

# INFORMATOR DLA PRZYSZŁEJ MATKI

## Co powinna wiedzieć kobieta w ciąży i jakie są jej prawa związane z porodem (projekt)

Istnieją liczne foldery, poradniki dotyczące różnych zagadnień związanych z ciążą, głównie takich jak: odżywianie, tryb życia, ćwiczenia w ciąży, dbanie o ogólne zdrowie, karmienie piersią. Mało jest informacji przystępnych ale fachowych dotyczących najważniejszego dla matki przeżycia jakim jest poród.

Niniejsze opracowanie wychodzi naprzeciw takim potrzebom, ma podpowiedzieć jak przygotować się teoretycznie i praktycznie do tego szczególnego wydarzenia.

### I. Opieka w ciąży

Pamiętaj o suplementacji:

- jodem od początku ciąży i podczas karmienia piersią – szczegóły dawkowania poda lekarz prowadzący. Wskazane wykonanie badania tarczycy (TSH) w okresie przedkoncepcyjnym i między 4-8 tygodniem ciąży.
- kwasem foliowym co najmniej miesiąc przed zajściem w ciążę do końca I trymestru ciąży (12 tyg.) w dawce 0,4 mg ( do nabycia w aptekach bez recepty).

Uczestnictwo w **szkole rodzenia**, przygotowującej teoretycznie i praktycznie do porodu, odgrywa ważną rolę w przyswojeniu sobie ważnych zagadnień związanych z ciążą, porodem i położeniem oraz laktacją, pozwala obniżyć poziom lęku i pomóc w budowaniu wiary w siebie. Szkoły rodzenia często związane są z oddziałami ginekologiczno-położniczymi.

**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. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. (Dz. U. z dnia 4 października 2012 r.)** (\* dopiski wyjaśniające od autora)

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 tyg. Ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe (wywiad)* i przedmiotowe (badanie ogólne)*.	1. <b>Grupa krwi i Rh.</b>

	<p>2. Badanie we wzierniku i zestawione (ginekologiczne)*.</p> <p>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p>4. Badanie gruczołów sutkowych.</p> <p>5. Określenie wzrostu i masy ciała.</p> <p>6. Ocena ryzyka ciążowego.</p> <p>7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</p> <p>8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.</p> <p>9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.</p>	<p>2. Przeciwciała odpornościowe.</p> <p>3. Morfologia krwi.</p> <p>4. Badanie ogólne moczu.</p> <p>5. Badanie cytologiczne.</p> <p>6. Badanie czystości pochwy.</p> <p>7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo.</p> <p>8. VDRL (badanie kierunku kiły)*.</p> <p>9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno- lecniczych i ustalenie planu leczenia.</p> <p>10. Badanie HIV i HCV. (HIV - Wirus zespołu nabytego braku odporności)* (HCV –infekcja wirusowego zapalenia wątroby typu C)*</p> <p>11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki.</p> <p>12. <b>TSH*</b></p>
<p>11-14 tydz. Ciąży</p>	<p>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</p> <p>2. Badanie we wzierniku i zestawione.</p> <p>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p>4. Pomiar masy ciała.</p> <p>5. Ocena ryzyka ciążowego.</p> <p>6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</p>	<p>1. Badanie ultrasonograficzne.</p> <p>2. Badanie ogólne moczu.</p> <p>3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wykonane we wcześniejszym okresie ciąży.</p>

	7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.	
15-20 tydz. Ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie czystości pochwy.</li> <li>4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
21-26 tydz. Ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>5. Pomiar masy ciała.</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> <li>8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.</li> <li>9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej (<b>skierowanie do położnej środowiskowej w 21-26 tygodniu ciąży</b>).*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. Ciąży) – dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy.</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne.</li> <li>3. Badanie ogólne moczu.</li> <li>4. Przeciwciała anti-Rh u kobiet z Rh (minus).</li> <li>5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy.</li> <li>6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
27-32 tydz. Ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> </ol>

