**Program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży
i młodych matek oraz**

**rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.**

**Okres realizacji programu:** W programie przewiduje się trzyletni okres jego realizacji (2018-2021)

**Uzasadnienie:** cykl przewidzianych w ramach programu szkoleń oraz obserwacji efektów obejmuje okres roku przed planowaną ciążą, 40 tygodni księżycowych ciąży, 6 tygodni połogu i obserwacji losów noworodków, sześć miesięcy karmienia naturalnego piersią. W trzyletnim przedziale czasowym będzie można zaobserwować przewidywaną poprawę wyników w kolejnych cyklach.

Autorzy programu:

dr n. med. Ryszard Palczak – specjalista chorób kobiecych i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej (Radioterapia)

mgr fizjoterapii Marzena Mańdziuk

mgr fizjoterapii Weronika Cyganik

# Spis treści

[Spis treści 2](#_Toc484716580)

[1. Opis problemu zdrowotnego 4](#_Toc484716581)

[1.1. Problem zdrowotny 4](#_Toc484716582)

[1.2. Epidemiologia 13](#_Toc484716583)

[1.3. Populacja podlegająca i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu 20](#_Toc484716584)

[1.4. Obecne postępowanie 21](#_Toc484716585)

[1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 39](#_Toc484716586)

[2. Cele programu 44](#_Toc484716587)

[2.1. Cel główny 44](#_Toc484716588)

[2.2. Cele szczegółowe 44](#_Toc484716589)

[2.3. Oczekiwane efekty 46](#_Toc484716590)

[2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 47](#_Toc484716591)

[3. Adresaci programu 50](#_Toc484716592)

[3.1. Oszacowanie populacji 50](#_Toc484716593)

[3.2. Tryb zapraszania do programu 51](#_Toc484716594)

[4. Organizacja programu 57](#_Toc484716595)

[4.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne 57](#_Toc484716596)

[4.2. Planowane interwencje 64](#_Toc484716597)

[4.3. Kryteria i sposoby kwalifikacji uczestników 87](#_Toc484716598)

[4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu 89](#_Toc484716599)

[4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych 90](#_Toc484716600)

[4.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna 93](#_Toc484716601)

[4.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu 93](#_Toc484716602)

[4.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji 94](#_Toc484716603)

[4.9. Kompetencje, warunki niezbędne do realizacji programu 95](#_Toc484716604)

[4.10. Dowody skuteczności planowanych działań 99](#_Toc484716605)

[4.10.1. Opinie ekspertów klinicznych 99](#_Toc484716606)

[4.10.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek 99](#_Toc484716607)

[4.10.3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej 102](#_Toc484716608)

[4.10.4. Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub innych jednostkach 104](#_Toc484716609)

[5. Koszty 105](#_Toc484716610)

[5.1.Koszty jednostkowe 105](#_Toc484716611)

[5.2. Planowane koszty całkowite 109](#_Toc484716612)

[5.3. Źródła finansowania, partnerstwo 110](#_Toc484716613)

[5.4. Argumentacja tego, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne 110](#_Toc484716614)

[6. Monitorowanie i ewaluacja 111](#_Toc484716615)

[6.1. Ocena zgłaszalności do programu 112](#_Toc484716616)

[6.2. Ocena jakości świadczeń w programie 113](#_Toc484716617)

[6.3. Ocena efektywności programu 114](#_Toc484716618)

[6.4. Ocena trwałości efektów programu 114](#_Toc484716619)

[7. Załączniki 116](#_Toc484716620)

#

#

# Opis problemu zdrowotnego

## Problem zdrowotny

Kobiety w ciąży, jako grupa ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi, powinny być jednym z głównych odbiorców edukacji zdrowotnej nie tylko ze względu na siebie, ale również dziecko. Odpowiednia opieka dla kobiet w ciąży, której elementem powinna być edukacja zdrowotna, wpływa na zapewnienie możliwie największego potencjału zdrowotnego zarówno jej, jak i noworodkowi. Od zachowań matki w okresie ciąży zależy, jaki będzie stan zdrowia dziecka po urodzeniu, a od jej stopnia wyedukowania i świadomości zdrowotnej również podstawy zachowań zdrowotnych dziecka. Nieprawidłowy styl życia kobiety w ciąży może wpłynąć na słabszy rozwój dziecka w okresie prenatalnym i niemowlęcym, m.in. na powolniejszy wzrost, pogorszenie funkcjonowania niektórych narządów czy rozwój intelektualny. Zgodnie z doniesieniami 95,3% badanych kobiet uznaje potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej podczas ciąży.[[1]](#footnote-1) Kobieta w ciąży powinna prowadzić dostosowany do potrzeb jej stanu styl życia. W tym celu powinna uzyskać w trakcie wizyty kontrolnej informacje o zachowaniach dotyczących zdrowia. U części kobiet ciężarnych zauważa się również brak dbałości
o własne zdrowie w zakresie podstawowych zasad żywienia, higieny życia czy aktywności fizycznej. Dlatego bardzo ważna jest edukacja kobiet ciężarnych i ich otoczenia od pierwszych tygodni trwania ciąży. Są to aspekty, które w sposób dostępny i trwały można wprowadzić wykorzystując niewielkie nakłady środków. Mają natomiast ogromną wartość prewencyjną.

Edukując kobiety i ich partnerów można wpłynąć nie tylko na zmianę nawyków w czasie trwania obecnej ciąży, ale również wpłynąć na sposób odżywiania czy aktywność całej rodziny, także dziecka po jego urodzeniu. Liczba osób w wieku produkcyjnym w województwie podkarpackim jest na razie stabilna, ale prognozy GUS zapowiadają, że w 2050 r. na Podkarpaciu ubędzie prawie o 300 tys. ludności w wieku produkcyjnym w stosunku do 2015 r. W związku ze zmniejszającą się liczbą urodzeń w 2050 r. liczba osób do 17. roku życia spadnie o ponad 140 tys. Z roku na rok będzie przybywać osób starszych. W 2050 r. ich liczba wzrośnie o ponad 175 tys. [[2]](#footnote-2)

Zapewnienie prawidłowej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży, dostęp do badań, a w czasie porodu i połogu wsparcie oraz przestrzeganie praw pacjentek w opiece okołoporodowej, są kluczowe dla dobrego startu w nowe życie dziecka i rodziny. Jednocześnie w okresie ciąży, porodu i połogu mogą pojawić się czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka, zwane teratogenami. Mogą być to działania (przemoc prenatalna) lub zaniechania (zaniedbania prenatalne) osób dorosłych, głównie matki, które ujemnie wpływają na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny oraz życie dziecka. Działania takie mogą być podejmowane świadomie i intencjonalnie, np. żeby spowodować poronienie. Mogą też być świadome, ale nie intencjonalne, np. kiedy kobieta wiedząc, że taki teratogen, jak alkohol, tytoń czy narkotyk szkodzi dziecku, używa go, ale nie chce zaszkodzić dziecku. Wtedy często racjonalizuje swoje zachowanie, zaprzecza wiedzy o szkodliwych skutkach i podtrzymuje w sobie nadzieję, że jej dziecko one ominą. Dziecko może również stać się ofiarą zaniedbania w postaci niezaspokojenia jego potrzeb — z powodu braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo–wychowawczych rodziców, ich nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, traum doznanych w życiu, trudnych sytuacji związanych z prokreacją. Stosowanie przemocy prenatalnej jest ważnym predykatorem przemocy postnatalnej — jeśli dziecko przeżyje, to często narażone jest na dalsze krzywdzenie ze strony rodziców, najczęściej w postaci zaniedbania opieki. [[3]](#footnote-3) Osoby wykluczone i zagrożone wykluczeniem ze względu na ubóstwo, w tym przede wszystkim dotknięte „dziedziczeniem biedy” należą do najtrudniejszej kategorii, którą trudno namówić do uczestnictwa w projekcie mającym zmienić dotychczasowe przyzwyczajenia i codzienny rytm dnia. Ubóstwo, zwłaszcza dziedziczne, wiąże się przeważnie z bezrobociem, barierami w edukacji oraz występującymi zachowaniami przestępczymi. Przede wszystkim w tej grupie mamy do czynienia z sytuacją, gdy osoby, do których kierujemy projekt, po prostu nie chcą brać w nim udziału. Istotne jest zatem tutaj przede wszystkim bardzo dokładne i jasne przedstawienie wszystkich korzyści, jakie może dać uczestnictwo w projekcie. Właśnie wśród osób (rodzin) dotkniętych ubóstwem mamy często do czynienia z dziedziczeniem biedy, dlatego też w projektach skierowanych do osób ubogich, które mają problemy na rynku pracy, nie posiadają wykształcenia lub posiadają je na bardzo niskim poziomie, nie posiadają kwalifikacji zawodowych, warto postawić na kompleksowość rozwiązań, czyli wsparcie dla całej rodziny lub wsparcie jednostki w więcej niż jednym obszarze życia. Największe zagrożenie wykluczeniem społecznym w województwie podkarpackim występuje wśród osób bezdomnych, niepełnosprawnych, mieszkańców terenów wiejskich (dawnych rolników, rolników posiadających gospodarstwo rolne do 2 ha i powyżej 2 ha oraz członków ich gospodarstw domowych), matek samotnie wychowujących dzieci, niepracujących: bezrobotnych, biernych zawodowo w wieku produkcyjnym. Wsparcie, jakie powinno zostać skierowane do tych osób należy dostosować do ich indywidualnych przyczyn i skutków trudnej sytuacji. Wśród form wsparcia w przyszłej perspektywie finansowania na lata 2014-2020 powinno być zaplanowanych więcej instrumentów informacyjno-edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa zagrożonego ubóstwem lub wykluczonych społecznie.[[4]](#footnote-4)

W województwie podkarpackim przewiduje się systematyczny spadek liczby ludności.
W początkowych latach obserwowana będzie niewielka nadwyżka urodzeń nad zgonami. Od 2017 r. - w wyniku odwrócenia tendencji - przyrost naturalny będzie ujemny. Przewiduje się, że nastąpią zmiany w strukturze ludności według miejsca zamieszkania. Udział ludności wiejskiej wzrośnie, zmaleje natomiast udział ludności miejskiej. Obniży się liczba osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym, wzrośnie natomiast w wieku poprodukcyjnym. [[5]](#footnote-5) Aktualne dane wskazują, że 63,2% mieszkańców województwa podkarpackiego jest w wieku produkcyjnym. [[6]](#footnote-6)

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2010 roku u ponad 70% ogólnej liczby zmarłych niemowląt zgon nastąpił przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia, w tym u około połowy w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejną 1/3 zgonów stanowią wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami okołoporodowymi. [[7]](#footnote-7) Kobieta w ciąży jest pacjentką kosztowną, jeśli prowadzona ciąża jest zgodna z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz ze współczesną wiedzą medyczną. Od
1 stycznia 2004 r. opieka nad kobietą w ciąży została zakontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w poradniach ginekologiczno-położniczych jako normalna porada, a nie jak przed 2004 rokiem, kiedy to NFZ zwracał koszty zalecanych i wykonanych badań. W związku ze zmianą sposobu finansowania opieki nad kobietą w ciąży przez NFZ świadczeniodawcy (poradnie) niejednokrotnie muszą ograniczać koszty i zlecać znacznie mniejszą ilość badań dodatkowych, co prowadzi do obniżenia standardu usługi. [[8]](#footnote-8)

Właściwe żywienie we wczesnym okresie życia ma ogromny wpływ na kondycję oraz rozwój fizyczny i psychiczny dziecka, w tym pozwala osiągnąć ge­netycznie uwarunkowany potencjał wzrostowy oraz poziom inteligencji. Ponadto może wpływać na zmniejszenie ryzyka wystąpienia niektórych chorób cywilizacyjnych, takich jak: otyłość, cu­krzyca typu 2, osteoporoza, miażdżyca, alergia, nowotwory, lub przynajmniej warunkować łagod­niejszy ich przebieg w życiu dorosłym. Według teorii programowania metabolicznego lub żywie­niowego, ekspozycja na czynniki środowiskowe i doświadczenia żywieniowe w tzw. krytycznych okre­sach życia, m.in. w okresie wczesnego rozwoju pre-i postnatalnego, może implikować rozwój osobniczy i zdrowie we wszystkich kolejnych latach życia. [[9]](#footnote-9) Dane z badań eksperymentalnych na zwierzętach, badań epidemiologicznych, obserwacyjnych i inter­wencyjnych potwierdzają prawdopodobieństwo in­terakcji pomiędzy oddziaływaniami metabolicznymi a polimorfizmami genetycznymi. [[10]](#footnote-10) W tym kontekście na uwagę zasługują wyniki bada­nia ankietowego oceniającego sposób żywienia nie­mowląt w Polsce. Badanie przeprowadzone w grupie ponad 300 niemowląt w 6. oraz 12. m. ż. wykazało liczne błędy w żywieniu dzieci. Do najczęstszych z nich należały: zbyt duża liczba posiłków w ciągu dnia (>60% dzieci spożywało ≥7 posiłków zarówno w 6. m. ż., jak i w 12. m. ż.), brak suplementacji wi­taminy
D (>50% niemowląt), nieprawidłowe rozcień­czenie/przygotowanie mieszanek, zbyt duża podaż soków w diecie. [[11]](#footnote-11)

Mając na uwadze znaczenie właściwego żywienia we wczesnym okresie życia, Sekcja Żywieniowa Polskie­go Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Ży­wienia Dzieci podjęła się aktualizacji zaleceń doty­czących żywienia zdrowych, urodzonych o czasie nie­mowląt. Zgodnie ze schematem żywienia opracowanym przez Zespół Ekspertów powołanych przez Konsultanta Krajowe­go w dziedzinie Pediatrii z 2007 roku zaleca się, aby wszyscy, którzy sprawują opiekę nad dzieckiem do 1 roku życia nie popełniali błędów żywieniowych. [[12]](#footnote-12) Aby zapobiec takim sytuacjom koniecznym jest umożliwienie młodym rodzicom poradnictwa dietetycznego. W Polsce nie jest finansowane przez NFZ, dlatego tak mało kobiet z niego korzysta.

Sytuacja ekonomiczna młodej rodziny często nie jest najlepsza, może ona stanąć przed problemem braku środków na pokrycie kosztów badań, które choć nie są obowiązkowe, jednak znacznie zwiększają bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Społeczeństwo z terenów ubogich posiada niewielką wiedzę na temat opieki przed-, około- i poporodowej, opieki nad niemowlęciem, popełnia błędy żywieniowe w stosunku do matki jak i dziecka, potrzebuje przekazu stosownej wiedzy i wsparcia psychologicznego.

Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką i noworodkiem stanowi jeden
z priorytetów zdrowotnych zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r.

w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126).

W województwie podkarpackim obserwuje się niski stopień urbanizacji (miasta poniżej 20 tys. mieszkańców i wieś, bez ośrodków miejskich o silnym oddziaływaniu zewnętrznym). Obserwuje się słabszy rozwój gospodarczy i niższą aktywność gospodarczą. Liczba podmiotów gospodarki narodowej przypadająca na 10 tys. ludności jest znacznie niższa niż przeciętnie w Polsce. Brak rozwiniętego przemysłu oraz słaby rozwój sektora usług, to przyczyny wysokiego poziomu bezrobocia. Na podstawie danych GUS w województwie podkarpackim częściej występują gospodarstwa domowe, gdzie głównym źródłem utrzymania są świadczenia emerytalno-rentowe z wcześniejszych niskich wynagrodzeń, bądź z pracy w niskotowarowych indywidualnych gospodarstwach rolnych. Wysoka stopa bezrobocia oraz niskie przeciętne miesięczne wynagrodzenia mają wpływ na poziom miesięcznego dochodu rozporządzalnego na 1 osobę, który w województwie podkarpackim był niższy od średniej krajowej 1340 zł i wynosił 1053 zł. na osobę. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na tak niski dochód rozporządzalny w województwie podkarpackim był najwyższy w Polsce udział rodzin wielodzietnych w ogólnej liczbie rodzin (blisko 9%, w Polsce blisko 6%). W województwie podkarpackim przeciętnie w gospodarstwie domowym odnotowano 3,05 osób przy czym 0,97 osób pozostawało na utrzymaniu (odpowiednio w skali kraju 2,73 i 0,79). Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę wynosiły 901 zł. przy średniej krajowej - 1079 zł. Struktura wydatków również potwierdza, że poziom życia ludności na tym obszarze był relatywnie niski. W przypadku gorszej sytuacji dochodowej w pierwszej kolejności chronione są potrzeby podstawowe niższego rzędu, w tym żywnościowe. Potrzeby związane z edukacją, rekreacją i kulturą zaspakajane są w dalszej kolejności. [[13]](#footnote-13)

Program kierowany jest do kobiet zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, dotyczy ciąży, porodu i połogu o przebiegu fizjologicznym. Zadaniem niniejszego programu jest wprowadzenie do określonych środowisk wiedzy i umiejętności wprowadzenia stosownych zachowań zdrowotnych, by nie dopuścić do powstania w tym okresie życia kobiety patologii matki i jej przyszłego dziecka.

Program obejmuje następującą problematykę:

* Opieka nad kobietą ciężarną w przebiegu ciąży fizjologicznej i przygotowanie do macierzyństwa
* *Mini Szkoła Rodzenia lub mobilna Mini Szkoła Rodzenia*
* *Poradnictwo laktacyjne oraz opieka nad niemowlęciem*

Celem rekomendacji takiego sprawowania opieki nad kobietą jest doskonalenie standardów opieki medycznej nad kobietą , które pozwolą na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej noworodków, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej. Zdrowie kształtuje się od wczesnego okresu życia osobniczego, tak więc od prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu, zależny jest rozwój fizyczny
i intelektualny dziecka i człowieka dorosłego. W trosce o zdrowie i jakość życia społeczeństwa, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne dostrzega potrzebę analizy i modyfikacji modelu opieki przedporodowej w istniejących obecnie realiach organizacyjnych i ekonomicznych polskiej służby zdrowia oraz aktualnej wiedzy medycznej.

Nacisk na poradnictwo przedporodowe, promocja zachowań ograniczających ryzyko powstania wad i powikłań ciąży, propagowanie prawidłowego żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej, systematyczna, powszechnie dostępna opieka medyczna połączona z oceną czynników ryzyka dla matki i płodu jest obowiązkiem lekarza sprawującego nadzór nad kobietą ciężarną. Jest to zadanie, które powinno być realizowane przez lekarza ginekologa-położnika przy współpracy z lekarzem rodzinnym, położną i lekarzami innych specjalności. [[14]](#footnote-14)

W optymalnych warunkach każda ciąża powinna być planowana. W czasie poradnictwa na wczesnym etapie ciąży powinno się zebrać dokładny wywiad dotyczący przebytych lub istniejących chorób ogólnoustrojowych. Istotne znaczenie ma dokładne zebranie wywiadu rodzinnego, szczególnie dotyczącego wad genetycznych i wrodzonych, strat ciąż, cukrzycy, nadciśnienia, chorób układowych, chorób autoimmunologicznych. Należy zebrać wywiad dotyczący chorób ginekologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem wad rozwojowych, obecności mięśniaków, zmian w przydatkach, stosowanej antykoncepcji, przebytych zakażeń oraz leczenia niepłodności. W wywiadzie położniczym należy uzyskać informacje dotyczące przebiegu i sposobu zakończenia ciąż, powikłań połogu oraz danych dotyczących urodzonych dzieci (masa ciała, stan pourodzeniowy, urazy, wady, rozwój psychomotoryczny).

Ważnym problemem, który uniemożliwia pełną diagnozę opieki okołoporodowej w Polsce, jest brak danych. W Polsce nie są gromadzone dane, dotyczące odsetka kobiet objętych opieką medyczną w ciąży, podczas porodu i połogu, korzystających z różnych form edukacji przedporodowej, karmiących piersią przez przynajmniej 6 miesięcy życia dziecka. Nie mamy również informacji o powikłaniach okołoporodowych oraz możliwości śledzenia ich długofalowego wpływu na dalsze zdrowie matek i dzieci. Nie są prowadzone rejestry tych wskaźników ani badania przekrojowe w tym zakresie. Uniemożliwia to pełną ocenę opieki nad matką i dzieckiem w Polsce, a tym samym wprowadzenie koniecznych zmian. Edukacja przedporodowa ma ogromne znaczenie dla rodziców, którzy oczekują narodzin swojego dziecka. Dla wielu z nich jest ona pierwszym i często jedynym źródłem aktualnej, fachowej wiedzy, przekazanej przez profesjonalistów. Nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie szeroko pojętej edukacji okołoporodowej pozwoli zadbać o stan własnego zdrowia i zdrowia dziecka, co powinno mieć wpływ na zmniejszenie patologii położniczych, wcześniactwa i porodów dzieci z niską masą urodzeniową. Badania naukowe i doświadczenia wielu krajów, pokazują, że dla uzyskania lepszych wyników opieki okołoporodowej ważne jest rozpowszechnienie edukacji przedporodowej. Uczestnictwo w Mini Szkole Rodzenia powinno przyczynić się do zmniejszenia lęków i niepokojów rodziców związanych z ciążą, porodem i połogiem oraz ułatwić aktywne uczestnictwo w porodzie i wejście w bezpieczne rodzicielstwo. Badania wykazują, że kobiety uczestniczące w szkole rodzenia, bardziej znają sygnały swojego ciała podczas porodu i lepiej współpracują z położną i lekarzem. Efektem tego jest poród krótszy o 2-4 godziny, rzadsze występowanie zaburzeń czynności skurczowej macicy, rzadsze nacinanie krocza, rzadsze uszkodzenia szyjki macicy, lepsze dotlenienie płodu, mniejszy odsetek urazów okołoporodowych
u noworodków, rzadziej wykonywane operacje położnicze, wyższa ocena noworodka w skali Apgar, mniejsza utrata krwi w III okresie porodu, szybszy powrót do pełnej sprawności po porodzie
i zdecydowanie częstsze karmienie piersią. [[15]](#footnote-15) W Polsce liczba kobiet korzystających ze szkół rodzenia to zaledwie 5%. [[16]](#footnote-16) Obecnie funkcjonuje ok. 250–300 szkół rodzenia, z czego większość jest płatna (od 150 do 600 zł za kurs). Zajęcia w ramach szkoły rodzenia są prowadzone przez położne, pielęgniarki, lekarzy ginekologów, fizjoterapeutów, psychologów. Działają przy szpitalach, przychodniach lub jako niezależne formy działalności. Brak jest danych na temat odsetka kobiet w ciąży korzystających ze szkół rodzenia. Wśród respondentek akcji Rodzić po Ludzku w 2006 r., 66% kobiet uczęszczało do szkoły rodzenia, ale wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu „Mój poród” rok wcześniej, było to zaledwie 20%. Wydaje się, że czynnik finansowy jest decydujący w kwestii dostępności szkół rodzenia — w Warszawie z edukacji przedporodowej finansowanej przez samorząd w 2009 r. skorzystało 11 141 kobiet, czyli 59% wszystkich ciężarnych. [[17]](#footnote-17) Oprócz Warszawy, programy profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży, obejmujące finansowanie edukacji przedporodowej realizował lub nadal prowadzi samorząd m.in. w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Płocku, Przemyślu, Wrocławiu. [[18]](#footnote-18) NFZ finansuje opiekę położnej środowiskowo–rodzinnej od 20. tygodnia ciąży.
W kompetencjach położnej jest wsparcie i edukacja przedporodowa, przekazanie wiedzy dotyczącej ciąży, porodu i połogu, informacja na temat przygotowania domu na przyjście dziecka, przygotowanie do laktacji, pielęgnacji noworodka, edukacja dotycząca stylu życia, prawidłowej diety i utrzymania aktywności fizycznej w ciąży. Jednak z tej formy opieki kobiety w ciąży nie korzystają. Dostępność szkół rodzenia w województwie podkarpackim jest ograniczona, gdyż są one nieliczne i odpłatne. Aby w województwie podkarpackim rodziło się jak najwięcej żywych, zdrowych noworodków, a wskaźnik umieralności okołoporodowej stawał się coraz niższy, należy wzmocnić edukacyjną formę opieki nad kobietą ciężarną, poprzez szeroki dostęp do bezpłatnych szkół rodzenia. Wydaje się konieczne zachęcenie większej liczby kobiet do kontaktu z położną środowiskowo–rodzinną już w czasie ciąży i wykorzystanie potencjału tej formy opieki finansowanej przez NFZ jako formy edukacji przedporodowej, co może się przełożyć na zmniejszenie odsetka powikłań w ciąży.

Zdiagnozowanym problemem w kontekście kompleksowej opieki jest ciągle zbyt duża liczba młodych mam przedwcześnie lub w ogóle rezygnujących z naturalnego karmienia piersią. Żywienie sztuczne noworodków i niemowląt, dokarmianie mieszanką dzieci karmionych piersią oraz przedwczesne podawanie innej żywności zwiększa ryzyko niektórych chorób i hospitalizacji dzieci
w okresie niemowlęcym, a także zwiększa ryzyko słabszego rozwoju psychofizycznego. Według WHO oraz Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia optymalnym i rekomendowanym sposobem żywienia niemowląt zapewniającym prawidłowy wzrost, rozwój i zdrowie dziecka jest wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia oraz kontynuowanie karmienia piersią do roku lub dłużej. [[19]](#footnote-19) W społeczeństwie coraz mniejszy nacisk kładzie się na karmienie naturalne. Matki często zostają pozbawione profesjonalnej pomocy laktacyjnej, przez co przedwcześnie odstawiają dziecko od piersi. Wciąż zbyt mało kobiet karmi wyłącznie piersią w ciągu pierwszych 4-6 miesięcy, a ten sposób żywienia uznajemy za optymalny. W skali świata to niespełna 40%. W Polsce prawie 100% matek chce karmić i zaczyna po porodzie, ale szybko dokarmiają i wyłączne karmienie piersią w 4. miesiącu sięga 30%, a w 6. miesiącu od 4 do 14% w zależności od badania. Do popełnienia błędu dochodzi jeszcze w szpitalu, po urodzeniu dziecka. Pomimo, że prawie każda mama zaczyna karmić i jest w stanie wytwarzać pokarm dla swojego dziecka, aż 50–75% noworodków donoszonych jest dokarmianych sztucznie. Najczęściej bez wskazań i z przekraczaniem norm ilościowych. Od 1997 r., kiedy wykonano ostatnie badania ogólnopolskie, nie poprawiły się wskaźniki karmienia piersią. [[20]](#footnote-20)

Przejście na żywienie sztuczne wiąże się z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla samych matek oraz ich dzieci. Koszty społeczne to wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia i zwiększenie dysproporcji stanu zdrowia w społeczeństwie. [[21]](#footnote-21) Wśród czynników opóźniających prawidłową laktację wymienia się m.in. cięcie cesarskie i poród przedwczesny. Brak powszechnej edukacji w zakresie korzyści karmienia piersią i zasad prawidłowego postępowania podczas laktacji, spójnej opieki wspierającej naturalne karmienie na różnych etapach okresu okołoporodowego oraz brak dostępu do nieodpłatnego poradnictwa laktacyjnego zwiększają ryzyko żywienia sztucznego i mieszanego. Osoby, które udzielają poradnictwa laktacyjnego nie mają zazwyczaj odpowiedniego przygotowania, szczególnie z tego powodu, że na kierunkach medycznych brakuje edukacji z zagadnień dotyczących tej tematyki. Personel medyczny musi podejmować szkolenia. W województwie podkarpackim jest zaledwie 1 położna, posiadająca certyfikat IBCLC (Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny).

Należy wyraźnie podkreślić, że karmiące piersią Polki to grupa, do której adresowana jest relatywnie mała pomoc i niewielkie wsparcie instytucjonalne. Na poziomie deklaratywnym – a więc przyzwalania, akceptowania, stwarzania ram – wsparcie realizowane jest przez placówki opieki zdrowotnej, szpitale i przez miejsca pracy. Wykorzystanie go wymaga jednak od karmiących Polek aktywności i determinacji oraz nakładów własnych (zakup sprzętu, uzyskanie fachowej wiedzy). Trzeba zaznaczyć, że realizowana wobec karmiących matek polityka informacyjna – przede wszystkim ze strony lekarzy - jest oceniana jako wyrywkowa, nieskuteczna i niespójna, nieuwzględniająca światowych standardów i rekomendacji. Wszędzie tam, gdzie dochodzi do indywidualnego kontaktu z personelem medycznym, karmiące Polki konfrontują się z osobistymi opiniami, a nie wyłącznie z głosem eksperta z dziedziny medycyny. Wsparcie merytoryczne w ramach instytucji należy więc również ocenić jako niewystarczające. Szczególnie po porodzie matka nie uzyskuje fachowej wiedzy dotyczącej podjęcia czy podtrzymania naturalnego karmienia piersią, na co wskazują dane. Aż 45% respondentek potwierdza, że podczas konsultacji lekarskich w przypadku zgłoszenia zbyt małej ilości pokarmu lekarze zalecają podawanie mieszanek. Doniesienia medyczne podkreślają, iż Polska nie jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku w badanych obszarach. Badania wykazują słabości systemu, które powinny być pilnie naprawione, a karmiące Polki wsparte i docenione. [[22]](#footnote-22)

## Epidemiologia

Od lat spada dzietność Polek i to bez względu na miejsce zamieszkania. W 1980 r. tzw. współczynnik dzietności (określający liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym) wynosił 2,276; na wsi 2,908, a w miastach 1,928. W 2000 r. współczynnik ten wynosił odpowiednio 1,367; na wsi 1,652, w miastach 1,201. Według ostatnich danych GUS za 2014 r. współczynnik dzietności w Polsce wyniósł średnio 1,290; na wsi 1,390, w miastach 1,217. [[23]](#footnote-23)

Jak wynika z wyliczeń Głównego Urzędu Statystycznego w 2015 r. w wieku produkcyjnym było 62,4 procent ludności (w 2010 r. 64,4 procent), przedprodukcyjnym 18 procent (w 2010 r. 18,8 procent) zaś w wieku poprodukcyjnym 19,6 procent (w 2010 r. 16,8 procent). [[24]](#footnote-24)

W 2015 r. w większości powiatów województwa podkarpackiego przyrost naturalny w przeliczeniu na 1000 mieszkańców przyjmował wartości ujemne, przy czym najniższe w Przemyślu
(-3,7‰), w powiatach: lubaczowskim (-2,7‰) oraz leskim i jasielskim (po -1,5‰). Najwyższe wartości współczynnika przyrostu naturalnego odnotowano m.in. w Rzeszowie (2,2‰) i powiecie łańcuckim (1,9‰). Współczynnik urodzeń żywych w województwie wyniósł (9,2‰). Powyżej 10 urodzeń na 1000 mieszkańców odnotowano w 4 powiatach, najwięcej w powiecie łańcuckim – 10,8. Najmniej urodzeń przypadało w powiecie leskim – 7,5, Przemyślu – 7,7 i powiecie stalowowolskim – 7,8. Na 1000 mieszkańców województwa przypadało 9,1 zgonów. Wśród powiatów najniższy poziom umieralności odnotowano w Rzeszowie – 8,0 zgonów na 1000 ludności, a najwyższy w Przemyślu – 11,4 i powiecie lubaczowskim – 11,3. [[25]](#footnote-25)

W województwie podkarpackim urodzenia żywe na 1000 kobiet prezentowały się według tabeli nr 1.

Tabela 1. Płodność kobiet w województwie podkarpackim

|  |
| --- |
| **Płodność kobiet w województwie podkarpackim** |
| Płodność kobiet w wieku 20-24 lata | 39,79 |
| Płodność kobiet w wieku 25-29 lat | 863 |
| Płodność kobiet w wieku 30-34 lata | 69,69 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS*

Warto zauważyć, iż ok. 60% dzieci rodzi się na wsi. Liczba hospitalizacji z powodu ciąży, porodu, połogu (z wyłączeniem porodu samoistnego) stale rośnie, dotyczy to także liczby hospitalizacji z powodu poronień (tabela 2).

Tabela 2. Stany wymagające interwencji lekarskiej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **rok** | **Ciąża, poród i połóg (z wyłączeniem porodu samoistnego, pojedynczego i mnogiego)** | **Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym** |
| **razem** | **W tym ciąża zakończona poronieniem** |  |
| **000-099 bez 080 i 084** | **000-008** | **P00-P96** |
| 2009 | 26 262 | 3 112 | 6 353 |
| 2010 | 25 841 | 3 028 | 6 852 |
| 211 | 26 109 | 3 038 | 7 355 |
| 2012 | 26 536 | 2 872 | 8 769 |
| 2013 | 26 969 | 2 909 | 9 660 |
| 2014 | 26 733 | 2 993 | 8 330 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS*

Na przestrzeni lat zdecydowanie spadła śmiertelność niemowląt. O ile w 1980 r. na 1000 żywych urodzeń notowano 25,5 zgonów, o tyle w 2000 r. było to średnio 8,4 zgony, w 2010 r. - 5,
a w 2015 r. - 4. [[26]](#footnote-26) Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt, około 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstają w czasie ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejne 37% zgonów jest wynikiem wrodzonych wad rozwojowych, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. [[27]](#footnote-27) Na podstawie danych dotyczących województwa podkarpackiego zanotowano, iż w 2015 liczba zgonów noworodków wyniosła 4,1 (nieco wyższy wskaźnik w stosunku do liczby zgonów noworodków w Polsce). [[28]](#footnote-28)

Wskaźnik umieralności niemowląt z niską masą urodzeniową ciała jest w stosunku do wskaźników europejskich wysoki i od kilku lat nie zmienia się. Według danych statystycznych w Polsce w 2015 roku przyszło na świat 369308 dzieci, z czego 256 urodzonych było z bardzo niską masą urodzeniową poniżej 600 g, natomiast do 999 g urodzonych w Polsce było 956 noworodków. [[29]](#footnote-29) Wskaźnik ten dla województwa podkarpackiego przedstawia szczegółowo tabela 3.

Tabela 3. Rozkład wagi noworodków w województwie podkarpackim (2015 rok).

|  |
| --- |
| **Rozkład wagi noworodków** |
| Waga 350g - 3999g | 5982 |
| Waga 3000g - 3499g | 7628 |
| Waga 2500g - 2999g | 3017 |
| Waga 2000g - 2499g | 70 |
| Waga 1500g - 1999g | 221 |
| waga 1000g - 1499g | 114 |
| Waga 600g - 999g | 52 |
| Waga poniżej 600g | 17 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS*

Porady w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej również notują tendencję rosnącą. Natomiast wskaźnik liczby porad na jedną ciężarną wskazuje w województwie wielkości zbliżone do krajowej średniej i wynosi ok. 5 porad. Jednakże do osiągnięcia wymaganego standardu
8 wizyt, należy podejmować działania zwiększające ich dostępność. Jest również oczywiste, iż
w grupie ciężarnych zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wspomniane wartości wskaźnika są jeszcze niższe, niż wojewódzka średnia (tabela 4).

