

Specjalistyczna opieka nad rodzącą w fizjologicznym przebiegu porodu

dr n. med. Urszula Mantaj



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 4 października 2012 r.

Poz. 1100

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

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, położu oraz opieki nad noworodkiem

STANDARD

Określa 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.

PORÓD NATURALNY

Poród naturalny – szereg następujących po sobie procesów mających na celu wydalenie z macicy wszystkich elementów jaja płodowego, to jest: płodu, płynu owodniowego oraz popłodu.

Poród prawidłowy - to taki, który rodząca z płodem w ułożeniu podłużnym główkowym, rozpoczęła spontanicznie, bez znieczulenia nadoponowego i środków naskurczowych. W czasie jego trwania nie stosowano rozwiązania zabiegowego lub operacyjnego (cesarskie cięcie), a płód wraz z łożyskiem i błonami płodowymi został wydalony drogami płodnymi bez powikłań.

Poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.

PORÓD

Poronienie - zakończenie ciąży przed 22 tc.

Poród przedwczesny – 22-36 tc

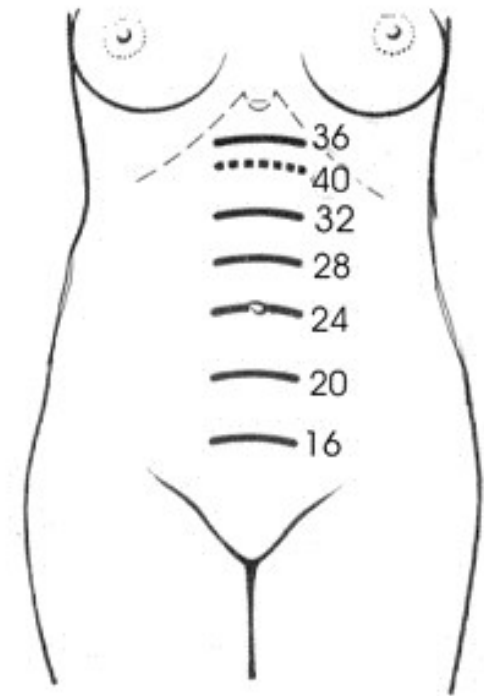
Poród o czasie - 38- 42 tc.

Poród po terminie – po 42 tc.

ZWIASTUNY I OBJAWY PORODU

1. Obniżenie dna macicy

- Mniej więcej na 3-4 tygodnie przed porodem dno macicy, które w 36 tygodniu ciąży osiąga łuki żebrów, obniża się znacznie do wysokości z końca 32. tygodnia ciąży.
- Najczęściej jest to wyraźnie odczuwane przez ciężarne („zmniejszył się ucisk na żołądek”, „oddychanie stało się łatwiejsze i lżejsze”, „czułam, jakby cały brzuch obsunął się do dołu”).
- Obniżeniu macicy najczęściej towarzyszą lekkie skurcze (skurcze okresu obniżania się dna macicy).



ZWIASTUNY I OBJAWY PORODU

2. Wstawianie się główki do wchodu miednicy u pierwiastek

- W ciągu ostatnich 3-4 tygodni główka płodu u pierwiastek traci swoje swobodne ułożenie, przyjmuje ułożenie silnie przygięte (tzw. pierwszy zwrot główki) i wstawia się potylicą mniej lub bardziej głęboko we wchód miednicy.
- Często przed wystąpieniem czynności porodowej można wyczuć punkt prowadzący na wysokości linii międzykolcowej.
- Jeśli u pierwiastki główka płodu w ciągu ostatnich 3-4 tygodni przed terminem porodu nie zstąpiła do wchodu miednicy, to należy podejrzewać, że miednica jest zwężona. Jednak u 1/3 pierwiastek główka płodu nie wstawia się do wchodu miednicy, mimo że nie występuje zwężenie miednicy.

ZWIASTUNY I OBJAWY PORODU

3. Skurcze przepowiadające:

są to nieregularne skurcze macicy występujące w ciągu ostatnich dni przed porodem, najczęściej nie są odczuwane jako bolesne.