	<p>2. Badanie we wzierniku i zestawione.</p> <p>3. Ocena czynności serca płodu.</p> <p>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p>5. Pomiar masy ciała.</p> <p>6. Ocena ryzyka ciążowego.</p> <p>7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</p> <p>8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</p>	<p>3. Przeciwciała odpornościowe.</p> <p>4. Badanie ultrasonograficzne.</p> <p>5. W przypadku występowania wskazań – podanie globuliny anty-D (28-30 tydz. Ciąży).</p> <p>6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży</p>
33-37 tydz. Ciąży	<p>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</p> <p>2. Badanie położnicze.</p> <p>3. Ocena wymiarów miednicy.</p> <p>4. Badanie we wzierniku i zestawione.</p> <p>5. Ocena czynności serca płodu.</p> <p>6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p>7. Ocena aktywności płodu.</p> <p>8. Badanie gruczołów sutkowych.</p> <p>9. Pomiar masy ciała.</p> <p>10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.</p> <p>11. Ocena ryzyka ciążowego.</p> <p>12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</p> <p>13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</p> <p>14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i</p>	<p>1. Morfologia krwi.</p> <p>2. Badanie ogólne moczu.</p> <p>3. Badanie czystości pochwy.</p> <p>4. Antygen HBs (nosicielstwo wirusa zapalenia wątroby typu B)*</p> <p>5. Badanie w kierunku HIV.</p> <p>6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców <math>\beta</math>-hemolizujących.</p> <p>7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV.</p> <p>8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</p>

	ginekologii.	
38-39 tydz. Ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>4. Ocena aktywności płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Pomiar masy ciała.</li> <li>7. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>8. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> <li>9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> <li>10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne moczu.</li> <li>2. Morfologia krwi.</li> </ol>
Po 40 tyg. Ciąży badanie co 2-3 dni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Badanie we wzierniku i zestawione – według wskazań medycznych.</li> <li>4. Ocena ruchów płodu.</li> <li>5. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>7. Pomiar masy ciała.</li> <li>8. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>9. Propagowanie zdrowego stylu życia, w</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie KTG.</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo).</li> </ol>

	<p>tym zdrowia jamy ustnej.</p> <p>10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położenia, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</p> <p>11. Skierowanie do szpitala po 41 tyg. Ciąży.</p>	
--	---	--

## II. Plan porodu

Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę (lekarz, położna) 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 ( *patrz harmonogram*). Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu. **Plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.**

**W planie porodu musi być zawarta identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych. Czynniki te zostały szczegółowo określone w rozporządzeniu. Obok aspektów medycznych w planie porodu zawarte są preferencje rodzącej wypunktowane w formie ankietowej. Liczne wzory do uzyskania w Internecie ( w zał. dwa wzory takich ankiet).**

Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest istotną częścią dokumentacji medycznej. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania. Ciężarną 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.

## III Postępowanie w trakcie porodu

**Personel sprawujący opiekę nad rodzącą na wstępie omawia z rodzącą plan porodu przygotowany przez osobę sprawującą opiekę nad ciężarną i przez samą ciężarną.**

W standardach postępowania medycznego w zakresie opieki okołoporodowej zapisano wsparcie rodzącej przez wybraną przez rodzącą osobę: lekarza prowadzącego ciążę, położną środowiskową, wybraną osobę (ojciec dziecka, członek rodziny, doula – niemedyczna opiekunka).

Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.

W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności szanują jej prywatność i poczucie intymności, omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem, każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób: zapewnić ciągłość opieki, dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb, zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej, zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu, zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

Podczas porodu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych są obowiązane do przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej opiera się na ocenie ryzyka zakażenia.

Realizacja praw pacjenta w okresie porodu polega w szczególności na respektowaniu jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych, możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

#### **IV Prawa rodzącej**

**Rodzinie oczekującej narodzin dziecka należy zapewnić specjalistyczną opiekę medyczną i psychologiczną , prawo wyboru dowolnego szpitala.**

W przypadku prawidłowego przebiegu ciąży, rodząca ma prawo do bezpiecznego porodu z udziałem wykwalifikowanego personelu z uwzględnieniem życzeń kobiety rodzącej dotyczących stosowanych procedur położniczych, jeżeli nie występują przeciwwskazania.