Tabela 4. Liczba porad kobiet w ciąży

|  |  |
| --- | --- |
| Rok | Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży |
| ogółem |
| 200 | 144 593 |
| 2010 | 130 428 |
| 2011 | 102 697 |
| 2012 | 106 485 |
| 2013 | 110 825 |
| 2014 | 111 238 |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS*

Powyższe dane wskazują na malejącą rokrocznie liczbę rodzących się dzieci oraz na fakt, iż w dobie niżu demograficznego szczególną rolę ma poprawa jakości opieki medycznej nad każdą kobietą w ciąży, ciągłe podnoszenie dostępności do porad i likwidowanie barier ekonomicznych (zwłaszcza w grupie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczonych społecznie), a także działania na rzecz zwiększenia świadomości kobiety w ciąży, młodej matki i ojca dotyczących prawidłowych zachowań prozdrowotnych. Konieczność taką potwierdzają również wojewódzkie dane dotyczące rosnącej liczbie hospitalizacji i nadal dalekim od europejskich standardów liczby porad w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej.

Dokument Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim w latach 2012, 2013 oraz 2014 przygotowany przez Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej wykazuje, iż ok. 50% populacji kobiet w ciąży w województwie może należeć do grupy osób zagrożonych ubóstwem
lub wykluczeniem społecznym. [[30]](#footnote-30) Jest to sygnał do podjęcia stosowanych kroków na poprawę sytuacji
w województwie podkarpackim.

Badania prowadzone w ostatnich latach nad opieką medyczną z jakiej korzystają kobiety w Polsce w okresie ciąży pokazują, iż najczęściej poczęcie dziecka jest potwierdzane przez ginekologa w 5–6 tygodniu (31%) oraz w 7–8 tygodniu (27%) [[31]](#footnote-31) , natomiast około połowa kobiet nie korzysta z tego rodzaju opieki w pierwszym trymestrze ciąży i stosunkowo duża grupa zgłasza się do lekarza dopiero w drugiej połowie ciąży. Wczesna zgłaszalność (tj. w pierwszym trymestrze) jest nieco większa w środowisku miejskim (58,6%) niż wiejskim (46%). Niepokojący jest fakt, iż na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat liczba ta nie uległa zmianie. Według danych z raportu rządu w 1997 r. na temat realizacji ustawy o planowaniu rodziny z 1993 r. — w pierwszym trymestrze ciąży opieką zdrowotną objętych było 60,7% kobiet ciężarnych mieszkających w mieście i 44,4% kobiet mieszkających na wsi. Okazuje się, iż po 15 latach liczba kobiet korzystających z wizyty u lekarza w pierwszym trymestrze ciąży jest stabilna i niewystarczająco wysoka. Powyższe wyniki wskazują na fakt, iż około połowa kobiet jest pozbawiona opieki medycznej w okresie trwającej organogenezy dziecka, a więc czasu jego największej podatności na teratogeny, a tym samym naraża los ciąży oraz zdrowie i życie dziecka na najpoważniejsze uszkodzenia (poronienie, wady strukturalne — tzw. deformacje, choroby wrodzone). Dane te wskazują także, iż podejmowanie w ciąży zachowań ryzykownych wynika nie tyle z braku wiedzy kobiet co do szkodliwości picia alkoholu, palenia papierosów czy używania narkotyków, co raczej właśnie z późnego zgłaszania się do lekarza i potwierdzenia ciąży (dopiero po pierwszym lub drugim trymestrze). Duża liczba kobiet (w szczególności z terenów zagrożonych ubóstwem) nie zdaje sobie sprawy lub bagatelizuje znaczenie, jakie ma dla losu ciąży jak najwcześniejsze objęcie opieką medyczną poczętego dziecka oraz stan ich zdrowia w okresie okołokoncepcyjnym. Wyniki tych badań są tym bardziej niepokojące, że znajdują one potwierdzenie również w oficjalnych dokumentach, jakim jest np. Karta Praw Kobiety Rodzącej, dostępna na stronie Rzecznika Praw Obywatelskich. Znajdujemy tam stwierdzenie, iż z „opinii specjalistów, towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych, a także z doniesień medialnych wynika, iż w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno– leczniczej”. [[32]](#footnote-32)

Oprócz danych epidemiologicznych wskazanych w pierwszej części uzasadnienia, niezwykle istotną rolę w zapewnieniu kompleksowej opieki nad kobietami w ciąży z grupy docelowej programu, jest uzupełnienie części medycznej programu o część edukacyjną.

W Polsce zbyt mało kobiet karmi wyłącznie piersią w ciągu pierwszych 4-6 miesięcy. W skali świata to niespełna 40%. W Polsce prawie 100% matek chce karmić i zaczyna po porodzie, ale szybko zaczynają dokarmiać i wyłączne karmienie w 4. miesiącu sięga 30%, a w 6. miesiącu od 4 do 14% w zależności od badania. Od 1997 r., kiedy wykonano ostatnie badania ogólnopolskie, nie poprawiły się wskaźniki karmienia piersią. [[33]](#footnote-33) Od roku 1997 nie prowadzono ogólnopolskich badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia dzieci, w tym karmienia piersią. Dopiero w 2014 roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło pierwsze po 17 latach wskaźniki zebrane przez POZ i przekazane do GUS. Wnioski są smutne, wskaźniki dotyczą tylko jakiegokolwiek karmienia piersią. W sprawie wyłącznego karmienia mlekiem matki możemy wyciągać pośrednio z badań na mniejszych grupach. Wynika z nich, że wskaźniki **nie poprawiają się** od badań prof. Mikiel-Kostyry z 1997 roku.  Nadal mamy wysoki odsetek rozpoczynania karmienia po porodzie, ale jego wyłączność (tylko mlekiem matki, bez dokarmiania substytutami) jest sporo niższa niż była. Na tle Europy plasujemy się wśród 10 krajów, z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia. Polskie matki chcą karmić, personel w pierwszych dobach im to umożliwia. Na dalszym etapie nie potrafimy utrzymać laktacji, zwłaszcza jej wyłączności. W 3 miesiącu wyłącznie piersią karmi 50% matek na Węgrzech, Słowacji,
w Szwecji, Norwegii, Danii, Islandii*.* [[34]](#footnote-34)W Polsce w 2-3 miesiącu najwięcej matek rezygnuje
z karmienia, średnia jego długość to 4,8 miesiąca. [[35]](#footnote-35) Około 60% karmiących matek zmaga się
z różnego typu problemami laktacyjnymi, a szczególnie z brakiem wiedzy na temat postępowania
w laktacji pomimo edukacji przedporodowej. [[36]](#footnote-36) Napotykając na problemy kobiety poszukują pomocy w różnych formach, jednak często nie docierają do specjalistów ds. laktacji, natomiast uzyskują nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami, powikłaniami laktacji, niepotrzebnym dokarmianiem i skracaniem czasu karmienia naturalnego. Wielokrotnie dokarmiają mlekiem modyfikowanym lub zupełnie rezygnują z karmienia piersią.[[37]](#footnote-37) W Polsce brakuje też monitoringu karmienia piersią. W Narodowym Programie Zdrowia widnieją zapisy dotyczące zwiększania odsetka karmiących matek i propagowania wyłącznego karmienia, ale Polska nie posiada programu zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych oraz ewaluacji na skalę krajową. Bazujemy na badaniach prowadzonych lokalnie na niewielkich próbach. Największe, które wykonała dr Urszula Bernatowicz-Łojko w 2010 r. w woj. kujawsko-pomorskim obejmowało 1000 noworodków. [[38]](#footnote-38) Badanie prof. Haliny Woś z Katowic objęło 300 dzieci. [[39]](#footnote-39) Z obydwu prac wypływają wnioski: w 2.-3. miesiącu najwięcej kobiet porzuca karmienie.

Niniejszy program stanowić będzie zestaw działań mających na celu poprawę w/w wskaźników i zjawisk. W swoim założeniu składa się z trzech modułów. Pierwszym z nich jest zapewnienie kobietom, które chcą zajść w ciążę, poradnictwa przedkoncepcyjnego.

Drugim modułem jest opracowany zakres działań edukacyjnych, w ramach „Mini Szkoły Rodzenia” oraz zapewnienie bezpłatnego uczestnictwa kobietom i ich partnerom/ członkom rodzin objętych programem. W skali kraju odsetek kobiet ciężarnych uczęszczających do szkoły rodzenia wynosi zaledwie 5%. [[40]](#footnote-40)

Trzecim modułem jest zestaw działań zapewniających realne wsparcie kobiet w podejmowaniu naturalnego karmienia piersią i utrzymaniu go co najmniej 6 miesięcy, a w maksymalnym możliwym odsetku do roku i powyżej oraz zapoznanie ich z podstawowymi elementami pielęgnacji i opieki nad niemowlętami. Ważnym aspektem jest niedostateczna wiedza osób sprawujących opiekę laktacyjną w Polsce. W kraju jest 402 osoby posiadające kwalifikacje w zakresie CDL (Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego), 11 aktualnych certyfikatów (niespełna 3%) posiadają przedstawiciele województwa podkarpackiego. [[41]](#footnote-41) Na podstawie danych udostępnionych przez GUS w 2014 roku (zebranych od lekarzy POZ w populacji 360 195 dzieci urodzonych w 2013 roku) w 12 miesiącu karmi zaledwie 11,9% (43129) kobiet. [[42]](#footnote-42) Sprawia to, że kobiety nie potrafią bądź nie chcą utrzymać karmienia do roku i dłużej. Zorganizowanie w ramach tego modułu warsztatu „Być mamą” pozwoli na utrzymanie kontaktu młodych matek z innymi matkami, wspólnemu rozwiązywaniu problemów, zapewnieniu prawidłowej opieki nad dzieckiem do pierwszego roku życia.

## Populacja podlegająca i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Według stanu w dniu 30 czerwca 2016 r. ludność województwa podkarpackiego liczyła 2 126 824 osób, z czego 1 085 395 to kobiety. W województwie podkarpackim w 2015 r. zarejestrowano 19 566 urodzeń żywych. Na podstawie dokumentu Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie podkarpackim w latach 2012, 2013 oraz 2014 przygotowanego przez Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej szacuje się, iż ok. 50% populacji kobiet w ciąży w województwie może należeć do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Stąd rokroczna populacja kobiet oscyluje wokół 9 - 10 tysięcy. [[43]](#footnote-43) Na potrzeby Programu
w województwie podkarpackim przyjęto założenie, iż szacowana liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi musi wynieść 1/4 możliwych adresatów, tj. 2500 osób rocznie, przy czym w zakresie danego modułu planowany jest udział około 833 kobiet.

## Obecne postępowanie

Opieka perinatalna wg założeń organizacyjnych regionu oparta jest na systemie opieki trójstopniowej:

I° zakłada opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnia krótkotrwałą opiekę w przypadkach niespodziewanie występującej patologii,

II° obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia,

III° zajmuje się najcięższą patologią.

Funkcje I°:

* opieka przedkoncepcyjna (planowanie rodziny i przygotowanie do macierzyństwa),
* prowadzenie ciąży, porodu fizjologicznego i połogu,
* rozpoznanie i leczenie niemożliwych do wcześniejszego przewidzenia problemów matczyno-płodowych do czasu przekazania do ośrodka wyższego rzędu,
* możliwość wykonania cięcia cesarskiego w ciągu 30 minut od chwili podjęcia decyzji,
* ciągła dostępność opieki anestezjologicznej, preparatów krwi,
* ciągła możliwość wykonania ktg, usg oraz podstawowych badań laboratoryjnych,
* zapewnienie ciągłej opieki noworodkom zdrowym z możliwością wczesnego rozpoznania zagrożeń stanu zdrowia i transportu do ośrodka wyższego rzędu,
* prowadzenie tlenoterapii i stabilizacja podstawowych czynności życiowych do czasu przybycia zespołu transportującego,
* prowadzenie badań przesiewowych, szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem, a także edukacja prozdrowotna rodziców,
* zbieranie i przekazywanie danych statystycznych,
* kontynuacja opieki nad pacjentami przekazanymi z ośrodków II i III poziomu.

Funkcje II°:

* pełnienie funkcji przewidzianych dla poziomu I,
* prowadzenie ciąży i porodu o wysokim ryzyku w odniesieniu do matki lub płodu przyjętych bezpośrednio lub przekazanych z ośrodków I poziomu,
* leczenie noworodków z małą masą urodzeniową (1250g – 1500g) i chorych noworodków z patologią o średnim nasileniu, przyjętych bezpośrednio lub przekazanych,
* przyjmowanie noworodków przekazanych powrotnie z ośrodka III poziomu,
* promocja zdrowia.

 Funkcje III°:

* pełnienie funkcji I i II stopnia,
* zapewnienie opieki perinatalnej matkom i noworodkom wszystkich stopni ryzyka przyjętych lub przekazanych z ośrodków niższego poziomu,
* opieka nad pacjentem z niewydolnością krążeniowo - oddechową, wymagającego leczenia chirurgicznego, o masie urodzeniowej < 1250g lub urodzonych przed 32 tyg. ciąży oraz z niewydolnością nerek,
* wprowadzanie i stosowanie nowych technik leczenia, z uwzględnieniem technik inwazyjnych,
* pełnienie nadzoru specjalistyczno - merytorycznego nad jednostkami poziomu I i II,
* prowadzenie badań naukowych, szkolenia personelu oraz edukacja społeczeństwa,
* zbieranie, analiza oraz ocena własnych danych oraz z regionu.

W Polsce funkcjonuje tzw. **trójstopniowy** system opieki perinatalnej:

**I stopień referencyjności** – np. Szpital Powiatowy. To tutaj kieruje się wszystkie ciężarne, u których nie przewiduje się komplikacji przy porodzie, a także te, które mają wykonywane [cięcie cesarskie ze wskazań planowych](http://dumnamama.pl/wskazania-do-cesarskiego-ciecia/) (np. położenie miednicowe płodu). W razie wystąpienia komplikacji, ośrodek o tym stopniu referencyjności zapewnia krótkotrwałą opiekę nad kobietą bądź dzieckiem, do momentu dostarczenia do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.

**II stopień referencyjności** – np. Szpital Wojewódzki. W tym ośrodku pełni się zadania, które należą do ośrodków I stopnia, ale głównie ośrodki te przewidziane są dla ciąż wysokiego ryzyka w odniesieniu dla matki lub płodu przyjętych z ośrodka o niższym stopniu referencyjności lub bezpośrednio. W ośrodku takim leczy się noworodki z małą masą urodzeniową (ok. 1500 g) i chorych z patologią średniego stopnia, przyjętych bezpośrednio lub przekazanych z ośrodka o niższym stopniu referencyjności.

**III stopień referencyjności** – Klinika – wszystkie trudne przypadki z danego terenu. Klinika zapewnia opiekę perinatalną matkom i noworodkom wszystkich stopni ryzyka przyjętych lub przekazanych z ośrodków niższego poziomu oraz sprawuje opiekę nad noworodkiem z niewydolnością krążeniowo – oddechową, wymagającego leczenia chirurgicznego, o masie urodzeniowej mniejszej niż 1250g lub urodzonych przed 32 tyg. ciąży oraz z niewydolnością nerek. Stosuje inwazyjne metody leczenia i przeprowadza badania naukowe.

Ważnym elementem organizacji opieki nad kobietą, która planuje zajść w ciążę w najbliższym czasie jest edukacja przedkoncepcyjna. Ogromną rolę przypisuje się tu działalności położnych zarówno w środowisku, jak i placówkach ochrony zdrowia. Polska położna powinna pracować zgodnie z nowoczesnymi trendami i standardami wytyczonymi przez kraje Unii Europejskiej. Główny nacisk kładzie się na działalność edukacyjną, promocyjną oraz profilaktyczną. Zawód położnej zajmuje centralne miejsce w opiece położniczo-ginekologicznej. Opieka położnej podstawowej opieki zdrowotnej (poz) jest ukierunkowana na całą rodzinę. Położna zapewnia opiekę przedporodową, opiekę podczas ciąży, porodu i połogu, w schorzeniach ginekologiczno-onkologicznych oraz opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 6 tygodnia życia. Ten swoisty patronat nad rodziną potrzebny jest nie tylko w szpitalu, ale również w środowisku domowym.

Wymagane kwalifikacje położnej do sprawowania opieki w ramach POZ

Położna podstawowej opieki zdrowotnej (poz) zwana też często położną środowiskową czy też rodzinną to samodzielna profesjonalistka, która wykonuje świadczenia w środowisku pacjenta w bardzo szerokim zakresie. Zgodnie z art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, położna poz to osoba, która:

• ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub
• ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub
• odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub
• odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub
• posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będąca świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy,
z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. [[44]](#footnote-44)

Podział kompetencji zawodowych położnych można ustalić w oparciu  o sprawowanie opieki w poszczególnych okresach życia kobiety i jej rodziny.
Kompetencje zawodowe położnych w Polsce przedstawiają się jako wiedza i umiejętności z zakresu:
\*Nauk społecznych, zdrowia publicznego i etyki.
\* Opieki przedkoncepcyjnej, przedporodowej, metod planowania rodziny.
\* Opieki i poradnictwa w trakcie ciąży.
\* Opieki podczas porodu.
\* Opieki poporodowej.
\* Opieki nad noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia.
\* Opieki nad kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi.

Dodatkowe umiejętności z zakresu opieki i poradnictwa w czasie ciąży obejmują poradnictwo zdrowotne dla kobiet w kwestii odżywiania, ćwiczeń, zaprzestania palenia. Położna powinna także wykonać badanie pomiaru miednicy oraz badanie metodą Dopplera. Do zadań położnej należy ponadto identyfikowanie i odniesienie się do takich nieprawidłowych zmian podczas ciąży, jak: określenie wieku płodowego ciąży, podejrzenie wielowodzia, cukrzycy, płodowych anomalii (np. skąpomoczu), nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, rozpoznanie infekcji przenoszonych drogą płciową, zapalenia pochwy, układu moczowego, górnych dróg oddechowych, ocena płodu po przewidzianym terminie porodu. Położna powinna także wykazywać znajomość zasad postępowania w walce z ww. schorzeniami i nieprawidłowościami, która bazuje na lokalnych standardach i dostępnych środkach. Powinna także umieć wykonać zewnętrzny obrót w położeniu pośladkowym.[[45]](#footnote-45)

Kompetencje położnej w Polsce, które uzyskuje się w procesie kształcenia na poziomie studiów licencjackich i magisterskich, zostały opracowane na podstawie następujących dokumentów:

* Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych,
* Deklaracja Monachijska: Pielęgniarki i Położne na rzecz zdrowia,
* Program WHO, FIGO, ICM 1992 „Bezpieczne macierzyństwo – pakiet matka–dziecko: wdrażanie zasad bezpiecznego macierzyństwa w państwach członkowskich”,
* Program transformacji kształcenia pielęgniarek i położnych – projekt Ministerstwa Zdrowia 2005.

Położna powinna być źródłem wiarygodnych i rzetelnych informacji dla przyszłych rodziców. Prawidłowo i fachowo prowadzona przez nią opieka przedkoncepcyjna decyduje o jakości życia i zdrowia przyszłego pokolenia. Poradnictwo zdrowotne i edukacja w zakresie opieki przedkoncepcyjnej prowadzone przez położną powinny obejmować kobietę oraz jej partnera.

Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.07.2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132) obecne postępowanie w ciąży prawidłowej skupia się na wykonaniu badań, wykazanych w tabeli 5.

Tabela 5. Postępowanie w ciąży fizjologicznej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termin badania | Świadczenia profilaktycznewykonywane przez lekarza lub położnąi działania w zakresie promocji zdrowia | Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne |
| Do 10 tyg. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie we wziernikui zestawione.3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.4. Badanie gruczołów sutkowych.5. Określenie wzrostu i masy ciała.6. Ocena ryzyka ciążowego.7. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.8. Przekazanie informacjio możliwości wykonania badańw kierunku wad uwarunkowanychgenetycznie.9. W przypadku opieki sprawowanejprzez położną obowiązkowakonsultacja lekarza specjalistyw dziedzinie położnictwai ginekologii. | 1. Grupa krwi i Rh.2. Przeciwciała odpornościowe.3. Morfologia krwi.4. Badanie ogólne moczu.5. Badanie cytologiczne.6. Badanie czystości pochwy.7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo.8. VDRL.9. Badanie stomatologiczne, uwzględniająceocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określeniepotrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenieplanu leczenia.10. Badanie HIV i HCV.11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG,IgM) i różyczki |
| 11-14 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie we wziernikui zestawione.3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.4. Pomiar masy ciała.5. Ocena ryzyka ciążowego.6. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.7. Kontrola stanu zdrowia jamyustnej. | 1. Badanie ultrasonograficzne.2. Badanie ogólne moczu.3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wykonanewe wcześniejszym okresie ciąży. |
| 15-20 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie we wziernikui zestawione.3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.4. Pomiar masy ciała.5. Ocena ryzyka ciążowego.6. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej. | 1. Morfologia krwi.2. Badanie ogólne moczu.3. Badanie czystości pochwy.4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniejwykonane w okresie ciąży. |
| 21-26 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie we wziernikui zestawione.3. Ocena czynności serca płodu.4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.5. Pomiar masy ciała.6. Ocena ryzyka ciążowego.7. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.8. Kontrola stanu zdrowia jamyustnej.9. Praktyczne i teoretyczneprzygotowanie do porodu, połogu,karmienia piersią i rodzicielstwaw formie grupowej lub | 1. Badanie stężenia glukozy we krwi podoustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–28 tyg.ciąży) – dwukrotne oznaczenie stężeniaglukozy: przed podaniem glukozy (na czczo)oraz po 2 godz. od podania glukozy.2. Badanie ultrasonograficzne.3. Badanie ogólne moczu.4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-).5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze– badanie w kierunku toksoplazmozy.6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniejwykonane w okresie ciąży. |
| 27-32 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie we wziernikui zestawione.3. Ocena czynności serca płodu.4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.5. Pomiar masy ciała.6. Ocena ryzyka ciążowego.7. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.8. Praktyczne i teoretyczneprzygotowanie do porodu, połogu,karmienia piersią i rodzicielstwaw formie grupowej lubindywidualnej. | 1. Morfologia krwi.2. Badanie ogólne moczu.3. Przeciwciała odpornościowe.4. Badanie ultrasonograficzne.5. W przypadku występowania wskazań –podanie globuliny anty-D (28–30 tydz. ciąży).6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniejwykonane w okresie ciąży. |
| 33-37 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie położnicze.3. Ocena wymiarów miednicy.4. Badanie we wziernikui zestawione.5. Ocena czynności serca płodu.6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.7. Ocena aktywności płodu.8. Badanie gruczołów sutkowych.9. Pomiar masy ciała.10. Kontrola stanu zdrowia jamyustnej.11. Ocena ryzyka ciążowego.12. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.13. Praktyczne i teoretyczneprzygotowanie do porodu, połogu,karmienia piersią i rodzicielstwaw formie grupowej lubindywidualnej.14. W przypadku opieki sprawowanejprzez położną obowiązkowakonsultacja lekarza specjalistyw dziedzinie położnictwai ginekologii. | 1. Morfologia krwi.2. Badanie ogólne moczu.3. Badanie czystości pochwy.4. Antygen HBs.5. Badanie w kierunku HIV.6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytuw kierunku paciorkowców B-hemolizujących.7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiempopulacyjnym lub indywidualnym ryzykiemzakażenia: VDRL, HCV.8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniejwykonane w okresie ciąży. |
| 38-39 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie położnicze.3. Ocena czynności serca płodu.4. Ocena aktywności płodu.5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.6. Pomiar masy ciała.7. Ocena ryzyka ciążowego.8. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.9. Praktyczne i teoretyczneprzygotowanie do porodu, połogu,karmienia piersią i rodzicielstwaw formie grupowej lubindywidualnej.10. W przypadku opieki sprawowanejprzez położną obowiązkowakonsultacja lekarza specjalistyw dziedzinie położnictwai ginekologii. | 1. Badanie ogólne moczu.2. Morfologia krwi. |
| Po 40 tyg. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowei przedmiotowe.2. Badanie położnicze.3. Badanie we wziernikui zestawione – według wskazańmedycznych.4. Ocena ruchów płodu.5. Ocena czynności serca płodu.6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.7. Pomiar masy ciała.8. Ocena ryzyka ciążowego.9. Propagowanie zdrowego stylużycia, w tym zdrowia jamy ustnej.10. Praktyczne i teoretyczneprzygotowanie do porodu, połogu,karmienia piersią i rodzicielstwaw formie grupowej lub indywidualnej.11. Skierowanie do hospitalizacji po41 tyg. ciąży. | 1. Badanie KTG.2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo). |

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu oraz połogu to główny cel programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży, który powstał w Narodowym Funduszu Zdrowia.[[46]](#footnote-46) Założeniem programu KOC jest zapewnienie przyszłym mamom uzyskania pełnoprofilowej opieki w okresie ciąży, porodu oraz w okresie 6 tygodni po urodzeniu dziecka. Program ruszył w formie pilotażu w wybranych placówkach, został podpisany przez Prezesa NFZ Andrzeja Jacynę w dniu 13.04.2016. Do programu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczą dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej. Ten fakt stanowi dodatkowe uzasadnienie włączenia w realizację programu Szpitali (powiatów) w których odbywa się poniżej 600 porodów.



Ryc. 1. Schemat Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. *Źródło:* [*http://www.nfz.gov.pl*](http://www.nfz.gov.pl) *[[47]](#footnote-47)*

Proponowana forma opieki nad kobietami w ciąży ma docelowo zastąpić obecną formę opieki, która podzielona jest pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od POZ, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne. Skutkuje to tym, że utrudnione jest zachowanie ciągłości opieki realizowanej przez ten sam zespół medyczny, jak również terminowe wykonanie wszystkich badań wynikających że schematu opieki. W chwili obecnej kobieta w ciąży korzysta z ok. 5 porad w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, pomimo tego, że ze standardu opieki wynika konieczność wykonania co najmniej 8 porad.

Wprowadzenie nowego modelu opieki koordynowanej ma na celu poprawę jakości opieki nad kobietą w ciąży poprzez:

* kompleksową opiekę oraz poprawę dostępności do świadczeń we wszystkich tygodniach ciąży, podczas porodu i w okresie połogu;
* zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych bez kolejki przez ten sam zespół medyczny;
* udzielanie świadczeń zgodnie że wskazaniami medycznymi niezwłocznie w razie potrzeby (dostępność 24h/dobę);
* realizację świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami tj.:

a) rozporządzeniem Ministra Zdrowia ż dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012, poz. 1100);

b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia ż dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo–ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. 2015, poz. 2007);

c) możliwością bieżącej konsultacji lub - w przypadku wskazań medycznych - objęciem opieką w ośrodkach III poziomu referencyjnego.

W ramach opieki koordynowanej (KOC) zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży aż do zakończenia okresu połogu. Opieka obejmuje także okres po urodzeniu dziecka, gwarantując wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej w domu, w tym praktyczną edukację związaną z opieką nad noworodkiem oraz karmieniem piersią. Dzięki takiemu rozwiązaniu kobieta zyskuje kompleksową opiekę, a co za tym idzie poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie ciąży i porodu oraz opieki nad nowonarodzonym dzieckiem. KOC oznacza jednak dalszą instytucjonalizację wsparcia i ogranicza dostęp grupie zamieszkującej tereny oddalone od wskazanych placówek. Mając na uwadze, że tylko kilka szpitali uczestniczy w programie, pozostaje niedosyt w zakresie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży, w połogu, opieki nad niemowlęciem oraz w zakresie karmienia piersią. Niniejszy program stanowi zatem uzupełnienie programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postepowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem określa 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, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, w przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną.

W celu prawidłowego przebiegu karmienia piersią, kobieta oraz jej rodzina potrzebują instruktażu, wsparcia. Pierwsze elementy doradztwa w zakresie laktacji kobieta otrzymuje już w Szkole Rodzenia. Aby zapewnić matkom fachową, dość wąsko wyspecjalizowaną opiekę, powstała oddzielna umiejętność: doradztwo laktacyjne.

Aktualnie w Polsce stan prawny tej dziedziny przedstawia się następująco:

* opieką nad matką oraz noworodkiem, w tym poradnictwo laktacyjne jest świadczeniem zdrowotnym i może być realizowane przez osoby posiadające uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej;
* każda kobieta rodząca ma prawo do poradnictwa laktacyjnego, fachowej opieki i udzielenia pomocy w rozwiązywaniuproblemów laktacyjnych na terenie szpitala (Dz. U. Nr 187, poz. 1259);
* do obowiązków pracowników szpitala, należy prowadzenie edukacji w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, przekazania rzetelnej wiedzy na temat wyższości naturalnego karmienia nad sztucznym (Dz. U. Nr 187, poz. 1259);
* położna sprawująca opiekę nad kobietą w okresie połogu powinna udzielić matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią. Powinna przeprowadzić instruktaż w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniający informację, że we wczesnym okresie karmienia należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na różne okresy czasu, a jeżeli noworodek nie budzi się należy go budzić do karmienia po 4 godzinach licząc od ostatniego karmienia (Dz. U. Nr 187, poz. 1259);
* w okresie ciąży i porodu opiekę laktacyjną ma zapewniać osoba sprawująca opiekę (położna, lekarz) w placówce leczniczej (znowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 września 2012 roku (Dz.U.12.1100 z dn. 4.10. 2012) (dotyczy tylko ciąży i porodu fizjologicznego);
* w okresie połogu opieka laktacyjna leży w zadaniach położnej podstawowej opieki zdrowotnej; na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U.
z 2009 r. Nr 139 poz. 1139; 2010 r. Nr 208 poz. 1376);
* po szóstym tygodniu położna POZ przekazuje opiekę pielęgniarce POZ (ale w jej zadaniach nie ma opieki laktacyjnej);
* jeśli sytuacja tego wymaga położna kieruje matkę do lekarza POZ (w zadaniach nie ma on opieki laktacyjnej);
* przez cały okres karmienia kobiety mogą korzystać ze specjalistycznej opieki lekarskiej - stworzono nowe stanowisko pracy w podmiotach leczniczych (Rozp. MZ z dn. 20 lipca 2011) przeznaczone wyłącznie dla położnych (zatrudniają w chwili obecnej położne – konsultantki, doradcy laktacyjni, ale zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 20 lipca 2011 roku może zatrudnić się każda położna, nawet bez dodatkowego przeszkolenia);
* poradnie laktacyjne funkcjonują pobierając opłaty za świadczenia, lub realizują porady w ramach własnego budżetu (np. szpitala).

Zgodnie z procedurą noworodek tuż po przyjściu na świat powinien zostać położony na brzuchu matki i pozostawać z nią w bezpośrednim i nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez około
2 godziny. Takie postępowanie sprzyja prawidłowemu rozpoczęciu karmienia piersią oraz budowaniu więzi między matką a dzieckiem. Noworodkom karmionym piersią nie należy podawać do picia wody, roztworu glukozy, ani dokarmiać ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych. W okresie stabilizowania się laktacji (pierwsze 4 tygodnie) nie należy stosować smoczków w celu uspokajania noworodka. [[48]](#footnote-48)

Chcąc zapewnić matkom skuteczną opiekę najwyższej jakości powinniśmy na każdym etapie przekazywać spójne informacje i współpracować w ramach zespołu terapeutycznego (tabela 6).

**Tabela 6. Zadania zespołu terapeutycznego:** [[49]](#footnote-49)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zawód/stanowisko/****umiejętność** | **Najważniejsze zadania** | **Podstawa prawna****Uwagi** |
| Lekarz ginekolog | Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do (…) karmienia piersią (od 21 tyg.)Profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych.Sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej wg indywidualnego planu.Prowadzenie fizjologicznego porodu, połogu oraz sprawowanie opieki nad noworodkiem | SOO\*, pkt. II.Ustawa o zawodzie lekarza \*\* |
| Położna POZ | SOO, pkt. II.\*Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej \*\*\*  |
| Położna przyjmująca poród | Bezpośrednio po urodzeniu – kontakt z matką „skóra do skóry”, rozpoznanie momentu gotowości do ssania piersi, przystawienie noworodka do piersi,(III okres porodu), demonstracja karmienia piersią (IV okres porodu), kontrolowanie cech dobrego przystawienia i pozycji | SOO, pkt. X. 6, XII. 1 \*Ust. o zawodzie\*\*\*Stanowisko pracy \*\*\*\*\*\*    |
| Położna na oddziale | Dostarczenie wyczerpujących informacji o korzyściach i metodach karmienia piersią, instruktaż i obserwacja prawidłowego przystawienia dziecka do piersi i postępowania w laktacji w tym okresie. | SOO, pkt. XII. 8,1)       – 6)\*Ust. o zawodzie\*\*\*Stanowisko pracy \*\*\*\*\*\*  |
| Lekarz neonatolog  | Ocena stanu dziecka, leczenie stanów patologii noworodka, określenie wskazań i zlecanie suplementacji. | SOO, pkt. XII - XIII\*Ustawa o zawodzie lekarza \*\* |
| Lekarz ginekolog-położnik | Ocena ryzyka okołoporodowego, stanu położnicy, podejmowanie działań diagnostycznych i leczniczych w przebiegu porodu i połogu. | SOO, pkt. II – XI.Ustawa o zawodzie lekarza \*\* |
| FizjoterapeutaiNeurologopeda | Wspomaganie rehabilitacyjne funkcji ssania i innych funkcji życiowych. | Ustawy dotyczące medycznych zawodów regulowanych i zakładów opieki zdrowotnej \*\*\*\*Stanowisko pracy \*\*\*\*\* |
| Doradca/konsultant laktacyjny(zatrudniony jako edukator do spraw laktacji)\*\*\*\*\* | Profesjonalne poradnictwo laktacyjne wykracza poza ramy przewidzianej ustawą pracy położnej rodzinnej. Obejmuje:- rozwiązywanie problemów laktacyjnych, które wykraczają poza zakres podstawowy- dobór sprzętu i instruktaż odciągania, dokarmiania, przechowywania pokarmu- prowadzenie relaktacji- drobne zabiegi wspomagające laktację, diagnostyczne i lecznicze- wsparcie dla matek w trudnej sytuacji związanej z laktacją | SOO, pkt. XIV. 3.\*Ust. o zawodzie (w zależności jaki posiada) Zaświadczenie o ukończeniu cyklu kształcenia podyplomowego Kodeks etyczny i zawodowy doradcy/konsultanta |
| Psycholog | Pomoc psychologiczna. Wsparcie w sytuacji niepowodzeń, trudności okresu okołoporodowego. | SOO pkt. pkt. XIV. 4.\*Ustawa o zawodziepsychologa \*\*\*\*\*\* |
| Położna rodzinna | Ustala sposób żywienia noworodka i pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią. Prowadzi edukację zdrowotną.Położnicy zapewnia się poradnictwo laktacyjne. | SOO, XIV. 2, 3); 3; 5, 4)-5) \*Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej \*\*\*  |
| Lekarz pediatra | Podczas wizyty patronażowej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje badanie przedmiotowe i podmiotowe dziecka z uwzględnieniem jego rozwoju fizycznego.Rozpoznawanie chorób, zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń. | Rozp. w sprawie świadczeń gwarantowanych \*\*\*\*\*\*\* Ustawa o zawodzie lekarza \*\* |

*1\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą
w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012).*

*2\* Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2007, nr 14 poz. 89
z późn. zm.)*

*3\* Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.)*

*4\* Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i*[*Ustawa z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE*](http://www.nauka.gov.pl/fileadmin/user_upload/55/47/55476/Ustawa_z_dnia_18_marca_2008.pdf)

*5\* Rozp. MZ z dn. 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896)*

*6\* Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. (Dz. U. 2001, nr 73, poz. 763).*

*7\* Rozp. MZ z dnia 29 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1139).*

Według Departamentu Matki i Dziecka przy Ministerstwie Zdrowia: „Zadania związane z opieką nad matką oraz noworodkiem, w tym dotyczące poradnictwa laktacyjnego realizowane są przez osoby posiadające w szczególności uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej.” Osoby, które zajmują się poradnictwem laktacyjnym nabywają dodatkową wiedzę  i umiejętności na kursach medycznych i dokształcających. Celem potwierdzenia i weryfikacji nabytej wiedzy i umiejętności praktycznej zdobywają certyfikaty:

* Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant laktacyjny IBCLC,
* Certyfikowany Doradca laktacyjny CDL.