4. Przemieszczenie się długiej osi szyjki macicy w oś kanału rodniego

5. Dojrzewanie szyjki

W ostatnich tygodniach przed porodem szyjka staje się miękka, bardziej podatna i bardziej rozciągliwa – staje się „dojrzała”.

Doświadczenie wykazuje, że macica jest przygotowana do skurczów, jeśli podczas badania przez pochwę stwierdzamy częściowe lub całkowite zgładzenie części pochwowej, a ujście szyjki swobodnie przepuszcza:

- u pierwiastki jeden palec
- u wieloródki dwa palce

ZWIASTUNY I OBJAWY PORODU

6. Znaczenie

- Odejście krwistego śluzu z pochwy – wydalenie czopa śluzowego zamykającego kanał szyjki (nierzadko można zaobserwować, że wypchnięty czop śluzowy ma jeszcze kształt kanału szyjki macicy – wygląd podobny do papierosa).
- Domieszka krwi pochodzi z naczyń doczesnowych, które zostają uszkodzone podczas rozciągania dolnego odcinka i odklejania przylegających tam błon płodowych.

7. Parcie na pęcherz moczowy

w ostatnich tygodniach i dniach przed porodem (także podczas porodu); wynika ze ścisłego sąsiedztwa między maksymalnie przygiętą i nisko stojącą główką a pęcherzem. Około porodowo występuje parcie na odbytnicę.

ZWIASTUNY I OBJAWY PORODU

7. Objawy niecharakterystyczne:

- czasem występujące kołatania serca
- bóle głowy
- ogólny niepokój
- uczucie gorąca
- nerwobóle uciskowe (najczęściej w okolicy nerwu kulszowego, ale także w obrębie miednicy mniejszej)
- występowanie nawracających bólów okolicy krzyżowej
- zmniejszenie masy ciała w ciągu ostatnich dni przed porodem, wynoszące 0,5 – 1 kg (powodem tego jest nagłe zwiększenie się diurezy, co jest oznaką zbliżającego się porodu)
- wymioty
- biegunka
- brak łaknienia
- wzdęcia

WYWIAD

- dane statystyczne
- dane o obecnej ciąży
- dane o poprzednich ciążach
- dane o przebytych chorobach i operacjach

BADANIE POŁOŻNICZE

- badanie zewnętrzne
- badanie we wziernikach (opcjonalnie)
- badanie wewnętrzne, przez pochwę