W przypadku ciąży patologicznej kobieta ma prawo do porodu w placówce o odpowiednim stopniu referencyjności, zapewniającej matce i dziecku w czasie porodu i po urodzeniu, wszystkie niezbędne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną, procedury diagnostyczne i lecznicze, w tym w zakresie intensywnej opieki medycznej.

Prawo do opieki życzliwej, serdecznej oraz do szacunku ze strony personelu.

Prawo do pełnej i zrozumiałej dla siebie informacji o postępach porodu, podawanych środkach, zagrożeniach, spodziewanym ryzyku i stanie płodu, zabiegach i ich skutkach.

Poród to wydarzenie rodzinne. Kobieta ma prawo do tego, by towarzyszył jej w ramach opieki ktoś bliski lub wybrany, aby mógł rodzącą wspierać i z kim będzie się czuła bezpiecznie (*może to być ojciec dziecka, członek rodziny, położna, lekarz prowadzący ciążę, doula – niemedyczna opiekunka w czasie porodu*).

Prawo do swobodnego poruszania się w pierwszej fazie porodu. To nie szpital lecz kobieta decyduje, jak urodzi swoje dziecko.

Rodząca może nie zgodzić się na rutynowe zabiegi stosowane przez szpital: lewatywę, golenie wzgórek łonowego, indukowanie porodu, kroplówka naskurczowa, przebicie pęcherza płodowego, nacięcie krocza czy znieczulenie.

Elektroniczne monitorowanie porodu (KTG) powinno się wykonywać w wyselekcjonowanych przypadkach związanych z wysokim prawdopodobieństwem powikłań oraz przy porodach indukowanych. *Jednakże zapis KTG jest zawsze znaczącym dowodem odpowiedniego monitorowania stanu płodu i oceny czynności skurczowej macicy!*

Rutynowe nacinanie krocza jest nieuzasadnione. W przypadkach uzasadnionych lekarz informuje o takiej potrzebie rodzącą (*mniejsza urazowość dla rodzącego się dziecka, zagrożenie pęknięcia krocza III stopnia – uszkodzenie odbytu*).



**Prawo wglądu do wszystkich wyników badań i do tzw. historii choroby.**

**Każda rodząca powinna być traktowana indywidualnie, a zabiegi winny być wykonywane tylko wtedy, gdy są wskazania medyczne.**

**Prawo domagania się, aby wszystkie badania i zabiegi odbywały się w miejscu odosobnionym. Możesz również nie zgodzić się na obecność osób postronnych, w tym studentów szkół położnych i medycyny. Poród jest wydarzeniem intymnym.**

**Od pierwszych chwil po porodzie zdrowy noworodek powinien przebywać z matką, duże znaczenie przypisuje się bezpośredniemu kontaktowi „skóra do skóry” po porodzie.**

**Dziecko ma prawo do najbardziej wartościowego pokarmu czyli mleka matki. Karmienie piersią należy rozpocząć natychmiast po porodzie.**

**W oddziale położniczym matka powinna mieć możliwość przebywania bez ograniczeń z dzieckiem. Personel powinien uczyć matkę karmienia piersią i wspierać ją, by przebiegało ono bez zakłóceń.**

**Szpital nie powinien, bez uzasadnionego powodu, zabraniać lub utrudniać matce i dziecku kontaktu z rodziną. Chyba, że są istotne wskazania medyczne lub epidemiologiczne.**

**Postępowanie medyczne, zgodne z aktualną i obowiązującą wiedzą medyczną, standardami i rekomendacjami powinno być zawsze poparte życzliwością, empatią. Współpraca personelu medycznego sali porodowej z rodzącą i rodziną ma służyć optymalnemu przebiegowi porodu.**

## **V Najważniejsze wiadomości o porodzie, sposobach ukończenia ciąży w zależności od sytuacji klinicznej**

Już na 2-3 tyg. przed porodem ciężarna może zauważyć obniżenie się dna macicy a w związku z tym odczuwalna jest ulga w oddychaniu, może też pojawić się potrzeba częstszego oddawania moczu, występują zaparcia. Często pojawiają się napięcia macicy, odczuwalne jako bolesne skurcze macicy zwane przepowiadającymi. **W przypadku odpływania płynu owodniowego należy nie zwlekać ze zgłoszeniem się do szpitala !**

