minimum 8 kobiet ciężarnych. Optymalna liczba uczestników kursu powinna wynosić 10 kobiet ciężarnych (wraz z partnerami/osobami najbliższymi do 20 osób), jednakże dopuszcza się możliwość uczestniczenia większej liczby kobiet ciężarnych wraz partnerem/osobą najbliższą przy zachowaniu odpowiedniego standardu prowadzonych zajęć (nie więcej niż 15 kobiet ciężarnych). W kursie może również uczestniczyć sama kobieta ciężarna, bez partnera/osoby najbliższej. W ramach akcji informacyjnej uczestnikom PPZ zostaną przekazane informacje dot. terminów kursów, sposobów zgłoszenia udziału w kursie oraz konieczności posiadania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udziału w zajęciach szkoły rodzenia. Wymienione wyżej informacje będą udostępniane na stronie internetowej oraz w siedzibie Starostwa Powiatowego we Wrocławiu, a także w poradniach POZ i ginekologiczno-położniczych na terenie powiatu oraz u realizatorów. Realizatorzy programu ustalą harmonogram każdego z cykli kursu i przedstawią go do wiadomości Starostwa Powiatowego we Wrocławiu. Każdy cykl kursu będzie koordynowała osoba wyznaczona do tego zadania przez realizatorów. Zasadniczym zadaniem koordynatora będzie sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem wszystkich zajęć. Realizatorzy zapewnią, że każdy ze specjalistów prowadzących zajęcia będzie realizował treści nauczania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Udział w kursie będzie potwierdzany podpisami uczestników oraz osób upoważnionych przez realizatorów na karcie uczestnika PPZ (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 położu, a także nabywania i doskonalenia umiejętności z zakresu zmniejszania bólu porodowego i opieki nad noworodkiem);
- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 4);
- kończy udział w programie.

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

- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji uczestnika (załącznik 4);
- kończy udział w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (PPZ) (IV kwartał 2025);
- 2) zaopiniowanie PPZ przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Dolnośląskiego (I kwartał 2026);
- 3) uchwalenie PPZ przez organ uchwałodawczy (I-II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie podmiotów realizujących PPZ, spełniających warunki określone w dalszej w PPZ (II-III kwartał 2026);
- 5) podpisanie umów na realizację PPZ (II-III kwartał 2026);
- 6) realizacja PPZ wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2027);
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - realizacja kursów powiatowej szkoły rodzenia,
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do PPZ przekazywanych przez realizatorów PPZ ;

- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027);
- 9) opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028).

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

Program finansowany będzie ze środków własnych Powiatu Wrocławskiego przy ewentualnym udziale środków pozyskanych z innych źródeł. Realizatorami w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty, spełniające następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej położnej;
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450 z późn. zm.];
- zapewnienie koordynacji realizacji kursów w szkole rodzenia przez położną z wykształceniem wyższym i co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji edukacji przedporodowej;
- zapewnienie realizacji zajęć w szkole rodzenia przez następujących specjalistów:
 - położną z wykształceniem wyższym i co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji edukacji przedporodowej (licencjat lub magister położnictwa, optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie opieki przed i okołoporodowej lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej),
 - lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub pediatrii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale pediatrycznym/neonatologicznym lub w poradni pediatrycznej/neonatologicznej,
 - fizjoterapeutę z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z kobietami ciężarnymi (licencjat lub magister fizjoterapii, optymalnie po ukończeniu szkolenia/kursu w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej i/lub fizjoterapii kobiet ciężarnych),

