



CIAŻA I PORÓD W ŚWIETLE ZAŁOŻEŃ POLSKIEGO STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ



Dr n. med. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych

WPiNoZ Uniwersytet Medyczny w Lublinie

2013

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

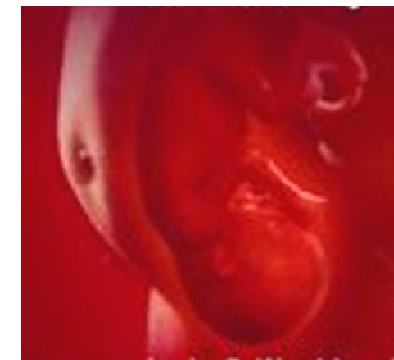
z dnia 20 września 2012 r.

(Dz. U. z dnia 4.10.2012 r. Nr 189, poz. 1100)

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

jest polskim standardem opieki medycznej podczas ciąży, porodu fizjologicznego i połogu oraz opieki nad noworodkiem.

2



Polski standard opieki okołoporodowej, sprawowanej w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego oraz położu oraz opieki nad noworodkiem został opracowany z uwzględnieniem:

- wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- medycyny opartej na dowodach naukowych,
- doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Został też dostosowany do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Polsce i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta.

Celem standardu opieki okołoporodowej jest poprawa jakości tej opieki w Polsce, która powinna być realizowana poprzez:

1. ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego,
2. przestrzeganie praw pacjenta,
3. stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej,
4. zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki,
5. optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych.

Standard określa głównie poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej podczas porodu fizjologicznego i połogu, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych.

Poród fizjologiczny

definiowany jest jako spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu.

Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży.

Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie.



Celem opieki medycznej w okresie okołoporodowym jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej [1], z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa.

Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka i błędów i zapewnia wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu.

[1] Interwencja taka jak: amniotomia, stymulacja czynności skurczowej, podanie opioidów, nacięcie krocza, cięcie cesarskie.



Ingerencja w naturalny proces ciąży lub porodu musi wiązać się z medycznie uzasadnionym wskazaniem.

Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży lub porodu, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, znieczulenie farmakologiczne, poród zabiegowy, oznacza, że ciąża lub poród wymaga zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza niniejsze standardy.

Ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu.

Oznacza to uwzględnienie faktu, że:

- I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
- II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
- III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

W Polsce, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, opiekę nad kobietami ciężarnymi o prawidłowym przebiegu ciąży oraz podczas porodu i połogu fizjologicznego mogą sprawować:

- **lekarze ginekolodzy-położnicy** [1]
- **położne** [2].

*[1] Wykonujący świadczenia na podstawie uprawnień wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
(tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.),*

*[2] Wykonujące świadczenia na podstawie uprawnień wynikających z ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej
(tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.)*

POŁOŻNA –

osoba sprawująca opiekę nad kobietą ciężarną o prawidłowym przebiegu ciąży, podczas fizjologicznego porodu i porodu oraz opiekę nad noworodkiem



Kompetencje położnej w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, prowadzenia i przyjmowania fizjologicznego porodu oraz opieki nad kobietą w okresie porodu i opieki nad noworodkiem, zostały określone w przepisach dyrektywy unijnej o kwalifikacjach

(art. 42 ust. 2. Dyrektywy 2005/36/WE – przetransportowany z art. 4 Dyrektywy 80/155/EW),

jak i w przepisach prawa krajowego

(art.5 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

POŁOŻNA –

osoba sprawująca opiekę nad kobietą ciężarną o prawidłowym przebiegu ciąży, podczas fizjologicznego porodu i połogu oraz opiekę nad noworodkiem



WHO, FIGO i ICM uznają położną za osobę, która potrafi podejmować decyzje w kompetentny i profesjonalny sposób, i która dysponuje do tego niezbędnymi uprawnieniami formalnymi oraz przyjmuje osobistą i zawodową odpowiedzialność za własną praktykę.

Zadania osoby sprawującej opiekę i ich realizacja

1. Zadania osoby sprawującej opiekę nad kobietą podczas porodu obejmują w szczególności:
 - ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
 - wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
 - opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;

Zadania osoby sprawującej opiekę i ich realizacja

- zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu.



**ZAKRES PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ I
DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA
ORAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I
KONSULTACJI MEDYCZNYCH, WYKONYWANYCH
U KOBIET W OKRESIE CIĄŻY,
WRAZ Z OKRESAMI ICH PRZEPROWADZANIA**

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
-----------------------	--	---

**ZAKRES PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ I
DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA
ORAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I
KONSULTACJI MEDYCZNYCH, WYKONYWANYCH
U KOBIET W OKRESIE CIĄŻY,
WRAZ Z OKRESAMI ICH PRZEPROWADZANIA**

Termin badania - do 10 tygodnia ciąży -33-37 tydzień ciąży - 38-39 tydzień ciąży	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia W przypadku opieki sprawowanej przez położną – obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa
--	--

**ZAKRES PROFILAKTYKI I CZYNNOŚCI SWIADCZENIA I
DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA
ORAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I
KONSULTACJI MEDYCZNYCH, WYKONYWANYCH
U KOBIET W OKRESIE CIĄŻY,
WRAZ Z OKRESAMI ICH PRZEPROWADZANIA**

Termin badania	
- 21-26 tydzień ciąży - 27-32 tydzień ciąży -33-37 tydzień ciąży - 38-39 tydzień ciąży - po 40 tygodniu ciąży	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej

Osoba sprawująca opiekę, jeśli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21–26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką, w którym będzie przebywała po porodzie.