Skurcze przepowiadające są krótkie i nieregularne, często po kilku godzinach (2-3 godz.) samoistnie ustępują. Niekiedy skurcze porodowe trudno odróżnić od przedporodowych, dlatego za początek porodu uważa się regularną czynność skurczową przynajmniej co 10 min. ze stopniowo nasilającymi się skurczami macicy i co bardzo ważne towarzyszy im skracanie i rozwieranie się szyjki macicy. W czasie skurczów macicy zmniejsza się przepływ łożyskowy - do dziecka dociera mniejsza ilość tlenu, dlatego bardzo ważny jest sposób oddychania, trenowany w szkole rodzenia i w trakcie porodu rutynowo przekazywany przez położną. Oddechy mają być długie i spokojne przez tzw. brzuszny tor oddychania (przeponowy); poprawiają dotlenienie płodu oraz łagodzą odczuwanie bólu porodowego.

**Współpraca kobiety rodzącej z personelem sali porodowej a więc z położną i lekarzem położnikiem jest podstawą sukcesu jakim jest bezpieczny, bez przeszkód i strachu, dobrze wspomniany poród oraz dobry urodzeniowy stan noworodka. To rodząca odgrywa główną rolę w trakcie porodu.**

**Poród jest procesem dynamicznym** dzielącym się na 4 okresy.

**I okres** zaczyna się od wystąpienia regularnych skurczów macicy oraz skracania i rozwierania się szyjki macicy do zupełnego rozwarcia (średnica 10 cm). Trwa od kilku do kilkunastu godzin (pierworódki do 12 godz. wieloródki do 7 godz.). W trakcie tego okresu może odpływać płyn owodniowy o charakterze wodnistym; zielonkawy lub zielony płyn owodniowy może świadczyć o krótkotrwałym niedotlenieniu a dalsze monitorowanie prawidłowej akcji serca płodu pozwala na dalsze prowadzenie porodu. W przypadku występowania takich wykładników jak : nadal trwające niedotlenienie (zapis KTG) lub zaburzenie w krążeniu pępowinowym – okręcenie pępowiny wokół części płodu, węzeł prawdziwy na pępowinie rozpoznawane badaniem USG) położnik oceniając sytuację położniczą, ryzyko i stan zagrożenia oraz stopień zaawansowania porodu decyduje o formie zakończeniu porodu. W trakcie porodu istnieje możliwość pełnej weryfikacji zapisu KTG oceniając dobrostan płodu przez oznaczenie pH krwi włośniczkowej, pobranej z główki płodu (niewielka kropelka). Wynik otrzymujemy natychmiast (aparatura w sali porodowej), pod warunkiem zgody rodzącej na wykonanie badania oraz gdy pęcherz płodowy nie jest zachowany.

**II okres** porodu to już mechanizm przechodzenia główki przez dolny odcinek kanału rodnego i rodzenie na zewnątrz. Skurcze odczuwane są jako parcie, **w tym okresie bardzo ważna jest współpraca z położną**, która informuje jak świadomie przeć w czasie skurczu. II okres porodu trwa u pierworódki do 2 godz. a u wieloródki do 30 min. Przedłużanie się II okresu powyżej godziny skłania położną i położnika do wnikliwej oceny sytuacji położniczej (osłabienie czynności skurczowej, niedostateczne parcie, właściwa ocena masy płodu).

**III okres** porodu polega na wydaleniu łożyska i trwa zazwyczaj do 30 min.

**IV okres** porodu to 2-godzinna obserwacja w sali porodowej.

W czasie porodu mogą być zastosowane leki (po wnikliwej analizie położniczej) i podane we odpowiednim okresie trwania porodu oraz po wyrażeniu zgody przez rodzącą. Leki stosowane w czasie porodu: kroplówka naskurczowa z oksytocyną, leki rozkurczowe i przeciwbólowe, środki uspakajające, znieczulenie podtlenkiem azotu, znieczulenie zewnątrzoponowe.