- ratownika medycznego z wykształceniem wyższym i co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji edukacji z zakresu pierwszej pomocy (licencjat lub magister ratownictwa medycznego),
 - dietetyka z wykształceniem wyższym z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji edukacji żywieniowej (licencjat lub magister dietetyki),
 - psychologa z wykształceniem wyższym z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji psychoedukacji (magister psychologii, optymalnie ze specjalnością w zakresie psychologii klinicznej),
 - instruktora zajęć aktywności fizycznej z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w prowadzeniu zajęć aktywności fizycznej z kobietami w ciąży, posiadającego ukończony kurs na instruktora (np. jogi, pilates, fitness).
- zapewnienie prowadzenia zajęć w szkole rodzenia wyłącznie przez specjalistów realizujących treści nauczania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w tym m.in. dzięki realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (w przypadku osób wykonujących zawody medyczne),
 - zapewnienie lokalu umożliwiającego realizację programu kursu powiatowej szkoły rodzenia, posiadającego pomieszczenia spełniające wymogi bezpieczeństwa i sanitarne (sale do prowadzenia zajęć, sanitariaty), potwierdzone pozytywną opinią właściwego powiatowego inspektora sanitarnego,
 - zapewnienie szatni dla uczestników w przypadku prowadzenia zajęć z zakresu aktywności fizycznej z wykorzystaniem własnej infrastruktury,
 - zapewnienie wyposażenia niezbędnego do realizacji programu kursu powiatowej szkoły rodzenia (w tym np. stanowisko/a do czynności higienicznych noworodka, fantomy szkoleniowe, sprzęt audiowizualny, materiały edukacyjne, odzież niemowlęca, środki higieniczne i kosmetyczne, inne niezbędne środki dydaktyczne),
 - posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Dodatkowo realizator będzie zobowiązany do prowadzenia na bieżąco

elektronicznej bazy danych o uczestniku pp PPZ z w arkuszu Excel zawierającym dane o których mowa w załączniku nr 1 do PPZ, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizatorzy będą przekazywali Starostwu Powiatowemu sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. 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.

Realizatorzy będą także zobowiązani do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizatorzy będą zobowiązani do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób zakwalifikowanych do programu,
- liczba osób, które ukończyły pełen cykl kursu szkoły rodzenia,
- liczba osób uczestniczących w kursie szkoły rodzenia z frekwencją na poziomie co najmniej 75%,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatorów programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona będzie poprzez analizę następujących mierników efektywności:

- Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich kobiet ciężarnych, które wypełniły pre-test
- Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w egzaminie umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem realizowanym po zajęciach praktycznych odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)
- Odsetek partnerów/osób najbliższych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich partnerów/osób najbliższych, którzy wypełnili pre-test

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli II przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w programie, wynikające z badania rynku lokalnych podmiotów leczniczych. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe składające się na interwencję: Kurs w powiatowej szkole rodzenia

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Koszty bezpośrednie	
1. Zajęcia z położną w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	330,00

2. Zajęcia z lekarzem neonatologiem/pediatrą w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	330,00
3. Zajęcia z ratownikiem medycznym w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	300,00
4. Zajęcia z dietetykiem w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	270,00
5. Zajęcia z fizjoterapeutą w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	270,00
6. Zajęcia z psychologiem w ramach kursu w szkole rodzenia (1h)	270,00
7. Zajęcia z zakresu aktywności fizycznej (1h)	350,00
Koszty pośrednie	
8. Koszty koordynacji: wynagrodzenie koordynatora (1 kurs)	400,00
9. Koszty działania informacyjno-promocyjne (1 kurs)	500,00
10. Koszty: działań administracyjnych, księgowych, informatycznych oraz przygotowania i druku materiałów edukacyjnych, koszty zakupu środków dydaktycznych, monitorowanie i ewaluacja (1 kurs)	2 500,00

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe realizacji jednej interwencji w programie (jednego kursu szkoły rodzenia)