Personel poradni laktacyjnej:

* lekarz (kurs medyczny Problemy w laktacji i jeden z certyfikatów jw.)
* położna (kurs dokształcający Problemy w laktacji i jeden z certyfikatów jw.)
* pielęgniarka (kurs dokształcający Problemy w laktacji i jeden z certyfikatów)
* psycholog (kurs Promotor karmienia piersią lub kurs Problemy w laktacji i jeden
z certyfikatów jw.)
* promotor karmienia piersią (kurs Promotor karmienia piersią)

Każda z wymienionych osób wykonuje zadania zgodne ze swoimi kwalifikacjami zawodowymi. Porad laktacyjnych udziela lekarz, położna, pielęgniarka, wsparcia psychologicznego udziela psycholog, organizacją i promocją zaś, zajmuje się promotor. [[50]](#footnote-50)

Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje tzw. poradnictwa laktacyjnego, ponieważ porady specjalistyczne powiązane z problemami występującymi przy naturalnym karmieniu piersią i laktacji są gwarantowanym przez NFZ elementem opieki nad kobietą podczas ciąży, porodu i połogu i mieszczą się w stawce tych elementów. Jedną z poważnych barier jest brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie do zadań postawionych personelowi medycznemu. Potwierdziło to badanie w ramach pracy doktorskiej [[51]](#footnote-51), które pokazało, że poziom wiedzy personelu medycznego sprawującego opiekę okołoporodową i środowiskową jest niesatysfakcjonujący, nie osiąga poziomu II wiedzy o laktacji adekwatnie do II poziomu opieki. Tym bardziej sprawowanie opieki III poziomu (profesjonalne poradnictwo laktacyjne) bez uzupełnienia wiedzy i praktyki nie ma szans na powodzenie. Mimo, że większość badanych osób deklarowało udzielanie porad laktacyjnych, ich wiedza nie była satysfakcjonująca. Najniższą wiedzę posiadały osoby, które nie odbywały kursów dokształcających w dziedzinie laktacji, wiedzę czerpały jedynie z kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego w ramach specjalizacji z neonatologii, położnictwa, pediatrii, pielęgniarstwa położniczego, a także pracujące w opiece środowiskowej oraz w klinikach. Najwyższy poziom wiedzy prezentowały osoby, które wykazywały najwyższą aktywność edukacyjną (odbywały najdłuższe kursy, zdobywały międzynarodowe certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji). Tylko 7% położnych wykazywało taką aktywność i uczestniczyło w kursach. Wyższy poziom wiedzy laktacyjnej wśród personelu przekładał się na wyższą jakość udzielanych porad laktacyjnych w profesjonalnych formach (porada bezpośrednia, udokumentowana, instruktaż, postępowanie terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą). Drugą barierą jest niska dostępność poradnictwa III poziomu, w ramach którego można rozwiązać kompleksowo wszystkie problemy laktacyjne i utrzymać laktację w sytuacji jej zaburzeń. Ponadto, najnowszy raport NIK z dnia 20.06. 2016 r. dotyczący opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych potwierdza brak działań związanych z szerzeniem idei karmienia naturalnego. W większości skontrolowanych placówek nie przestrzegano zalecenia ograniczenia do niezbędnego minimum podawania noworodkom mleka modyfikowanego sformułowanego w standardach opieki okołoporodowej.[[52]](#footnote-52)

## Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

**Poradnictwo ciążowe, promocja zachowań ograniczających ryzyko powstania wad i powikłań ciąży, propagowanie prawidłowego żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej (poradnictwo dietetyczne) kobiet z grupy kobiet przygotowujących się do macierzyństwa zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.** Według zaleceń ekspertów [[53]](#footnote-53) zadanie to powinno być realizowane przez lekarza ginekologa-położnika przy współpracy z lekarzem rodzinnym, położną, lekarzami innych specjalności. Poradnictwo przedkoncepcyjne pozwoli na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej noworodków, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej.

**Edukacja kobiet z grupy ciężarnych zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym na temat prawidłowego przebiegu ciąży, monitorowanie w sposób usystematyzowany przebiegu ciąży u kobiet oraz objęcie ciężarnych profilaktyczną opieką lekarską** – zgodnie z określonym standardem opieki medycznej, zawierającym schemat wizyt i badań diagnostycznych. [[54]](#footnote-54) Notowany niski wskaźnik liczby porad na jedną ciężarną w województwie podkarpackim (ok. 5 porad) [[55]](#footnote-55) skłania do osiągnięcia wymaganego standardu co najmniej 8 wizyt, poprzez podejmowanie działań zwiększających ich dostępność. W grupie ciężarnych zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wspomniane wartości wskaźnika są jeszcze niższe, niż wojewódzka średnia. Z danych statystycznych wynika, iż około połowa kobiet jest pozbawiona opieki medycznej w okresie trwającej organogenezy dziecka, a więc czasu jego największej podatności na teratogeny, a tym samym naraża los ciąży oraz zdrowie i życie dziecka na najpoważniejsze uszkodzenia (poronienie, wady strukturalne — tzw. deformacje, choroby wrodzone).[[56]](#footnote-56) W przypadku wychwycenia patologii ciąży w odpowiednim czasie, kobieta zostanie objęta opieką ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, nie dopuszczając tym samym do rozwoju uszkodzeń płodu.[[57]](#footnote-57) Otoczenie najwyższej jakości opieką kobiety w ciąży z grupy zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a w szczególności edukacja przedporodowa ma przyczynić się do zmniejszenia umieralności okołoporodowej noworodków, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o niskiej masie urodzeniowej.

Jak wskazują doniesienia medyczne,wykwalifikowany personel medyczny rzadko wskazywany jest jako źródło informacji na temat porodu, powinien stanowić bodziec do podjęcia przez położne i lekarzy odpowiednich działań w zakresie edukacji kobiet ciężarnych i rodzących, ponieważ doświadczenie i fachowa wiedza należą do źródeł najbardziej wiarygodnych. [[58]](#footnote-58) Profesjonalna opieka nad kobietą obliguje pracowników ochrony zdrowia do sprawowania całościowej, wysokiej jakości opieki, w oparciu o najnowsze wytyczne stosowane w medycynie, w tym nowy standard opieki okołoporodowej (obowiązujący w Polsce od 2011 roku), wytyczne WHO, realizację 7. celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 oraz światowe trendy w zakresie położnictwa. [[59]](#footnote-59) Stąd też zasadne jest wprowadzenie większego nacisku na poradnictwo przedporodowe

**Poradnictwo dietetyczne.** Najnowsze badania ekspertów: dr inż. Danuty Gajewskiej i prof. Barbary Królak-Olejnik we współpracy z Fundacją NUTRICIA ukazują dietę kobiet karmiących piersią jak i komponowany przez nie jadłospis. Wyniki badania „Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia matek karmiących piersią dzieci w wieku powyżej 2 miesięcy” są niepokojące. Okazuje się, że kobietom brakuje odpowiedniego wsparcia w zakresie poradnictwa żywieniowego, w ich diecie istnieje wiele nieprawidłowości, a z testów laboratoryjnych na podstawie badania krwi wynika, że aż 70% badanych matek miało zbyt niskie stężenie witaminy D3 w organizmie. Kobiety karmiące nie są świadome faktu, że ich dieta powinna być dopasowania pod względem wartości energetycznej oraz odżywczej. Niestety, według raportu z badania przeprowadzonego przez dr inż. Danutę Gajewską oraz prof. Barbarę Królak-Olejnik we współpracy z Fundacją NUTRICIA, średnia wartość kaloryczna diety matek karmiących była niska i nie przekraczała 1800 kalorii. Kobiety w okresie laktacji często stosują ograniczenia żywieniowe, wykluczają z diety produkty, które są powszechnie uznawane za alergeny. Eliminując ze swojej diety niektóre produkty, doprowadzają do niedoborów składników odżywczych i witamin w swoim organizmie. [[60]](#footnote-60) Wyniki najnowszego raportu wskazują na konieczność prowadzenia szerokiej edukacji w zakresie prawidłowego żywienia, skierowanej do kobiet w czasie ciąży i podczas karmienia piersią. Personel medyczny powinien stanowić wsparcie dla matek także w zakresie prawidłowego żywienia. Wprowadzenie poradnictwa dietetycznego we wszystkich modułach stanowi właściwe postępowanie już na etapie przygotowań do okresu ciąży, by nie dopuścić do patologii w ciąży i podczas laktacji.

**Wsparcie psychologiczne.** Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kobieta rodząca ma prawo do uwzględnienia swoich życzeń, dotyczących stosowanych procedur położniczych, w tym ochrony przed bólem, wsparcia psychologicznego, obecności męża/osoby bliskiej przy porodzie. [[61]](#footnote-61) Jednak wizyty indywidualne wymagają długiego czasu oczekiwania. Najlepszą formą wsparcia jest wsparcie grupowe. Kobiety wówczas rozmawiają o swoich problemach, mogą liczyć na pomoc drugiej osoby. Ciąża w młodym wieku tj. przed ukończeniem 18 roku życia, jest źródłem licznych problemów medycznych. Młodociane ciężarne narażone są na liczniejsze komplikacje w przebiegu ciąży, porodu i połogu niż kobiety dorosłe. Strach przed ujawnieniem faktu ciąży przed rodzicami powoduje opóźnienia w korzystaniu z opieki ginekologiczno - położniczej. Dodatkowym aspektem są problemy psychiczne i odrzucenie społeczne. W większości przypadków dziewczęta nie są przygotowane do świadomego macierzyństwa, a ich rozwój emocjonalny nie pozwala na odpowiedzialne przyjęcie nowej roli. [[62]](#footnote-62) W związku z powyższym zasadnym jest wprowadzenia grup wparcia psychologicznego aby pomóc tej grupie kobiet. Według doniesień literaturowych zaburzenia emocjonalne pojawiają się w czasie ciąży zdecydowanie częściej niż w innych okresach życia kobiety, znacznie częściej po porodzie niż w ciąży. Najczęstszym stanem jest baby blues syndrome – smutek okołoporodowy. Pojawia się u ok. 80% kobiet po 2–5 dniach od porodu i zanika po 2 tygodniach. Można to traktować jako zmianę typową. Około 10–25% położnic cierpi na depresję poporodową, która pojawia się 4–8 tygodni, a według niektórych autorów nawet do 3 miesięcy, po porodzie. Trwa około 6 miesięcy. [[63]](#footnote-63)
W Wielkiej Brytanii tworzone są programy telefonicznego wsparcia, takie jak Mums 4 Mums (Mamy dla Mam). Interwencja ta jest realizowana przez wykwalifikowanych pracowników, którzy udzielają telefonicznych porad przez 4 miesiące po porodzie. Oceniają oni samopoczucie matki przy pomocy EPDS, funkcjonowanie relacji matka-dziecko, poczucie kompetencji i skuteczności. Młode mamy mają możliwość zwrotnej oceny prowadzonego programu poprzez udział w ustrukturyzowanych wywiadach. [[64]](#footnote-64) W Australii zaś powstał projekt pomocy irakijskim kobietom mieszkającym w Perth, które urodziły dziecko, poprzez grupę wsparcia. Zwrócono szczególną uwagę na różnice kulturowe i społeczne. [[65]](#footnote-65) Opierając się na pozytywnych wzorcach międzynarodowych jakie może przynieść terapia grupowa szczególnie w okresie poporodowym zasadnym jest wprowadzenie grup wsparcia już podczas ciąży. Wpłynie to na pozytywne przeżywanie ciąży przez matki i ich rodziny z grupy zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

**Powstanie „Mini Szkół Rodzenia” i/lub mobilnych zespołów Mini Szkół Rodzenia w województwie podkarpackim.** Uczestnictwo w szkole rodzenia jest rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (Rekomendacje ZG PTG 2005). Zadaniem jej jest działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej, rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, połogu i opieki nad noworodkiem. [[66]](#footnote-66) Kursy szkół rodzenia choć opierają się na tych samych założeniach, wykazują jednak różną skuteczność. Dobrze zaprojektowane badania w zakresie ich oceny mogą być jedynym sposobem na stworzenie optymalnego programu edukacji prenatalnej.[[67]](#footnote-67) Na podstawie doniesień naukowych [[68]](#footnote-68), [[69]](#footnote-69), [[70]](#footnote-70) można zauważyć, że wiele objętych badaniem szkół rodzenia z całej Polski odbiega od standardu edukacji przedporodowej szkoły rodzenia. Niniejszy projekt stanowi próbę utworzenia w województwie bezpłatnych „Mini Szkół Rodzenia”, prowadzonych przez wykwalifikowaną kadrę medyczną, oferujących uczestniczkom i ich rodzinom z grupy zagrożonych ubóstwem lub wykluczonych społecznie edukację i wsparcie.

**Poprawa jakości udzielanych świadczeń w zakresie opieki nad ciężarną i matką karmiącą.** Potwierdzona najnowszym raportem NIK [[71]](#footnote-71) obniżona jakość świadczeń oraz brak wsparcia personelu medycznego w zakresie laktacji przemawia o słuszności wdrożenia programu. Doradztwo laktacyjne świadczone przez położne środowiskowo – rodzinne w Polsce nie przyczynia się do wydłużenia długości karmienia piersią przez matki (badano 1162 kobiet). [[72]](#footnote-72) Planowane podjęcie utworzenia stacjonarnych punktów doradztwa laktacyjnego, Pogotowia laktacyjnego w powiatach objętych programem oraz doradztwa z dojazdem do domu młodej matki zdecydowanie poprawi dostępność kobiet i ich partnerów/ członków rodzin w zakresie opieki laktacyjnej prowadzonej przez wykwalifikowany personel medyczny.

# Cele programu

## Cel główny

Celem głównym podczas trzech lat trwania programu w województwie podkarpackim jest poprawa jakości opieki nad kobietą przygotowującą się do macierzyństwa w ciągu najbliższego roku, w ciąży, młodą matką z grupy kobiet zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym do pierwszego roku od urodzenia dziecka. Zwiększenie dostępności rodzicom z w/w grupy do edukacji przedkoncepcyjnej, okołoporodowej, dostępności do szkół rodzenia, podniesienie umiejętności
w zakresie opieki nad małym dzieckiem, jak również wsparcie w podejmowaniu naturalnego karmienia piersią.

## Cele szczegółowe

W zakresie Modułu I – Opieka przedkoncepcyjna i przygotowanie do macierzyństwa:

* Zmniejszenie o 50% w ciągu 3 lat ryzyka wystąpienia wad rozwojowych płodu poprzez unikanie ekspozycji na szkodliwe czynniki, zastosowanie diagnostyki prenatalnej, zdrowy styl życia kobiety, wyeliminowanie leków teratogennych
* Zwiększenie o minimum 30% w ciągu 3 lat liczby urodzeń na 1000 mieszkańców (w 2015 r. powyżej 10 urodzeń na 1000 mieszkańców odnotowano w 4 powiatach),
* Zmniejszenie o minimum 30% w ciągu 3 lat patologicznych ciąż matek z w/w grupy oraz poronień - profesjonalny nadzór nad prawidłowym przebiegiem ciąży, porodu i połogu
* Wzrost motywacji kobiet do stosowania zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym.

W zakresie Modułu II – Mini Szkoła Rodzenia lub Mobilne Szkoły Rodzenia:

* Zwiększenie o 30% uczestnictwa ciężarnych i ich rodzin w zajęciach Mini Szkoły Rodzenia
* Zwiększenie o 50% w ciągu 3 lat liczby noworodków z masą urodzeniową powyżej 1500 g.
(w 2015 r. było 183 noworodków urodzonych z masą urodzeniową poniżej 1500 g.)
* podniesienie o 20% w ciągu 3 lat poziomu wiedzy młodych rodziców z grupy zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym na temat aktywności w czasie trwania ciąży fizjologicznej, mechanizmu porodu, zasad opieki poporodowej, pozycji porodowych, technik oddychania podczas porodu, technik łagodzenia bólu porodowego;
* zwiększenie o 20% w ciągu 3 lat wiedzy młodych rodziców dotyczącej rozwoju płodu
i podstawowych problemów dotyczących opieki nad noworodkiem i laktacji;
* Wyuczenie umiejętności samodzielnego kontrolowania przebiegu ciąży, porodu oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w trakcie porodu;
* Wzrost motywacji kobiet do stosowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i po porodzie
* Nabycie umiejętności przez młode matki i ich partnerów/ członków rodziny z zakresu opieki
i pielęgnacji noworodka.

W zakresie Modułu III – wsparcie w zakresie naturalnego karmienia piersią:

* zwiększenie odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy oraz karmionych do roku i dłużej (dążenie do zwiększenia grona dzieci karmionych naturalnie z 11,9% do przynajmniej 15%);
* zmniejszenie o 50% problemów wynikających z karmienia naturalnego poprzez wsparcie psychiczne i stymulację do prozdrowotnych zachowań w zakresie karmienia piersią młodych matek i ich partnerów/członków rodzin;
* zwiększenie o 50 % dostępności poradnictwa laktacyjnego w celu kontroli laktacji lub sytuacji wystąpienia problemów w karmieniu naturalnym;
* poprawa w 20% umiejętności samodzielnego kontrolowania przebiegu procesu laktacji oraz prawidłowego rozwoju dziecka do roku życia;
* Wzrost motywacji kobiet do stosowania zachowań prozdrowotnych w okresie laktacji;
* propagowanie karmienia piersią jako odpowiedniej metody żywienia niemowląt i dzieci - element zdrowego stylu życia w modelu rodziny w województwie podkarpackim.

## Oczekiwane efekty

Realizacja założonych celów ma mieć wymierne wskaźniki w tym w populacji objętej programem w każdym cyklu. Na przestrzeni trzech lat przewidujemy:

* **Zwiększenie świadomości prozdrowotnej kobiet poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u kobiet w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży i połogu oraz w czasie sprawowania opieki nad dzieckiem do roku życia;**
* **Wzrost świadomości i wiedzy z zakresu przygotowania do macierzyństwa, ciąży, porodu oraz praw wynikających ze standardów opieki okołoporodowej wśród osób objętych interwencją programu;**
* **zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej w jednostkach ochrony zdrowia objętych programem w oparciu o analizę każdego przypadku zgonu przeporodowego, śródporodowego oraz poporodowego** (według danych GUS przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstają w ciąży matki i w okresie pierwszych
6 dni życia noworodka [[73]](#footnote-73)) - wykazanie wykrytych patologii wśród kobiet w ciąży z grupy zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym i przekazanych do szpitala o wyższym szczeblu referencyjności
* **zmniejszenie odsetka porodów przedwczesnych oraz urodzeń o niskiej masie urodzeniowej** (według danych GUS w 2015 roku przyszło na świat około 8% dzieci z niską, czyli poniżej 2500g., masą urodzeniową; oczekiwanym rezultatem niniejszego programu powinno być dążenie do zmniejszenia udziału procentowego noworodków z niską masą urodzeniową czyli mniej niż 8% w stosunku do noworodków o prawidłowej masie ciała w porównaniu do roku 2015)
* **zmniejszenie odsetka wykonywanych cięć cesarskich oraz zwiększenie liczby porodów naturalnych** z uwagi na edukację i skuteczniejsze przygotowanie kobiet do porodu (na podstawie doniesień naukowych udział w szkole rodzenia zagwarantował, że ponad dwukrotnie więcej kobiet uczęszczających do szkoły rodzenia rodziło w sposób naturalny w porównaniu do kobiet nie korzystających z takiej formy edukacji). [[74]](#footnote-74)
* **zwiększenie dostępności do poradnictwa laktacyjnego w województwie podkarpackim -** powstanie co najmniej 1 punktu doradztwa laktacyjnego stacjonarnego oraz przynajmniej 1 telefonicznego doradztwa tzw. „pogotowia laktacyjnego” – poradnictwa na telefon w powiecie, który został włączony do programu; utworzenie mobilnych zespołów laktacyjnych, dojeżdżających do uczestniczek programu, które mają problem z dojazdem do najbliższych powstałych punktów doradztwa laktacyjnego
* **zwiększenie liczby niemowląt karmionych wyłącznie piersią do 6 miesiąca życia** wraz z przedłużeniem karmienia do 1 roku życia niemowlęcia – monitoring wskaźników przez podmiot realizujący, dążenie do zwiększenia grona dzieci karmionych naturalnie z 11,9% do przynajmniej 15%.

## Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Efektywność programu zostanie sprawdzana na każdym etapie trwania projektu dzięki opracowanemu i wdrożonemu jednolitemu systemowi zbierania i analizy danych w celu comiesięcznej sprawozdawczości:

* Baza danych ( liczba kobiet włączonych do programu oraz ilość kobiet, które zrezygnowały podczas trwania programu) (załącznik nr 2)
* Ankieta kwalifikująca kobiety planujące ciążę, w ciąży, młode matki do udziału w projekcie (przed wstąpieniem do programu) (załącznik nr 1)
* Ankieta w trakcie trwania każdego modułu projektu, oceniająca zmianę poziomu wiedzy
w zakresie uzyskanych informacji podczas szkoleń (uwzględniająca wolne wnioski uczestniczek projektu) (załącznik nr 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12,13), przeprowadzona dwukrotnie - przed rozpoczęciem danego modułu i po jego zakończeniu
* Ankieta satysfakcji po zakończonym projekcie (uwzględniająca stopień zadowolenia
z uczestnictwa w projekcie oraz własną ocenę każdego modułu) (załącznik nr 14)
* Listy obecności, potwierdzające uczestnictwo na każdym etapie trwania projektu oraz korzystanie z każdego świadczenia w ramach projektu, utworzone i monitorowane przez podmiot realizujący
* Prowadzenie „Dziennika kobiet planujących ciążę, w ciąży i młodych matek”, uwzględniającego zapisy poszczególnych etapów projektu, stanowiącego dodatkowy element do funkcjonującej Karty ciąży
* Liczba kobiet edukowanych w okresie przedkoncepcyjnym grupowo przez osoby kompetentne
* Liczba rodziców korzystających z poradnictwa w zakresie prawidłowego żywienia w okresie przedkoncepcyjnym, w trakcie ciąży i w czasie laktacji
* Liczba kobiet/ ich partnerów lub osób z rodziny korzystających z grup wsparcia psychologicznego w każdym z modułów programu
* Liczba powstałych tzw. „Mini Szkół Rodzenia” w województwie podkarpackim
* Liczba powstałych mobilnych zespołów Szkół Rodzenia w województwie podkarpackim
* Liczba kobiet/ ich partnerów lub osób z rodziny, korzystających z „Mini Szkół Rodzenia”
* Liczba kobiet, które zadeklarowały wzrost wiedzy z zakresu przygotowania do macierzyństwa, ciąży, porodu i karmienia piersią
* Odsetek patologicznych ciąż matek,
* Odsetek wad rozwojowych w życiu płodowym,
* Odsetek porodów fizjologicznych
* Odsetek porodów przedwczesnych
* Odsetek cięć cesarskich
* Liczba noworodków urodzonych w dobrym stanie ogólnym
* Liczba noworodków urodzonych z liczbą punktów w skali APGAR poniżej 3
* Liczba matek karmiących wyłącznie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka oraz do roku czasu
i dłużej
* Liczba dzieci karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy życia oraz do roku czasu
i dłużej
* Długość (czas) karmienia piersią przez uczestniczki programu
* Liczba udzielonych porad w zakresie poradnictwa laktacyjnego w ramach tzw. „pogotowia laktacyjnego”
* Liczba udzielonych porad w zakresie poradnictwa laktacyjnego w ramach wizyt domowych (dojazd do kobiety z dzieckiem)

Na każdym etapie trwania programu istnieje możliwość zbierania i analizowania danych o efektach wprowadzanego programu, trudnościach i niedoskonałościach w systemie. Po zakończeniu programu pozostanie system sprawozdawczości pozwalający na stałe monitorowanie poziomu opieki zdrowotnej.

Możliwe jest stworzenie ośrodka koordynacyjnego, który pełniłby nadzór merytoryczny nad realizacją zadań zapisanych w programie ewentualnie zlecenie badań ewaluacyjnych programu.

# Adresaci programu

## Oszacowanie populacji

Program jest skierowany do kobiet o fizjologicznym przebiegu ciąży i ich rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, którzy zgłoszą chęć uczestniczenia w zajęciach u wybranego podmiotu realizującego program. Definicja wykluczenia społecznego według brytyjskiego Center for Analysis of Social Exclusion to: „Jednostka jest społecznie wykluczona, jeżeli jest ona pod względem geograficznym mieszkańcem tego społeczeństwa, ale z powodów będących poza jej kontrolą nie może uczestniczyć w normalnych aktywnościach obywateli w tym społeczeństwie i chciałaby ona w nich uczestniczyć”.[[75]](#footnote-75) W literaturze można odnaleźć terytorialne zróżnicowanie poziomu włączenia społecznego w poszczególnych powiatach województwa podkarpackiego (ryc. 2). Jednak dane te są uśrednione. W przypadku istnienia argumentów przemawiających za tym, że w danym powiecie wyróżnić można kobiety z niskim stopniem włączenia społecznego, po spełnieniu innych kryteriów zasadnym jest włączenie ich do programu. W modułach II i III uwzględniono wyłącznie kobiety o fizjologicznym przebiegu ciąży, ze względu na konieczność prowadzenia ciąż zagrożonych przez placówki o wyższym stopniu referencyjności.

Ryc. 2 Terytorialne zróżnicowanie poziomu włączenia społecznego w powiatach województwa podkarpackiego [[76]](#footnote-76)

Na potrzeby Programu w województwie podkarpackim przyjęto założenie, iż minimalna liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi musi wynieść 1/4 możliwych adresatów, tj. 2500 osób rocznie, przy czym w zakresie danego modułu planowany jest udział około 833 kobiet.

Do uczestnictwa w programie uprawnione są kobiety zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

* będące w ciąży (w wieku 17-49 lat), o fizjologicznym przebiegu ciąży, jak również młode matki (w wieku 18-49 lat) (w tym matki samotne) po urodzeniu dziecka

 oraz rodzice zagrożeni ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,

* osoby zamieszkujące na terenie województwa podkarpackiego.

## Tryb zapraszania do programu

Kluczowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu spełnienia tego założenia planuje się przeprowadzenie:

* **Kampania społeczna informująca o programie** – istnieje potrzeba poinformowania kobiet i ich rodzin (w tym potencjalnych wnioskodawców oraz uczestników projektu) o realizowanych działaniach. Jej celem byłoby zainteresowanie programem jak najszerszej części społeczeństwa, co zapewni rozpoznawalność projektu. Odpowiedni język informacji o projektach - powinny być one jasne czytelne, napisane zrozumiałym językiem, dedykowane określonym kategoriom osób (zindywidualizowanie języka w zależności od odbiorców, np. wychowanym w rodzinach dysfunkcyjnych, dziedziczących biedę; bezrobotnych absolwentów studiów itp.).
* **Baza projektów** – zasadne jest stworzenie jednej na bieżąco aktualizowanej bazy uczestników, którzy brali udział w innych projektach unijnych, a skierowanych do osób wykluczonych społecznie, zagrożonych ubóstwem (szkolenia, kursy, studia), na podstawie bazy danych osobowych będzie można zaprosić do udziału w projekcie osoby kwalifikujące się.
* **Motywacja uczestników do udziału w projekcie.** Decydujące znaczenie mogą mieć takie działania, jak: wprowadzenie uczestników w projekt, działania integracyjne, wskazanie korzyści z udziału w projekcie i dalszych działań stanowiących kontynuację działań projektowych, zapoznanie uczestników zakwalifikowanych do projektu z obowiązkami wynikającymi z tego faktu.
* **Usługi wspierające.** Osoby, do których kierowany będzie projekt nie zawsze mogą sobie pozwolić na uczestnictwo z uwagi na osobiste zaangażowanie w inne działania lub brak środków finansowych na udział. Ważne jest zapewnienie odpowiednich rozwiązań, tj. zwrot kosztów dojazdu na szkolenia, zapewnienie opieki nad osobami zależnymi, uzależnionymi od sytuacji rodzinnej, lub środków finansowych na tę opiekę, zapewnienie posiłków. W przypadku osób z obszarów wiejskich oddalonych od aglomeracji i wielkich miast, konieczne jest zapewnienie transportu (możliwości dojazdu), ponieważ wykluczenie tych terenów wiąże się m.in. z trudnościami z dostępem, brakiem odpowiedniej infrastruktury transportowej. Organizacja takich spotkań z pełną obsługą to z jednej strony możliwość poinformowania potencjalnych uczestników projektów o tym, jakie mają możliwości w ramach interesującego nas programu, z drugiej zaś – pokazania, że pomoc w dotarciu na miejsce i odpowiednie dostosowanie pomieszczeń, systemu zajęć itp. sprawi, że uczestnictwo w projekcie nie będzie sprawiało większych trudności
* **Współpraca z instytucjami i organizacjami zajmującymi się osobami wykluczonymi społecznie, zagrożonymi ubóstwem.** Wśród możliwych sposobów dotarcia do w/w grupy jest pośrednictwo i doradztwo ze strony istniejących podmiotów należących do systemu opieki społecznej - podmiotów działających w ramach polityki społecznej państwa, a także innych podmiotów instytucjonalnych statutowo zobligowanych do działań na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem, a funkcjonujących jako instytucje rynku pracy. Pośrednictwo i doradztwo podmiotów ze sfery pozarządowej, w tym organizacji pozarządowych działających na rzecz interesującej nas kategorii, organizacji pozarządowych skupiających osoby wykluczone społecznie lub narażone na wykluczenie, pozarządowych instytucji rynku pracy, instytucji szkoleniowych.
* **Materiały informacyjno- promocyjne:** plakaty, ulotki, gadżety, spotkania informacyjne, tworzenie  i rozpowszechnienie stron www poświęconych realizowanemu projektowi.
* **Kampania informacyjno – promocyjna prowadzona za pośrednictwem mediów ze zwróceniem szczególnej uwagi na rolę internetu:** portale społecznościowe, fora dyskusyjne. Każdorazowo jednak należy uwzględnić możliwości dotarcia danym kanałem, sposobem do grupy docelowej projektu.
* **Kampanie w Uczelniach Wyższych na terenie województwa podkarpackiego.** Kobiety w okresie prokreacyjnym, studentki, które pobierają stypendia socjalne. W związku z tym należy zorganizować spotkania z pracownikami Działu Stypendialnego Uczelni Wyższych na terenie województwa podkarpackiego, podczas których przekazane zostaną informacje na temat Programu wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
* **Kontakt z placówką opieki społecznej, poradniami psychologicznymi z danego regionu**. Podmioty te mogą przekazać odpowiednie informacje potencjalnym zainteresowanym.
* **Pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji:**

– instytucje rynku pracy – wszystkie podmioty funkcjonujące jako instytucje rynku pracy mogą przekazywać odpowiednie informacje, rozpowszechniać je wśród potencjalnych uczestników. Można dodatkowo wykorzystać urzędowe strony internetowe, tablice ogłoszeń. Dysponując odpowiednimi danymi dotyczącymi lokalnego rynku pracy mogą być pomocne w opracowaniu właściwej diagnozy potrzeb rynku pracy w danym regionie (powiat) a jednocześnie będą posiadać bazę kandydatów do niniejszego projektu

– pozarządowe instytucje rynku pracy (fundacje, stowarzyszenia, organizacje społeczne zbliżone do stowarzyszeń, ale zarejestrowane na podstawie odrębnych przepisów, jednostki kościelne i wyznaniowe o charakterze społecznym działające w obszarze aktywizacji zawodowej i rynku pracy) - bardzo często organizacje takie mają swoje bazy, kontakty, sposoby dotarcia. Warto skorzystać z pośrednictwa takich podmiotów (w zakresie, w jakim pozwala na to obowiązujące prawo)

– inne organizacje pozarządowe – część organizacji pozarządowych nie działa w obszarze aktywizacji zawodowej, jednak działaniami swoimi obejmuje ludzi młodych na danym obszarze, w danym rejonie. Również one posiadają swoje bazy, w realizowanych przez nie projektach uczestniczą osoby, które kwalifikują się do uczestnictwa w programie, dlatego też mogą być pośrednikami w przekazywaniu informacji,

- narzędzia bezpośrednie – informacje w prasie, zwłaszcza lokalnej lub regionalnej – nie każda bezrobotna, nawet długotrwale, doświadcza społecznej ekskluzji. Interesująca nas grupa młodych kobiet/ rodzin wykluczonych społecznie lub zagrożonych ubóstwem często sięga po np. bezpłatne gazety ogłoszeniowe (typu „Metro”),

– organizacja spotkań informacyjnych – spotkania informacyjne dotyczące projektu są w stanie przyciągnąć potencjalnych uczestników projektów. Warto spotkania takie projektować i realizować przy współudziale powiatowych urzędów pracy, OPS, klubów pracy. Przy zadbaniu o odpowiednią oprawę spotkania (catering, dostępne miejsce, ciekawy program) istnieją spore szanse, że potencjalni uczestnicy przyjdą. Warto zorganizować je w  miejscu łatwo dostępnym i przyjaznym dla uczestników. W efekcie spotkania informacyjne o projekcie skierowanym do osób długotrwale bezrobotnych lepiej organizować w świetlicy, sali ośrodka pomocy społecznej lub powiatowego urzędu pracy niż w sali konferencyjnej hotelu bądź wyższej uczelni,

– służba zdrowia – informacje o projektach mogą być przekazywane także tą drogą: tablice informacyjne w przychodniach, laboratoriach,

* Grupa kobiet i ich rodzin zamieszkujący obszary wiejskie/ peryferyjne/ problemowe

- pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji –współpraca z samorządem lokalnym – sołtys, członkowie rady sołeckiej to osoby, które spotykają się z mieszkańcami na co dzień. Znają nierzadko ich problemy bardzo dokładnie, mogą być bardzo pomocni na etapie rekrutowania uczestników przekazując odpowiednie informacje,

– współpraca z lokalnymi autorytetami – w niewielkich miejscowościach na obszarach wiejskich często występują lokalne autorytety. Może to być szczególnie zasłużona dla danej miejscowości/ gminy osoba, lubiany nauczyciel, ale też wieloletni sołtys. Przekazywanie informacji przez taką osobę lub przy jej uczestnictwie może znacząco wpłynąć na sukces rekrutacyjny,

– współpraca z księdzem, radą parafialną – zwłaszcza na wsi coniedzielne pojawianie się w kościele jest ważne. Przekazywanie informacji o konkretnych działaniach ustami księdza z ambony często wzmacnia ich wydźwięk, dlatego kierując swoje działania na obszary wiejskie, warto wziąć to pod uwagę, –współpraca z wiejskimi, lokalnymi organizacjami pozarządowymi (warto przypominać, że właśnie wieś posiada przewagę organizacji należących do tzw. tradycyjnego trzeciego sektora i te organizacje warto wykorzystać – ochotnicze straże pożarne, stowarzyszenia i kółka przykościelne itp. Współcześnie także lokalne grupy działania)

- organizacje pozarządowe - współtworzone przez młodych ludzi (np. OSP), którzy mogą być pośrednikami w przekazywaniu informacji. W działaniach takich grup uczestniczą lokalne autorytety, ale także osoby znane i lubiane w okolicy, które mogą pośredniczyć w kontaktach,

- narzędzia bezpośrednie –informacje w prasie, zwłaszcza lokalnej lub regionalnej – mieszkańcy obszarów peryferyjnych często interesują się sprawami lokalnymi. Informacje o projektach, spotkaniach informacyjnych, prowadzonych naborach warto umieszczać w takiej prasie,

– organizacja spotkań informacyjnych w łatwo dostępnych dla wszystkich miejscach – świetlice wiejskie, szkoły,

– plakaty i ulotki pozostawiane w „tradycyjnych” miejscach spotkań, codziennie lub często odwiedzanych punktach: sklep, urząd gminy, tablica przy kościele,

* Osoby dopuszczające się czynów karalnych (przestępczość)

- pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji –współpraca z ośrodkami resocjalizacyjnymi – warto nawiązać współpracę z ośrodkami, które zajmują się osobami mającymi doświadczenia przestępcze. Będą to różne podmioty, w zależności od tego, jaki będzie wiek naszych potencjalnych uczestników projektu. Ośrodki takie mogą przekazywać informacje o projektach, pośredniczyć w nawiązaniu kontaktu, służyć pomocą przy aplikowaniu,

– współpraca z organizacjami pozarządowymi, które zajmują się młodymi ludźmi niedostosowanymi społecznie. Organizacje takie często realizują swoje działania w „trudnych” rejonach, znają okolicę i sposoby dotarcia do tych osób. Można także wykorzystać ich wiedzę dotyczącą np. liczebności potencjalnej grupy uczestników projektu,

– współpraca z dzielnicowymi – znają okolicę, identyfikują osoby sprawiające problemy, wiedzą, gdzie podejść i komu przekazać informację o danej inicjatywie, by dotarła ona do jak najszerszego grona.