Może się zdarzyć, że poród musi być zakończony przez położnika cięciem cesarskim, zabiegiem kleszczowym lub próżniociągiem. Cięcia cesarskie mogą być planowe, pilne i natychmiastowe wynikające z zaistniałej sytuacji. **Często w czasie porodu występują zagrożenia, których wcześniej nie dało się przewidzieć.** Wywołuje to wtedy zrozumiały niepokój, strach przed zabiegiem i poczucie zagrożenia.

Zabiegi położnicze (poród z użyciem kleszczy położniczych, próżniociąg) same w sobie jako zabieg niosą niepokój rodzącej o stan dziecka po zabiegu, ale stan ten najczęściej wynika ze stanu zagrożenia, który zmusza położnika do wykonania zabiegu. Zabiegi te wykonuje się w II okresie porodu pod pewnymi warunkami: właściwa kwalifikacja - główka znajduje się dostatecznie nisko w kanale rodnym, zabieg przebiegnie oszczędzająco dla dziecka, wykona go doświadczony położnik.

Ważnym zagadnieniem związanym z bezpiecznym porodem jest **masa płodu**. Coraz powszechniejsze jest zalecenie rozwiązania cięciem cesarskim, gdy masa płodu przekracza 4000g. W polskich rekomendacjach wskazaniem do cięcia cesarskiego jest masa płodu powyżej 4250g, a w cukrzycy ciężarnych powyżej 4500g. Masę płodu ocenia się na podstawie badania USG wykonanego przez porodem; **w czasie porodu dokładność badania maleje**. Ryzyko błędu sięgające nawet do 10% można ograniczyć dzięki dokładnemu badaniu – odpowiednia aparatura i analiza wyników oraz umiejętności wykonującego badanie. Nie bez znaczenia jest też doświadczenie położnika w ocenie masy płodu.

We współczesnym położnictwie przeważa pogląd, że **porody miednicowe** powinny być rozwiązywane drogą cięcia cesarskiego.

**Ciąża bliźniacza** dla położnika oznaczają ciążę zagrożoną, ciążę zwiększonego ryzyka powikłań dla ciężarnej i jej płodów. W ciążach wielopłodowych zachorowalność i umieralność okołoporodowa jest wysoka, 7-10 krotnie wyższa niż w ciążach z jednym płodem. Wynika to z faktu, że 50% rodzi się przedwcześnie (problem wcześniactwa) oraz z częstszego występowania powikłań w przebiegu porodu. Dlatego poród w ciąży mnogiej wymaga odrębnego i indywidualnego postępowania. Duże znaczenie w postępowaniu ma rozpoznanie ultrasonograficzne rodzaju kosmówkowości i owodniowości. Przyjmuje się, że poród w sytuacji położenia główkowych obu płodów jest możliwy, jeśli przebiega bez powikłań i jest ściśle monitorowany. Jednakże w przypadku zagrażającego niedotlenienia któregokolwiek z płodów istnieje wskazanie do rozwiązania cięcia cesarskiego. Zagrożenie porodowe dla drugiego bliźnięcia związane jest z wypadnięciem pępowiny, przedwczesnym oddzieleniem się łożyska oraz ze znacznym niedotlenieniem wewnątrzmacicznym, narastającym w miarę wydłużania się jego porodu. Czas ten powinien być limitowany

stopniem zagrożenia – interwencja położnicza w celu szybkiego ukończenia porodu powinna być szybka, gdy pojawią się objawy zagrożenia (nieprawidłowy zapis KTG). Ryzyko kwasicy u drugiego płodu wzrasta proporcjonalnie do czasu przerwy między porodami ! Cięcie cesarskie na drugim płodzie jest dziś uznanym rozwiązaniem po porodzie pochwowym pierwszego płodu w przypadku objawów zagrożenia niedotlenieniem drugiego płodu, wypadnięcia pępowiny, przedwczesnego odklejenia łożyska, przedłużającej się przerwy między porodami (powyżej 60 minut pomiędzy porodami bliźniąt w ciąży donoszonej).