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Kurs w powiatowej szkole rodzenia (36h) – (16h zajęć z położną, 2h zajęć z lekarzem, 2h zajęć z dietetykiem, 2h zajęć z psychologiem, 4h zajęć z fizjoterapeutą, 4h zajęć z ratownikiem medycznym, 6h zajęć z zakresu aktywności fizycznej, koordynacja kursu, koszty pośrednie) w tym:	14 800,00
1. Zajęcia z położną w ramach kursu w szkole rodzenia (16h)	5 280,00
2. Zajęcia z lekarzem neonatologiem/pediatrą w ramach kursu w szkole rodzenia (2h)	660,00
3. Zajęcia z ratownikiem medycznym w ramach kursu w szkole rodzenia (4h)	1 200,00
4. Zajęcia z dietetykiem w ramach kursu w szkole rodzenia (2h)	540,00
5. Zajęcia z fizjoterapeutą w ramach kursu w szkole rodzenia (4h)	1 080,00
6. Zajęcia z psychologiem w ramach kursu w szkole rodzenia (2h)	540,00
7. Zajęcia z zakresu aktywności fizycznej (6h)	2 100,00
8. Koszty koordynacji: wynagrodzenie koordynatora (1 kurs)	400,00
9. Koszty działania informacyjno-promocyjne (1 kurs)	500,00
10. Koszty: działań administracyjnych, księgowych, informatycznych oraz przygotowania i druku materiałów edukacyjnych, koszty zakupu środków dydaktycznych, monitorowanie i ewaluacja (1 kurs)	2 500,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. III. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Kurs w powiatowej szkole rodzenia w roku 2026	6	kurs	14 800,00	88 800,00
Kurs w powiatowej szkole rodzenia w roku 2027	12	kurs	14 800,00	177 600,00
Razem (2026-2027)	18	kurs	14 800,00	266 400,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 266 400 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Powiatu Wrocławskiego, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie. Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Koszt interwencji: Kurs w powiatowej szkole rodzenia rozliczany jest w formie ryczału.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Powiatu Wrocławskiego. Powiat w latach 2026-2027 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie z innych ewentualnych źródeł.

VII. Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych GUS, bdl.stat.gov.pl.
2. Barrientos G, Ronchi F, Conrad ML. Nutrition during pregnancy: Influence on the gut microbiome and fetal development. *Am J Reprod Immunol*. 2024 Jan;91(1):e13802.
3. Bomba-Opon D., Czupryniak L., Gierczyński J., Maciejewski T., Raport pt. Cukrzyca a ciąża - optymalizacja opieki nad kobietą w ciąży, ISBN: 978-83-968652-1-2, Modern Healthcare Institute 2023.
4. 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
5. Breastfeeding, WHO, Recommendations, www.who.int.
6. Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res*. 2021 Jul;30(6):818-829.
7. Czechowich K., Przedciążowy BMI matki oraz nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży silnie wpływają na masę dziecka, *Medycyna Praktyczna, Ginekologia, październik 2022*.
8. Fijałkowski W.: Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do naturalnego porodu. *Twój Magazyn Medyczny* 2010, 5 wyd. spec., 15-17.
9. Giouleka S, Tsakiridis I, Koutsouki G. et al., Obesity in Pregnancy: A Comprehensive Review of Influential Guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2023 Jan;78(1):50-68.
10. Grabowska B., Bukowska M., Śłosarz L., Wiedza kobiet na temat korzyści z karmienia piersią, *Wychowanie w Rodzinie*, t. XXVIII (3/2022), s. 193-203.
11. Informator o umowach NFZ, www.nfz.gov.pl.
12. Iwanowicz-Palus G.: Przygotowanie do porodu i rodzicielstwa – rola szkoły rodzenia w: Bień A. (red.): *Opieka nad kobietą ciężarną*. PZWL, Warszawa 2009, 348-357.
13. 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).
14. Mroczek A.E., i Kaczorowska A.G., Przyrost masy ciała w ciąży, [w:] *Różnorodność działań profilaktycznych i terapeutycznych w okresie pre- i postnatalnym*, red. A.E. Mroczek i A.G. Kaczorowska, Studio IMPRESO Przemysław Biliczak, Opole 2023, s. 71–73.
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025 poz. 42]
17. 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].
18. 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.
19. Opieka położnicza nad ciężarną otyłą, *Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Ginekol Pol*. 2012, 83, 795-799.
20. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 89/2024 z dnia 16 grudnia 2024 r., Ocena technologii medycznej, bip.aotm.gov.pl.
21. Popova S, Dozet D, Shield K, Rehm J, Burd L. Alcohol's Impact on the Fetus. *Nutrients*. 2021 Sep 29;13(10):3452.

22. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050, GUS, Warszawa 2016, stat.gov.pl.
23. Rabinerson D, From A, Borovich A., Active and secondhand (passive) smoking during pregnancy, Harefuah. 2020 Jul;159(7):503-507. Hebrew. PMID: 32720768.
24. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, 2020, tom 5, nr 4, s. 170-181.
25. Rekomendacje polskiego towarzystwa położnych, Zasady wsparcia kobiety karmiącej w środowisku domowym w trakcie realizacji poszerzonych porad laktacyjnych położnej POZ, Polskie Towarzystwo Położnych 2019.
26. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu, Lipiec 2009, journals.viamedica.pl.
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
28. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna Praktyczna – Pediatria, wydanie specjalne 1/2025.
29. Seow WK. Early Childhood Caries. Pediatr Clin North Am. 2018 Oct;65(5):941-954.
30. Sobczyk K., Analiza przebiegu ciąży powikłanej porodem przedwczesnym i stanu klinicznego noworodków urodzonych w oddziale ginekologiczno-położniczym III° referencyjności, Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu, SUM w Katowicach, 2018.
31. Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskienė, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and eating disorders in children and adolescents: The bidirectional link. *Nutrients*, 13(12), 4321.
32. Swora-Cwynar E., Polaczyk A., Dobrowolska A., Żywnienie kobiet w ciąży i karmiących piersią, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2023, Vol 89, Issue 3, s. 102.
33. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl.
34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.].
35. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026, www.gov.pl/web/dolnoslaski-uw.
36. 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.
37. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci, *Standardy Medyczne Pediatria*, 2021, T. 18, s. 805-822.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika PPZ „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”

I. Dane uczestnika programu

Imię i nazwisko kobiety ciężarnej	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór zgody na udział w Programie, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych i zdrowotnych oraz wzór klauzuli informacyjnej (RODO)

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu – kobieta ciężarna

Miejsce zamieszkania na terenie powiatu wrocławskiego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Ciąża o przebiegu fizjologicznym powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 28 tygodnia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zaświadczenie od lekarza ginekologa-położnika lub lekarza POZ o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach z zakresu aktywności fizycznej w szkole rodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uczestnictwo w okresie obecnej ciąży w zajęciach szkoły rodzenia, finansowanych ze środków publicznych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu kursu szkoły rodzenia lub przyczyna przerwania udziału w zajęciach

.....
(data, pieczęć i podpis koordynatora kursu)

IV. Lista obecności

Lp.	Rodzaj zajęć	Blok tematyczny	Data	Podpis kobiety ciężarnej	Podpis partnera/osoby najbliższej (jeśli dotyczy)
1	Zajęcia z położną (1h)	1			
2	Zajęcia z położną (1h)	1			
3	Zajęcia z położną (1h)	2			
4	Zajęcia z położną (1h)	2			
5	Zajęcia z położną (1h)	2			
6	Zajęcia z położną (1h)	2			
7	Zajęcia z położną (1h)	2			
8	Zajęcia z położną (1h)	2			
9	Zajęcia z położną (1h)	2			
10	Zajęcia z położną (1h)	3			
11	Zajęcia z położną (1h)	3			
12	Zajęcia z położną (1h)	3			
13	Zajęcia z położną (1h)	3			
14	Zajęcia z położną (1h)	4			
15	Zajęcia z położną (1h)	4			
16	Zajęcia z położną (1h)	4			
17	Zajęcia z lekarzem (1h)	4			
18	Zajęcia z lekarzem (1h)	4			
19	Zajęcia z ratownikiem medycznym (1h)	4			
20	Zajęcia z ratownikiem medycznym (1h)	4			
21	Zajęcia z ratownikiem medycznym (1h)	4			
22	Zajęcia z ratownikiem medycznym (1h)	4			
23	Zajęcia z dietetykiem (1h)	1			
24	Zajęcia z dietetykiem (1h)	1			
25	Zajęcia z fizjoterapeutą (1h)	1			
26	Zajęcia z fizjoterapeutą (1h)	1			
27	Zajęcia z fizjoterapeutą (1h)	4			
28	Zajęcia z fizjoterapeutą (1h)	4			
29	Zajęcia z psychologiem (1h)	3			
30	Zajęcia z psychologiem (1h)	3			
31	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			
32	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			
33	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			
34	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			
35	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			
36	Zajęcia z aktywności fizycznej (1h)	6			

.....
(data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez realizatora)

V. Ewaluacja - Mierniki efektywności

Lp.	Kobieta ciężarna	partner/osoba najbliższa * miernik obowiązkowy przy frekwencji 75 %
1	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie/uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście wiedzy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie/uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście wiedzy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2	Wynik egzaminu umiejętności praktycznych: Uzyskanie co najmniej 80% poprawnie zrealizowanych zadań: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