Osoba sprawująca opiekę, może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub porożu.



Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

1. Czynniki ryzyka identyfikowane u kobiety podczas ciąży oraz przed porodem:
 - a) czynniki ryzyka identyfikowane podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu
 - b) czynniki ryzyka identyfikowane podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie badania
 - c) czynniki ryzyka śródporodowego występujące u rodzącej
 - d) czynniki ryzyka dla płodu występujące u płodu lub noworodka

Oceny występowania powyższych czynników ryzyka dokonuje osoba sprawująca opiekę.



Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

2. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, ciążarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną.
3. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, należy omówić z ciążarną, tak aby mogła podjąć świadomą decyzję odnośnie do miejsca porodu.
4. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciążarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu.

Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania.

W planie należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej do Programu badań prenatalnych, realizowanego w ramach programów zdrowotnych*.

Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

*) określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej kobiety w trakcie opieki.
3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać kobiecie kopię planu opieki przedporodowej.
4. Kobiecie należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

5. Kobiętę należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego:

- 1)zapewnić ciągłość opieki;
- 2)dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
- 3)zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
- 4)zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
- 5)zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.



Strategie uśmierzania bólu podczas porodu



Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych oraz wspierać kobietę rodzącą w jej własnym wyborze tych metod.



Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana:

- 1) proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu;
- 2) wspierać rodzącą w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- 3) zachęcać rodzącą do wyboru techniki masażu;
- 4) zachęcać do wykorzystywania immersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) zachęcać rodzącą, aby podczas porodu towarzyszyła jej osoba bliska.



Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. **Rozpoznanie porodu:**
 - początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skręcanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
 - przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych i zewnętrznych.

Postępowanie w I okresie porodu

1. **Brak postępu porodu** stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż 1/2 cm na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych.
2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
 - 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
 - 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),



Postępowanie w I okresie porodu

- g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
- h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
- i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
- j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
- k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
- l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742),
- m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego - jedynie na życzenie rodzącej,
- n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej - tylko w sytuacji tego wymagającej,
- o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
- p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).

Postępowanie w I okresie porodu

3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
 - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinny zostać ocenione długość, pozycje, konsystencje szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodny, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych - ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego) - nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
 - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;

Postępowanie w I okresie porodu

- 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrolę mikcji - co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;

Postępowanie w I okresie porodu

- 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
- 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
- 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
- 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia okresu porodu.



Postępowanie w II okresie porodu

1. **Brak postępu II okresu porodu** w przypadku:
 - 1) **pierworódki** - stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu;
 - 2) **wieloródki** - stwierdza się, gdy przez 1 godzinę nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
3. W II okresie porodu należy:
 - 1) zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą;
 - 2) poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia.

Postępowanie w II okresie porodu

4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
 - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (jeśli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
 - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
 - 4) pozostawiania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
 - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;

Postępowanie w II okresie porodu

4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań (cd.):
 - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
 - 7) ochrony krocza - nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
 - 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

Postępowanie w III okresie porodu

1. **Czas trwania III okresu porodu** nie powinien przekroczyć 1 godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie powinna przekraczać 400 ml krwi.
2. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.
3. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
 - 2) oznakowania noworodka, przed jego odpępnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
 - 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
 - 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
 - 5) oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;

Postępowanie w III okresie porodu

- 6) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka "skóra do skóry" i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
- 7) podania leków w uzasadnionych sytuacjach;
- 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodniego, a w przypadku nacięcia krocza - jego rozległości;
- 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
- 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
- 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska*;
- 12) oceny kompletności popłodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

**) Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się.*

Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

Postępowanie w IV okresie porodu

1. **W czasie IV okresu porodu** zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodniego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodniego i krocza;
 - 5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

Opieka nad noworodkiem

1. Bezpośrednio po urodzeniu, za zgodą matki, należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „**skóra do skóry**”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie i zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi oraz zaoferować pomoc, jeśli jest potrzebna.



Przedmiotowa regulacja – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

- powinna skutkować zapewnieniem jednolitej organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego oraz położu oraz opieki nad noworodkiem, finansowanej zarówno ze środków publicznych, będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i innych źródeł a udzielanych przez podmioty lecznicze.

Zaprezentowane zmiany powinny oddziaływać na kobiety w okresie ciąży, porodu i położu, lekarzy położników - ginekologów oraz położne sprawujące opiekę nad tymi kobietami, jak również noworodkami

a przede wszystkim powinny mieć pozytywny wpływ na jakość i dostępność tej opieki.



Dziękuję za uwagę!

***Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus
Uniwersytet Medyczny w Lublinie***