* Osoby uzależnione lub potencjalnie zagrożone uzależnieniem

- pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji –współpraca projektodawców z ośrodkami resocjalizacyjnymi - przekazywanie informacji potencjalnym beneficjentom, zamieszczanie informacji o projekcie na swojej stronie www, poradni, na tablicach ogłoszeń znajdujących się w ośrodku, itp.

– poradnie psychologiczno-pedagogiczne – są to podmioty, które mogą identyfikować młode kobiety mające problem w związku z uzależnieniem, mogą służyć za pośredników w przekazywaniu informacji,

– współpraca z ośrodkami resocjalizacyjnymi – tworzenie i realizacja projektów dedykowanych określonym grupom uczestników, którzy korzystają z usług ośrodków resocjalizacyjnych

– współpraca z organizacjami pozarządowymi, które kierują swoje działania do osób uzależnionych, realizują projekty na rzecz tych osób – są to najczęściej organizacje o długim stażu działania, mające swoistą renomę w środowisku, do którego kierują swoja aktywność. Nierzadko osoby w nich działające cieszą się sporym autorytetem wśród swoich podopiecznych, przekazywane przez nich informacje na temat możliwych do podjęcia aktywności mają większe szanse na pozytywny oddźwięk,

– współpraca z organizacjami zrzeszającymi osoby z nałogiem, np. Monar – tutaj współpraca powinna przebiegać przede wszystkim w oparciu o kontakty z personelem takich instytucji. Osoby te mogą pośredniczyć w przekazywaniu informacji o projekcie, zachęcać podopiecznych do udziału, pomagać w aplikowaniu,

– współpraca z podmiotami, które pomagają w walce z uzależnieniami: ośrodki leczenia/terapii uzależnień, kluby AA. Mogą one przekazywać informacje o projektach,

- narzędzia bezpośrednie – plakaty, ulotki informujące o projekcie dystrybuowane w ośrodkach leczenia, świetlicach środowiskowych,

* Opuszczający zakłady karne

- pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji – odpowiednia polityka informacyjna (wyprzedzająca moment opuszczenia więzienia - informacje o programie, projektach oraz miejscach, w których można dowiedzieć się więcej)

– organizacje pozarządowe zajmujące się pomocą byłym więźniom lub skupiające byłych więźniów (pośrednictwo w przekazaniu informacji, rekrutowanie),

– współpraca z ośrodkami pomocy społecznej, do których często trafiają opuszczający zakłady karne

* Osoby z rodzin dysfunkcyjnych

- pośrednictwo w przekazywaniu informacji o projekcie lub pomoc w rekrutacji –skorzystanie z pomocy i pośrednictwa ośrodków pomocy społecznej – tutaj bardzo często osoby takie zgłaszają się po pomoc, pracownicy opieki społecznej znają dobrze środowisko również z wizyt. Mogą służyć pomocą głównie w zakresie rozpowszechniania informacji o realizowanych projektach, prowadzonym naborze,

– skorzystanie z pomocy i pośrednictwa instytucji rynku pracy,

- narzędzia bezpośrednie - ulotki i plakaty informujące o projekcie (umieszczone w poradniach psychologicznopedagogicznych),

* Osoby wykluczone i zagrożone wykluczeniem ze względu na ubóstwo, w tym przede wszystkim dotknięte „dziedziczeniem biedy”. Osobami z w/w grupy oraz ich rodzinami zajmuje się szereg podmiotów. Są najczęściej identyfikowane w miejscach, w których przebywają na co dzień, z którymi stykają się w codziennym życiu. Większość z nich może pośredniczyć w przekazywaniu informacji o projektach, pośredniczyć w rekrutacji

– lokalni pracownicy pomocy społecznej,

– poradnie psychologiczno-pedagogiczne,

- lokalne organizacje pozarządowe zajmujące się osobami z rodzin ubogich - tutaj można liczyć nie tylko na przekazywanie informacji, ale także na pośrednictwo w rekrutacji bądź jej prowadzenia (na ustalonych zasadach, np. partnerstwa w projekcie).

– streetworking (metoda dotarcia z zewnątrz, socjalna praca uliczna) – streetworkerzy docierają do takich kategorii osób, które ze względu na swą specyfikę nie są objęte instytucjonalną formą pomocy społecznej. Jest to jednak tak naprawdę cały proces działań, opierający się na tzw. poradnictwie dialogowym i obejmujący nie tyle jednostki, co całe grupy osób zmarginalizowanych. Wykorzystanie zatem streetworkingu w rekrutacji do projektów musiałby przebiegać w ramach pracy streetworkerów już aktywnych,

- PUP, OPSy, PCPRy oraz organizacje pozarządowe zajmujące się osobami wykluczonymi społecznie bądź wykluczeniem zagrożonymi we współpracy z instytucjami szkoleniowymi (i innymi podmiotami chcącymi realizować projektu skierowane do interesujących nas kategorii)

# Organizacja programu

## Części składowe, etapy i działania organizacyjne

W zaprojektowanym programie polityki zdrowotnej kluczowe znaczenie ma zapewnienie matce i dziecku odpowiedniej opieki medycznej, w zakresie której istotne są działania profilaktyczne rozwijające kulturę zdrowotną m.in. dzięki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Program będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 przez podmioty wybrane w drodze konkursowej. Konkursy będą ogłaszane harmonogramem naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego 2014-2020. Beneficjentami uprawnionymi do aplikowania o środki w ramach ww. konkursów są:

* jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia,
* jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną,
* podmioty wymienione w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie statutowo działające w obszarze pomocy i integracji społecznej oraz działalności leczniczej,
* podmioty działające w publicznym i niepublicznym systemie ochrony zdrowia, w tym w szczególności POZ,
* spółdzielnie i wspólnoty mieszkaniowe

Program będzie realizowany na terenie całego województwa podkarpackiego, z uwzględnieniem prowadzenia działań w środowisku lokalnym. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W realizację projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił rolę lidera bądź partnera. Premiowana będzie współpraca z jednostkami: Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) / Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS), Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS), Powiatowe Centrum, Pomocy Rodzinie (PCPR), organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi reprezentującymi interesy i zrzeszającymi podmioty świadczące usługi w zakresie POZ. Od uczestników projektu (grupa docelowa) wymagane będzie wyrażenie zgody na udział w zaplanowanych działaniach. W stosunku do osób niepełnoletnich, zgoda na udział w działaniach będzie musiała być potwierdzona przez rodzica/ prawnego opiekuna.

Aktualne w Polsce obowiązuje Trójstopniowa selektywna opieka perinatalna, której celem jest wczesne rozpoznanie zagrożeń dla matki i dla płodu i przekazywanie kobiet z ciążą wysokiego ryzyka do klinik i oddziałów, ośrodków położniczo - ginekologicznych wyższego szczebla. Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, działania programu opieki perinatalnej będą prowadzone ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, które mieszczą się w najniższym stopniu trójstopniowej opieki (tabela 7).

Tabela 7. Wykaz szpitali I stopnia referencyjności.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Szpitala | Oddział | Adres |
| CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-100 Łańcut, Paderewskiego 5  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-200 Przeworsk, Szpitalna 16  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-300 Leżajsk, Leśna 22  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-400 Nisko, Kościuszki 1  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-450 Stalowa Wola, Staszica 4  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 37-600 Lubaczów, Mickiewicza 168  |
| ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRZYŻOWIE  | Oddział Ginekologii i Położnictwa | 38-100 Strzyżów, Dąbrowskiego 10  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LESKU  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 38-600 Lesko, Kazimierza Wielkiego 4  |
| SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W USTRZYKACH DOLNYCH  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 38-700 Ustrzyki Dolne, 29 Listopada 57  |
| ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 39-200 Dębica, Krakowska 91  |
| SZPITAL POWIATOWY  | Oddział Ginekologiczno-Położniczy  | 39-460 Nowa Dęba, M.Curie. Skłodowskiej 1A  |

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS – http://www.nfz.gov.pl; http://stat.gov.pl/*

W rejonach tych jednostek objęte będą programem kobiety i rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

W ramach programu zaplanowano następujące działania:

* Wykonanie projektu „Programu wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
* Ogłoszenie otwartego konkursu dla podmiotów realizujących.
* Wybór podmiotu realizującego.
* Przygotowanie „Dziennika kobiet w ciąży i młodych matek”, uwzględniającego uczestnictwo kobiet we wszystkich etapach projektu (w przypadku uczestnictwa kobiet
w wybranych modułach, wypełniają one wyłącznie zakres dotyczący modułu, który zrealizowały).
* Rozpoczęcie realizacji działań– akcje promocyjno-informacyjne, kampanie społeczne zgodnie
z trybem zapraszania do projektu.
* Realizacja poszczególnych modułów na terenie województwa podkarpackiego.

W ramach modułu I:

* Edukacja na wczesnym etapie ciąży i przygotowanie do macierzyństwa (wsparcie grupowe: 10 godzin).
* Poradnictwo dietetyczne (8 godzin).
* Wsparcie psychologiczne (15 godzin).
* Przekazanie kobietom broszur informacyjnych wraz z zaleceniami w zakresie przygotowania się do macierzyństwa.
* Przekazanie kobietom Dzienników kobiet w ciąży i młodych matek
* Zwrócenie kosztów dojazdu na szkolenia grupowe w ramach edukacji, poradnictwa dietetycznego i wsparcia psychologicznego.
* Zorganizowanie cateringu w ramach edukacji.
* Ankietowanie uczestników przed modułem (załącznik nr 5, 6).
* Ankietowanie uczestników po module (załącznik nr 6, 7).
* Listy obecności uczestniczek w każdej formie wsparcia w ramach tego modułu.

W ramach modułu II:

* Przekazanie kobietom Dzienników kobiet w ciąży i młodych matek, które będą wydawane oprócz funkcjonującej karty ciąży (w przypadku, gdy kobieta nie otrzymała w poprzednim module).
* Utworzenie bezpłatnych dla uczestników programu „Mini Szkół Rodzenia” w powiatach objętych programem lub utworzenia mobilnych zespołów Mini Szkół Rodzenia, stworzenie możliwości uczestnictwa w warsztatach zakwalifikowanych kobiet wraz z ich partnerami/członkiem rodziny; poszerzenie tematyki o warsztaty dietetyczne (4 godziny) i poradnictwo psychologiczne prowadzone w grupach wparcia (15 godzin).
* Przekazanie kobietom broszur informacyjnych uwzględniających zalecenia położnych w zakresie przygotowania do porodu i opieki nad noworodkiem.
* Zwrócenie kosztów dojazdu kobiet na szkolenia grupowe w ramach Mini Szkoły Rodzenia, poradnictwa dietetycznego, wsparcia psychologicznego
* Zwrócenie kosztów dojazdu uczestniczek podczas grup wsparcia psychologicznego.
* Zapewnienie cateringu podczas trwania poszczególnych działań modułu II.
* Przekazanie matkom niezbędnego sprzętu wspomagającego laktację w postaci laktatora ręcznego (w przypadku udziału w programie od momentu jego rozpoczęcia lub od modułu II).
* Zorganizowanie cateringu w ramach Mini Szkoły Rodzenia, poradnictwa dietetycznego i wsparcia psychologicznego.
* Ankietowanie uczestników przed modułem (załącznik nr 8, 9).
* Ankietowanie uczestników po module (załącznik nr 9, 10).
* Listy obecności uczestniczek w każdej formie wsparcia w ramach tego modułu.

W ramach modułu III:

* Przekazanie kobietom Dzienników kobiet w ciąży i młodych matek
(w przypadku, gdy kobieta uczestniczy w programie od modułu III).
* Przekazanie matkom niezbędnego sprzętu wspomagającego laktację w postaci laktatora ręcznego, jeśli uczestniczka dołączy do programu dopiero na etapie modułu III.
* Edukacja matek przez wykwalifikowany personel medyczny w zakresie prawidłowego karmienia piersią, rozwiązywanie bieżących problemów matek karmiących w warunkach stacjonarnych (minimum 2 wizyty w powstałych punktach doradztwa laktacyjnego w wybranych powiatach) oraz tzw. „Pogotowia laktacyjnego” – poradnictwo na telefon, wizyty domowe.
* Utworzenie bezpłatnych warsztatów dla matek i ich dzieci w zakresie sprawowania prawidłowej opieki nad noworodkiem i niemowlęciem – warsztaty „Być mamą” (15 godzin), uwzględniającego poradnictwo dietetyczne dla kobiet i niemowląt, wsparcie psychologiczne, poradnictwo laktacyjne oraz informacje dotyczące prawidłowego rozwoju, a także sygnałów alarmowych, warunkujących porady specjalistyczne.
* Przekazanie kobietom broszur informacyjnych uwzględniających zalecenia położnych w zakresie opieki nad noworodkiem, kontrolą prawidłowego rozwoju dziecka.
* Zwrócenie kosztów dojazdu uczestników programu na warsztaty „Być mamą” wraz
z zagwarantowaniem kobietom posiłku w formie obiadu, uwzględniającego zasady prawidłowego żywienia, a także zapewnienie wyżywienia dla dzieci, adekwatnie do wieku.
* Ankietowanie uczestników przed modułem (załącznik nr 11, 12).
* Ankietowanie uczestników po module (załącznik nr 12, 13).
* Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu.
* Listy obecności uczestniczek w każdej formie wsparcia w ramach tego modułu.

Działania merytoryczne w projekcie wspierane będą działaniami informacyjno – promocyjnymi. Kampania ta będzie miała na celu zachęcenie odpowiedniej liczby osób do udziału w projekcie. Wielokanałowa akcja informacyjno-promocyjna będzie miała na celu realizację zasady równych szans również w kontekście dostępu do informacji. W formularzu zgłoszeń zawarte będzie pytanie o źródło pozyskania informacji o projekcie. Na tej podstawie możliwe będzie monitorowanie, które z kanałów wykazują największą skuteczność. Umożliwi to wprowadzenie zmian do strategii promocji oraz zapobieganie problemom w rekrutacji. Rekrutacja będzie otwarta i powszechna, dostosowana do specyfiki projektu, co oznacza, że swój udział będzie mogła zgłosić każda osoba spełniająca kryteria. Założone w Programie środki finansowe wynikające z możliwości budżetowych, powinny być wystarczające, aby każdej spełniającej kryteria kobiecie umożliwić udział w programie. W przypadku zgłoszenia się do programu większej niż zaplanowana liczby uczestników w pierwszej kolejności będzie dokonywana optymalizacja budżetowa programu, w kierunku przesunięcia środków między działaniami. Tworzone będą listy rezerwowe, by w przypadku zwolnienia miejsca, lub uruchomienia kolejnych środków uczestniczki/uczestników z list rezerwowych będzie można zapraszać do programu. Rekrutacja do programu oraz warunki ewentualnego przechodzenia uczestników pomiędzy kolejnymi jego etapami zostaną przeprowadzone według kryteriów określonych przez beneficjenta w ramach danego projektu.

## Planowane interwencje

Program obejmuje działania długoterminowe w zakresie następującej problematyki:

Moduł I

* Opieka na wczesnym etapie ciąży oraz przygotowanie do rodzicielstwa (szkolenia grupowe 10 godzin)
* Poradnictwo dietetyczne (8 godzin)
* Wsparcie psychologiczne (15 godzin)

Moduł II

* Mini Szkoła Rodzenia lub mobilne zespoły Mini Szkół Rodzenia (10 spotkań po 2,45 h)
* Poradnictwo dietetyczne (4 godziny)
* Wsparcie psychologiczne (15 godzin)

Moduł III

* Poradnictwo laktacyjne w utworzonych punktach
* Pogotowie laktacyjne- poradnictwo na telefon, wizyty domowe
* Warsztaty „Być mamą” (poradnictwo dietetyczne dotyczące żywienia kobiet w okresie laktacji
i niemowląt, wsparcie psychologiczne, poradnictwo laktacyjne oraz informacje dotyczące prawidłowego rozwoju, a także sygnałów alarmowych, warunkujących porady specjalistyczne) 15 godzin.

**Moduł I**

Poradnictwo na wczesnym etapie ciąży i przygotowanie do macieżyństwa należy rozpocząć biorąc pod uwagę terminem poczęcia. U kobiet młodocianych, poniżej 18 roku życia ciąża zaliczana jest do grupy wysokiego ryzyka.

Niniejszy program zakłada udział kobiet oraz ich partnerów/ członków rodziny w 10 – godzinnym (2 spotkania po 5 godzin) kursie/ szkoleniu w zakresie edukacji na wczesnym etapie ciąży, prowadzonym przez wykwalifikowaną kadrę medyczną: lekarza specjalności ginekologia i położnictwo i/ lub lekarza innej specjalności zajmującego się opieką nad kobietą w ciąży i noworodkiem i/lub położną. Warunkiem uruchomienia szkolenia grupowego jest zebranie co najmniej 5 kobiet na wczesnym etapie ciąży. W przypadku gdy kobieta dojeżdża do miejsca, w którym odbywa się szkolenie, zwracane są jej koszty dojazdu. Na spotkaniach poruszone zostaną między innymi tematy dotyczące przebiegu ciąży, diety jaką należy stosować, higieny okresu ciąży, współżycia w czasie ciąży, objawów porodu przedwczesnego, przygotowania wyprawki i pokoju dla dziecka, obecności partnera przy porodzie, objawów rozpoczynającego się porodu, metod znieczulenia przy porodzie, przygotowania dokumentacji i rzeczy dla kobiety i dziecka do szpitala, pobytu w szpitalu oraz zagadnienia zgłoszone przez matki, wymagające wyjaśnienia. Dopuszcza się uruchomienie jednocześnie kilku grup.

Poradnictwo na wczesnym etapie ciąży powinno być prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów (w ramach poradnictwa indywidualnego lekarz specjalności ginekologia i położnictwo, w ramach poradnictwa grupowego lekarz specjalności pediatria, położna). Program zakłada wprowadzenie jednakowych „Dzienników kobiet w ciąży i młodych matek”. Wraz z obowiązującymi standardami postępowania spowoduje to poprawę jakości świadczeń dla wszystkich ciężarnych i umożliwi ocenę przedporodowej opieki medycznej w skali całego województwa. Publikacja ta będzie jednocześnie zawierała wskazania dla rodziców o przysługujących ciężarnej: opiece przedporodowej w ramach NFZ, badaniach profilaktycznych, opiece w czasie połogu i w okresie laktacji. Posłuży jednocześnie jako kompendium podstawowej wiedzy dla przyszłych rodziców na temat istniejących zagrożeń w przebiegu ciąży. Zakłada się, że Dzienniki te otrzymają (bezpłatnie) kobiety podczas pierwszego spotkania grupowego w ramach poradnictwa przedkoncepcyjnego (po spełnieniu wymogów włączenia do programu).

**Edukacja grupowa na wczesnym etapie ciąży – szczegółowa tematyka podczas szkoleń grupowych dla pacjentek i ich partnerów/ członków rodziny** jest zgodna
z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W tej części rozszerzone zostają treści omawiane z pacjentkami w gabinetach ginekologicznych. Tematyka dotyczy:

* standardów opieki medycznej nad kobietą w ciąży w Polsce (zespół terapeutyczny sprawujący opiekę nad kobietą w ciąży, wizyty lekarskie przysługujące w ramach NFZ oraz zapewnienia pacjentki, że w razie złego samopoczucia w każdej chwili może zgłosić się do Przychodni lub Szpitala Powiatowego, pełniącego dyżur),
* porady dotyczące przyjmowania leków bez recepty,
* przekazywania informacji o zagrożeniach środowiskowych,
* porzucenia nałogów,
* w przypadku stwierdzenia patologii na każdym etapie ciąży- odesłanie pacjentki do innej placówki,
* przyjmowania kwasu foliowego,
* wykonania badań podstawowych oraz innych ukierunkowanych badań zgodnych z zapisami w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28.07.2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132
* żywienia kobiety w ciąży i suplementacji witaminowej- dokumentacja prowadzenia przebiegu ciąży,
* wysiłku fizycznego podczas ciąży – zalecenia i przeciwwskazania,
* aktywności zawodowej podczas ciąży,
* podróży w ciąży,
* pożycia seksualnego w ciąży,
* szczepień w ciąży,
* postępowania przy objawach towarzyszących ciąży (nudności, wymioty, ślinotok, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zgaga, zaparcia, żylaki, guzki odbytnicze, obrzęki, krwawienia, wzmożona wydzielina pochwowa, częste oddawanie moczu, bolesność gruczołów sutkowych, zmęczenie, drażliwość, objawy duszności, ból pleców, rozstępy ciążowe skóry, przebarwienia ciążowe skóry).

Dodatkowo należy omówić tematy dotyczące zbliżającego się porodu:

* zapoznanie z objawami zbliżającego się porodu
* poinformowanie o zmianach wysokości dna macicy
* omówienie skurczów przepowiadających, obniżających i wstawiających
* przekazanie wiedzy na temat objawów ze strony przewodu pokarmowego i układu moczowego
* poinformowanie o konieczności obserwacji wydzieliny z pochwy oraz zmianach w narządach płciowych
* poinformowanie o objawach ogólnych
* edukacja w zakresie zachowania się ciężarnej w sytuacji zaobserwowanych objawów zbliżającego się porodu
* zapoznanie z objawami, które pojawiają się 3-4 tygodnie przed porodem
* omówienie objawów świadczących o rozpoczętym I okresie porodu
* poinformowanie o objawach, które świadczą o konieczności bezzwłocznego zgłoszenia się do szpitala
* pogłębienie wiedzy na temat przygotowania się do porodu.

Tematy dotyczące prawidłowego postępowania w połogu:

* zapoznanie się terminem – połóg
* przedstawienie podziałów połogu
* określenie zmian zachodzących w połogu
* przybliżenie zmian ogólnoustrojowych jakie zachodzą w połogu, z podziałem na:
* zachodzące zmiany hormonalne
* pojawiające się zmiany w składzie krwi i w układzie krążenia
* zaistniałe zmiany w układzie moczowym
* zmiany w masie ciała
* widoczne zmiany skórne i powłok brzusznych
* wyłonienie zmian zachodzących w narządach płciowych, z podziałem na:
* zmiany zachodzące w pochwie
* pojawiających się zmianach w szyjce macicy
* zachodzących zmianach w kanale szyjki macicy
* zmiany dotyczące jajowodów i jajników
* zaistniałe zmiany w macicy
* przedstawienie rodzajów skurczów połogowych
* przybliżenie skutków skurczów połogowych
* przekazanie informacji na temat procesu gojenia się ran poporodowych
* określenie wiadomościami na temat odchodów połogowych
* zapoznanie się z procesem rozpoczęcia laktacji
* informacje na temat uruchamiania pacjentki w połogu
* przybliżenie i objaśnienie problemów związanych z połogiem
* stan ogólny, oddawanie moczu, wypróżnienia, krwotoki poporodowe, żylaki
* rozejście spojenia łonowego, przygnębienie poporodowe, depresja i psychozy poporodowe.

W ramach modułu I przewiduje się poradnictwo dietetyczne kobiet wraz z ich partnerami/ członkami rodziny. Pierwsze spotkanie oparte będzie się na tematyce "Prawidłowego żywienia kobiet ciężarnych" i prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka. Prowadzony powinien być w wymiarze 4 godzin. W planowanym warsztacie mogą wziąć udział zarówno kobiety jak i partnerzy/ członkowie rodziny.

Zakres bloku tematycznego „Prawidłowe żywienie kobiety planującej ciążę i ciężarnej”:

* Zależności pomiędzy prawidłową dietą a poczęciem.
* Odpowiedni przyrost masy ciała w okresie ciąży.
* Wartość odżywcza diety oraz przełożenie jej na produkty żywnościowe.
* Produkty niezalecane i wskazane w ciąży.
* Fakty i mity dotyczące odżywiania w okresie ciąży.
* Jak radzić sobie z zachciankami.
* Domowe sposoby na dolegliwości wynikające z okresu ciąży.

Pomoce edukacyjne dla uczestników części dotyczącej poradnictwa dietetycznego, przygotowane
i/ lub skonsultowane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach:

* ulotki, broszury dotyczące bloku tematycznego „Prawidłowe żywienie kobiety przygotowującej się do macierzyństwa oraz ciężarnej”,
* linki internetowe.

W ramach modułu I zakłada się objęcie kobiet zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wsparciem wykwalifikowanego psychologa, który poprzez wielopoziomowe oddziaływanie emocjonalne i informacyjne  pomoże zrozumieć psychologiczne aspekty zdarzenia
i zapobiegnie urazom psychicznym. Program proponuje 5 wizyt w ramach grup wsparcia psychologicznego. Każda z wizyt trwa 3 godziny. Po tym czasie należy kontynuować poradnictwo psychologiczne w ramach modułu II programu (Mini Szkoła Rodzenia). Terapeutyczna grupa wsparcia umożliwi podjęcie tematów rozmów o samopoczuciu w ciąży (fizycznym i psychicznym), o wpływie nowej sytuacji na związek z partnerem i na inne relacje, o kobiecości, odczuciach i wyobrażeniach dotyczących noszonego w łonie dziecka, a także o uczuciach jakie wywołuje perspektywa porodu naturalnego lub cesarskiego cięcia, karmienia piersią, opieki nad dzieckiem. Kobiety będą mogły podzielić się swoimi doświadczeniami, lękami i obawami związanymi z 9 miesiącami oczekiwania.

Nadrzędnym zadaniem grupy jest wsparcie emocjonalne dla kobiet będących przed tym wyjątkowym okresem swojego życia, wymiana doświadczeń, pomoc w rozumieniu siebie i swoich stanów psychicznych, pomoc w radzeniu sobie ze swoimi emocjami i w przygotowaniu się do kolejnej zmiany życiowej jaką są narodziny dziecka.

Tematyka spotkań grupy wsparcia psychologicznego:

* Problemy z zajściem w ciążę.
* Relaksacja i ćwiczenia oddechowe.
* Przekonania na temat porodu i macierzyństwa.
* Oczekiwania.
* Lęk przed nieznanym.
* Moje zasoby jako matki.
* Wychowanie w miłości.
* Partnerstwo w rodzicielstwie.
* Codzienne niepokoje.
* Zaburzenia w okresie okołoporodowym.
* Asertywność w relacjach.
* Wyrażanie potrzeb i proszenie o pomoc w ramach podejścia Porozumienie Bez Przemocy.
* Ja – Kobieta współczesna przygotowująca się do nowej roli.

**Moduł II – Mini Szkoła Rodzenia**

W ramach programu kobiety w ciąży wraz z partnerami mogą bezpłatnie uczestniczyć w zajęciach Szkoły Rodzenia. Program zakłada stworzenie tzw. „Mini Szkół Rodzenia” w powiatach, w których wdrożone zostaną interwencje lub utworzenie mobilnych Mini Szkół Rodzenia, dzięki którym wykwalifikowana kadra medyczna dojedzie do określonego miejsca w województwie podkarpackim. Założeniem niniejszego programu jest nadanie nowego wymiaru Szkole Rodzenia, znacznie wykraczającego ponad dotychczasowe formy proponowane kobietom w ciąży. W ramach uczestnictwa w module II kobieta uzyskuje pełną edukację, poszerzoną o wsparcie dietetyczne i psychologiczne. Szkoła Rodzenia skierowana jest do kobiet ciężarnych już od 15 tygodnia ciąży bądź wcześniej, które otrzymały zaświadczenie od lekarza ginekologa o braku przeciwwskazań do aktywnego udziału w zajęciach praktycznych Mini Szkoły Rodzenia. W realizacji modułu należy uwzględnić korzystanie z dydaktyki, psychoterapii i fizjoprofilaktyki. Dydaktyka będzie wykorzystywana podczas zajęć teoretycznych do przedstawienia przebiegu ciąży, porodu, połogu
i promocji karmienia piersią. Psychoterapia obejmie działania zmierzające do uwrażliwienia rodziców na potrzeby mającego się narodzić dziecka w ramach działających grup wsparcia psychologicznego. Przedstawienie procesu rozwoju wewnątrzmacicznego płodu, znaczenie porodu naturalnego
i karmienia piersią oraz ukazanie porodu jako trudnego zadania do wykonania. Fizjoprofilaktyka obejmie: ćwiczenia ogólnousprawniające w ciąży, naukę oddychania przeponowego, naukę relaksacji i parcia w drugim okresie porodu.

Zadaniem Mini Szkoły Rodzenia jest edukacja przygotowująca przyszłą matkę i przyszłego ojca do porodu, połogu i opieki nad noworodkiem oraz związane z tym utrzymanie dobrego stanu psychofizycznego ciężarnej i jej rodziny. W czasie trwania kursu przyszli rodzice poznają m. in. mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, pielęgnacji noworodka, pozycje porodowe, techniki oddychania.