.....
(data, pieczęć i podpis koordynatora kursu)

VI. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
Liczba osób, które ukończyły pełen cykl kursu szkoły rodzenia	
Liczba osób uczestniczących w kursie szkoły rodzenia z frekwencją na poziomie co najmniej 75%	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich kobiet ciężarnych, które wypełniły pre-test	
Odsetek kobiet ciężarnych uczestniczących w programie, u których w egzaminie umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem realizowanym po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności (min. 80% poprawnie zrealizowanych zadań)	
Odsetek partnerów/osób najbliższych uczestniczących w programie, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) w zakresie opieki okołoporodowej, względem wszystkich partnerów/osób najbliższych, którzy wypełnili pre-test	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

Ankieta ewaluacyjna dla uczestnika PPZ „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia” (wzór)

IMIĘ I NAZWISKO:

1. Optymalna częstość wizyt kontrolnych w fizjologicznej ciąży po 28. tygodniu (przy braku nieprawidłowości) zwykle wynosi:

- A. Raz na 3 miesiące
- B. Raz w tygodniu bez względu na przebieg ciąży
- C. Co 2–4 tygodnie zgodnie z zaleceniami lekarza
- D. Tylko w przypadku wystąpienia dolegliwości

2. Które zdanie dotyczące profilaktyki krzywicy u niemowląt jest najbardziej prawidłowe?

- A. Niemowlęta karmione wyłącznie piersią nie wymagają suplementacji witaminy D
- B. Suplementację witaminy D zaleca się większości niemowląt od pierwszych dni życia
- C. Wystarczy codzienna ekspozycja na słońce bez suplementacji
- D. Podawanie mleka krowiego od 3. miesiąca życia zapobiega krzywicy

3. W profilaktyce zakażeń wewnątrzszpitalnych u noworodków kluczowe znaczenie ma:

- A. Dezynfekcja pępka spirytusem kilka razy dziennie
- B. Stosowanie rękawiczek jednorazowych przez rodziców w domu
- C. Prawidłowa higiena rąk personelu medycznego i rodziców
- D. Częste stosowanie silnych środków dezynfekujących na skórę dziecka

4. Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania biernemu paleniu u dziecka po porodzie jest:

- A. Częste wietrzenie mieszkania, mimo palenia w domu
- B. Zakaz palenia w domu i samochodzie oraz w otoczeniu dziecka
- C. Palenie tylko przy otwartym oknie
- D. Używanie odświeżaczy powietrza po paleniu

5. Karmienia piersią przez pierwsze miesiące życia dziecka jest ważne m.in. dlatego, że:

- A. Zwiększa ryzyko alergii u dziecka
- B. Zmniejsza ryzyko infekcji oraz niektórych chorób przewlekłych
- C. Całkowicie zastępuje szczepienia ochronne
- D. Zastępuje suplementację wszystkich witamin

6. Który z poniższych produktów powinien być szczególnie ograniczany w diecie ciężarnej ze względu na ryzyko zanieczyszczenia rtęcią?

- A. Dorsz
- B. Tuńczyk i inne duże drapieżne ryby morskie
- C. Makrela atlantycka
- D. Śledź

7. Które stwierdzenie najlepiej opisuje zasady przyrostu masy ciała w ciąży?

- A. Każda kobieta powinna przytyć tyle, ile ma ochotę
- B. Zalecany przyrost masy ciała zależy od BMI sprzed ciąży
- C. Każda kobieta powinna przytyć co najmniej 20 kg
- D. Przyrost masy ciała nie wpływa na zdrowie dziecka

8. Które stwierdzenie dotyczące kofeiny w ciąży jest najbardziej prawidłowe?

- A. Kofeina jest bezwzględnie zabroniona w każdej ilości
- B. Dopuszczalne jest umiarkowane spożycie, w ograniczonej ilości i po konsultacji z lekarzem
- C. Kofeina zmniejsza ryzyko porodu przedwczesnego
- D. Napoje energetyczne to bezpieczne źródło kofeiny w ciąży

