

Obowiązki i zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą

Agnieszka Kamińska-Nowak

Konsultant wojewódzki

*w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i
położniczego*

Położna POZ

Obowiązki i zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą wynikające z rozporządzenia 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem (tekst jednolity - Dz.U. 2016 poz. 1132) w tym zapewnienie 2 godzinnego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”.

- Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, zwane dalej „standardami”,
 - określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności:
 - amniotomii,
 - stymulacji czynności skurczowej,
 - podawania opioidów,
 - nacięcia krocza,
 - cięcia cesarskiego,
 - podania noworodkowi mleka modyfikowanego,
- z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności

Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
- 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu

Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest **wyłącznie położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych, niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.** Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu **należy odnotować w dokumentacji medycznej.**

Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza.

W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu Patologicznego.

12. Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu polega w szczególności na

- 1) respektowaniu jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
- 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne;
- 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą

- Położna Poz potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt objęcia jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu oraz wpisuje do
 - planu opieki przedporodowej i
 - planu porodu i
 - karty przebiegu ciążydane wybranej przez ciężarną położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródp orodowych

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się: 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość
- 2) zakażenie wirusem HIV lub HCV;
- 3) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym;
- 4) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym;
- 5) przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała;
- 6) ciąża wielopłodowa;
- 7) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego;
- 8) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy;
- 9) sytuację, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
- 10) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
- 11) wystąpienie krwawienia przed porodem;
- 12) infekcję u ciężarnej lub jej podejrzenie;
- 13) nadciśnienie tętnicze;
- 14) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
- 15) używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.

2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:

- 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
- 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży
- 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
- 4) niedokrwistość;
- 5) cukrzycę;
- 6) zakażenie wirusem różyczki;
- 7) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
- 8) konflikt serologiczny;
- 9) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczyno-płodowa);
- 10) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
- 11) nieprawidłową lokalizację łożyska;
- 12) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
- 13) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
- 14) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
- 15) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
- 16) nieprawidłową objętość płynu owodniowego;
- 17) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego

3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:

- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
- 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
- 3) opryszczkę genitalną;
- 4) konieczność indukcji porodu;
- 5) krwotok śródporodowy;
- 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
- 7) ciepłotę ciała powyżej 38°C;
- 8) stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami;
- 9) utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
- 10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
- 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
- 12) wstrząs;
- 13) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
- 14) wycisowanie macicy;
- 15) pęknięcie macicy.

4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:

- 1) zaburzenia czynności serca płodu;
- 2) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
- 3) uraz okołoporodowy;
- 4) masę dziecka poniżej 2500 g;
- 5) wady rozwojowe;
- 6) pępowinę dwunaczyniową;
- 7) naczynia błędzące w łożysku;
- 8) zaburzenia oddychania;
- 9) nieprawidłowości stwierdzane podczas badania.

IV. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej.

Osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać ciężarnej kopię planu opieki przedporodowej.

V. Postępowanie w trakcie porodu

1. 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.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - 1) witają ją osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanują jej prywatność i poczucie intymności;
 - 4) wspólnie czytają i omawiają plan porodu;
 - 5) omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
 - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
 - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie

3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia

medycznego w następujący sposób:

- 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

VI. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu przedstawia rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych dostępnych w miejscu, w którym ten poród się odbywa, wspiera rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektuje jej decyzje w tym zakresie.

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 imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) zachęcać rodzącą, aby podczas porodu towarzyszyła jej osoba bliska

VII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią p
odmiotu 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:
 - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
 - 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych i zewnętrznych.

VIII. 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), 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 2016 r. poz. 186, z późn. zm.), 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).

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;

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;

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 II okresu porodu.

IX. Postępowanie w II okresie porodu

1. Brak postępu II okresu porodu w przypadku:

1) pierworódki –

stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowa nie 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.

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) pozostawania 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;
- 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.**

9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

- Jest to moment dzięki któremu dochodzi do inicjowania karmienia piersią i jest to najważniejszy moment po porodzie aby karmienie mogło dobrze działać w przyszłości
- Jeżeli do niego nie doszło lub został przerwany należy umieścić te informacje w dokumentacji medycznej co było powodem przerwania kontaktu „skóra do skóry”

X. 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 odpiętnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
- 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 5) oceny stanu noworodka –
w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem
- 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 rodnego, 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
(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).
- 12) oceny kompletności popłodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XI. 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

XII. Opieka nad noworodkiem

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku **nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”**, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu,
kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na
 - podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne
 - Wyniki tej oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.

3. Ocena, o której mowa w ust. 2, należy wykonywać:

- 1) dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8–10 pkt Apgar);
 - 2) czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie średnim (4–7 pkt Apgar) i ciężkim (0–3 pkt Apgar).
4. Opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem powinna być realizowana każdorazowo przez jedną osobę.
5. W miejscu, w którym rodzi się noworodek, musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca **umiejętność resuscytacji** i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.

6. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeżeli to możliwe w obecności matki, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia właściwej, ze względu na zdrowie noworodka, temperatury otoczenia. Ocena obejmuje:

- 1) stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
- 2) ewentualną obecność wad rozwojowych – kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
- 3) ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.

- 7. Po przeprowadzonej ocenie stanu noworodka należy dokonać pomiarów antropometrycznych:**
- 1) masy ciała,
 - 2) długości ciała (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych),
 - 3) obwodu głowy,
 - 4) obwodu klatki piersiowej –
- których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

8. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

- 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
- 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że z wyjątkiem pierwszych 12 godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie musi występować co 3 godziny, we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia;
- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);

4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, należy zdiagnozować problem i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;

5) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;

6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji (pierwsze 4 tygodnie), smoczków w celu uspokajania noworodka.

Podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub

- podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- j. Zgłoszenie o porodzie zawiera:
- 1) imię i nazwisko matki;
 - 2) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL;
 - 3) godzinę i datę urodzenia dziecka;
 - 4) płeć dziecka;
 - 5) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego;
 - 6) czytelny podpis pracownika odpowiedzialnego za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia o porodzie.
- .10) Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdzenie odbioru przez położną lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia o porodzie jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka prowadzonej przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu**
- .
- W przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem, podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i **braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka w ustaleniu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu**

XIII. Podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków

- PRZESZKOLONY PERSONEL

Dziękuję