Program Szkoły Rodzenia obejmuje zajęcia teoretyczne i praktyczne z zakresu przygotowania do porodu, karmienia piersią i pielęgnacji noworodka. [[77]](#footnote-77) Utworzone „Mini Szkoły Rodzenia” w powiatach, objętych programem angażują odpowiednio przeszkolone położne, odpowiadające za teoretyczno-praktyczną część zajęć dotyczącą edukacji przedporodowej młodych rodziców oraz fizjoterapeutów, odpowiadających za praktyczną część zajęć. Tematyka zajęć w Mini Szkole Rodzenia związana jest z funkcjami – edukacyjną, terapeutyczną, wspierającą. Mają one szczególne znaczenie w grupie ciężarnych zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. W programie przewidziane jest doradztwo w zakresie postępowania w trudnościach, które mogą wystąpić w czasie ciąży, porodu czy połogu, a część ta najbardziej będzie przydatna w/w grupie ciężarnych (grupy wsparcia psychologicznego). Funkcja edukacyjna szkół rodzenia obejmuje przekazanie przez profesjonalistów – położne, lekarzy ginekologów-położników, lekarzy innych specjalności, zajmujących się opieką nad kobietą w ciąży i niemowlęciem, dietetyków, fizjoterapeutów czy psychologów – wiedzy, niezbędnej do dobrego przeżycia ciąży, zarówno przez kobietę, jak i jej partnera.[[78]](#footnote-78), [[79]](#footnote-79)

Edukacja przedporodowa, prowadzona przez położne, zakłada realizację następujących tematów, zgodnych z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Instytutu Matki i Dziecka: [[80]](#footnote-80)

* anatomia piersi,
* proces wytwarzania pokarmu- fizjologia laktacji,
* farmakoterapia w okresie laktacji,
* skład mleka kobiecego- jak zmienia się pokarm,
* bezpieczne odciąganie i przechowywanie kobiecego pokarmu,
* pozorny i rzeczywisty brak pokarmu – zasady korzystania z banków mleka w województwie podkarpackim,
* doradztwo dotyczące karmienia piersią w czasie choroby/gorączki mamy,
* korzyści zdrowotne dla dziecka urodzonego przedwcześnie wynikające z żywienia mlekiem matki,
* przeciwwskazania stałe i czasowe ze strony matki i dziecka do podawania dziecku mleka biologicznej matki oraz mleka kobiecego w ogóle,
* prawidłowe i wygodne pozycje do karmienia,
* prawidłowe odżywianie w okresie laktacji,
* kawa, herbata i alkohol w okresie karmienia piersią,
* ocena ruchów płodu,
* bezpieczeństwo matki i dziecka w samochodzie,
* wysiłek fizyczny i praca zawodowa kobiety w ciąży,
* objawy powikłań ciąży (nadciśnienie tętnicze, ocena poziomu glukozy, obrzęki, przebarwienia skóry, żylaki odbytu etc.),
* przygotowanie do porodu,
* początek porodu i jego przebieg,
* rola osoby bliskiej, towarzyszącej w prawidłowym i powikłanym porodzie,
* łagodzenie bólu porodowego - techniki relaksacji,
* korzyści i ryzyko analgezji (rodzaje i techniki znieczulenia bólu porodowego),
* znaczenie kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie,
* promocja karmienia piersią i fizjologia laktacji,
* rozwiązywanie problemów laktacyjnych,
* wspomaganie laktacji,
* opieka i pielęgnacja noworodka,
* psychiczne i fizyczne zagadnienia okresu połogu,
* higiena i dieta w okresie połogu,
* metody regulacji płodności,
* zasady pomocy finansowej państwa i uzyskiwanie wsparcia ośrodków pomocy społecznej,
* procedury alimentacyjne,
* procedury rejestracji urodzin,
* prawa kobiety w ciąży, kobiety karmiącej i prawa matki,
* objawy patologicznego przebiegu połogu.

Oprócz wyżej wymienionej tematyki zajęć programu, zagadnienia poruszane na wykładach w Mini Szkole Rodzenia odbywać się będą na zasadzie programu typu participant-led (tj.
z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących
w zajęciach), zgodnie z wytycznym NICE, opartymi na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.). W ramach modułu II, na ostatnich zajęciach Mini Szkoły Rodzenia uczestniczki otrzymają laktator ręczny.

Zajęcia praktyczne, prowadzone przez fizjoterapeutę, podczas realizacji programu będą obejmowały:

* przygotowanie do porodu,
* nauka prawidłowych zachowań w trakcie porodu,
* nauka łagodzenia bólu porodowego – techniki relaksacji,
* cykl ćwiczeń fizycznych – ogólnousprawniających (prawidłowo stosowana i fachowo nadzorowana gimnastyka jest procesem pozytywnie wpływającym zarówno na organizm matki
i dziecka, jak również na przebieg ciąży, porodu oraz połogu):
* ćwiczenia wzmacniające i rozciągające,
* ćwiczenia relaksujące,
* nauka oddychania torem brzusznym,
* ćwiczenia w połogu,
* promocję karmienia piersią,
* wsparcie psychiczne kobiety w ciąży i jej rodziny- kontynuowane grupy wsparcia .

Do prowadzenia zajęć zatrudnione zostaną osoby z właściwymi kwalifikacjami z uwzględnieniem posiadanych kompetencji zawodowych i doświadczenia w prowadzeniu zajęć w Mini Szkole Rodzenia. Zasadnym jest, aby zajęcia prowadzone były przez wykwalifikowany personel medyczny w składzie:

* lekarz ginekolog-położnik
* lekarz pediatra-neonatolog
* lekarz anestezjolog
* położna
* konsultantka laktacyjna
* fizjoterapeuta.

W programie gimnastyki znajdują się:

* ćwiczenia ogólnorozwojowe zmniejszające typowe dolegliwości ciążowe (bóle kręgosłupa, obrzęki kończyn)
* ćwiczenia przygotowujące do aktywnego porodu
* ćwiczenia oddechowe dostosowane do okresu porodu
* nauka parcia
* automasaż
* relaksacja.

Aby uczestniczyć w zajęciach należy przedstawić aktualną, pisemną zgodę lekarza prowadzącego ciążę, świadczącą o braku przeciwwskazań do ćwiczeń fizycznych w ciąży. Kobiety nie posiadające zgody mogą uczestniczyć tylko i wyłącznie w ćwiczeniach oddechowych, uwzględniających zasady prawidłowego oddychania w trakcie ciąży i porodu, nie angażując aparatu ruchu.

W spotkaniach mogą wziąć udział kobiety wraz z partnerami lub członkami rodzin już od 15 tygodnia ciąży (wskazane aby zapisy odbywały się wcześniej). Jeden cykl będzie składał się z 10 spotkań po 2 godziny 45 minut każde (2 godziny stanowi doradztwo położnej, natomiast 45 minut- ćwiczenia z fizjoterapeutą). Dodatkowo przewiduje się poradnictwo dietetyczne w wymiarze 4 godzin oraz powstanie grup wsparcia psychologicznego (5 spotkań po 3 godziny). Jednocześnie może być uruchomionych kilka cykli Mini Szkół Rodzenia w zależności od dostępności sali do prowadzenia zajęć oraz wykładowców wybranych przez podmiot realizujący. Warunkiem uruchomienia zajęć jest obecność co najmniej 5 osób wraz z partnerami lub w sumie 10 osób na sali, w której prowadzone są zajęcia teoretyczne i część praktyczna. Maksymalna grupa do prowadzenia ćwiczeń to 20 osób.

Zajęcia będą prowadzone w bezpiecznych warunkach, gwarantujących ciężarnym bezpieczeństwo. Szkoła rodzenia powinna zapewnić możliwość przeprowadzenia zajęć w wygodnych warunkach lokalowych dostosowanych do zajęć teoretycznych i ćwiczeń gimnastycznych oraz dostęp do toalet. Pomieszczenie do zajęć teoretycznych będzie wyposażone w środki dydaktyczne (plansze, prezentacje, filmy, nagrania video, slajdy, zdjęcia, itp.), materiały edukacyjne i pomoce audiowizualne. Zaleca się wyposażenie sal wykładowych w: środki kosmetyczne, fantomy noworodka, materiały edukacyjne dla uczestników (ulotki, kserokopie), aparat do pomiaru ciśnienia. W sali wykładowej powinny być również zapewnione miejsca siedzące, natomiast w pomieszczeniach do ćwiczeń gimnastycznych materace, piłki, wałki, worki sako i krzesła.

Wybór podmiotów realizujących program nastąpi w drodze konkursu ofert, co gwarantuje realizację programu zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji oraz wykonania zadania w sposób efektywny i oszczędny. Wśród kryteriów wyboru podmiotu realizującego znajdą się: odpowiednia kadra dydaktyczna, odpowiednie, bezpieczne warunki lokalowe z dostępem do toalet, odpowiednie środki i materiały dydaktyczne (krzesła, materace, piłki, wałki, worki sako), dogodna lokalizacja (łatwy dojazd, parking, przystanek autobusowy, winda w budynku wielokondygnacyjnym).

Ciąża i połóg oraz związane z tym zmiany w organizmie kobiety, a także liczne czynniki ryzyka sprzyjają pojawieniu się zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Potwierdzeniem takiego stanu są doniesienia wielu badaczy [[81]](#footnote-81),[[82]](#footnote-82). Otrzymane wyniki skłaniają również do refleksji na temat obecności na oddziałach ginekologiczno-położniczych, a także już w szkole rodzenia, grup wsparcia oraz pomocy psychologiczno-terapeutycznej, szczególnie dla kobiet z grupy wysokiego ryzyka, narażonych na występowanie zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym (kobiety samotne, nieaktywne w czasie ciąży, rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego, wczesny poród, wysoki poziom odczuwanego stresu itp.). Niniejszy program przewiduje objęcie kobiet zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wsparciem wykwalifikowanego psychologa, który poprzez wielopoziomowe oddziaływanie emocjonalne i informacyjne  pomoże każdej uczestniczce oraz jej partnerowi/ członkowi rodziny. W ramach tego modułu program proponuje
5 wizyt opierających się na grupach wsparcia psychologicznego, które powinny odbyć się od 15 tygodnia ciąży, czyli od czasu, kiedy kobieta może równocześnie skorzystać bezpłatnie z Mini Szkoły Rodzenia. Każda z wizyt trwa 3 godziny. Po tym czasie należy kontynuować poradnictwo psychologiczne w ramach modułu III programu.

Tematyka spotkań w ramach grup wsparcia psychologicznego:

* trudność z adaptacją do nowej sytuacji związanej z narodzinami dziecka (samotność, zagubienie),
* trudności rodzicielstwa,
* trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami lub emocjami osób z otoczenia,
* kryzys w związku po narodzinach dziecka (np. rozstanie, separacja, rozwód),
* obawa przed wyglądem po porodzie.

OPIEKA NAD NIEMOWLĘCIEM

Rozwój psychoruchowy i fizyczny niemowlęcia jest procesem wielostopniowym i złożonym. Każdy nowy jego etap oparty jest na wcześniejszych i jest z nimi związany. Na przebieg rozwoju dziecka mają wpływ różne czynniki działające już od momentu poczęcia. Wzrastający organizm może podlegać negatywnym skutkom nieodpowiedniej diety matki, stresu, skażenia środowiska, czy różnych zakażeń bakteryjnych, wirusowych i pierwotniakowych. Przebieg ciąży, porodu, okresu noworodkowego rzutuje na dalsze losy dziecka.

Wyróżnia się także schorzenia genetyczne, metaboliczne, na których ujawnienie się nie ma wpływu przebieg ciąży czy porodu. Z nimi dziecko rodzi się. Częstym problemem w późniejszym okresie rozwoju są także różnego rodzaju wady postawy, zaburzona budowa aparatu ruchu i adekwatne do tego nieprawidłowości zauważalne w czasie aktywności fizycznej dziecka.

Zakończenie ciąży przedwcześnie jest także czynnikiem ryzyka zaburzeń prawidłowego rozwoju. Im krócej trwała ciąża, tym noworodek jest bardziej niedojrzały i narażony na możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony różnych układów, w tym narządu ruchu, układu oddechowego. Dlatego wcześniaki już od chwili urodzenia, a szczególnie przez pierwsze miesiące i lata swego życia wymagają specjalistycznej opieki, obserwacji i diagnostyki rozwoju psychomotorycznego, a także odpowiedniego do tego postępowania neurorozwojowego.

Najważniejsze osiągnięcia w pierwszym roku życia:

I TRYMESTR

* aktywność antygrawitacyjna dająca możliwość unoszenia głowy przeciw sile ciążenia
* spotkanie rąk w linii środkowej ciała, rozwój koordynacji ręka-ręka, oko-ręka

II TRYMESTR

* rozwój ruchów wokół linii głównej ciała – obrót z pleców na bok i brzuch, początki pełzania
* celowe osiąganie przedmiotów (chwyt)
* dalsze przeciwstawianie się sile ciążenia: odrywanie ciała i kończyn od podłoża („pływanie”)

III TRYMESTR

* przemieszczanie się w celach badawczych, najczęściej na czworakach
* stabilna pozycja siedząca
* zdolność samodzielnego uniesienia się do pozycji stojącej
* wykształcenie się chwytu precyzyjnego

IV TRYMESTR

* rozwój samodzielnej dwunożnej lokomocji
* rozwój mowy aktywnej (czynnej)

**Objawy zaburzeń prawidłowego rozwoju, tzw. sygnały ostrzegawcze:**

* asymetryczne, stereotypowe ustawienie głowy, kończyn i tułowia w przywiedzeniu i rotacji wewnętrznej, zaciskanie dłoni z kciukiem w środku w piąstkę
* asymetryczny rozkład ruchu, słabsza aktywność po jednej stronie ciała; opadanie na bok z preferowaniem jednej strony i asymetryczny podpór z utratą równowagi
* niesymetryczny podpór na obu przedramionach (łokcie cofnięte do tyłu)
* brak umiejętności przeniesienia przedramion do przodu; dziecko układa jedną lub obie kończyny wzdłuż tułowia przy próbie uniesienia głowy po 6 tyg. życia
* mocne odginanie głowy do tyłu z prężeniem kończyn dolnych przy jednoczesnych trudnościach z podporem na przedramionach
* bezwładne zwisanie ciała dziecka, świadczące o obniżonym napięciu mięśniowym
* ubogość ruchów i niedostatek inicjatywy do nawiązania kontaktu po 1 m.ż
* niewystarczający lub całkowity brak reakcji na światło po 3 m.ż
* drżenie bródki i/lub kończyn (u dzieci aktywnych może występować do 4-5 tygodnia)
* stały zez lub objaw „zachodzącego słońca”, tętniące ciemię, wymioty, poszerzenie szwów czaszkowych, powiększenie obwodu głowy, odgięciowe ułożenie głowy
* słaby lub całkowity brak ruchu wodzenia gałek ocznych i głowy od 2 m. ż
* stereotypowe wyprosty kończyn dolnych z baletowym obciągnięciem stóp w zawieszeniu pachowym po 4-5 m.ż., wskazujące na wzmożone napięcie mięśniowe
* siedzenie na połączeniach lędźwiowo-krzyżowych zamiast na guzach kulszowych, podobnie jak brak fazy zgięcia w biodrach w wieku prawidłowego siedzenia

Jeżeli rodzice zaobserwują niepokojące objawy lub jeśli postawiono diagnozę informującą o nieprawidłowościach, może to oznaczać, iż dziecko potrzebuje rehabilitacji. Niezbędne w tym zakresie są porady, jak prawidłowo pielęgnować dziecko, stymulować jego rozwój, odpowiednio opiekować się nim, a jednocześnie czego wymagać od dziecka na różnych etapach jego rozwoju, aby był on optymalny. Poradnictwo w zakresie opieki nad niemowlęciem jest w Polsce na niskim poziomie.

W ramach modułu II przewiduje się poradnictwo dietetyczne kobiet w ciąży wraz z ich partnerami/ członkami rodziny, prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka. Warsztat pod nazwą „Mama w okresie laktacji oraz rozszerzenie diety" prowadzony powinien być w wymiarze
4 godzin i rozpoczynać się po 30 tygodniu ciąży matki. W planowanym warsztacie mogą wziąć udział matki jak i partnerzy/ członkowie rodziny.

Zakres bloku tematycznego:
1. Jakość mleka mamy - co na nią wpływa.
2. Dieta mamy w okresie laktacji.
3  Eliminacja produktów alergizujących i potencjalnie nie tolerowanych.
4. Schemat żywieniowy dziecka.

Pomoce edukacyjne dla uczestników części dotyczącej poradnictwa dietetycznego, przygotowane
i/ lub skonsultowane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach:

* ulotki, broszury dotyczące bloku tematycznego „Mama w okresie laktacji oraz rozszerzenie diety" linki internetowe

Dla uczestników programu podczas spotkań w ramach poradnictwa dietetycznego oraz wsparcia psychologicznego przewidziany jest catering.

Organizator zobowiązany jest również do rozliczenia kosztów dojazdu mobilnych zespołów Mini Szkół Rodzenia.

 **Moduł III – poradnictwo laktacyjne i opieka nad niemowlęciem**

W ramach programu kobiety wraz z partnerami będą mogły uczestniczyć w szkoleniach i spotkaniach dotyczących karmienia piersią. Moduł III jest skierowany do kobiet w ciąży, które powinny zdobyć wiedzę i przygotować się do laktacji jeszcze przed porodem i/ lub młodych matek. Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia: przygotowanie do karmienia piersią rozpoczyna się na początku drugiej połowy ciąży, wraz z przygotowaniem do porodu, połogu i rodzicielstwa. Jego realizacja leży w gestii lekarza bądź położnej, sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną.

Szeroki zakres tematyczny zostanie poruszony na zajęciach w formie teoretycznej jak i praktycznej. Podczas spotkań zarówno w placówkach ochrony zdrowia, do których dojazd zostanie sfinansowany w ramach programu jak i w warunkach domowych wykorzystane zostaną odpowiednie sprzęty i narzędzia: prezentacja multimedialna, film, rzutnik, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, arkusze zadań dla uczestników, model piersi, fantom niemowlęcia, poduszki do karmienia piersią, tablica i flamastry, powszechnie używany sprzęt służący do nauki wspomagania karmienia piersią np. odciągacze do pokarmu z różnymi końcówkami, naczynia do przechowywania pokarmu, specjalistyczny sprzęt do karmienia alternatywnego – sondy, pipety, kubeczki, system SNS, smoki dla wcześniaków i dzieci z wadami uniemożliwiającymi samodzielne pobieranie pokarmu, butelki stymulujące ssanie aktywne. Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci przyjęta przez WHO w 2002 r. stanowi podstawę dla inicjatyw publicznej służby zdrowia, mających na celu ochronę, propagowanie i wspieranie karmienia piersią. Jest to możliwe tylko poprzez całościowe i skoordynowane działanie. Wzorzec postępowania stworzony przez ekspertów z UE jest wzorcowym planem ukazującym działania, które powinna zawierać każda krajowa i regionalna strategia. Zakłada on m.in., że cały personel medyczny mający bezpośredni kontakt z matką i dzieckiem powinien być objęty kursami szkoleniowymi, których programy oparte są na aktualnych wynikach badań naukowych. Oprócz tego pracownicy ochrony zdrowia powinni być motywowani do uczestnictwa w zaawansowanych kursach dotyczących karmienia piersią i fizjologii laktacji tak, aby mogli posiąść możliwie najwyższe kompetencje zawodowe odnośnie praktyki w tej dziedzinie. [[83]](#footnote-83) Do karmienia piersią kobieta przygotowuje się na długo przed zajściem w ciążę . [[84]](#footnote-84) W ciągu całego jej życia zostaje ukształtowana postawa wobec zjawiska karmienia naturalnego, na którą wpływa wiele czynników:

* otoczenie społeczne, w którym kobieta dorastała, gdzie normą jest karmienie naturalne lub sztuczne;
* nastawienie społeczne do karmienia piersią tylko pozornie pozytywne, kiedy poza informacją o tym, że należy karmić piersią, jednocześnie przekazywana jest inna - jeśli nie możesz karmić piersią, to....; skutkuje to natychmiastowym podważeniem kompetencji rodzicielskich matki jako karmicielki;
* obserwacja w dzieciństwie i życiu dorosłym bliskich kobiet i ich doświadczeń związanych z karmieniem piersią,;
* nastawienie do karmienia piersią życiowego partnera;
* posiadana wiedza na temat karmienia naturalnego i potencjalna gotowość do jej zdobywania. [[85]](#footnote-85)

Mleko matki to łatwo dostępne i najlepsze źródło niezbędnych składników pokarmowych dla dziecka przez pierwsze sześć miesięcy życia. Jego skład zależy między innymi od długości trwania ciąży, fazy laktacji, pory karmienia oraz diety matki i dostosowany jest do potrzeb rozwijającego się i stale rosnącego dziecka. Dokładne poinstruowanie matki co do prawidłowej techniki karmienia piersią jest ważnym warunkiem sukcesu. Ważnym elementem edukacji w tym względzie jest stosowne szkolenie w zakresie higieny laktacji i pielęgnacji gruczołów sutkowych w połogu i  przestrzegania zasad higieny karmienia piersią. Składa się na nią dezynfekcja rąk matki przed przystawieniem noworodka do piersi, dbanie, by nos dziecka nie był zatkany w czasie karmienia, niedopuszczenie do pociągania brodawkami, chronienie brodawki sutkowej i staranna jej pielęgnacja. Niezaprzeczalnym jest fakt, że karmienie piersią ma ogromne znaczenie psychologiczne w relacji matka-dziecko. Wydaje się, że wiedza na ten temat nie jest nadal pełna w świadomości karmiących matek i powinna być wyeksponowana w ramach procesu edukacyjnego. Należy również podkreślić, że stosowanie leków w okresie karmienia piersią jest problemem bardzo istotnym i niezwykle złożonym, ponieważ ze względów etycznych i prawnych rzadko przeprowadza się badania w grupie kobiet ciężarnych i karmiących piersią. Wiedza na ten temat jest oparta w dużej mierze na analizach odnotowanych przypadków. Stosowanie leków w okresie laktacji powinno być prowadzone pod ścisłym nadzorem specjalisty. Ich przyjmowanie w tym okresie może mieć wpływ na powstanie wad rozwojowych dziecka, rozwój zaburzeń czynnościowych, a nawet na sam proces wytwarzania mleka. Przenikanie leków do mleka odbywa się na zasadzie biernej dyfuzji aktywnych cząsteczek przez błony biologiczne. Najaktywniej przenikają cząsteczki o małej masie cząsteczkowej, cechujące się niewielkimi rozmiarami, małą zdolnością wiązania się z białkami osocza oraz charakteryzujące się dużą rozpuszczalnością w tłuszczach. Najlepszym, choć nie zawsze możliwym do zrealizowania wyjściem jest unikanie w okresie karmienia wszelkich środków farmakologicznych, gdyż przyjmowane przez matkę leki przechodzą do pokarmu i z pokarmem mogą dostać do organizmu noworodka. Niektóre nieświadomie przyjmowanych leków mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie i życie noworodka. A jeśli już zajdzie potrzeba ich użycia, w celu zminimalizowania efektów ubocznych, należy leki zażyć tuż po karmieniu i obserwować zachowanie dziecka. Zaleca się wybierać leki w najmniejszej dostępnej dawce. Matki, zażywając preparaty bez konsultacji ze specjalistą, nie są w stanie określić, czy dany lek jest bezpieczny dla dziecka. [[86]](#footnote-86) [[87]](#footnote-87) [[88]](#footnote-88)

W ramach programu poruszone zostaną 3 podstawowe aspekty:

* Karmienie piersią jako zagadnienie medyczne, społeczne, ekonomiczne.
* Edukacja, wsparcie, komunikowanie się z matką karmiącą.
* Najczęściej występujące problemy w okresie karmienia piersią i sposoby ich rozwiązywania.

Program zakłada zorganizowanie w województwie podkarpackim sieci edukatorów w dziedzinie laktacji, udzielających porad w placówkach ochrony zdrowia w formie dyżurów bądź w ramach telefonicznego „Pogotowia laktacyjnego”- wsparcie na telefon i/ lub wizyty domowe, których zadaniem będzie edukacja matek oraz ich najbliższego otoczenia, dotycząca rozpoczęcia aktu karmienia naturalnego tuż po porodzie oraz jego kontynuacja co najmniej do 6 miesiąca życia dziecka bądź i dłużej.

W ramach realizacji zamierzonego celu przewiduje się:

* edukację kobiet w zakresie prawidłowego karmienia piersią, udzielenie pomocy w przypadku zaistnienia problemów;
* monitoring wskaźników wyłącznego karmienia piersią niemowląt do szóstego miesiąca życia i 1 rok – ewaluacja programu;
* opracowanie, wydruk i rozpowszechnienie materiałów promujących karmienie piersią przeznaczonych dla młodych matek i ich rodzin (Przewodnik dla rodziców „Pierwszy rok życia dziecka”, udostępnienie numeru telefonu i adresu punktów doradztwa laktacyjnego powstałych w powiatach, przekazanie folderów uwzględniających korzyści dla matki i dziecka z naturalnego karmienia piersią oraz prawidłowe przystawianie noworodka do piersi); wszystkie materiały powinny zostać przygotowane i/ lub skonsultowane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach;
* propagowanie we współpracy z mediami karmienia piersią jako odpowiedniej metody żywienia i wychowywania niemowląt i dzieci.

Oprócz finansowanych w ramach NFZ świadczeń położnych podstawowej opieki zdrowotnej tuż po porodzie oraz położnych środowiskowych w okresie połogu, każda uczestniczka programu w przypadku wątpliwości w zakresie prawidłowego karmienia piersią może w każdej chwili skorzystać z dodatkowych porad w punktach laktacyjnych utworzonych przez podmioty realizujące program, po uprzedniej rejestracji telefonicznej. Uczestniczki zostaną poinformowane o tym już podczas przebywania na Oddziale Położnictwa, zapoznają się z odpowiednimi broszurami. Podmiot realizujący zatem powinien współpracować ze Szpitalami Powiatowymi celem zdobycia szerszego grona chętnych kobiet, spełniających kryteria programu. Program nie zakłada maksymalnej ilości porad, ze względu na zapewnienie jak najlepszej jakości udzielanych świadczeń i pomocy. W punktach tych w określonych i podanych do wiadomości uczestniczek programu dniach (minimum 2 razy w tygodniu) i godzinach dyżury pełnić będą wykwalifikowani edukatorzy w zakresie laktacji. Aby zapewnić efektywność porad, matka powinna stawić się w punkcie wraz z dzieckiem oraz partnerem/ członkiem rodziny. Każda wizyta powinna trwać 30- 60 minut i odbyć się zgodnie z przedstawionym schematem:

1. Wywiad

2. Obserwacja matki (ocena stanu ogólnego i psychicznego)

3. Badanie piersi

4. Obserwacja i badanie dziecka (stan ogólny, aktywność, napięcie, cechy odwodnienia, przyrost masy)

5. Ocena funkcji ssania

6. Obserwacja aktu karmienia

7. Zebranie powyższych informacji i postawienie rozpoznania.

Po wstępnym rozpoznaniu powinno nastąpić sformułowanie zaleceń oraz sporządzenie pełnej dokumentacji zgodnie z kartą obserwacji karmienia piersią. [[89]](#footnote-89) W pozostałych dniach, podmiot realizujący zapewni porady w ramach „pogotowia laktacyjnego”- wsparcie na telefon, wizyty domowe. Wyłonieni przez podmiot realizujący konsultanci, udzielą porad telefonicznie bądź w ramach wizyty domowej kobietom, które będą tego wsparcia potrzebować. Porady powinny być udokumentowane i podpisane przez udzielających świadczenie: lekarza, położną lub pielęgniarkę. Warunkiem ukończenia modułu III i otrzymania laktatora będzie udokumentowany udział w minimum 2 kontrolnych poradach w okresie 6 miesięcy wyłącznego karmienia piersią (nie dotyczy uczestniczek, które otrzymały laktator w ramach modułu II).

W ramach modułu III program zakłada utworzenie grup wsparcia psychologicznego, zrzeszających kobiety karmiące do 6 miesiąca życia dziecka oraz dłużej. Podobnie jak w module I i II, planowanych jest 5 trzygodzinnych spotkań, którym przewodniczy psycholog o odpowiednich kwalifikacjach.

W trakcie spotkań poruszane zostaną tematy:

* Wzmacnianie więzi między matką a dzieckiem.
* Nastawienie do karmienia piersią życiowego partnera/ najbliższego otoczenia- wymiana doświadczeń.
* Czy jestem dobrą matką?
* Jak radzić sobie z mitami dotyczącymi karmienia piersią- mama/teściowa radzi mi.
* Samotne macierzyństwo.
* Brak motywacji do karmienia piersią.
* Baby blues.

W ramach modułu III zostaną również zorganizowane warsztaty „Być mamą”. Warunkiem realizacji tego założenia będzie zebranie grupy składającej się minimum z 5 kobiet, które wezmą udział w spotkaniach wraz z dziećmi w przedziale wiekowym 0- 1 rok życia. Podmiot realizujący zobowiązany będzie do zorganizowania trzech pięciogodzinnych spotkań w odpowiednich warunkach lokalowych, prowadzonych przez położną/ pielęgniarkę/ lekarza posiadających odpowiednie kalifikacje w zakresie karmienia piersią oraz fizjoterapeutę. W przypadku gdy kobieta dojeżdża do miejsca, w którym odbywa się warsztat, zwracane są jej koszty dojazdu na podstawie okazanych biletów lub okazania formularza rozliczenia kosztów dojazdu (0,8358 zł za kilometr) oraz zapewniony będzie catering zgodny z zasadami prawidłowego żywienia zarówno dla matek jak i dzieci. Warsztat przede wszystkim stworzy możliwość spotkania się kobiet znajdujących się w podobnej sytuacji związanej z narodzinami dziecka, karmieniem piersią oraz jego wychowaniem. Do pracy metodą warsztatową niezbędna jest aktywność uczestniczek. Dlatego mamy uczestniczące w spotkaniach powinny wziąć udział w„ burzach mózgów”, pracach w parach, podgrupach, czasem także w odgrywaniu scenek. Ważne jest również korzystanie z własnych doświadczeń i dzielenie się nimi w grupie. W tematyce warsztatów powinny się znaleźć kwestie dotyczące pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, sygnały nieprawidłowego rozwoju, wspieranie rozwoju psychoruchowego dziecka. Istotne są również tematy w zakresie laktacji przedstawione poniżej, które powinny stanowić uzupełnienie zajęć z tej tematyki w ramach Mini Szkół Rodzenia.

Tematy w ramach modułu III, które powinny zostać omówione w trakcie warsztatów „Być mamą” (warsztat 15 godzinny):

* prawidłowy rozwój dziecka do 1 roku życia oraz sygnały alarmujące, warunkujące wizyty
u specjalisty,
* pielęgnacja dziecka do 1 roku życia,
* „kamienie milowe” w rozwoju dziecka,
* potrzeby dziecka od urodzenia do 3 roku życia,
* jak bawić się z dzieckiem, by wspierać jego rozwój,
* elementy pielęgnacji dziecka wpływające na rozwój psychoruchowy- prawidłowe noszenie, podnoszenie, trzymanie oraz przewijanie dziecka,
* bezpieczny pokój i otoczenie dziecka,
* masaż niemowlęcy,
* prawidłowy sposób przystawiania dziecka do piersi,
* wyłączne karmienie mlekiem matki do ukończenia 6 miesiąca życia,
* pomoc w trudnościach związanych z przystawianiem dziecka do piersi,
* pomoc w doborze prawidłowej pozycji do karmienia dziecka,
* doradztwo w zakresie długości i częstotliwości karmienia piersią,
* utrzymanie laktacji w sytuacji powrotu mamy do pracy,
* pomoc w nawale mlecznym i w zastojach pokarmu,
* bolesne, poranione brodawki, stany zapalne piersi, ropień,
* pomoc w zakresie korygowania kształtu brodawek – brodawki wklęsłe, płaskie,
* wspieranie kobiet karmiących,
* ocena odruchu ssania u dziecka i korygowanie zaburzeń ssania,
* pomoc w pobudzaniu laktacji przy małej ilości pokarmu,
* metody pozyskiwania oraz prawidłowe przechowywanie odciągniętego pokarmu, sposoby, podawania odciągniętego pokarmu,
* higiena sprzętu do odciągania pokarmu,
* problemy z wymiotami i kolką u dziecka po karmieniu piersią,
* pomoc w stopniowym oduczaniu dziecka ssania piersi i hamowaniu laktacji, zakończenie laktacji,
* wprowadzanie nowych pokarmów i kontynuacja karmienia,
* alergie pokarmowe.

Zajęcia będą prowadzone w bezpiecznych zarówno dla matek jak i dzieci warunkach lokalowych z zapewnieniem dostępu do toalet. Podmiot realizujący w trakcie trwania warsztatów powinien zapewnić ustronne miejsce wraz z przewijakiem i krzesłem, gdzie mamy będą mogły przewinąć i nakarmić dzieci, gwarantujących ciężarnym bezpieczeństwo. Pomieszczenie to będzie wyposażone w środki dydaktyczne (plansze, prezentacje, filmy, nagrania video, slajdy, zdjęcia, itp.), materiały edukacyjne i pomoce audiowizualne. Zaleca się wyposażenie sal wykładowych w: środki kosmetyczne, fantomy noworodka, materiały edukacyjne dla uczestników (ulotki, kserokopie), oraz maty bądź materace. W sali powinny być również zapewnione miejsca siedzące.

WHO i UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii oraz naukowe towarzystwa żywieniowe uznały nadrzędność pokarmu matki w żywieniu dziecka w stosunku do mieszanek sztucznych opartych na mleku krowim.[[90]](#footnote-90) Karmienie piersią jest niezaprzeczalnym sposobem zapewnienia idealnego pokarmu dla zdrowego wzrostu i rozwoju niemowląt; jest także integralnym elementem cyklu reprodukcyjnego o niebagatelnym znaczeniu dla zdrowia kobiet. Niemowlęta powinny być wyłącznie karmione piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia, aby ich wzrost, rozwój i zdrowie były optymalne. Pokarm kobiecy wytwarzany w wystarczających ilościach przez zdrową, dobrze odżywioną matkę
w pełni zaspokaja zapotrzebowanie niemowlęcia na wszelkie niezbędne składniki odżywcze. WHO oraz UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci) zalecają, by mamy rozpoczynały karmienie piersią dziecka już w pierwszej godzinie po jego przyjściu na świat. Do szóstego miesiąca życia maluch powinien otrzymywać wyłącznie pokarm mamy (a jeśli nie jest to możliwe, innej [kobiety](http://www.stefczyk.info/wiadomosci/gospodarka/kanada-pozytywne-skutki-polityki-prorodzinnej%2C8117825009)). Stąd też zasadnym jest rozpropagowanie informacji o Bankach Mleka, istniejących na terenie województwa podkarpackiego. Pokarm naturalny w pełni zaspokaja zapotrzebowanie dziecka na energię i składniki odżywcze. Nie powinno się go niczym uzupełniać, nawet wodą. Dziecko powinno być przystawiane do piersi tak często jak tego chce, w dzień i w nocy. Niestety, dane z badania opublikowanego w 2015 roku, wskazują, że podstawowe zalecenia WHO dotyczące karmienia naturalnego w Polsce nie są realizowane. Niedostateczne wsparcie i edukacja kobiet w tym zakresie stanowi główny powód rezygnacji matek z karmienia piersią, niestety już nawet w ciągu
pierwszego miesiąca życia dziecka. Powody rezygnacji z karmienia piersią wynikają często z niewiedzy i błędnego przekonania, bo 35% matek dzieci do 4. m.ż. i 48% matek dzieci do 6.m.ż. deklaruje, że powodem zaprzestania karmienia piersią było poczucie, że dziecko się nie najada lub przekonanie
o braku pokarmu. Karmienie piersią, nawet jeśli jest aktem naturalnym, jest także zachowaniem wyuczonym. W zasadzie wszystkie kobiety mogą karmić piersią jeśli otrzymają dokładne informacje
i wsparcie ze strony rodziny, społeczności lokalnej i pracowników ochrony zdrowia.