BADANIE ZEWNĘTRZNE

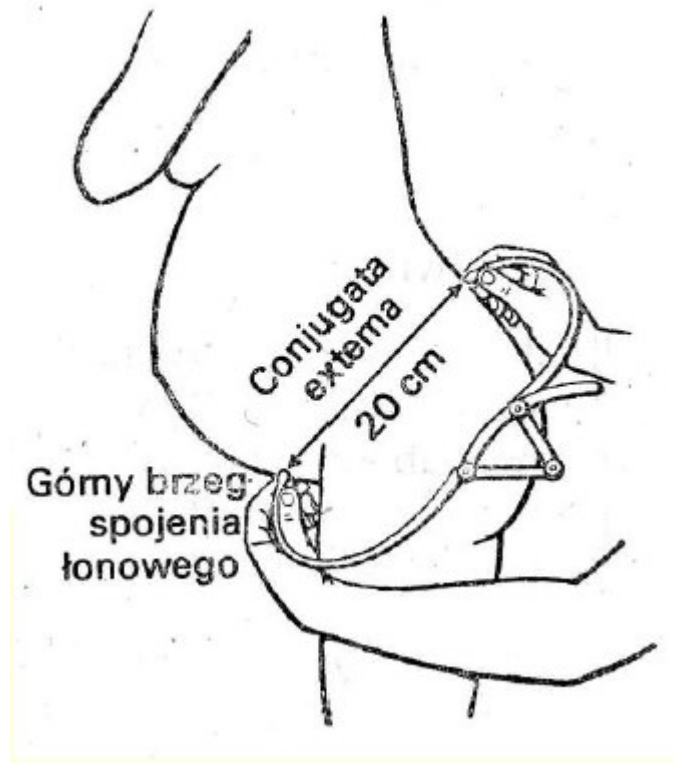
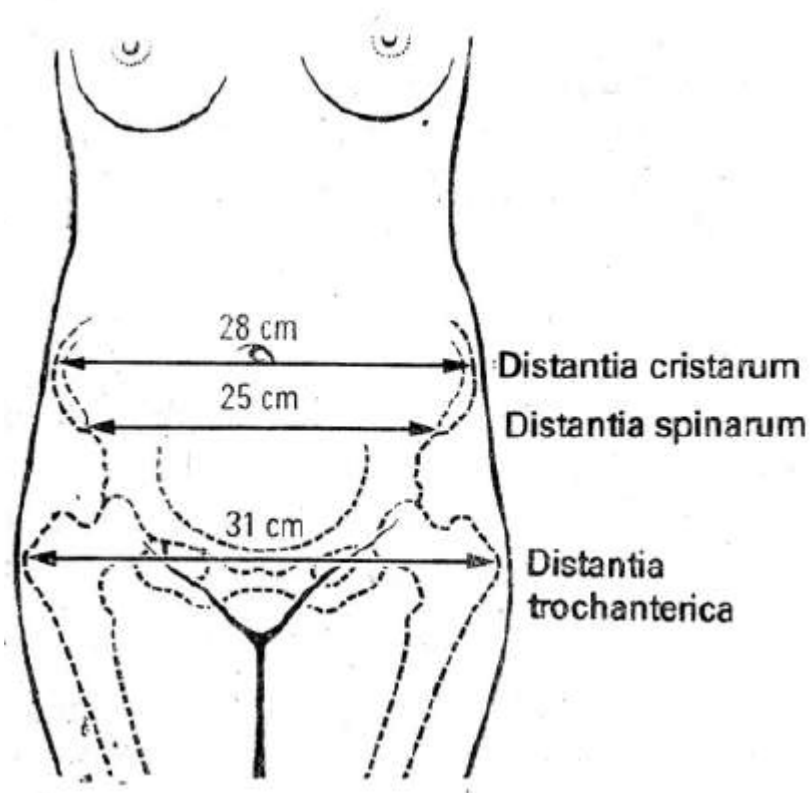
Odległość międzykolcowa (distantia spinarum) – między kolcami biodrowym przednimi górnymi 25-26 cm.

Odległość międzygrzebieniowa (distantia cristarum) -między grzebieniami kości biodrowych 28-29 cm.

Odległość międzykrętarzowa (distantia trochanterica) - między krętarzami kości udowych 31-32 cm.

Sprężna zewnętrzna (conjugata externa) - dołek poniżej wyrostka kolczystego piątego kręgu lędźwiowego a górnym zewnętrznym brzegiem spojenia łonowego 20-21 cm.

BADANIE ZEWNĘTRZNE



BADANIE ZEWNĘTRZNE

Czworobok Michaelisa – wyznaczany przez położników umowny czworobok na plecach ciężarnej, którego kąty tworzą zagłębienia na skórze okolicy lędźwiowo-krzyżowej:

- poniżej wyrostka kolczystego L₅ (górne zagłębienie)
- w pobliżu kolców biodrowych górnych tylnych (boczne)
- na górnym wierzchołku bruzdy międzypośladkowej (dolne)

Symetria lub asymetria czworoboku pośrednio świadczy o budowie miednicy kostnej i jej ewentualnych wadach.

BADANIE ZEWNĘTRZNE

- Położenie płodu – stosunek długiej osi płodu do długiej osi macicy

Podłużne

Poprzeczne

Skośne

- Ustawienie – stosunek grzbietu płodu do wewnętrznej ściany macicy

Lewe - ustawienie pierwsze

Prawe - ustawienie drugie

- Ułożenie – stosunek części płodu względem siebie

Przygięciowe

Odgięciowe

BADANIE ZEWNĘTRZNE

I chwyt Leopolda

Gdzie znajduje się dno macicy ?
Jaka część płodu znajduje się w dnie ?

II chwyt Leopolda

Po której stronie znajduje się tułów
płodu i części drobne ?