Każda sytuacja nieprawidłowego położenia jednego z płodów jest wskazaniem do rozwiązania cięciem cesarskim.

***Komentarz:** standardy postępowania wobec kobiety w okresie porodu są dla lekarza informacją i zaleceniem odnośnie formy i zakresu opieki medycznej wobec pacjentki. Ingerencja w naturalny proces porodu poprzez poród zabiegowy wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem, dokonywanym przez lekarza. Wyłącznie lekarz może podjąć decyzję o przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego (cięcie cesarskie), co wynika z ustawy o zawodzie lekarza. Decydujące znaczenie przy wyborze metody ukończenia porodu ma sytuacja położnicza oraz doświadczenie lekarza podejmującego decyzję. Do podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania ciąży, czy ukończenia porodu konieczna jest szczegółowa analiza aktualnej sytuacji położniczej. Decyzję podejmuje: doświadczony położnik (ordynator, kierownik dyżuru) z wyczerpującym uzasadnieniem (wskazania medyczne).*

***Każda pacjentka musi mieć świadomość , że cięcie cesarskie jest poważnym zabiegiem operacyjnym.** W porównaniu do porodu siłami natury znacznie wzrasta odsetek powikłań w tym także śmiertelność. Istnieje większe ryzyko powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych jak uszkodzenie pęcherza moczowego, zapalenia otrzewnej, niedrożności jelit, ropienia rany. Dłuższy jest pobyt w szpitalu, dolegliwości bólowe obniżają sprawność w pielęgnacji noworodka. W następnej ciąży może wystąpić groźne powikłanie w postaci usadowienia się łożyska w bliźnie po cięciu cesarskim i łożyska przodującego. Z powyższego wynika, że wyłącznie lekarz może ocenić stan zdrowia pacjentki i sytuację położniczą (zagrożenia dla płodu) i ustalić formę porodu – tj. fizjologiczny czy też przez cięcie cesarskie. W relacji pacjenta z lekarzem czy położną elementy zobowiązań wymuszają często określone zachowania i prowadzą do konfliktu; jeżeli będzie to tylko rozmowa lekarza z pacjentem z pozycji prawa, „to będzie żadna rozmowa”. Życzliwość, zrozumienie drugiej strony i porozumienie są najważniejsze. Biorąc pod uwagę stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie rekomenduje wykonywania*

*cięć cesarskich na życzenie, bez wskazań medycznych. Wg Ustawy o Zawodzie Lekarza narzucenie przez pacjentkę sposobu leczenia (wykonanie cięcia cesarskiego „na żądanie”) nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności za wybór sposobu prowadzenia porodu i jego wykonanie.*

*W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego , jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej , powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Powyższe zasady mają zastosowanie również do zasadności przeprowadzenia cięcia cesarskiego „na żądanie”.*

## **VI Połóg**

Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę, w szczególności ocenę stanu ogólnego położnicy, stanu położniczego: involucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek, laktacji, czynności pęcherza moczowego i jelit, higieny ciała, stanu psychicznego położnicy, relacji rodzinnych.

Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacji niepowodzeń położniczych Szpital sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu.

Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka), informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w 6. tygodniu połogu.

### **Wskazówka**

*W strukturach szpitala istnieje możliwość uzyskania pomocy w sytuacjach niejasnych, konfliktowych u kierownika Sali porodowej, kierownika dyżuru, ordynatora, dyrektora ds. medycznych, dyrektora szpitala a także u pełnomocnika praw pacjenta. Informacje znajdują się na każdym oddziale szpitala w widocznym miejscu.*

Opracowanie : dr n. med. Wojciech Guzikowski

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa

*Wykorzystano:*

1/ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. (Dz. U. z dnia 4 października 2012 r.)

2/ własne doświadczenia,

3/ Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2006-2011- Ginekologia Polska, pod red. Marka Spaczyńskiego, Poznań 2012,

4/ Ciąża wielopłodowa, Witold Malinowski, Aneta Poręba-Cieślukowska, PTG 2012.

Opole 17.12.2012 r.