Prawidłowe karmienie piersią jest bardzo ważne zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Dzięki prawidłowym technikom karmienia dziecko jest odpowiednio przystawione do piersi, ssie efektywnie i rozwija się prawidłowo. Natomiast w piersiach prawidłowo i regularnie opróżnianych nie dochodzi do rozwoju zastoju, zapalenia albo urazów brodawek. Zapoznanie matki z technikami prawidłowego karmienia, jeszcze przed jego rozpoczęciem zwiększa prawdopodobieństwo, że będzie ona karmiła piersią odpowiednio długo, a laktacja będzie przebiegała w sposób harmonijny i satysfakcjonujący. Jeśli po porodzie stan matki i dziecka jest dobry pierwsze karmienie powinno odbyć się już na sali porodowej. W czasie pierwszych 2 miesięcy życia dziecko powinno być karmione na żądanie, ale nie rzadziej niż co 3 godziny (w nocy może być 1 przerwa 4- godzinna) co oznacza 8-12 karmień na dobę (w tym przynajmniej 1 karmienie w nocy). Karmienie z jednej piersi powinno trwać minimum 10 minut.Jjest ono efektywne, jeśli dziecko jest prawidłowo przystawione do piersi, w trakcie trwania całego karmienia dziecko ssie aktywnie (tzn. wykonuje głębokie ruchy żuchwy, można usłyszeć przełykanie i/lub wyczuć ruch krtani albo delikatne drżenie okolicy potylicznej). Obiektywną oceną skuteczności karmienia jest pomiar ilości stolców oddawanych przez dziecko (3-4 stolców/dobę od 5dnia życia), mikcji (w ciągu doby 5-8 zmoczonych pieluch od 5. do 42. dnia życia, później ok. 5) oraz pomiar przyrostu masy ciała. [[91]](#footnote-91)

Zalety karmienia piersią:

**Zalety dla dziecka**

* Zmniejszenie ryzyka infekcji, w szczególności ostrego zapalenia ucha środkowego i przewodu pokarmowego;
* Zmniejszenie ryzyka martwiczego zapalenia jelit u dzieci urodzonych przedwcześnie;
* Zmniejszenie ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości oraz wielu chorób niezakaźnych,
w tym cukrzycy typu 1 i typu 2;
* Zmniejszenie ryzyka rozwoju niektórych rodzajów nowotworów, w tym białaczki limfatycznej i szpikowej;
* Zmniejszenie ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej u niemowląt;
* Zmniejszenie ryzyka hospitalizacji w pierwszym roku życia dziecka i związanego
z tym stresu;
* Ssanie piersi sprzyja ćwiczeniu mięśni twarzy i jamy ustnej, co pozytywnie wpływa na rozwój mowy u dziecka.

**Zalety dla matki**

* Zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka sutka, jajników i osteoporozy
w starszym wieku;
* Korzyści długofalowe wiążące się z obniżeniem ryzyka wystąpienia niektórych chorób: sercowo-naczyniowych (choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze), zaburzeń metabolicznych (cukrzyca, nietolerancja glukozy, otyłość, hiperlipidemia, hiperinsulinemia), reumatoidalnego zapalenia stawów;
* Szybsze obkurczanie macicy oraz zmniejszenie ryzyka krwotoku poporodowego
i niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza;
* Wydzielanie oksytocyny podczas karmienia sprzyja właściwej opiece i nawiązaniu prawidłowych relacji z dzieckiem oraz zmniejszenie napięcia i stresu u kobiety;
* Przeciwdziałanie wystąpieniu depresji poporodowej;
* Umacnianie więzi pomiędzy matką i dzieckiem;
* Naturalna antykoncepcja;
* Korzyści ekonomiczne. [[92]](#footnote-92)

Pomoce edukacyjne niezbędne dla uczestników modułu III:

* broszury informacyjne
* laktator (w przypadku, gdy kobieta nie otrzymała w module II)
* linki internetowe

## Kryteria i sposoby kwalifikacji uczestników

Kryteria włączenia kobiet ciężarnych wspólne dla wszystkich modułów:

* **Wiek 17-49 lat [[93]](#footnote-93)** – kryterium obowiązkowe dla kobiet uczestniczących w module I (kryterium wynika z wieku rozrodczego 15-49 lat, wskazanego przez WHO, dolną granicę przesunięto do 17 r. ż. ze względu na to, że zgodnie z danymi literaturowymi ciąża poniżej 18 roku życia jest uznawana za ciążę wysokiego ryzyka)
* **Wiek 18-49 lat** – kryterium obowiązkowe dla kobiet uczestniczących w modułach II i III
* **Zamieszkanie na terenie województwa podkarpackiego** – kryterium obowiązkowe
* **Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** – kryterium obowiązkowe, wymagane spełnienie warunków opisujących stosowną grupę docelową w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.

Kryteria włączenia kobiet do modułu I:

* Kobiety w ciąży o przebiegu fizjologicznym

Kryteria włączenia do modułu II:

* Ciąża o przebiegu fizjologicznym (ciąża zagrożona jest kierowana do opieki perinatalnej o wyższym stopniu referencyjności i wymaga szczególnego traktowania)
* Ciężarne wraz z partnerem/członkiem rodziny od 15 tygodnia ciąży do maksymalnie 30 tygodnia ciąży (wskazane wcześniejsze zapisy)
* Brak przeciwskazań do udziału w Mini Szkole Rodzenia (część praktyczna)

Kryteria włączenia do modułu III:

* Ciężarne od 31 tygodnia ciąży
* Matki po urodzeniu dziecka w co najmniej 2 dobie po porodzie
* Chęć wyłącznego karmienia niemowląt piersią co najmniej do ukończenia 6 miesiąca życia.

**Zapisanie do programu:**

* jest dobrowolne
* nie wymaga skierowania
* nie wymaga zaświadczenia o braku przeciwskazań do uczestnictwa (za wyjątkiem Mini Szkoły Rodzenia – części praktycznej)
* uczestnictwo kobiety przygotowującej się do macierzyństwa, ciężarnej i młodej matki
w programie jest całkowicie bezpłatne.

## Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program ma charakter ciągły. Mieszkanki powiatów będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin zapisów do projektu. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą wcześniej wspomnianych sposobów. Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu) zostaną zorganizowane grupy, uczestniczących w danym module szkoleniowym (przed ciążą, w trakcie ciąży, po urodzeniu dziecka). Dzięki tym działaniom zapewnione będzie optymalne wykorzystanie środków finansowych w programie. Świadczenia przewidziane w ramach programu prowadzone będą przez lekarzy specjalistów ginekologii
i położnictwa, położne POZ, dietetyków, edukatorów w „Mini Szkołach Rodzenia” i poradniach laktacyjnych w pomieszczeniach przychodni lub wynajętych do tego celu stosownych lokalach, jak również w ramach wizyt domowych uczestniczek po urodzeniu dziecka (dotyczy poradnictwa laktacyjnego).

## Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do macierzyństwa, porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Opiekę nad kobietą w ciąży porodzie i połogu regulują dwa akty prawne:

A/ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem*

oraz

B/*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacjach niepowodzeń położniczych*

Jak wynika z zapisów tych aktów prawnych ustawodawca wydziela dwie grupy wymagające opieki. W opracowywanym programie w założeniu wsparcie ma być dla grupy kobiet kwalifikujących się do Rozporządzenia traktującego o ciąży o przebiegu fizjologicznym.

Edukacja przedporodowa jest jednym z ważnych działań w opiece nad kobietą ciężarną
i stanowi element profilaktyki pierwszorzędowej. Jest zbieżna z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.), sformułowanym jako „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem i należy do priorytetów zdrowotnych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia
z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych ( Dz. U. Nr 137 poz.1126) „Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”.

Edukacja kobiet w okresie ciąży znalazła odzwierciedlenie w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187 poz. 1259 ), które weszło w życie z dniem 8 kwietnia 2011r., oraz w znowelizowanym tekście r**ozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia** 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 12, poz.1100). Zapisy ww. rozporządzenia w części: 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, wskazują, że „*od 21 tygodnia ciąży do okresu porodu, kobieta ciężarna powinna odbyć praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa
w formie grupowej lub indywidualnej”.*

Do realizacji edukacji przedporodowej upoważniona jest położna podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone
w części I załącznika Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz.1139). Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje:

1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych,

2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy,

3) wizytę patronażową,

4) wizytę profilaktyczną.

**Warunki i zasady prowadzenia edukacji przedporodowej przez położną poz określa** § 20 (rozdział6 Świadczenia położnej poz) **zarządzenia Nr 85/2011/**DSOZ **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ze zm. z 2012 i 2013r.** Edukacja przedporodowa realizowana jest w ramach wizyt profilaktycznych położnej poz i obejmuje *zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką ,w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet
w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa.*

Podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu oraz w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią
i rodzicielstwa.

Plan edukacji stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną poz. Edukacja przedporodowa powinna być realizowana od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania z uwzględnieniem następujących zasad:

* 1 raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,
* 2 razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, w terminach i w miejscu uzgodnionym z kobietą ciężarną.

Ustawodawca dopuszcza prowadzenie edukacji w formie indywidualnej w miejscu zamieszkania kobiety czy w gabinecie położnej lub w formie grupowej w gabinecie położnej.

Mając na uwadze korzyści jakie niesie edukacja przedporodowa, niniejszy program włącza już edukację przekoncepcyjną, przedporodową od 15 tygodnia ciąży, aby w szerokim zakresie włączyć się do wzmacniania zdrowia kobiety planującej macierzyństwo, ciężarnej, co determinuje warunki rozwojowe dziecka, poprzez propagowanie zdrowego stylu życia, przygotowanie do porodu, karmienia piersią, do opieki nad noworodkiem/niemowlęciem. W obecnej sytuacji wsparcie psychologiczne jest w pełni refundowane przez NFZ, ale tylko w ramach wizyt indywidualnych po uprzednim skierowaniu przez specjalistę. Program przewiduje jednak wsparcie psychologiczne grupowe na zasadzie grup wsparcia a na spotkaniach obecność wykwalifikowanego psychologa.

Działania ujęte w programie wspierają świadczenia dostępne w ramach NFZ, wzbogacają warsztat pracy położnej rodzinnej – aktualizują wiedzę, dają możliwość konsultowania w trudnych przypadkach, dostarczają materiałów edukacyjnych, zabezpieczają spójność przekazu informacyjnego dla matek. Szczegółowo opracowane interwencje w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej oferują również świadczenia niedostępne w systemie opieki zdrowotnej, stanowiąc wartość dodaną. Nowy wymiar Mini Szkół Rodzenia, poradnictwo dietetyczne i wsparcie psychologiczne grupowe, doradztwo laktacyjne dokonywane przez tzw. Edukatorów ds. karmienia
w ramach niniejszego programu nie jest finansowane ze środków publicznych, a jest potrzebne młodym matkom. W Polsce brakuje przeszkolenia całego personelu, aby potrafił wdrażać zasady sprzyjające karmieniu. W toku kształcenia przeddyplomowego i w toku specjalizacji położne nie uzyskują odpowiednio szerokiej wiedzy o laktacji. Udowodniono, że uzyskanie wiedzy w zakresie laktacji na poziomie odpowiednim do zadań zmienia postawy personelu i motywuje do działania, co podnosi wskaźniki wyłącznego karmienia oraz zdrowotność populacji dziecięcej. Lekarze, położne i pielęgniarki podejmują szkolenia w tym zakresie na własny koszt. W ramach przystąpienia do programu podmiot realizujący powinien samodzielnie zagwarantować wykwalifikowaną kadrę medyczną, świadczącą usługi w ramach opieki przedkoncepcyjnej, w trakcie ciąży i w okresie laktacji. W Polsce zabrakło zorganizowania skutecznego systemu wsparcia dla matek karmiących po opuszczeniu szpitala. W koszyku świadczeń gwarantowanych nie znajduje się porada laktacyjna, nie ma również wśród wizyt po porodzie wizyt doradcy/konsultanta laktacyjnego, nie ma jak organizować poradni laktacyjnych według światowych standardów. System ten, na wzór systemów zachodnich, działa w obszarze medycyny prywatnej. W Polsce brakuje też monitoringu karmienia piersią. W Narodowym Programie Zdrowia widnieją zapisy dotyczące zwiększania odsetka karmiących matek i propagowania wyłącznego karmienia, ale nie ma ani programu zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych, ani ewaluacji na skalę krajową. Na potrzeby niniejszego programu autorzy bazowali na badaniach prowadzonych lokalnie na niewielkich próbach.

## Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zgodnie z ww. informacjami program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ustawach, realizowanych przez Ministra zdrowia oraz NFZ.

## Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Każda uczestniczka projektu będzie mogła dobrowolnie bez żadnych konsekwencji zrezygnować z udziału w programie na każdym jego etapie. Po zakończeniu programu kobieta będzie miała możliwość korzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
w Poradni Ginekologiczno – Położniczej w zakresie porad lekarskich oraz innych świadczeń oferowanych w ramach POZ. Matki, które uzyskają poradnictwo laktacyjne w ramach niniejszego programu, powinny posiadać możliwość uzyskiwania dalszego wsparcia w ramach wizyt kontrolnych (domowych) aż do rozwiązania istniejącego problemu laktacyjnego (w ramach wizyt kontrolno – patronażowych położnych środowiskowych). W przypadku, gdy problemy wynikają z szerszych uwarunkowań – wskazywana jest potrzeba uzyskania porady innych specjalistów ochrony zdrowia. Kobiety będą zachęcane do skorzystania z działań finansowanych w ramach NFZ w celu zachowania ciągłości prowadzenia konsultacji medycznych a także kontynuacji wsparcia psychologicznego
(w ramach NFZ po uprzednim skierowaniu istnieje możliwość skorzystania z terapii indywidualnej
u psychologa). Program zakłada kontynuację powstałych grup wsparcia psychologicznego (bez udziału psychologa) chętnych matek, na których wystąpi wymiana doświadczeń, rozwiązywanie bieżących problemów dotyczących laktacji i opieki nad niemowlęciem.

## Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Podmioty realizujące program (w roli lidera lub partnera) powinny posiadać kompetencje
w zakresie opieki okołoporodowej, odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które zapewnią jego efektywną realizację. Na czas trwania projektu dopuszczalne jest, by podmiot realizujący nawiązał dodatkową współpracę z innymi osobami lub podmiotami, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań przewidzianych w programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu. Obowiązkiem podmiotów realizujących program jest zapewnienie bezpieczeństwa planowanych interwencji, pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności
w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Program będzie realizowany jedynie przez te podmioty, które zagwarantują dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej. Jednostki wyłonione w konkursie na mocy Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 133 poz. 883) mają obowiązek ochrony danych osobowych kobiet w ciąży i ich rodzin, biorących udział
w programie, a specjaliści udzielający świadczeń do zachowania tajemnicy lekarskiej, co z kolei wynika z art. 40 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152). Podmioty realizujące program w zakresie opieki przedporodowej, powinny mieć odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które zapewnią jego efektywną realizację. Zaproponowane moduły w programie stanowią integralną część działań w ramach NFZ. Należy pamiętać, iż lekarz specjalności ginekologia i położnictwo powinien wydać stosowne zaświadczenie
o braku przeciwskazań do udziału w części praktycznej modułu II (Mini Szkoła Rodzenia) a realizator powinien dopilnować, aby tylko i wyłącznie z takim zaświadczeniem kobiety wraz z partnerami/ członkiem rodziny uczestniczyły w ćwiczeniach. Na czas trwania projektu dopuszczalne jest, by podmiot realizujący nawiązał dodatkową współpracę, z innymi osobami lub podmiotami, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań przewidzianych w programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, zgodnie z kryteriami określonymi przez FMF (Fetal Medicine Foundation), warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu oraz poszczególnych etapów. Preferowane jest również nawiązanie współpracy pomiędzy beneficjentem, a poradniami POZ, AOS oraz innymi instytucjami, w tym np. organizacjami pozarządowymi oraz lekarzami, którzy zostaną zatrudnieni na czas trwania projektu. Za właściwy dobór i ewentualne wyszkolenie kadry, której kwalifikacje są niezbędne do prowadzenia świadczeń w ramach programu, odpowiadać będzie beneficjent projektu.

## Kompetencje, warunki niezbędne do realizacji programu

Wybór podmiotów realizujących program nastąpi w drodze konkursu ofert, co gwarantuje realizację programu zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji oraz wykonania zadania w sposób efektywny i oszczędny. Dopuszcza się jednocześnie, że wyłoniony może być jeden podmiot realizujący program w całym regionie, jak również możliwy jest udział partnerów w realizacji programu przez podmiot lub podmioty które pomyślnie przeszły procedurę konkursową.

**Moduł I**

Minimalne kwalifikacje wymagane od podmiotów realizujących w ramach modułu I:

* lekarz ze specjalizacją co najmniej I stopnia z ginekologii i położnictwa,
* lekarz specjalności pediatria i/lub położna,
* dietetyk z tytułem licencjata lub magistra
* psycholog z tytułem zawodowym magister psychologii/ lub psychologii klinicznej
* personel do obsługi organizacyjnej programu – osoba odpowiedzialna za kampanię promocyjną, prowadzenie bazy danych. Świadczeniodawca (oferent) dołącza do oferty oświadczenie, że osoby które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego programu posiadają kwalifikacje wymagane przez zamawiającego.

Część dotyczącą poradnictwa na wczesnym etapie ciąży może prowadzić lekarz o określonej specjalności i/lub położna.

 Zaleca się przeprowadzenie szkoleń grupowych w zakresie poradnictwa na wczesnym etapie ciąży oraz w zakresie poradnictwa dietetycznego (grupy co najmniej 5 kobiet wraz z partnerami lub osobą z rodziny) w warunkach lokalowych odpowiednio przygotowanych a mianowicie: zarówno wielkość sali jak i ilość krzeseł dostosowana do ilości uczestników szkolenia, sala wyposażona w sprzęt multimedialny, materiały dydaktyczne (plansze, foldery). W budynku powinien być dogodny dostęp do toalet. Prowadzący poradnictwo dietetyczne powinni posiadać odpowiednie wykształcenie: studia wyższe na kierunku dietetyka zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku. Ponadto o dietetyku mówimy wtedy, gdy rozpoczął przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka, obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, rozpoczął przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł inżyniera i magistra inżyniera na tym kierunku, ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom dietetyka. W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, osoba na stanowisku dietetyka powinna okazać dokument poświadczający minimum roczną pracę w zawodzie.

Wsparcie psychologiczne odbywać się będzie na podstawie wcześniejszego zapisania się na grupę do specjalisty z tytułem zawodowym magister psychologii/ lub psychologii klinicznej. Zgodnie
z podstawą prawną, psycholog to osoba, która m.in. uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej. Art. 64 reguluje, iż psychologiem mogą zostać również osoby (przy spełnieniu dodatkowych warunków), które w dniu wejścia w życie ustawy posiadały dyplom magistra psychologii lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej ze specjalizacją filozoficzno-psychologiczną uzyskany na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim do 1 października 1981 r. lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej
w zakresie psychologii uzyskany w Akademii Teologii Katolickiej do końca 1992 r. Zgodnie z art.
4 ustawy. [[94]](#footnote-94) W celu przeprowadzenia wparcia psychologicznego zaleca odpowiedni dobrany lokal na terenie powiatu, wyposażony w odpowiednią ilość krzeseł dla ciężarnych, telefon, z dogodnym dostępem do toalet oraz zgodny z przepisami BHP. Zaleca się, aby w pomieszczeniu, w którym odbywają się spotkania grupy, był projektor i/lub komputer z możliwością wyświetlenia filmów, co wzbogaci warsztat psychologa.

Wszyscy prelegenci powinni posiadać doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń grupowych.

**Moduł II**

W ramach modułu II przewiduje się utworzenie tzw. „Mini Szkół Rodzenia”. Szkoła rodzenia powinna zapewnić możliwość przeprowadzenia zajęć w wygodnych warunkach lokalowych dostosowanych do zajęć teoretycznych i ćwiczeń gimnastycznych oraz z dostępem do toalet. Pomieszczenie do zajęć teoretycznych powinno być wyposażone w środki dydaktyczne (plansze, prezentacje, filmy, nagrania video, slajdy, zdjęcia, itp.), materiały edukacyjne i pomoce audiowizualne. Zaleca się wyposażenie sal wykładowych również w: środki kosmetyczne, fantomy noworodka, materiały edukacyjne dla uczestników (ulotki, kserokopie), aparat do pomiaru ciśnienia, telefon. W sali wykładowej powinny być również zapewnione miejsca siedzące w ilości równej ilości kobiet na szkoleniach, natomiast w pomieszczeniach do ćwiczeń gimnastycznych materace, piłki, wałki, worki sako i krzesła (w ilości równej liczbie uczestników).  Do prowadzenia zajęć zatrudnione są osoby z właściwymi kwalifikacjami z uwzględnieniem posiadanych kompetencji zawodowych
i doświadczenia w prowadzeniu zajęć w szkole rodzenia. Są to: położne, fizjoterapeuci, lekarze sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną oraz niemowlęciem, pielęgniarki, przedstawiciele innych zawodów medycznych, zajmujących się opieką nad kobietą w ciąży, połogu, opieką nad niemowlęciem.

Szkolenia powinny być prowadzone przez zespół wykładowców oraz trenerów umiejętności

praktycznych, którzy powinni przedłożyć stosowne dokumenty, poświadczające kwalifikacje:

* ukończone studia wyższe (kierunek lekarski, licencjackie lub magisterskie)
* udokumentowane doświadczenie szkoleniowe
* potwierdzony certyfikatami udział w szkoleniach dla trenerów
* preferowany aktualny certyfikat IBCLC lub CDL (dla osób prowadzących poradnictwo
w zakresie laktacji dla ciężarnych)

Kontynuując poradnictwo dietetyczne oraz wsparcie psychologiczne w tym module wymagania względem osób prowadzących powyższe formy są identyczne jak w Module I niniejszego programu.

**Moduł III**

Podczas spotkań zarówno w placówkach ochrony zdrowia jak i w warunkach domowych wykorzystane zostaną odpowiednie sprzęty i narzędzia: prezentacja multimedialna, film, rzutnik, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, arkusze zadań dla uczestników, model piersi, fantom niemowlęcia, poduszki do karmienia piersią, tablica i flamastry, powszechnie używany sprzęt służący do nauki wspomagania karmienia piersią np. odciągacze do pokarmu z różnymi końcówkami, naczynia do przechowywania pokarmu, specjalistyczny sprzęt do karmienia alternatywnego – sondy, pipety, kubeczki, system SNS, smoki dla wcześniaków i dzieci z wadami uniemożliwiającymi samodzielne pobieranie pokarmu, butelki stymulujące ssanie aktywne.

Kadra z kilkuletnim doświadczeniem, prowadząca działania edukacyjne wśród kobiet obejmować będzie położne (zgodnie z wymogami zawartymi w stosownych rozporządzeniach), lekarzy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa oraz osoby o innych zawodach medycznych, które mając pozytywne doświadczenia pragną promować karmienie piersią, wspierać matki w sytuacjach trudnych, organizować promocję zdrowia w środowiskach lokalnych. W związku z tym, że część problemów laktacyjnych jest ściśle związana z zaburzeniami psychicznymi okresu okołoporodowego, dużym atutem jest obecność w zespole poradni psychologa z doświadczeniem w zakresie udzielania poradnictwa laktacyjnego (nie jest to warunek konieczny).

Program szkolenia dla ciężarnych i ich rodzin realizowany będzie w placówkach ochrony zdrowia, a jeżeli w danym rejonie nie ma takiej możliwości to będą wynajmowane pomieszczenia
w innych podmiotach użyteczności publicznej np. w szkołach, przychodniach:

* wykorzystanie autorskich programów szkoleniowych, prezentacji multimedialnych, filmów, fotografii, materiałów dla uczestników
* sala szkoleniowa z zapleczem socjalnym, wyposażona w sprzęt multimedialny: rzutnik
i laptop, ekran, tablica flip-chart, pomoce edukacyjne do prezentacji techniki karmienia (lalki, modele piersi, poduszki)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych oparte będzie o zaplecze placówki w rejonie zamieszkania ciężarnej, ale zakres wykonywanych badań będzie zgodny z wytycznymi realizowanego programu.

Kompetencje podmiotów realizujących program:

* doświadczenie w organizacji i umiejętność prowadzenia zajęć edukacyjnych dla kobiet w zakresie opieki nad niemowlęciem, karmienia piersią oraz postępowania w okresie laktacji;
* kilkuletnie doświadczenie w organizacji pracy poradni laktacyjnej oraz udzielaniu porad laktacyjnych na terenie placówki. Poradnia powinna mieć pełne zaplecze diagnostyczne i konsultacyjne, prowadzić pełną dokumentację porad laktacyjnych zgodnie z obowiązującymi standardami.

## Dowody skuteczności planowanych działań

### Opinie ekspertów klinicznych

Niniejszy projekt pozostaje w zgodzie ze stanowiskiem ekspertów klinicznych, wymienionych w punkcie 4.10.2.

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

Zaplanowany program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym został przygotowany w oparciu o zalecenia/wytyczne:

* *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu – 2005 r.*
* Nacisk na poradnictwo przedporodowe, promocja zachowań ograniczających ryzyko powstania wad i powikłań ciąży, propagowanie prawidłowego żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej, systematyczna, powszechnie dostępna opieka medyczna połączona z oceną czynników ryzyka dla matki i płodu należy do lekarza sprawującego nadzór nad kobietą ciężarną. Według zaleceń ekspertów zadanie to powinno być realizowane przez lekarza ginekologa-położnika przy współpracy z lekarzem rodzinnym, położną i lekarzami innych specjalności. Opracowane rekomendacje stanowią aktualne zasady opieki w ciąży fizjologicznej tj. dotyczy kobiet zdrowych, bez czynników ryzyka (medycznych
i pozamedycznych), bez powikłań ciąży obecnej i ciąż przebytych.
* *Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym – 2015 r.*
* Rekomendacja ta przedstawia schemat wykonywania badań ultrasonograficznych w ciąży o przebiegu prawidłowym, pozostaje w  pełnej zgodności ze Standardami organizacji międzynarodowych m. in. Międzynarodowego Towarzystwa Ultrasonografii w  Ginekologii i  Położnictwie (ISUOG 2010, 2013), Amerykańskiego Kolegium Ginekologów i  Położników (ACOG) oraz Fundacji Medycyny Płodu (FMF 2013).
* *Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiotokografii w położnictwie – 2014 r.* Stanowisko przedstawia stan wiedzy na w/w  temat podczas ciąży i porodu.
* *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 28 lipca 2016 roku (Dz. U. 2016, poz. 1132)*
* *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020, Nowy wymiar aktywnej integracji, opublikowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (Warszawa, lipiec 2014 r.)*
* ***Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ******Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*** *z dnia 27 czerwca 2016 r.****w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej***
* *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*
* *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 618,
z późn. zm.)*
* *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane*
* *Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii
i Żywienia Dzieci*
* *Zalecenia Komitetu Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Zywienia Dzieci (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN)*
* *Wytyczne Amerykańskiej Akademii Pediatrii (American Academy of Pediatrics, AAP)*
* *Wytyczne ekspertów Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych*
* Wytyczne organizacji promujących karmienie piersią:
* Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF),
* Światowa Organizacja Zdrowia (WHO),
* Fundacja Rodzić po Ludzku,
* Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią,
* Fundacja Mleko Mamy,
* Fundacja Bank Mleka Kobiecego,
* Fundacja Twórczych Kobiet/ Centrum Nauki o Laktacji,
* Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych;
* Standardy Opieki Medycznej Nad Noworodkiem w Polsce - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego 2015
* Żywienie niemowląt i małych dzieci - Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym pod redakcją Haliny Weker i Marty Barańskiej – Instytut Matki i Dziecka 2014
* dokument UNICEF/WHO „Ochrona, Propagowanie i Wspieranie Karmienia Piersią - szczególna rola placówek służby zdrowia” realizowane w ramach Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku „10 kroków do udanego karmienia piersią”
* dokument WHO „Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci”
* dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej „Żywienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania dla Unii Europejskiej
* dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej, „Ochrona, propagowanie i wspieranie”

### Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

W programie położono nacisk na zwiększenie jakości usług przedporodowych, co zalecają instytucje polskie i międzynarodowe. Ukierunkowanie to potwierdzają wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE), zgodnie z którymi kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki
i porodu. [[95]](#footnote-95) Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży
i porodu. [[96]](#footnote-96)

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wytycznych eksperckich definiuje zadania szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny.
W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie oraz
w czasie zajęć praktycznych stosować gimnastykę ogólnie usprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia i poznać zasady pielęgnacji noworodka.

W najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008r.) NICE zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzeniach z programem typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Autorzy wytycznych NICE stwierdzili na podstawie wyników przeglądu systematycznego, że dla kobiet i ich partnerów wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia. Z opinii położnych wynika, iż kobiety uczęszczające do szkół rodzenia nie tylko są w dobrej formie fizycznej, która pozwala na sprawny i szybszy poród, ale przede wszystkim nie boją się go i potrafią świadomie łagodzić towarzyszące mu bóle oraz szybciej wracają do pełnej sprawności po porodzie. Wiedza i umiejętności uzyskane w szkole rodzenia pozwalają kobiecie czynnie i świadomie uczestniczyć w porodzie. Jak podaje „Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych” wydany przez Fundację „Rodzić po ludzku”[[97]](#footnote-97) metoda wizualizacji porodu, przygotowująca do poznania przez kobietę jego przebiegu
i przygotowanie się do niego, stosowana w szkołach rodzenia przynosi znaczące rezultaty. Poród kobiety rodzącej po raz pierwszy i nieprzygotowanej trwa około 8-12 godzin, po zajęciach w szkole rodzenia około 6-8 godzin, u wieloródek zaś 4-6 godzin. Dzięki przygotowaniu w szkole rodzenia
w czasie porodu stosuje się mniej środków znieczulających, uszkodzenia szyjki macicy zdarzają się
u około 25% kobiet nieprzygotowanych i u 6% przygotowanych, przynajmniej dwukrotnie zmniejsza się konieczność nacięcia krocza, znacznie zmniejsza się utrata krwi. Kwiatek i współautorzy wskazują w swoich wnioskach z badań, że ćwiczenia przygotowujące kobiety do porodu przyczyniają się do nieznacznego skrócenia jego pierwszego okresu, lepszej tolerancji bólu w tym okresie, zmniejszenia częstotliwości okołoporodowych urazów kanału rodnego i rzadszej potrzeby nacinania krocza. [[98]](#footnote-98)
W opiece nad kobietą w ciąży edukacja przedporodowa w formie zajęć w szkole rodzenia to jedna
z najbardziej efektywnych strategii profilaktycznych.

Karmienie piersią poza korzyściami zdrowotnymi i społecznymi ma niebagatelne przełożenie na korzyści ekonomiczne. Jak pokazują badania, na karmieniu piersią zyskuje zarówno rodzina, społeczność lokalna, jak i państwo. W USA przeprowadzono analizę, z której wynika, że jeżeli wyłącznie piersią karmiłoby 90% mam przez pierwsze 6 miesięcy to oszczędności liczyłoby się
w miliardach: 13 miliardów dolarów z tytułu zmniejszenia wydatków na leczenie dzieci i kolejnych 17 miliardów dolarów z tytułu zmniejszenia absencji chorobowej rodziców i zmniejszenia wydatków na leczenie odległych powikłań wynikających z niekarmienia tych dzieci naturalnie. Rocznie można by uniknąć śmierci ponad 900 niemowląt, jeżeli 30% mam karmiłoby przez pierwsze sześć miesięcy tylko i wyłącznie piersią. Do analizy włączono martwicze zapalenie jelit, zapalenie ucha, SIDS, astmę, cukrzycę I, białaczkę, otyłość. [[99]](#footnote-99) Według danych z 2011 r. refundacja sztucznych mieszanek kosztuje państwo Polskie 82 miliony złotych. To ogromna suma, za którą można byłoby uruchomić wiele poradni laktacyjnych i wykształcić setki doradców, refundować matkom wypożyczenie laktatora, wyposażyć w nie szpitale, wydać literaturę, zrobić porządne, ogólnopolskie badania wskaźników.
Z pewnością spadłyby nakłady na żywienie dzieci, bo karmienie naturalne jest tanie. Na świecie liczy się zyski z tego, że dzieci są karmione mlekiem własnej matki. W Holandii wyliczono, że gdyby dzieci karmić piersią przynajmniej 6 miesięcy, zaoszczędzono by na kosztach leczenia około 250 euro na dziecko. Można by uniknąć 50% zapaleń przewodu pokarmowego, 25% - zapaleń ucha, 47% – choroby Leśniowskiego i Crohna, 10% – białaczki i otyłości. W USA wyliczono, że gdyby 90% było karmionych wyłącznie piersią do 6 miesięcy, to można by rocznie oszczędzić 13 miliardów dolarów i uniknąć 911 zgonów niemowląt. [[100]](#footnote-100)

### Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub innych jednostkach

Zaplanowane w programie wsparcie wpisuje się w założenia Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020, który zakłada zwiększenie skali działań profilaktycznych o charakterze m.in. zdrowotnym, w konsekwencji przyczyniając się do poprawy warunków życia mieszkańców regionu, w szczególności osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Dlatego w każdym z obszarów realizowanych w ramach programu zdrowotnego priorytetowo będą wspierane osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Z dostępnych danych wynika, iż niewiele jest podobnych programów (o znacznie mniejszym zasięgu) realizowanych w Polsce:

* „Program opieki nad kobietą w ciąży i jej rodziną w Gminie Stare Babice w latach 2017 – 2020”
* Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”
* Program kształcenia kursu specjalistycznego edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji. Program przeznaczony dla położnych. Warszawa 2013 r.
* Program opieki nad kobietą w ciąży pn. "Zdrowie, Mama i Ja", realizowany w okresie: 1.12.2014r. - 9.12.2016 r.
* Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym dla Gminy Miasta Gdańsk, Program zdrowotny przygotowujący ciężarną i ojca dziecka do aktywnego porodu, Okres realizacji programu 2014 – 2016
* Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), Program finansowany przez NFZ
* Program edukacji przedporodowej SZKOŁA RODZENIA, Program edukacji przedporodowej „SZKOŁA RODZENIA” finansowany jest przez m.st. Warszawę. Program skierowany jest do mieszkanek m.st. Warszawy do realizacji w latach 2014-2016.