III chwyt Leopolda

Czy badamy część przodującą ?
Co jest częścią przodującą ?
Gdzie znajduje się główka ?

IV chwyt Leopolda

Ocenia zstępowanie główki do miednicy

V chwyt Leopolda
Zangemeistera

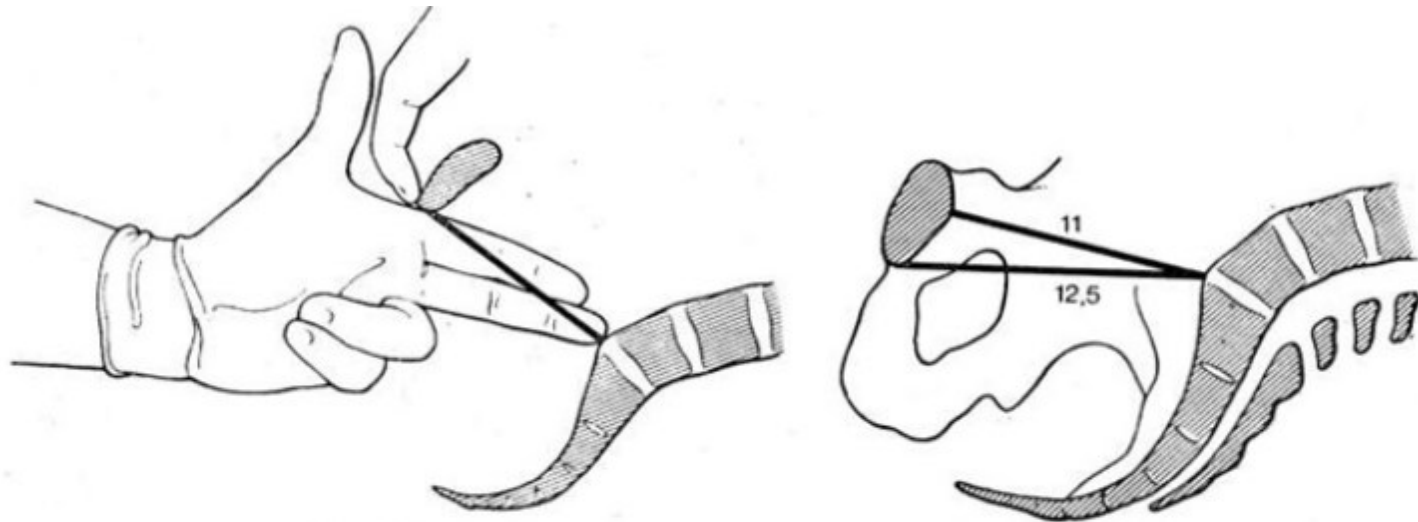
Niewspółmierność porodowa

BADANIE WEWNĘTRZNE

Ocena szyjki macicy (długość, rozwarcie)

Ocena błon płodowych (zachowane, pęknięte)

Ocena części przodującej



Określanie sprężnej wewnętrznej przez odwzorowanie sprężnej przekątnej (*conjugata diagonalis*).

Dwa najważniejsze wymiary proste wchodu miednicy: **sprężna prawdziwa** (położnicza) — odległość łącząca środek *promontorium* i najbardziej do światła miednicy zwrócony punkt wewnętrznej ściany spojenia łonowego — prawidłowo wynosi **11** cm; **sprężna przekątna** — odległość między środkiem *promontorium* a dolnym brzegiem spojenia łonowego — prawidłowo wynosi **12,5–13** cm.