9. Według obecnych zaleceń rozszerzanie diety niemowlęcia karmionego wyłącznie piersią zwykle rozpoczyna się:

- A. Przed ukończeniem 4. miesiąca życia
- B. Między 4. a 6. miesiącem życia, niezależnie od gotowości dziecka
- C. Około 6. miesiąca życia, z uwzględnieniem gotowości dziecka
- D. Dopiero po ukończeniu 12. miesiąca życia

10. W okresie laktacji zwiększone zapotrzebowanie dotyczy szczególnie:

- A. Witaminy D i jodu
- B. Sodu
- C. Tłuszczów trans
- D. Cukrów prostych

11. Które z poniższych objawów najbardziej świadczy o rozpoczęciu I okresu porodu?

- A. Odejście czopa śluzowego bez skurczów
- B. Pojedynczy, bolesny skurcz macicy
- C. Regularne skurcze co 5-10 minut, nasilające się z czasem
- D. Zwiększony apetyt

12. Skutkiem nadmiernego napinania mięśni podczas skurczu może być przede wszystkim:

- A. Przyspieszenie porodu
- B. Zwiększenie odczuwanego bólu i wolniejszy postęp porodu
- C. Zmniejszenie zapotrzebowania na tlen
- D. Brak wpływu na przebieg porodu

13. Które stwierdzenie najlepiej opisuje rolę oksytocyny w przebiegu porodu?

- A. Jest to hormon głównie odpowiedzialny za wzrost poziomu stresu
- B. Pobudza skurcze macicy i wspiera wypływ mleka w laktacji
- C. Hamuje skurcze macicy
- D. Nie ma istotnego znaczenia w porodzie

14. Kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie sprzyja przede wszystkim:

- A. Stabilizacji temperatury i oddechu noworodka oraz rozpoczęciu karmienia piersią
- B. Zwiększeniu liczby infekcji u dziecka
- C. Opóźnieniu laktacji
- D. Jedynie tworzeniu więzi emocjonalnej, bez wpływu biologicznego

15. Które stwierdzenie dotyczące znieczulenia zewnątrzoponowego jest prawidłowe?

- A. Zawsze całkowicie znosi ból porodu
- B. Może wydłużyć II okres porodu, ale zmniejsza odczuwanie bólu
- C. Jest bezwzględnie przeciwwskazane w każdej ciąży
- D. Zastępuje potrzebę monitorowania tętna płodu

11. Baby blues różni się od depresji poporodowej przede wszystkim:

- A. Brakiem wpływu na samopoczucie matki
- B. Krótkotrwałością i samoistnym ustępowaniem objawów w ciągu kilkunastu dni
- C. Występowaniem urojeń i halucynacji
- D. Koniecznością leczenia wyłącznie w szpitalu

17. Który zestaw objawów najbardziej sugeruje depresję poporodową utrzymującą się od kilku tygodni?

- A. Zmęczenie po nieprzespanej nocy, które mija po odpoczynku
- B. Uporczywy smutek, utrata zainteresowań, poczucie winy i bezwartościowości
- C. Chwilowe wzruszenie na widok dziecka
- D. Wyłącznie obniżony apetyt bez zmian nastroju

18. Która z poniższych sytuacji wymaga pilnej konsultacji psychiatrycznej?

- A. Przejściowy płacz bez myśli rezygnacyjnych
- B. Myśli o zrobieniu sobie krzywdy lub skrzywdzeniu dziecka
- C. Obawy o zdrowie dziecka, które mijają po rozmowie z lekarzem
- D. Wahania nastroju w pierwszych dniach po porodzie

19. Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych w połogu obejmuje m.in.:

- A. Przemęczanie się i rezygnację ze snu
- B. Planowanie wsparcia w opiece nad dzieckiem i dbanie o podstawowe potrzeby matki
- C. Unikanie rozmów o trudnościach, aby ich „nie wywoływać”
- D. Przekonanie, że „muszę ze wszystkim poradzić sobie sama”

20. Które przekonanie jest szczególnie obciążające i sprzyja rozwojowi depresji poporodowej?

- A. „Mam prawo prosić o pomoc”
- B. „Jeśli potrzebuję wsparcia, znaczy że jestem złą matką”
- C. „Inne matki też miewają trudności”
- D. „Sen i odpoczynek są ważne dla mojego zdrowia”