# Koszty

## 5.1.Koszty jednostkowe

* **Działania administracyjne**

W ramach realizacji części administracyjnej programu zadaniem beneficjenta będzie przeprowadzenie i koordynacja modułów I-III w zakresie opisanym poniżej.

Beneficjent lub beneficjenci zostaną wyłonieni w procedurze konkursowej zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (DZ. U. 2016 poz. 2017 j.t.). Koszt działania biura podmiotu realizującego projektu oszacowano na poziomie **80 000 zł.**

* **Działania informacyjne**

Na potrzeby Programu w województwie podkarpackim przyjęto założenie, iż szacowana liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi musi wynieść 1/4 możliwych adresatów, tj. 2500 osób rocznie, przy czym w zakresie danego modułu planowany jest udział po około 833 kobiet.

Tabela 8. Zestawienie kosztów działań informacyjnych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Koszt jednostkowy (brutto)** | **Koszt przypadający na 1 kobietę**  |
| Opracowanie merytoryczne plakatu i ulotki | 1000 zł  | 0,13 zł |
| wydruk plakatów | 5000 szt. x 5 zł = 25 000 zł | 3,33 zł |
| wydruk ulotek | 30 000 szt. x 1,0 zł = 30 000 zł | 4,0 zł |
| artykuły prasowe  | 36 szt.(m-cy) x 1000 zł = 36 000 zł | 4,8 zł |
| audycje lub kampania reklamowa w lokalnej TV (4 szt. x 3000 zł) | 36szt. (m-cy) x 3000 zł = 108 000 zł | 14,4 zł |
| audycje w lokalnych stacjach radiowych (9 x 1000 zł) | 36 szt. (m-cy) x 1000 zł = 36 000 zł | 4,8 zł |
| Reklama w lokalnej prasie (12 modułów w kolorze - emisja od wtorku do czwartku x 3 lata)  | 2160 zł x 36 szt. (m-cy) = 77 760 zł | 10,37 zł |
| Kampania internetowa i w tzw. social mediach oraz koszt wykonania i utrzymania strony  | 36-mcy x 1000 zł oraz 30 000 zł = 66 000 zł | 8,8 zł |
| Pozostałe (broszury inform) | 50 000 zł | 6,6 zł |
| **Koszt całkowity działań informacyjnych w ciągu trzech lat** | **429 760 zł** | **57,3 zł** |

* **Koszty jednostkowe poszczególnych modułów programu**

Na potrzeby szacunkowego kosztorysu programu przyjęto, iż grupa w ramach szkoleń grupowych winna liczyć od minimum 5 do maksimum 10 osób, średnio 7,5 osoby.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Koszt jednostkowy (brutto)** | **Koszt przypadający na 1 kobietę** |
|  **MODUŁ I** |
| Edukacja na wczesnym etapie ciąży i przygotowanie do macierzyństwa kobiet i ich partnerów (zajęcia grupowe) | 1 godzina dydaktyczna =1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego=250 zł (uwzględnia dojazd prowadzącego) | 25- 50 zł/godz.  |
| Grupa wsparcia psychologicznego (zajęcia grupowe) | 1 godzina=1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego=80 zł (uwzględnia dojazd prowadzącego) | 8 -16 zł/godz.  |
| Poradnictwo dietetyczne (zajęcia grupowe) | 1 godzina=1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego=200 zł (uwzględnia dojazd prowadzącego) | 20- 40 zł/godz.  |
| Dojazd kobiet na szkolenia:- 2 razy na edukację na wczesnym etapie ciąży- 5 razy na grupowe spotkania w ramach grup wsparcia psychologicznego- 1 raz na poradnictwo dietetyczne | Ustala się zwrot kosztów dojazdu na podstawie przedstawionego biletu lub na podstawie przedstawienia rozliczenia kosztów dojazdu przez kobietę, przy czym stawka **za 1 km wynosi 0,8358 zł.[[101]](#footnote-101)**Zwrot kosztów dojazdu obliczony został na podstawie średniej liczby kilometrów dojazdu kobiety do miejsc realizacji działań programowych (koszt dojazdu zwracany jest przy odległości powyżej 10 km.)Średnio: 10 zł w jedną stronę. | 10 zł w jedną stronę, tj.:- 40 zł na edukację - 100 zł na grupowe spotkania w ramach grup wsparcia psychologicznego- 20 zł na poradnictwo dietetyczne |
| 3 razy catering (2 razy w ramach edukacji, 1 raz w ramach poradnictwa dietetycznego)[[102]](#footnote-102) | 40 zł- koszt cateringu w ramach 1 spotkania 1 uczestniczki 50 zł - koszt cateringu w ramach 1 spotkania 1 uczestniczki wraz z członkiem rodziny | 3 razy catering= 150 zł |
|  |
| **MODUŁ II** |
| Mini Szkoła Rodzenia- część teoretyczna (zajęcia grupowe) | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego = 200 zł | 20 -40 zł/godz. |
| Mini Szkoła Rodzenia- część praktyczna (zajęcia grupowe) | 1 spotkanie = 45 minut = 100 zł | 10 -20 zł/godz. |
| Mobilne zespoły Mini Szkół Rodzenia  | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego części teoretycznej = 300 zł (w tym dojazd)1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego części praktycznej=200 zł (w tym dojazd) | 50 -100 zł/godz. |
| Grupa wsparcia psychologicznego (zajęcia grupowe) | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego = 80 zł | 8-16 zł/godz. |
| Poradnictwo dietetyczne (zajęcia grupowe) | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego = 200 zł | 20-40 zł/godz. |
| Dojazd kobiet w ciąży na szkolenia:- 10 razy na Mini Szkołę Rodzenia- 5 razy na grupowe spotkania w ramach grup wsparcia psychologicznego- 1 raz na poradnictwo dietetyczne | Ustala się zwrot kosztów dojazdu na podstawie przedstawionego biletu lub na podstawie przedstawienia rozliczenia kosztów dojazdu przez kobietę, przy czym stawka **za 1 km wynosi 0,8358 zł.[[103]](#footnote-103)**Zwrot kosztów dojazdu obliczony został na podstawie średniej liczby kilometrów dojazdu kobiety do miejsc realizacji działań programowych (koszt dojazdu zwracany jest przy odległości powyżej 10 km.)Średnio: 10 zł w jedną stronę. | 10 zł w jedną stronę, tj.:-200 zł na Mini Szkołę Rodzenia-100 zł na grupowe spotkania w ramach grup wsparcia psychologicznego-20 zł na poradnictwo dietetyczne |
| 16 razy catering ( 10 razy w ramach Mini Szkoły Rodzenia, 5 razy w ramach grup wsparcia psychologicznego, 1 raz w ramach poradnictwa dietetycznego)[[104]](#footnote-104) | 40 zł- koszt cateringu w ramach 1 spotkania 1 uczestniczki 50 zł - koszt cateringu w ramach 1 spotkania 1 uczestniczki wraz z członkiem rodziny | 16 razy catering= 800 zł |
|  |
| **MODUŁ III** |
| Dyżur 2 razy tygodniowo w punktach laktacyjnych | 1 godzina dyżurującego = 50 zł | Skorzystanie średnio 4 razy w punktach laktacyjnych = 200 zł |
| „Pogotowie laktacyjne” – doradztwo laktacyjne na telefon, wizyty domowe | 1 udokumentowana porada telefoniczna = 50 złotych1 udokumentowana wizyta domowa = 100 zł (uwzględnia dojazd) | Porady telefoniczne (średnio 4 razy) = 200 złWizyty domowe (średnio 4 razy) = 400 zł |
| Grupa wsparcia psychologicznego (zajęcia grupowe) | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego = 80 zł | 8-16 zł/godz. |
| Warsztat „Być mamą”  | 1 godzina = 1 godzinie wynagrodzenia dla prowadzącego = 200 zł | 20-40 zł/godz. |
| Catering w ramach warsztatu „Być mamą” | 50 zł (koszt cateringu w ramach 1 spotkania 1 uczestniczki wraz z dzieckiem) | 50 zł/godz. |
| Dojazd kobiet:- minimum 2 razy na konsultację do punktów poradnictwa laktacyjnego- 3 razy na grupowe spotkania w ramach warsztatu „Być mamą” | Ustala się zwrot kosztów dojazdu na podstawie przedstawionego biletu lub na podstawie przedstawienia rozliczenia kosztów dojazdu przez kobietę, przy czym stawka **za 1 km wynosi 0,8358 zł.[[105]](#footnote-105)**Zwrot kosztów dojazdu obliczony został na podstawie średniej liczby kilometrów dojazdu kobiety do miejsc realizacji działań programowych (koszt dojazdu zwracany jest przy odległości powyżej 10 km.)Średnio: 10 zł w jedną stronę. | 10 zł w jedną stronę, tj.:-40 zł na konsultację do punktów poradnictwa laktacyjnego-60 zł na grupowe spotkania w ramach warsztatu „Być mamą” |
|  |

## 5.2. Planowane koszty całkowite

Na potrzeby szacunkowego kosztorysu programu przyjęto, iż grupa w ramach szkoleń grupowych winna liczyć od minimum 5 do maksimum 10 osób, średnio 7,5 osoby. Zatem zakłada się średnio 111 grup szkoleniowych w module. ( 111 grup x średnio 7,5 osoby = około 833 osoby w każdym z modułów rocznie).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztu** | **Jedn.** | **Liczba** | **Koszt całkowity (roczny)** |
| **KOSZTY POŚREDNIE** |
| Koszty pośrednie powinny być zgodne z Wytycznymi Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach RPO WP 2014-2020 oraz Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020. |
| **Ogółem** | **Zgodny z wytycznymi procent kosztów bezpośrednich** |
| **KOSZTY BEZPOŚREDNIE** |
| **MODUŁ I** |
| Edukacja przedkoncepcyjna grupowa kobiet i ich partnerów | 10 godzin (60 minut) = 2 500 zł | 111 grup | 277 500 zł |
| Grupa wsparcia psychologicznego | 15 godzin= 1 200 zł | 111 grup | 133 200 zł |
| Poradnictwo dietetyczne | 8 godziny= 1600 zł | 111 grup | 177 600 zł |
| Dojazd kobiet na szkolenia | 160 zł | 833 | 133 280 zł |
| Wyżywienie uczestników | 150 | 833 | 124 950 zł |
| **Ogółem** | **846 530 zł** |
| **MODUŁ II** |
| Mini Szkoła Rodzenia- część teoretyczna (zajęcia grupowe) | 4 000 zł | 111 grup | 444 000 zł |
| Mini Szkoła Rodzenia- część praktyczna (zajęcia grupowe) | 1 000 zł | 111 grup | 111 000 zł |
| Grupa wsparcia psychologicznego | 15 godzin = 1 200 zł | 111 grup | 133 200 zł |
| Poradnictwo dietetyczne | 4 godziny = 800 zł | 111 grup | 88 800 zł |
| Dojazd kobiet  | 320 zł | 833 | 266 560 zł |
| Laktator | 200 | 833 | 166 600 zł |
| Wyżywienie uczestników | 800 | 833 | 666 400 zł |
| **Ogółem** | **1 876 560 zł** |
| **MODUŁ III** |
| Dyżur w punktach laktacyjnych | 200 zł | 833 | 166 600 zł |
| „Pogotowie laktacyjne” – doradztwo laktacyjne na telefon, wizyty domowe | porady telefoniczne: 200 złotychwizyty domowe = 400 zł  | 833 | 499 800 zł |
| Grupa wsparcia psychologicznego | 15 godzin= 1 200 zł | 111 grup | 133 200 zł |
| Warsztat „Być mamą”  | 15 godzin= 3 000 zł | 111 grup | 333 000 zł |
| Dojazd kobiet  | 100 zł | 833 | 83 300 zł |
| Wyżywienie uczestników | 50 | 833 | 41 650 zł |
| Laktator\* | 200 zł | 833 | 166 600 zł |
| **Ogółem** | **1 424 150 zł** |
| **SUMA rocznie** | **4 147 240 zł** |
|  |
| **Średni koszt udziału kobiety w działaniach w ramach kosztów bezpośrednich** | **1658,9 zł** |

\*koszt laktatora w III module należy uwzględnić w przypadku, gdy kobieta nie otrzymała sprzętu wspomagającego i laktację w module II

W programie zaplanowano roczne koszty bezpośrednie wartości 4 147 240 zł, w przeciągu 3 lat trwania programu 12 441 720 zł. Ze względu na fakt, iż liczebność uczestników w grupie podczas zajęć grupowych określono na minimum pięć zaś maksimum 10, zaś do szacunku kosztów przyjęto średnią 7,5 należy w budżecie programu przewidzieć rezerwę na zwiększone koszty zajęć grupowych w przypadku gdy większa liczba zajęć będzie odbywać się w grupach 5 osobowych. Proponuje się utworzyć na ten cel rezerwę w wysokości ok. 300 000 zł.

Koszty kampanii informacyjnej oszacowano na 429 760 zł.

Koszty działania biura beneficjenta oszacowano na koło 80 000 zł.

Koszty pośrednie stanowią zgodny z odpowiednimi wytycznymi procent kosztów bezpośrednich, powinny być zgodne z Wytycznymi Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach RPO WP 2014-2020 oraz Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

## Źródła finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020 w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych. Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 12 750 000,00 złotych (85 %). Pozostałe 15 % będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%).

## Argumentacja tego, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Przyjęte kierunki interwencji niniejszego programu polityki zdrowotnej w województwie podkarpackim wpisują się w priorytety zdrowotne państwa określone w dokumencie Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz stanowią działania zaplanowane do realizacji w ramach PI 9iv, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020. Powyższe wynika ze zdiagnozowanych w regionie priorytetowych potrzeb, na które wskazuje Strategia Rozwoju Województwa Podkarpackiego – Podkarpackie 2020. [[106]](#footnote-106) Wobec zmniejszającej się dzietności wzmocnienia wymagają działania na rzecz opieki nad matką i dzieckiem, gdyż obecne działania nie sprzyjają dostatecznej trosce o kobiety oraz najmłodszych mieszkańców województwa.

Założone w programie działania zwiększą w szczególności dostęp do opieki okołoporodowej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczonych społecznie, które często ze względu na posiadane deficyty i niską świadomość nie korzystają z proponowanych usług zdrowotnych. Efektem długofalowym ma być zwiększenie poziomu wiedzy z każdego modułu realizowanego projektu w populacji docelowej. Organizacja programu została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań, gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty szkoleń uczestników, poradnictwa dietetycznego i wsparcia w ramach grup wsparcia psychologicznego, uczestnictwa w Mini Szkole Rodzenia i poradnictwa laktacyjnego, lecz również działań informacyjnych, które są niezbędne w przypadku prowadzenia takiego przedsięwzięcia.

# Monitorowanie i ewaluacja

Ocena Programu obejmować będzie, m.in. ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń
w Programie oraz ocenę jego skuteczności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym) i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji. Program będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego przez podmioty wybrane w drodze konkursowej. Ocena programu, w tym monitorowanie mierników jego efektywności, będzie opierać się m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów RPO WO 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie

Ponadto beneficjenci będą zobowiązani do przeprowadzenia ankiet informujących
o poziomie zadowolenia adresatów programu, co będzie stanowiło element oceny realizacji programu na jego zakończenie.

Harmonogram programu (w trakcie wdrażania RPO 2014-2020 zaprezentowany harmonogram może ulec zmianie):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Moduł | Działanie | I rok | II rok | III rok |
|  |  | I | II | III | IV | I | II | III | IV | I | II | III | IV |
|  | Działania administracyjne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wyłonienie podmiotu realizującego  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Działania informacyjno-edukacyjne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I | Edukacja przedkoncepcyjna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grupa wsparcia psychologicznego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Poradnictwo dietetyczne  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | Mini Szkoła Rodzenia- część teoretyczna (zajęcia grupowe) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mini Szkoła Rodzenia- część praktyczna (zajęcia grupowe) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mobilne zespoły Mini Szkół Rodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grupa wsparcia psychologicznego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| III | Dyżur 2 razy tygodniowo w punktach laktacyjnych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | „Pogotowie laktacyjne” – doradztwo laktacyjne na telefon, wizyty domowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grupa wsparcia psychologicznego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Warsztat „Być mamą”  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ewaluacja |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności powinna zostać oparta o listy obecności uczestniczek w każdym module projektu. Z racji tego, że kobiety mogą zapisać się do programu w każdej chwili jego trwania, zaleca się prowadzenie list obecności podczas każdej przyjętej interwencji. Program zakłada utworzenie bazy danych, w której będą uwzględnione wszystkie przyjęte uczestniczki wraz z dokładnymi danymi adresowymi, numerem telefonu oraz oryginałem podpisu kobiety, potwierdzającym udział
w projekcie. Warto również sprawdzić odsetek osób, które zrezygnowały z programu. W takim przypadku uczestniczka zobowiązana jest do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie podmiot realizujący, po czym osoba prowadząca dokumentację odnotowuje rezygnację kobiety w swojej bazie danych uczestniczek. Na zajęciach prowadzony będzie Dziennik kobiet planujących ciążę, w ciąży i młodych matek, mający na celu sprawdzanie frekwencji i realizacji zajęć, który pozwoli na określenie liczby kobiet rozpoczynających i kończących udział w programie oraz zgodność realizacji zajęć z programem i harmonogramem. Podmiot realizujący zobowiązuje się do wykazu liczebności osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu. W momencie, gdy kobieta dołącza do programu i korzysta z wybranych modułów, zasadnym jest potwierdzenie jej uczestnictwa na podstawie list obecności podczas przeprowadzanych szkoleń oraz prowadzenie dokumentacji medycznej (np. w punktach doradztwa laktacyjnego). W przypadku konsultacji telefonicznych bądź wizyt domowych w zakresie wspomagania laktacji tzw. pogotowia laktacyjnego zaleca się dołączenie do dokumentacji uczestniczki informacji o liczbie udzielonych porad wraz z notatką sprawozdawczą z dokonanej porady.

## Ocena jakości świadczeń w programie

Do oceny jakości świadczeń w ramach programu będą wykorzystywane ankiety ewaluacyjne i ankiety satysfakcji uczestników programu. Aby utrzymać jak najwyższą jakość w programie zaleca się, aby uczestnicy w ankietach uwzględniali wolne wnioski do podmiotów realizujących.

Ankiety zostały podzielone na poszczególne części:

* Ankieta kwalifikująca kobiety planujące ciążę, w ciąży, młode matki do udziału w projekcie (załącznik nr 1)

Moduł I

* Ankieta wstępna (I metryczka, II część informacyjna) (załącznik nr 5)
* Ankieta ewaluacyjna (załącznik nr 6)
* Ankieta satysfakcji (załącznik nr 7)

Moduł II

* Ankieta wstępna (I metryczka, II część informacyjna) (załącznik nr 8)
* Ankieta ewaluacyjna (załącznik nr 9)
* Ankieta satysfakcji (załącznik nr 10)

Moduł III

* Ankieta wstępna (I metryczka, II część informacyjna) (załącznik nr 11)
* Ankieta ewaluacyjna (załącznik nr 12)
* Ankieta satysfakcji (załącznik nr 13)
* Ankieta satysfakcji – po wszystkich zrealizowanych modułach (załącznik nr 14)
* Ankieta ewaluacyjna- po wszystkich zrealizowanych modułach (załącznik nr 15)

## Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu opierać się powinna na przeprowadzeniu badania wstępnego i końcowego, poprzez wykorzystanie ankiet ewaluacyjnych w ramach danego modułu. Należy wykazać wskaźnik wyrażony odsetkiem kobiet, które otrzymały informacje w zakresie opieki przedporodowej (w tym grupowe poradnictwo przedporodowe, doradztwo dietetyczne oraz wsparcie w ramach grup wsparcia psychologicznego), wskaźnik wyrażony odsetkiem kobiet wraz z partnerami/członkami rodziny uczestniczących w zajęciach teoretycznych i praktycznych Mini Szkoły Rodzenia (w tym poradnictwo dietetyczne), wskaźnik ukazujący odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy, rok i dłużej (dokonane na podstawie sprawozdawczości telefonicznej). Wyłączne karmienie zdefiniowane jest jako niepodawanie niczego poza mlekiem matki - nawet wody, przez 6 miesięcy życia (z wyjątkiem witamin, minerałów i leków).

Ocena efektów programu prowadzona będzie przez prowadzących na podstawie ustalonych wcześniej wskaźników osiągnięcia celów.

## Ocena trwałości efektów programu

Projekt przewiduje zapewnienie trwałości efektów m.in. dzięki zapewnieniu dostępności świadczeń edukacyjnych w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży dla kobiet z grupy wykluczonych społecznie lub zagrożonych ubóstwem oraz utrzymania laktacji co najmniej do 6 miesiąca życia dziecka, a nawet dłużej. Po ukończeniu programu kobiety będą mogły skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ w celu zapewnienia najwyższej opieki nad matką i dzieckiem. Długoterminowym celem powinno być stworzenie finansowanego ze środków publicznych Narodowego Programu Karmienia Naturalnego, co pozwoli na zrównoważenie działań marketingowych producentów sztucznych mieszanek.

# Załączniki

Załączniki stanowią minimalne wzory, ale będą wymagać uzupełnienia o informacje/dane wymagane w dokumentach programowych RPO WP 2014-2020.

**Załącznik nr 1**

**Ankieta kwalifikująca kobiety planujące ciążę, w ciąży, młode matki do udziału w programie**

1.Informacja na temat kandydatki:

□ ciąża o przebiegu fizjologicznym □ ciąża o przebiegu patologicznym □planuję macierzyństwo w przeciągu najbliższego roku □jestem matką

2. Czy mieszka Pani na stałe bądź tymczasowo na terenie województwa podkarpackiego?

□ tak □ nie

3. Wykształcenie:

 □ podstawowe □ zawodowe □ średnie □ wyższe

4. Wiek: ………………………………………………………

5. Czy jest Pani aktywna zawodowo?

□ tak □ nie

6. Czy przebywa Pani w domu samotnej matki lub innej placówce opiekuńczej na terenie województwa podkarpackiego?

 □ tak □ nie

7. Czy posiada Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

□ tak □nie

8. Czy rozlicza Pani podatek dochodowy na terenie województwa podkarpackiego?

□ tak □ nie

9. Czy korzysta Pani ze świadczeń pomocy materialnej?

□ tak □nie

10. Czy jeden z członków rodziny nie pracuje ze względu na opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością?

 □ tak □ nie

11. Czy przebywa bądź przebywała Pani w rodzinie zastępczej?

□ tak □nie

12. Czy korzysta Pani ze świadczeń wspierających funkcje opiekuńczo – wychowawcze (asystent rodziny)?

□ tak □nie

13. Czy przebywa Pani w ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii?

□ tak □nie

14. Czy korzysta Pani w ramach świadczeń z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?

□ tak □nie

15. Czy ma Pani problem z używkami (alkohol, narkotyki)?

□ tak □nie

16. Czy zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 o zatrudnianiu socjalnym jest Pani? :

□ osobą bezdomną, realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności

□ osobą uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego

□ uchodźcą, realizującym indywidualny program integracji

**Załącznik nr 2**

Baza danych uczestniczek „Programu wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet
w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”\*.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data przyjęcia do programu** | **Nazwisko i Imię** | **PESEL** | **Adres zamieszkania/powiat** | **Telefon** | **Podpis uczestniczki** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*realizowany raport przekazywany co pół roku

Zatwierdzam zgodność powyższych danych

…………………………………………………..

Podpis i pieczęć podmiotu realizującego

**Załącznik nr 3**

Baza danych, dotycząca rezygnacji uczestniczek na każdym etapie trwania „Programu wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym” \*.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data przyjęcia do programu** | **Nazwisko i Imię** | **PESEL** | **Adres zamieszkania/powiat** | **Telefon** | **Podpis uczestniczki** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*realizowany raport przekazywany co pół roku

Zatwierdzam zgodność powyższych danych

…………………………………………………..

Podpis i pieczęć podmiotu realizującego

**Załącznik nr 4**

**Moduł II Mini Szkoła Rodzenia**

..................., dnia....................

....................................

.....................................

.....................................

Zgłoszenie uczestnictwa w Mini Szkole Rodzenia

Zgłaszam uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia od dnia...............................

W załączeniu przekazuję zaświadczenie lekarza ginekologa o braku przeciwwskazań do aktywnego udziału w zajęciach szkoły rodzenia.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji zajęć
i sprawozdawczości związanej z zajęciami w szkole rodzenia –zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1182).

..................................

**Załącznik nr 5**

**Ankieta wstępna- moduł I**

Ankieta jest skierowana do uczestników modułu I i jest anonimowa. Zwracamy się do Państwa z prośbą o szczere odpowiedzi na wszystkie przedstawione poniżej pytania. Ankieta składa się z dwóch części: metryczki i części informacyjnej. Wyniki ankiety posłużą do lepszego przygotowania i prowadzenia zajęć.

**I METRYCZKA**

1. Z jakiego jest Pani powiatu?...........................................................

2. Wykształcenie: □ podstawowe □ zawodowe □ średnie □ wyższe

3. Wiek: ………………………………………………………………………………………….

 **II. CZĘŚĆ INFORMACYJNA**

1.Czy w Programie uczestniczyć będzie Pani z osobą towarzyszącą?

□ tak □ nie

2. Podstawowe źródło informacji o ciąży, jej przebiegu oraz porodzie dla Pani/Pana to? :

□lekarz, położna

□literatura fachowa/prasa

□TV, internet, prasa

□rodzina/znajomi

□szkoła rodzenia

3. W jaki sposób dowiedziała się Pani o możliwości uczestnictwa w „Programie wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”? :

□z informacji w internecie

□z informacji w prasie i mediach lokalnych

□od lekarza prowadzącego ciążę, położnej

□z instytucji rynku pracy, poradni psychologicznych

□z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

□z organizacji pozarządowych

□z informacji w przychodni, szpitalu

□z informacji w kościele parafialnym

□inne...............................................

4. Czy zdobywanie wiedzy na temat macierzyństwa, porodu, połogu jest według Pani?

□ konieczne □ zbędne □ bez znaczenia

5. Czy prawidłowe odżywianie w okresie przygotowania do ciąży jest według Pani?

□ konieczne □ zbędne □ bez znaczenia

6. Czy wsparcie psychologiczne w okresie przygotowania do ciąży jest według Pani?

□ konieczne □ zbędne □ bez znaczenia

7. Czy chciałaby Pani, żeby przy porodzie był z Panią ktoś bliski?

□ tak □ nie □ jeszcze się nie zastanawiam □ nigdy o tym nie myślałam

8. Czy wie Pani czym jest połóg?

□ tak □ nie

9. Czy może Pani wymienić produkty spożywcze, niezalecane w okresie przygotowania się do ciąży?

□ nie □ tak- jeśli tak, to proszę wymienić kilka z nich……………………………………………….

10. Czy potrafi Pani wymienić podstawowe objawy zbliżającego się porodu?

□ tak □ nie

11. Czego Pani oczekuje w ramach udziału w programie?..................................................................

12.Wolne wnioski………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 6**

**Ankieta ewaluacyjna**

1. Objawy które powinny skłonić Panią do zgłoszenia się do szpitala:

□odejście czopa śluzowego

□odejście wód płodowych

□skurcze co 15-20 minut

2. Pierwszy okres porodu to:

□to czas od odejścia wód płodowych do rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej

□to czas od pełnego rozwarcia szyjki macicy do urodzenia dziecka

□to czas od rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej do pełnego rozwarcia

3. Wskazania do nacięcia krocza:

□pierwszy poród

□odchodzenie zielonych wód płodowych

□zwolnienie tętna płodu i konieczność szybkiego urodzenia dziecka

4. Naturalne metody walki z bólem porodowym to:

□ruch i pozycje wertykalne, prawidłowe oddychanie podczas skurczów, masaż i imersja wodna

□krzyk, podskakiwanie i okłady z borowiny

□lampka czerwonego wina

5. Połóg to okres w którym cofają się wszystkie zmiany związane z ciążą i porodem i trwa:

□dwa tygodnie

□jeden miesiąc

□sześć do ośmiu tygodni

6. Proszę wskazać objawy, które powinny Panią zaniepokoić w okresie połogu?.......................................................................................................................................

7. Ilość pokarmu uzależniona jest od:

□ilości wypijanych płynów

□częstości ssania piersi przez dziecko

□od wielkości piersi

8. W okresie nawału pokarmu należy:

□jak najrzadziej przystawiać dziecko do piersi by nie powodować nadprodukcji pokarmu

□odstawić na dwa dni dziecko od piersi i podawać mu mieszankę sztuczną

□jak najczęściej przystawiać dziecko do piersi aby nie dopuścić do długiego zalegania pokarmu w piersiach

9. Jak dużo powinna przytyć kobieta, która przed zajęciem w ciążę miała normalną wagę ciała (BMI 20-26)

□12,5-18 kg

□11,5-16 kg

□7-11 kg

10. Suplementacja kwasu foliowego już w okresie planowania ciąży chroni przed wystąpieniem u płodu?

□wystąpieniem wad cewy nerwowej i układu nerwowego

□jest bez znaczenia

□ wystąpieniem malformacji naczyniowych

□ wystąpieniem wad serca

11.Kobieta planująca ciążę powinna?

□zrezygnować z aktywności fizycznej

□zrezygnować ze wszystkich używek (papierosy, alkohol,,)

□zrezygnować z picia kawy

12. Proszę wymienić produkty spożywcze niezalecane w ciąży ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

13. Jakie objawy podczas pożycia seksualnego w ciąży powinny Panią zaniepokoić? ..................................................................................................................................................

**Załącznik nr 7**

**ANKIETA SATYSFAKCJI – moduł I**

Skala od 1 do 5 (1 -najniżej oceniana, 5 -najwyżej oceniana)

Jak ocenia Pani/Pan:

1. Poziom prezentowanej wiedzy i umiejętności ze strony prowadzących: 1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć teoretycznych? 1 2 3 4 5

3.Przydatność nabytej wiedzy:

a) w zakresie planowania ciąży 1 2 3 4 5

b) w zakresie porodu 1 2 3 4 5

b) w zakresie opieki nad dzieckiem: 1 2 3 4 5

c) w zakresie połogu: 1 2 3 4 5

e) w zakresie żywienia w okresie ciąży 1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani przydatność wsparcia psychologicznego w okresie planowania ciąży? 1 2 3 4 5

5. Jak ocenia Pani jakość wsparcia psychologicznego? 1 2 3 4 5

6.Jak ocenia Pani przydatność wsparcia dietetycznego w okresie przygotowania do ciąży? 1 2 3 4 5

7.Czy uczestnictwo w module I poszerzyło Pani wiedzę na temat planowanej ciąży oraz połogu? 1 2 3 4 5

8. Czy i w jaki sposób zmieniły się Pani nawyki żywieniowe po udziale w spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego?

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................

9. Czy Pani dieta po spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego została dopasowana pod względem wartości energetycznych oraz odżywczych? ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

10. Czy zalecenia specjalistów uzyskane podczas poradnictwa przedkoncepcyjnego okazały się przydatne w Pani przypadku?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, to które z zaleceń Pani stosuje? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. Wolne wnioski ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 8**

**Ankieta wstępna- moduł II**

Ankieta jest skierowana do uczestników zajęć w szkole rodzenia i jest anonimowa. Zwracamy się do

Państwa z prośbą o szczere odpowiedzi na wszystkie przedstawione poniżej pytania. Ankieta składa

się z dwóch części: metryczki i części informacyjnej. Wyniki ankiety posłużą do lepszego przygotowania i prowadzenia zajęć w szkole rodzenia.

 **I METRYCZKA**

2. Z jakiego jest Pani powiatu?...........................................................

3. Wykształcenie: □ podstawowe □ zawodowe □ średnie □ wyższe

4. Wiek: …………………………………………………………………………………………

5. Tydzień ciąży: ……………………………………………………………………………..

6. Przewidywany termin porodu?.....................................................

7. Która to Pani ciąża? ......................................................................

8. Który to będzie Pani poród? .........................................................

 **II. CZĘŚĆ INFORMACYJNA**

1. Czy po raz pierwszy uczestniczy Pani w zajęciach Szkoły Rodzenia ?

□ tak □ nie

2.Czy w Programie uczestniczyć będzie Pani z osobą towarzyszącą?

□ tak □ nie

3. Podstawowe źródło informacji o ciąży, jej przebiegu oraz porodzie dla Pani/Pana to? :

□ lekarz, położna

□ literatura fachowa/prasa

□ TV, internet, prasa

□ rodzina/znajomi

□ szkoła rodzenia

4. Co zmotywowało Państwa do udziału w zajęciach Szkoły Rodzenia?

□ zdobycie wiedzy na temat porodu i opieki nad dzieckiem

□ pokonanie lęku przed porodem

□ poznanie funkcjonowania oddziału położniczego

□ ciekawość

□ panująca moda na uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia

□ inne.............................................

5. W jaki sposób dowiedziała się Pani o możliwości uczestnictwa w „Programie wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym” – moduł II Szkoła rodzenia?

□ z informacji w internecie

□ z informacji w prasie i mediach lokalnych

□ od lekarza prowadzącego ciążę, położnej

□ z instytucji rynku pracy, poradni psychologicznych

□ z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

□ z organizacji pozarządowych

□ z informacji w przychodni, szpitalu

□ z informacji w kościele parafialnym

□ inne...............................................

6. Czy zdobywanie wiedzy na temat porodu jest według Pani?:

□ konieczne

□ zbędne

□ bez znaczenia

7. Czy uważa Pani/Pan, że zajęcia w szkole rodzenia powinny być obowiązkowe dla każdej pary?

□ tak

□ nie, powinny być tylko dla chętnych

□ nie, powinny być obowiązkowe tylko dla osób będących w pierwszej ciąży.