OKRESY PORODU

I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia

II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka

III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie popłodu

IV okres porodu – okres trwający do 2 godzin po oddzieleniu i wydaleniu popłodu

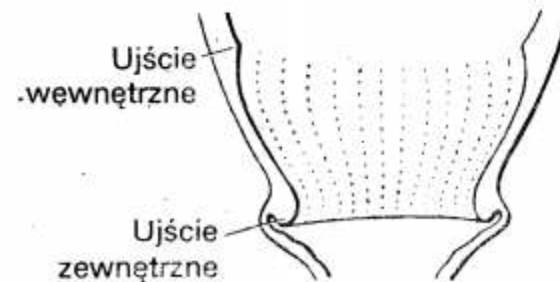
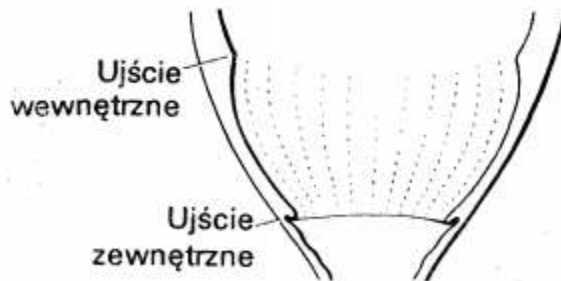
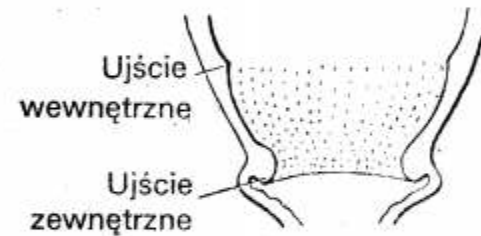
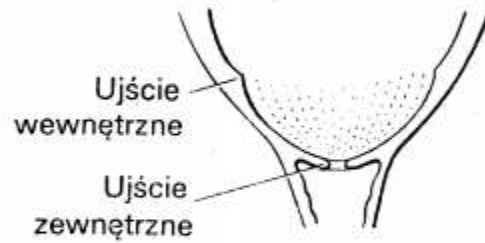
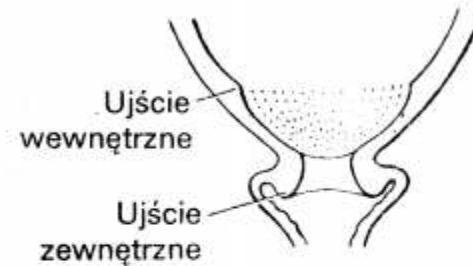
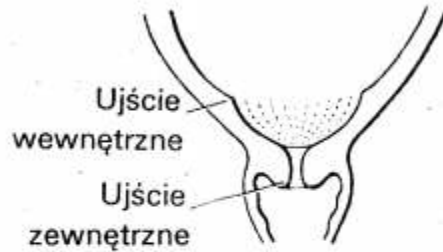
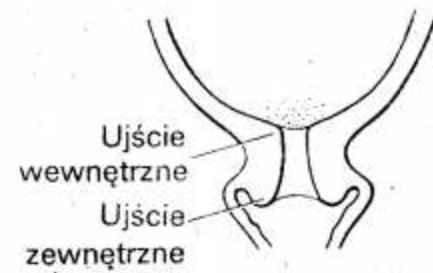
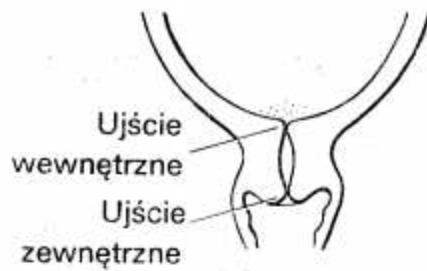
Sposoby odklejania łożyska

Schultzego - centralny

Duncana - brzeżny

		Pierwszy poród		Kolejne porody	
Pierwszy okres porodu		<i>Od początku regularnych skurczów do pełnego rozwarcia szyjki macicy</i>			
	Faza Utajona	13 godzin	8-10 godzin	7 godzin 20 minut	6 godzin
	Faza aktywna		4,6-6,5 godzin		2,4-4 godziny
Drugi okres porodu		<i>Od pełnego rozwarcia do urodzenia płodu</i>			
		1 godzina		30 minut	
Trzeci okres porodu		<i>Od urodzenia płodu do urodzenia popłodu</i>			
		10 minut		5-30 minut	
Czwarty okres porodu		<i>Pierwsze godziny po porodzie</i>			
		1-2 godziny		1-2 godziny	
Łączny czas trwania porodu		14-18 godzin		8-12 godzin	

Za miernik postępu porodu uznaje się stopień rozwierania szyjki macicy i zstępowania części przodującej.