WYNIKI TESTU (uzupełnia osoba sprawdzająca):

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji uczestnika PPZ „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie opieki przedporodowej/okołoporodowej nad ciężarną pn. Powiatowa Szkoła Rodzenia”

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy i umiejętności w zakresie świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, położu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu umiejętności w zakresie prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Jak ocenia Pan/i jakość usług otrzymanych w ramach programu?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

1. Imię i nazwisko: _____

2. Adres e-mail: _____

3. Adres: _____

4. Telefon: _____

5. Zawód: _____

6. Liczba lat doświadczenia: _____

7. Liczba lat w branży: _____

8. Liczba lat w firmie: _____

9. Liczba lat w dziale: _____

10. Liczba lat w projekcie: _____

11. Liczba lat w roli: _____

12. Liczba lat w roli: _____

13. Liczba lat w roli: _____

14. Liczba lat w roli: _____

15. Liczba lat w roli: _____

16. Liczba lat w roli: _____

17. Liczba lat w roli: _____

18. Liczba lat w roli: _____

19. Liczba lat w roli: _____

20. Liczba lat w roli: _____

21. Liczba lat w roli: _____

22. Liczba lat w roli: _____

23. Liczba lat w roli: _____

24. Liczba lat w roli: _____

25. Liczba lat w roli: _____

26. Liczba lat w roli: _____

27. Liczba lat w roli: _____

28. Liczba lat w roli: _____

29. Liczba lat w roli: _____

30. Liczba lat w roli: _____

31. Liczba lat w roli: _____

32. Liczba lat w roli: _____

33. Liczba lat w roli: _____

34. Liczba lat w roli: _____

35. Liczba lat w roli: _____

36. Liczba lat w roli: _____

37. Liczba lat w roli: _____

38. Liczba lat w roli: _____

39. Liczba lat w roli: _____

40. Liczba lat w roli: _____

41. Liczba lat w roli: _____

42. Liczba lat w roli: _____

43. Liczba lat w roli: _____

44. Liczba lat w roli: _____

45. Liczba lat w roli: _____

46. Liczba lat w roli: _____

47. Liczba lat w roli: _____

48. Liczba lat w roli: _____

49. Liczba lat w roli: _____

50. Liczba lat w roli: _____

51. Liczba lat w roli: _____

52. Liczba lat w roli: _____

53. Liczba lat w roli: _____

54. Liczba lat w roli: _____

55. Liczba lat w roli: _____

56. Liczba lat w roli: _____

57. Liczba lat w roli: _____

58. Liczba lat w roli: _____

59. Liczba lat w roli: _____

60. Liczba lat w roli: _____

61. Liczba lat w roli: _____

62. Liczba lat w roli: _____

63. Liczba lat w roli: _____

64. Liczba lat w roli: _____

65. Liczba lat w roli: _____

66. Liczba lat w roli: _____

67. Liczba lat w roli: _____

68. Liczba lat w roli: _____

69. Liczba lat w roli: _____

70. Liczba lat w roli: _____

71. Liczba lat w roli: _____

72. Liczba lat w roli: _____

73. Liczba lat w roli: _____

74. Liczba lat w roli: _____

75. Liczba lat w roli: _____

76. Liczba lat w roli: _____

77. Liczba lat w roli: _____

78. Liczba lat w roli: _____

79. Liczba lat w roli: _____

80. Liczba lat w roli: _____

81. Liczba lat w roli: _____

82. Liczba lat w roli: _____

83. Liczba lat w roli: _____

84. Liczba lat w roli: _____

85. Liczba lat w roli: _____

86. Liczba lat w roli: _____

87. Liczba lat w roli: _____

88. Liczba lat w roli: _____

89. Liczba lat w roli: _____

90. Liczba lat w roli: _____

91. Liczba lat w roli: _____

92. Liczba lat w roli: _____

93. Liczba lat w roli: _____

94. Liczba lat w roli: _____

95. Liczba lat w roli: _____

96. Liczba lat w roli: _____

97. Liczba lat w roli: _____

98. Liczba lat w roli: _____

99. Liczba lat w roli: _____

100. Liczba lat w roli: _____