8. Czy chciałaby Pani, żeby przy porodzie był z Panią ktoś bliski?

□ tak

□ nie

□ jeszcze się nie zastanawiałam

9.Wolne wnioski……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 9**

**Ankieta ewaluacyjna**

Ankieta jest skierowana do uczestników zajęć w szkole rodzenia i jest anonimowa. Zwracamy się do

Państwa z prośbą o szczere odpowiedzi na wszystkie przedstawione poniżej pytania.

Wyniki ankiety posłużą do lepszego przygotowania i prowadzenia zajęć w szkole rodzenia.

1. Proszę wskazać objawy, które powinny skłonić Panią do niezwłocznego zgłoszenia się do szpitala:

□ odejście czopa śluzowego

□ odejście wód płodowych

□ skurcze co 15-20 minut

2. Pierwszy okres porodu to:

□ to czas od odejścia wód płodowych do rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej

□ to czas od pełnego rozwarcia szyjki macicy do urodzenia dziecka

□ to czas od rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej do pełnego rozwarcia

3. Naturalne metody walki z bólem porodowym to:

□ ruch i pozycje wertykalne, prawidłowe oddychanie podczas skurczów, masaż i imersja wodna

□ krzyk, podskakiwanie i okłady z borowiny

□ lampka czerwonego wina

4. Połóg to okres w którym cofają się wszystkie zmiany związane z ciążą i porodem i trwa:

□ dwa tygodnie

□ jeden miesiąc

□ sześć do ośmiu tygodni

5. Czy podczas porodu krocze jest zawsze nacinane?

□ tak zawsze

□ nie zawsze

6. Ilość pokarmu uzależniona jest od:

□ ilości wypijanych płynów

□ częstości ssania piersi przez dziecko

□ od wielkości piersi

7. W okresie nawału pokarmu należy:

□ jak najrzadziej przystawiać dziecko do piersi by nie powodować nadprodukcji pokarmu

□ odstawić na dwa dni dziecko od piersi i podawać mu mieszankę sztuczną

□ jak najczęściej przystawiać dziecko do piersi aby nie dopuścić do długiego zalegania pokarmu w piersiach

8. Kąpiel całościową noworodka na mokro (w wanience) wykonujemy:

□ dwa razy dziennie, rano i wieczorem

□ jeden raz w tygodniu

□ kilka razy w tygodniu

9. Czy przed ukończeniem 6 miesiąca życia dziecko karmione piersią należy dopajać wodą?

□ tak

□ nie

10. Czy sprawowanie opieki przez położną środowiskową jest płatne?

□ tak

□ nie, jest finansowane przez NFZ

11. Czy ćwiczenia fizyczne są wskazane w okresie ciąży?

□ tak, zawsze

□ tak, jeśli ciąża ma przebieg fizjologiczny

□ aktywność fizyczna jest przeciwwskazana w ciąży

12. Obrót z pleców na bok i brzuch, początki pełzania, to aktywności fizyczne charakterystyczne dla którego okresu rozwoju niemowlęcia w pierwszym roku życia?

□ I trymestr

□ II trymestr

□ III trymestr

□ IV trymestr

**Załącznik nr 10**

**ANKIETA SATYSFAKCJI – moduł II**

Skala od 1 do 5 (1 -najniżej oceniana, 5 -najwyżej oceniana)

Jak ocenia Pani/Pan:

1. Poziom prezentowanej wiedzy i umiejętności ze strony prowadzących: 1 2 3 4 5

2. Jak ocena Pani przydatność zajęć w ramach „mini Szkół rodzenia” 1 2 3 4 5

3.Przydatność nabytej wiedzy:

a) w zakresie przygotowania do porodu: 1 2 3 4 5

b) w zakresie zasad opieki poporodowej: 1 2 3 4 5

c) w zakresie pielęgnacji noworodka: 1 2 3 4 5

d) w zakresie połogu: 1 2 3 4 5

e) w zakresie żywienia w okresie ciąży 1 2 3 4 5

f) w zakresie trudności w okresie ciąży i połogu 1 2 3 4 5

g) w zakresie karmienia piersią 1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani przydatność wsparcia psychologicznego w okresie ciąży? 1 2 3 4 5

5. Jak ocenia Pani jakość wsparcia psychologicznego? 1 2 3 4 5

6.Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć teoretycznych? 1 2 3 4 5

7. Jak ocenia Pani przydatność zajęć praktycznych w ramach Szkoły rodzenia? 1 2 3 4 5

8. Jak ocenia Pani jakość zajęć praktycznych w ramach Szkoły rodzenia? 1 2 3 4 5

9. Jak ocenia Pani przydatność zajęć prowadzonych przez fizjoterapeutę? 1 2 3 4 5

10. Jak ocenia Pani warunki lokalowe i sprzętowe w ramach prowadzonych zajęć? 1 2 3 4 5

11. Czy uczestnictwo w module II pozwoliło Pani w pełni przygotować się do porodu? 1 2 3 4 5

12. Jak ocenia Pani przydatność broszur i materiałów informacyjnych przygotowanych w ramach modułu? 1 2 3 4 5

13. Czy i w jaki sposób zmieniły się Pani nawyki żywieniowe po udziale w spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego? .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

14. Czy Pani dieta po spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego została dopasowana pod względem wartości energetycznych oraz odżywczych? .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

15. Czy zalecenia specjalistów uzyskane podczas modułu II okazały się przydatne w Pani przypadku?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, to które z zaleceń Pani stosuje? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 13. Wolne wnioski ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Załącznik nr 11**

 **ANKIETA WSTĘPNA- MODUŁ III**

Ankieta jest skierowana do uczestników zajęć modułu III i jest anonimowa. Zwracamy się do

Państwa z prośbą o szczere odpowiedzi na wszystkie przedstawione poniżej pytania. Ankieta składa

się z dwóch części: metryczki i części informacyjnej. Wyniki ankiety posłużą do lepszego przygotowania i prowadzenia zajęć w ramach modułu III.

**I METRYCZKA**

2. Z jakiego jest Pani powiatu?....................................................................................

3. Wykształcenie: □ podstawowe □ zawodowe □ średnie □ wyższe

4. Wiek: ………………………………………………………………………………………………………………….

5. Wiek dziecka, bądź tydzień ciąży?…………………………………………………………………………

(Poniższe pytania nie dotyczą kobiet ciężarnych)

6. W jakim szpitalu odbył się poród?………………………………………………………………………

7. Jaką drogą odbył się poród?………………………………………………………………………………..

8. Jak długo karmi Pani piersią?...................................................................................

9. Czy rozpoczęła już Pani rozszerzanie diety u dziecka?.............................................

 **II. CZĘŚĆ INFORMACYJNA**

**Pytania dotyczące kobiet w ciąży, po 30 tc:**

1.Czy karmiła już Pani piersią?

□nie □tak, jeśli tak, to przez jaki okres czasu?.......................................................

2.Czy uczestniczyła Pani w zajęciach szkoły rodzenia, które dotyczyły karmienia piersią?

□tak □nie

3. Czy zamierza Pani po urodzeniu dziecka karmić naturalnie?

.................................................................................................................................................................

4. Jakie zna Pani korzyści wynikające z karmienia piersią dla matki?.......................................................

5. Jakie zna Pani korzyści wynikające z karmienia piersią dla dziecka?....................................................

6. Czy najbliższe otoczenie zachęca Panią do karmienia piersią?

□tak □nie

7. Czy wie Pani kim jest doradca laktacyjny?

□tak □nie

8. Co jest dla Pani źródłem wiedzy o laktacji?

□literatura □ media □rodzina, znajomi □ szkoła rodzenia

9. Jaki jest stosunek Pani męża/partnera do karmienia piersią?.............................................................

10. Czy może Pani liczyć na wsparcie najbliższego otoczenia w okresie planowanego karmienia piersią?

□tak □nie

11. Czy wie Pani jak postąpić w sytuacji zastoju pokarmu?

□tak □nie

12. Czy wie Pani jak postąpić w sytuacji popękanych, bolących brodawek?

□tak □nie

13. Czy położna środowiskowa udzieliła Pani porad w zakresie karmienia piersią?

□tak □nie

**Pytania dotyczące kobiet po urodzeniu dziecka:**

1.Czy karmiła już Pani piersią?

□nie □tak, jeśli tak, to przez jaki okres czasu?.......................................................

2.Czy uczestniczyła Pani w zajęciach szkoły rodzenia, które dotyczyły karmienia piersią?

□tak □nie

3. Jak długo zamierza Pani obecnie karmić piersią?

.................................................................................................................................................................

4. Jakie zna Pani korzyści wynikające z karmienia piersią dla matki?.......................................................

5. Jakie zna Pani korzyści wynikające z karmienia piersią dla dziecka?....................................................

6. Czy najbliższe otoczenie zachęca Panią do karmienia piersią?

□tak □nie

7. Czy wie Pani kim jest doradca laktacyjny?

□tak □nie

8. Co jest dla Pani źródłem wiedzy o laktacji?

□literatura □ media □rodzina, znajomi □ szkoła rodzenia

9. Jak ocenia Pani wiedzę oraz zaangażowanie Personelu medycznego w zakresie promowania karmienia piersią w szpitalu którym Pani rodziła?

...................................................................................................................................................................

10. Jakie emocje towarzyszyły Pani, gdy zaczynała Pani karmić piersią?

...................................................................................................................................................................

11. Jakie emocje towarzyszyły Pani, gdy nauczyła się Pani prawidłowo przystawiać dziecko do piersi?

..................................................................................................................................................................

12. Jaki jest stosunek Pani męża/partnera do karmienia piersią?.............................................................

13. Czy może Pani liczyć na wsparcie najbliższego otoczenia w okresie karmienia piersią?

□tak □nie

14. Czy wie Pani jak postąpić w sytuacji zastoju pokarmu?

□tak □nie

15. Czy wie Pani jak postąpić w sytuacji popękanych, bolących brodawek?

□tak □nie

16. Kto najskuteczniej nauczył Panią prawidłowej techniki karmienia piersią?........................................

17. Czy w okresie dotychczasowego karmienia piersią wystąpiły jakieś problemy?

□tak □nie

18. Czy położna środowiskowa udzieliła Pani porad w zakresie karmienia piersią?

□tak □nie

19. Czy w szpitalu poinformowano Panią na temat zalecanej długości wyłącznego karmienia piersią? □tak □nie

20. Czy w szpitalu, tuż po porodzie uzyskała Pani pomoc w prawidłowym przystawieniu dziecka do piersi?

□tak □nie

21. W jakim czasie od porodu przystawiła Pani dziecko po raz pierwszy do piersi?

...............................................................................................................................................................

22. Czy przebywając w szpitalu, zaproponowano dokarmianie dziecka pokarmem sztucznym?

□tak □nie

23. Czy podczas pobytu w szpitalu poinformowano Panią na temat najczęstszych problemów dotyczących karmienia piersią?

□tak □nie

**Załącznik nr 12**

**Ankieta ewaluacyjna**

1.Co jest najczęstszą przyczyną bolesności brodawek podczas rozpoczynania karmienia piersią?

□ zmiany alergiczne na skórze brodawki

□ nieprawidłowe ssanie piersi

□ brak hartowania brodawek w okresie ciąży

□ pleśniawki u dziecka

2. Jak nazywa się mleko produkowane w piersiach w pierwszych dniach po porodzie?

□ siara

□ prolaktyna

□ laktoza

□ mleko wstępne

3. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca wyłączne karmienie dziecka mlekiem matki przynajmniej do?

□ 1 roku życia

□ 6 miesiąca życia

□ 3 miesiąca życia

□ 12 miesiąca życia

4. Jak nazywa się okres nadmiernej produkcji mleka w pierwszych dniach laktacji?

□ okres ten nie ma żadnej nazwy

□ nawałnica

□ nawał pokarmu

□ laktogeneza

5. Sposobem na wspomaganie oraz zwiększenie laktacji jest?

□ częste uzupełnianie płynów przez matkę

□ odpowiednia dieta

□ nic nie ma na nią wpływu

□ częste przystawianie dziecka do piersi

6. Czy dziecko karmione wyłącznie piersią należy dopajać?

□ tak

□ nie

7. Czy należy przerwać karmienie piersią jeśli u matki wystąpi gorączka?

□ tak

□ nie

8. Czy karmienie naturalne ma wpływ na zmniejszone ryzyko wystąpienia osteoporozy u matki?

□ tak

□ nie

9. Czy karmienie naturalne ma wpływ na zmniejszone ryzyko wystąpienia otyłości u dziecka?

□ tak

□ nie

10. Czy i w jaki sposób zmieniły się Pani nawyki żywieniowe po udziale w spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego?

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11. Czy Pani dieta po spotkaniach w ramach poradnictwa dietetycznego została dopasowana pod względem wartości energetycznych oraz odżywczych?

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

12. Czy zalecenia specjalistów uzyskane podczas modułu III okazały się przydatne w Pani przypadku?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, to które z zaleceń Pani stosuje? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

13. Wolne wnioski ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 13**

**ANKIETA SATYSFAKCJI – moduł III**

Skala od 1 do 5 (1 -najniżej oceniana, 5 -najwyżej oceniana)

Jak ocenia Pani:

1. Poziom prezentowanej wiedzy i umiejętności ze strony prowadzących: 1 2 3 4 5

2. Jak ocena Pani przydatność zajęć w ramach warsztatów „Być mamą” ? 1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani zaangażowanie personelu medycznego w ramach rozpoczęcia laktacji tuż po porodzie? 1 2 3 4 5

4.Jak ocenia Pani przydatność nabytej wiedzy teoretycznej w zakresie karmienia piersią? 1 2 3 4 5

5. Jak ocenia Pani jakość porad w zakresie karmienia piersią? 1 2 3 4 5

6. Jak ocenia Pani przydatność wsparcia psychologicznego w okresie karmienia piersią? 1 2 3 4 5

7. Jak ocenia Pani jakość wsparcia psychologicznego? 1 2 3 4 5

8.Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć teoretycznych? 1 2 3 4 5

9. Jak ocenia Pani warunki lokalowe i sprzętowe w ramach prowadzonych zajęć? 1 2 3 4 5

12. Jak ocenia Pani przydatność broszur i materiałów informacyjnych przygotowanych w ramach modułu? 1 2 3 4 5

**Załącznik nr 14**

**ANKIETA SATYSFAKCJI – po udziale we wszystkich modułach**

Skala od 1 do 5 (1 -najniżej oceniana, 5 -najwyżej oceniana)

Jak ocenia Pani:

1. Poziom prezentowanej wiedzy i umiejętności ze strony prowadzących: 1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pani jakość świadczeń medycznych w okresie ciąży? 1 2 3 4 5

3.Przydatność nabytej wiedzy?:

a) w zakresie ciąży i przygotowania do niej 1 2 3 4 5

b) w zakresie porodu 1 2 3 4 5

b) w zakresie opieki nad dzieckiem 1 2 3 4 5

c) w zakresie połogu 1 2 3 4 5

d) w zakresie karmienia piersią 1 2 3 4 5

e) w zakresie żywienia 1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani jakość wsparcia psychologicznego? 1 2 3 4 5

4.Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć teoretycznych? 1 2 3 4 5

5. Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć gimnastycznych? 1 2 3 4 5

6. Jak ocenia Pani poziom i sposób prowadzenia zajęć praktycznych w ramach Szkoły Rodzenia?

 1 2 3 4 5

7.Czy uczestnictwo w Programie pozwoliło Pani w pełni przygotować się do nowej roli związanej z pojawieniem się dziecka ? 1 2 3 4 5

8. Jak ocenia Pani przydatność broszur i materiałów informacyjnych przygotowanych w ramach modułu? 1 2 3 4 5

9. Wolne wnioski ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 15**

**ANKIETA EWALUACYJNA – po udziale we wszystkich modułach**

1. Objawy które powinny skłonić Panią do zgłoszenia się do szpitala:

□odejście czopa śluzowego

□odejście wód płodowych

□skurcze co 15-20 minut

2. Pierwszy okres porodu to:

□to czas od odejścia wód płodowych do rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej

□to czas od pełnego rozwarcia szyjki macicy do urodzenia dziecka

□to czas od rozpoczęcia regularnej czynności skurczowej do pełnego rozwarcia

3. Wskazania do nacięcia krocza:

□pierwszy poród

□odchodzenie zielonych wód płodowych

□zwolnienie tętna płodu i konieczność szybkiego urodzenia dziecka

4. Naturalne metody walki z bólem porodowym to:

□ruch i pozycje wertykalne, prawidłowe oddychanie podczas skurczów, masaż i imersja wodna

□krzyk, podskakiwanie i okłady z borowiny

□lampka czerwonego wina

5. Połóg to okres w którym cofają się wszystkie zmiany związane z ciążą i porodem i trwa:

□dwa tygodnie

□jeden miesiąc

□sześć do ośmiu tygodni

6. Ilość pokarmu uzależniona jest od:

□ilości wypijanych płynów

□częstości ssania piersi przez dziecko

□od wielkości piersi

7. W okresie nawału pokarmu należy:

□jak najrzadziej przystawiać dziecko do piersi by nie powodować nadprodukcji pokarmu

□odstawić na dwa dni dziecko od piersi i podawać mu mieszankę sztuczną

□jak najczęściej przystawiać dziecko do piersi aby nie dopuścić do długiego zalegania pokarmu w piersiach

8. Noworodek w pierwszym tygodniu życia:

□traci około 300 gram masy urodzeniowej

□przybiera około 0,5 kg

□ma prawo stracić 10% wagi urodzeniowej

9. Kąpiel całościową noworodka na mokro (w wanience) wykonujemy:

□dwa razy dziennie, rano i wieczorem

□jeden raz w tygodniu

□kilka razy w tygodniu

10. Do snu układamy noworodka:

□na boku

□na brzuchu

□na plecach

11. Czy przed ukończeniem 6 miesiąca życia dziecko karmione piersią należy dopajać wodą?

□tak

□nie

1. Olejniczak D., Krakowiak K., Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią. Nowa Pediatria 3/2013, s. 97-105 [↑](#footnote-ref-1)
2. Dane GUS z 2015 r. [↑](#footnote-ref-2)
3. Polska rodzina w ciąży – publikacja Fundacji Rodzić po Ludzku: <http://fdds.pl/wpcontent/uploads/2016/05/2012_Polska_rodzina_w_ciazy.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
4. Badanie pn. „Analiza sytuacji osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożenia ubóstwem w województwie podkarpackim w kontekście doboru właściwych instrumentów wsparcia w nowej perspektywie finansowej 2014-2020” zrealizowane zostało ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego [↑](#footnote-ref-4)
5. Główny Urząd Statystyczny – prognozy ludności do 2050 roku dla powiatów oraz miast na prawach powiatu. [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://www.polskawliczbach.pl/podkarpackie#dane-demograficzne> [↑](#footnote-ref-6)
7. J. Stańczak, „Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym w latach 2000-2010” materiał na

konferencję prasową w dniu 28.01.2011, GUS Departament Badań Demograficznych 2011 [↑](#footnote-ref-7)
8. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-8)
9. Domellöf M, Braegger C, Campoy C i wsp.; ESPGHAN Committee on Nutrition. Iron requirements of infants and toddlers.
J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014;58:119- 129 [↑](#footnote-ref-9)
10. Barker DJ, Bagby SP, Hanson MA. Mechanisms of disease: in utero programming in the pathogenesis of hypertension. Nat Clin Pract Nephrol 2006;2:700-707 [↑](#footnote-ref-10)
11. Stolarczyk A, Szott K, Socha P. Ocena sposobu żywienia niemowląt w wieku 6 i 12 m. ż. w populacji polskiej w odniesieniu do zaleceń Schematu Żywienia Niemow­ląt z 2007 roku. Standardy Medyczne Pediatria 2012;9:545-551 [↑](#footnote-ref-11)
12. Dobrzańska A, Czerwionka-Szaflarska M, Kunachowicz H i wsp. Zalecenia doty­czące żywienia dzieci zdrowych
w pierwszym roku życia, opracowane przez Ze­spół Ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii. Standardy Medyczne Pediatria 2007;4:197-202 [↑](#footnote-ref-12)
13. Dane GUS z 2014 roku [↑](#footnote-ref-13)
14. Rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży
o prawidłowym przebiegu [↑](#footnote-ref-14)
15. Karkowska D., Sprawowanie przez położną opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2015 [↑](#footnote-ref-15)
16. wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia 18 maja 2004 [↑](#footnote-ref-16)
17. Komunikat w sprawie wypłaty jednorazowego dodatku do zasiłku rodzinnego (tzw. becikowe) z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka, Warszawa, 3.12.2010, Ministerstwo Zdrowia, Departament Matki
i Dziecka [↑](#footnote-ref-17)
18. Polska rodzina w ciąży – publikacja Fundacji Rodzić po Ludzku: <http://fdds.pl/wpcontent/uploads/2016/05/2012_Polska_rodzina_w_ciazy.pdf> [↑](#footnote-ref-18)
19. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek) opracowany przez Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia [↑](#footnote-ref-19)
20. Wywiad z dr med. Magdaleną Nehring-Gugulską, pierwszym Międzynarodowym Konsultantem Laktacyjnym w Polsce (od 1996 r.) - [http://pediatria.mp.pl/wywiady/79426,inni-refunduja-laktatory-polska-mieszanki](http://pediatria.mp.pl/wywiady/79426%2Cinni-refunduja-laktatory-polska-mieszanki) [↑](#footnote-ref-20)
21. Szajewska H, Socha P, Horvath A i wsp. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne Pediatria 2014;11:321-338 [↑](#footnote-ref-21)
22. Raport Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport z czerwca 2016 r opublikowany przez Centrum Nauki o Laktacji. [↑](#footnote-ref-22)
23. Dane Głównego Urzędu Statystycznego. [↑](#footnote-ref-23)
24. Dane Głównego Urzędu Statystycznego. [↑](#footnote-ref-24)
25. Komunikat o sytuacji społeczno-gospodarczej powiatów województwa podkarpackiego za maj 2016 r., Rzeszów, lipiec 2016. [↑](#footnote-ref-25)
26. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [↑](#footnote-ref-26)
27. GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 6 [↑](#footnote-ref-27)
28. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [↑](#footnote-ref-28)
29. https://danepubliczne.gov.pl/dataset/cc5ee1c0-c65f-4b14-bf08-12c58864c77d/resource/237205d0-52af-41f9-9dc5-6a7e604601bc/download/rocznikdemograficzny2015.pdf [↑](#footnote-ref-29)
30. <http://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/raporty/ocena_zasobow_2014.pdf> [↑](#footnote-ref-30)
31. GUS (2009), Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. [↑](#footnote-ref-31)
32. Niemiec T. (red.) (2007), Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”, Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju <http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/15032007_raport.pdf> [↑](#footnote-ref-32)
33. Wywiad z dr med. Magdaleną Nehring-Gugulską, pierwszym Międzynarodowym Konsultantem Laktacyjnym w Polsce (od 1996 r.) - [http://pediatria.mp.pl/wywiady/79426,inni-refunduja-laktatory-polska-mieszanki](http://pediatria.mp.pl/wywiady/79426%2Cinni-refunduja-laktatory-polska-mieszanki) [↑](#footnote-ref-33)
34. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B et al, Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 8, 39–46, 2005 [↑](#footnote-ref-34)
35. Gawęda A., Woś H., Karmienie naturalne oraz czynniki warunkujące jego długość u dzieci z terenu Górnego Śląska, Nowa Pediatria 1/2007 [↑](#footnote-ref-35)
36. Sztyber B.: Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez Polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kwiecień 2012 [↑](#footnote-ref-36)
37. Wilk S.: Wsparcie laktacyjne kobiet po porodzie w systemie opieki poporodowej w Polsce oraz w innych krajach Unii Europejskiej. Praca magisterska pod kier. Sztyber B. WUM, WNoZ, Zakład Dydaktyki Gin-Poł, 2014 [↑](#footnote-ref-37)
38. Bernatowicz-Łojko U., Wesołowska A., Wilińska M. (2012), Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do 2. r.ż. w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego, Standardy Medyczne. Pediatria, t. 9, nr 2, s. 281–288 [↑](#footnote-ref-38)
39. Gawęda A., Woś H., Karmienie naturalne oraz czynniki warunkujące jego długość u dzieci z terenu Górnego Śląska. Borgis - Nowa Pediatria 1/2007, s. 5-10 [↑](#footnote-ref-39)
40. wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia 18 maja 2004 [↑](#footnote-ref-40)
41. <http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=3&lang=pl> [↑](#footnote-ref-41)
42. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [↑](#footnote-ref-42)
43. http://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/raporty/ocena\_zasobow\_2014.pdf [↑](#footnote-ref-43)
44. #  Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 2014 (Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027)

 [↑](#footnote-ref-44)
45. Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych, DLVR020301 – Strategia kształcenia – 14 maja 1999, Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionalne w Europie, Kopenhaga 2000 [↑](#footnote-ref-45)
46. Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) [↑](#footnote-ref-46)
47. www.nfz.gov.pl [↑](#footnote-ref-47)
48. Oslislo A., Otffinowska A., Najważniejsza chwila w życiu, Warszawa 2008 [↑](#footnote-ref-48)
49. http://kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com\_content&view=article&id=117&Itemid=44&lang=pl [↑](#footnote-ref-49)
50. Standard porady laktacyjnej Fragment rozdziału II. 2 Certyfikowany Doradca laktacyjny. Podręcznik dla uczestnika kursu. CNoL2010 [↑](#footnote-ref-50)
51. **Nehring-Gugulska M.**, Ocena wiedzy na temat karmienia piersią pracowników ochrony zdrowia zajmujących się poradnictwem laktacyjnym w Polsce. Rozprawa doktorska. Śląski Uniwersytet Medyczny. Zabrze. Czerwiec 2012 [↑](#footnote-ref-51)
52. Raport NIK [↑](#footnote-ref-52)
53. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu – 2005 r. [↑](#footnote-ref-53)
54. Dz. U. 2016, poz. 1132 [↑](#footnote-ref-54)
55. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [↑](#footnote-ref-55)
56. Niemiec T. (red.) (2007), Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”, Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju [↑](#footnote-ref-56)
57. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) [↑](#footnote-ref-57)
58. Król M., Kaczor P., Grobelny M., Jakie zagadnienia należy poruszyć w edukacji kobiet ciężarnych na temat porodu nieobciążonego patologią?, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 3, 245–250 [↑](#footnote-ref-58)
59. Iwanowicz-Palus G., Zarychta I., Założenia standardu opieki okołoporodowej a realizacja opieki podczas ciąży, porodu i połogu. W: Kobieta i jej rodzina: profesjonalny poradnik dla położnych. Warszawa; 2014: 62, 66, 68–73 [↑](#footnote-ref-59)
60. <http://www.1000dni.pl> [↑](#footnote-ref-60)
61. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. Ginekologia Polska 2009; 7 (80): 548–557 [↑](#footnote-ref-61)
62. Padała O., Podgórniak M., Sadowska M. i inni, Młodociane macierzyństwo jako problem medyczny i społeczny, European Journal of Medical Technologies 2014; 2(3): 61-65 [↑](#footnote-ref-62)
63. Maliszewska K., Preis K., Terapia depresji poporodowej - aktualny stan wiedzy. Ann. Acad. Med. Gedan. 2014, 44, 105-111 [↑](#footnote-ref-63)
64. Caramlau I., Barlow J., Sembi S., McKenzie-McHarg K., McCabe C.: Mums 4 Mums: structured telephone peer-support for women experiencing postnatal depression. Pilot and exploratory RCT of its clinical and cost effectiveness. Trials, 2011, 12, article nr 88 [↑](#footnote-ref-64)
65. Rooney R. M., Kane R. T., Wright B., Gent V., Di Ciano T., Mancini V.: The pilot and evaluation of a postnatal support group for Iraqi women in the year following the birth of their baby. Front. Psychol. 2014, 5, article nr 16 [↑](#footnote-ref-65)
66. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu – 2005 [↑](#footnote-ref-66)
67. Jaddoe V.: Antenatal education programmes: do they work? The Lancet 2009; 374 (12), 863. [↑](#footnote-ref-67)
68. Iwanowicz-Palus G., Pawelec A.: Organizacja i funkcjonowanie szkół rodzenia w Polsce. V Ogólnopolski Zjazd Szkół Rodzenia, Jurata 2005. [↑](#footnote-ref-68)
69. Piziak W.: Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009; 3, 282. [↑](#footnote-ref-69)
70. Stangret A., Cendrowska A., Szukiewicz D.: Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu. Nowa Medycyna 2008; 1: 2–6. [↑](#footnote-ref-70)
71. Raport NIK [↑](#footnote-ref-71)
72. Wilk S.: Wsparcie laktacyjne kobiet po porodzie w systemie opieki poporodowej w Polsce oraz w innych krajach Unii Europejskiej. Praca magisterska pod kier. Sztyber B. WUM, WNoZ, Zakład Dydaktyki Gin-Poł, 2014 [↑](#footnote-ref-72)
73. GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 6 [↑](#footnote-ref-73)
74. Piziak W., Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu.

Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów 2009;3: 282-292 [↑](#footnote-ref-74)
75. R. Szarfenberg, Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady, Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, Warszawa [↑](#footnote-ref-75)
76. Badanie pn. „Analiza sytuacji osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożenia ubóstwem w województwie podkarpackim w kontekście doboru właściwych instrumentów wsparcia w nowej perspektywie finansowej 2014-2020” zrealizowane zostało ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego [↑](#footnote-ref-76)
77. **Urtnowska K., Bułatowicz I., Ludwikowski G., Żukow W., Bezpieczne formy aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(5): 291-297** [↑](#footnote-ref-77)
78. Drozda Ł., Otffinowska A. i wsp.: Podręcznik dla instruktorów szkół rodzenia, Fundacja Rodzić po ludzku oraz Instytut Pampers, Alima-Gerber S.A., Warszawa 2001 [↑](#footnote-ref-78)
79. Stangret A., Cendrowska A., Szukiewicz D.: Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu. Nowa Medycyna 2008; 1: 2–6 [↑](#footnote-ref-79)
80. http://www.imid.med.pl/pl/main-menu/dla-pacjenta/porod-w-instytucie/szkoly-rodzenia [↑](#footnote-ref-80)
81. Kowalska J. , Olszowa, Markowska D. i in., Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Psychiatr. Pol. 2014; 48(5): 889–900 [↑](#footnote-ref-81)
82. Augustyniuk K. , Rudnicki J. , Grochans J. i in., Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 2, 138–141 [↑](#footnote-ref-82)
83. Komisja Europejska, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk. Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania. Luksemburg 2004 [↑](#footnote-ref-83)
84. www.dziecisawazne.pl [↑](#footnote-ref-84)
85. Oslislo A., Otffinowska A., Najważniejsza chwila w życiu. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008 [↑](#footnote-ref-85)
86. Męczekalski B. Endokrynologia ciąży. PZWL, 2012 [↑](#footnote-ref-86)
87. Florea M. Laktacja i karmienie piersią. Przegląd piśmiennictwa. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 7, zeszyt 3, 165-170, 2014 [↑](#footnote-ref-87)
88. www.hafija.pl [↑](#footnote-ref-88)
89. Standard porady laktacyjnej Fragment rozdziału II.2 Certyfikowany Doradca laktacyjny. Podręcznik dla uczestnika kursu. CNoL2010 [↑](#footnote-ref-89)
90. Weker H., Barańska M., Żywienie niemowląt i małych dzieci. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-90)
91. Męczekalski B., Endokrynologia ciąży. PZWL, Warszawa 2012. [↑](#footnote-ref-91)
92. Gibas-Dorna M., Adamczak-Ratajczak A., Kupsz J., Korzyści karmienia piersią dla matki, Pediatr Med Rodz 2012, 8 (4), p. 370-374 [↑](#footnote-ref-92)
93. Holzer J. Z., Demografia. PWE, Warszawa 2012 [↑](#footnote-ref-93)
94. Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 r. (Dz.U. 2001 nr 73 poz. 763). [↑](#footnote-ref-94)
95. Krówka D., Żur A., Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej, Gin Pol Med. Project, 2013, nr 30, s. 78. [↑](#footnote-ref-95)
96. Baston H., Hall J., Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu [w:] Podstawy położnictwa. Przed porodem. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011, s. 129-141. [↑](#footnote-ref-96)
97. <http://www.rodzicpoludzku.pl> [↑](#footnote-ref-97)
98. Kwiatek M., Gęca T., Biegaj-Fic J. i inni, Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, Tom 17, Nr 3, 111-115 [↑](#footnote-ref-98)
99. #  [Bartick M](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bartick%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20368314), [Reinhold A](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reinhold%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20368314)., The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. [Pediatrics.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20368314) 2010 May;125(5):e1048-56.

 [↑](#footnote-ref-99)
100. Wywiad z dr med. Magdaleną Nehring-Gugulską, pierwszym Międzynarodowym Konsultantem Laktacyjnym w Polsce (od 1996 r.) - http://pediatria.mp.pl/wywiady/79426,inni-refunduja-laktatory-polska-mieszanki [↑](#footnote-ref-100)
101. ##  Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. Nr 27, poz. 271, z 2004 r. Nr 237, poz. 2376, z 2007 r. Nr 201, poz. 1462, z 2011 r. Nr 61, poz. 308 - od 06.04.2011 r.)

 [↑](#footnote-ref-101)
102. Cateringiem objęto edukację przedkoncepcyjną i poradnictwo dietetyczne; poradnictwo psychologiczne ze względu na 3-godzinne spotkania nie jest objęte cateringiem [↑](#footnote-ref-102)
103. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. Nr 27, poz. 271, z 2004 r. Nr 237, poz. 2376, z 2007 r. Nr 201, poz. 1462, z 2011 r. Nr 61, poz. 308 - od 06.04.2011 r.) [↑](#footnote-ref-103)
104. Ze względu na specyfikę grupy docelowej (kobiety w ciąży) i konieczności przyjmowania posiłków zbilansowanych
o określonej kaloryczności zaleca się, aby catering wprowadzono nawet podczas 3 godzinnych spotkań [↑](#footnote-ref-104)
105. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. Nr 27, poz. 271, z 2004 r. Nr 237, poz. 2376, z 2007 r. Nr 201, poz. 1462, z 2011 r. Nr 61, poz. 308 - od 06.04.2011 r.) [↑](#footnote-ref-105)
106. Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXXVII/697/13 Sejmiku Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie z dnia 26 sierpnia 2013 r. [↑](#footnote-ref-106)