Rozwieranie kanału szyjki macicy u **pierwiastki**. Rozwieranie rozpoczyna się od ujścia wewnętrznego, a następnie stopniowo postępuje w kierunku ujścia zewnętrznego.

Rozwieranie kanału szyjki macicy u **wieloródki**. Kanał szyjki jest rozwierany jednocześnie na całej długości.

ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA „PORÓD NIE JEST CHOROBA”

1. Ministerstwa zdrowia powinny ustanowić politykę dotyczącą wprowadzania nowych technologii na rynek i do usług medycznych.
2. Kraje powinny tworzyć współpracujące ze sobą zespoły, które oceniałyby technologie związane z porodem.
3. Cała społeczność powinna być informowana o różnych formach opieki okołoporodowej, aby umożliwić kobiecie wybór takiej opieki, jaką ona preferuje.
4. Kobiecte grupy wzajemnej pomocy mają istotne znaczenie jako mechanizm społecznego wsparcia i przekazywania wiedzy, szczególnie dotyczącej porodu.
5. Nieformalne systemy opieki okołoporodowej (łącznie z osobami tradycyjnie pomagającymi w porodzie), jeśli istnieją, muszą współistnieć z oficjalnym systemem opieki i, dla dobra matki, współpraca między nimi musi być zachowana. Taka współpraca może stać się wysoce efektywna, gdy żaden z systemów nie uważa się za lepszy od drugiego

ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA „PORÓD NIE JEST CHOROBA”

6. Przygotowanie osób do sprawowania opieki okołoporodowej powinno mieć na celu pogłębienie ich wiedzy o aspekty społeczne, kulturowe, antropologiczne i etyczne.
7. Powinno kłaść się nacisk na edukację zawodowych położnych i osób towarzyszących przy porodzie. Opieka w czasie normalnej ciąży, porodu i zaraz po porodzie, powinna być sprawowana przez te osoby.
8. Ocena technologii powinna być dokonywana międzydyscyplinarnie przez osoby, które jej używają, a także epidemiologów, naukowców i autorytety w zakresie zdrowia. Kobiety, wobec których są one stosowane, powinny uczestniczyć w ich planowaniu, a także ocenie i rozpowszechnianiu rezultatów. Ocena zastosowanych środków powinna być przekazana przede wszystkim osobom związanym z badaniami, a także do środowisk, w których te badania były prowadzone.
9. Szpitale powinny ogłaszać własne dane statystyczne dotyczące porodów, np. cięć cesarskich

ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA „PORÓD NIE JEST CHOROBA”

10. Dobre psychiczne samopoczucie matki powinno być zapewnione nie tylko poprzez obecność przy porodzie wybranej przez nią osoby, ale też poprzez umożliwienie swobodnego przyjmowania wizyt przez matkę po porodzie.
11. Noworodek powinien pozostać z matką, o ile pozwala na to stan zdrowia obojga. Prowadzenie obserwacji zdrowego noworodka nie uzasadnia oddzielenia dziecka od matki.
12. Karmienie piersią powinno być podjęte natychmiast po porodzie, jeszcze przed opuszczeniem przez matkę sali porodowej.
13. W krajach, które odnotowują najniższy odsetek śmierci okołoporodowej, odsetek cesarskich cięć wynosi mniej niż 10%. W żadnym rejonie geograficznym odsetek cesarskich cięć nie powinien przekraczać 10 - 15%.
14. Brak jest dowodów na konieczność wykonania cięcia cesarskiego po wcześniejszym cięciu w poprzecznie dolnym odcinku. W takich przypadkach poród powinien odbywać się drogą naturalną, o ile możliwe jest udzielenie, w razie potrzeby, natychmiastowej pomocy chirurgicznej.

ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA „PORÓD NIE JEST CHOROBA”

15. Nie ma dowodów na to, że rutynowe, elektroniczne monitorowanie płodu podczas porodu ma pozytywny wpływ na jego wynik. Monitorowanie powinno się wykonywać tylko w starannie wyselekcjonowanych przypadkach (związanych z wysokim prawdopodobieństwem śmiertelności okołoporodowej), oraz przy porodach indukowanych. Poszczególne kraje powinny prowadzić badania mające na celu określenie grup ciężarnych, u których zastosowanie monitorowania może przynieść korzyści. Do czasu zakończenia tych badań służby zdrowia powinny powstrzymać się od kupowania sprzętu do monitorowania.
16. Nie ma żadnych wskazań do usuwania owłosienia łonowego i do wykonywania lewatywy przed porodem.
17. Podczas porodu kobiety nie powinny być układane w pozycji na wznak. Powinny być zachęcane do chodzenia w okresie rozwierania oraz swobodnie decydować jaka pozycję przyjąć w czasie wyłaniania się części przodującej

ZALECENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA „PORÓD NIE JEST CHOROBA”

18. Nie ma usprawiedliwienia dla rutynowego nacinania krocza.
19. Nie powinno indukować się porodów dla wygody. W żadnym rejonie geograficznym odsetek porodów indukowanych nie powinien przekraczać 10%.
20. W trakcie porodu powinno unikać się podawania środków analgetycznych i anastetycznych, jeśli nie są one zalecane, dla przeciwdziałania lub zapobiegania komplikacjom.
21. Pęknięcie pęcherza płodowego jest oczekiwane w późnej fazie drugiego okresu porodu. Nie ma naukowego uzasadnienia dla jego rutynowego, wczesnego przebijania.

OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ PODCZAS PORODU

- lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- położna

sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem – odpowiedzialnych za prowadzenie porodu fizjologicznego

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 porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.

Realizacja praw pacjenta

1. Respektowanie prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych
2. Prawo do wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne
3. Możliwość 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.

Czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych - wywiad

- choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość
- zakażenie wirusem HIV lub HCV
- stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym
- uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym
- przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała
-
- ciąża wielopłodowa
- stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego

Czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych - wywiad

- stan po powikłaniach w postaci łożyska przodu lub przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy
- sytuację, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia
- sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci
- wystąpienie krwawienia przed porodem
- infekcję u ciężarnej lub jej podejrzenie
- nadciśnienie tętnicze
- wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży
- używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.

Czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych - badania

- wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h
- przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży
- odmiedniczkowe zapalenie nerek
- niedokrwistość
- cukrzycę
- zakażenie wirusem różyczki
- przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych
- konflikt serologiczn
- 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)

Czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych - badania

- zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa)
- nieprawidłową lokalizację łożyska
- ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami
- przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu
- dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS)
- położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży
- nieprawidłową objętość płynu owodniowego
- więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego

Czynniki ryzyka śródporodowego

- przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin)
- zaburzenia czynności skurczowej macicy
- opryszczkę genitalną
- konieczność indukcji porodu
- krwotok śródporodowy
- obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym
- ciepotę ciała powyżej 38°C
- stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami
- utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej
- wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny
- zatrzymanie łożyska w jamie macicy
- wstrząs
- pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia
- wyciowanie macicy
- pęknięcie macicy

Plan opieki przedporodowej i plan porodu

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 opieki przedporodowej należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej do Programu badań prenatalnych, realizowanego w ramach programów zdrowotnych 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.1)).

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

Postępowanie w trakcie porodu

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.

Postępowanie w trakcie porodu

W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:

- witają ją osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
- prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
- szanują jej prywatność i poczucie intymności;
- wspólnie czytają i omawiają plan porodu;
- omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
- każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
- udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
- w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.

Postępowanie w trakcie porodu

Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:

- zapewnić ciągłość opieki;
- dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
- 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.

Postępowanie w trakcie porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu przedstawia rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych 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:

- 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;
- wspierać rodzącą w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- zachęcać rodzącą do wyboru techniki masażu;
- zachęcać do wykorzystywania imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- zachęcać rodzącą, aby podczas porodu towarzyszyła jej osoba bliska.