

STANDARD OPIEKI, SPRAWOWANEJ NAD KOBIETĄ W OKRESIE FIZJOLOGICZNEJ CIAŻY, PORODU I POŁOGU



DIALOGOS
BOKA

STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

- ◉ W ostatnich dekadach można było zaobserwować wzrost działań podejmowanych w celu indukcji, intensyfikacji, przyspieszania oraz monitoringu procesu porodu fizjologicznego
- ◉ Mimo zwiększonego nacisku na korzystanie z medycyny opartej na dowodach, wiele praktyk stosuje się bez należytego uwzględnienia ich wartości dla kobiet lub noworodków.

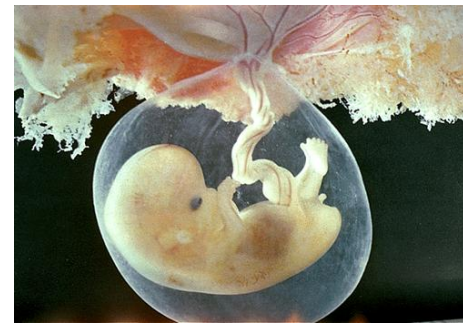


STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

W 1996 roku eksperci Światowej Organizacja Zdrowia dokonali przeglądu stosowanych praktyk, klasyfikując je w cztery kategorie:

- ◉ Praktyki, które są wyraźnie użyteczne i powinny być promowane
- ◉ Praktyki, które są wyraźnie szkodliwe i nieskuteczne i powinny być eliminowane
- ◉ Praktyki, co do których występuje zbyt mało dowodów, aby opracować jednoznaczne zalecenia i które powinny być stosowane z uwzględnieniem konieczności przeprowadzenia dalszych badań wyjaśniających dane kwestie
- ◉ Praktyki, które są często niewłaściwie stosowane do odpowiedniej sytuacji klinicznej





*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, połogu oraz
opieki nad noworodkiem*

STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

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

- ◉ Ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego
- ◉ Przestrzeganie praw pacjenta
- ◉ Stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej
- ◉ Zwiększenie satysfakcji pacjentek z opieki
- ◉ Optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych



STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

- Standard określa poszczególne elementy opieki medycznej podczas ciąży, porodu, połogu, gdziekolwiek on ma miejsce - w warunkach szpitalnych, czy domowych
- Osoba sprawująca opiekę powinna uwzględnić życzenia podmiotu opieki dotyczące podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych, jeśli nie występują ku temu żadne przeciwwskazania



CEL OPIEKI



Opieka sprawowana nad ciężarną ma na celu:

- ◉ Utrzymanie dobrego samopoczucia i równowagi emocjonalnej kobiety oraz poczucia bezpieczeństwa w czasie ciąży, porodu i połogu
- ◉ Zmniejszenie ryzyka powikłań i utraty ciąży
- ◉ Przekonywanie kobiety do aktywnego przeżycia ciąży i pomoc w zrozumieniu przyczyn i procesów adaptacji do ciąży i rodzicielstwa
- ◉ Zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia przy następnych ciążach i w okresie wychowywania dzieci
- ◉ Zmniejszenie ryzyka porodu przedwczesnego
- ◉ Zmniejszenie częstości występowania wad rozwojowych u płodu
- ◉ Zwiększenie szans urodzenia zdrowego dziecka



OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ

- ◉ W Polsce zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem -opiekę mogą sprawować lekarze ginekolodzy- położnicy oraz położne
- ◉ Osoba ponosi osobistą odpowiedzialność za dokonaną ocenę sytuacji położniczej, prowadzenie i przyjęcie porodu, ocenę stanu matki i jej dziecka oraz wyniki działań podjętych na ich rzecz
- ◉ Odpowiada też za wykonanie przyjętych do realizacji zaleceń od innych uprawnionych osób oraz za działania zlecane innym osobom

OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ

- ◉ W przypadku prowadzenia porodu przez położną- wystąpienie patologii obliguje do przekazania rodzącej pod opiekę lekarza ginekologa- położnika
- ◉ Osoba sprawująca opiekę- przygotowana do wykonywania podstawowych czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą oraz opieki nad noworodkiem
- ◉ Zapewnienie ciągłości opieki w czasie porodu oraz w okresie poporodowym, jeżeli nie osobiście, to przez sposób organizacji tej opieki



WIZYTY KONTROLNE

Wg PTG w ciąży o przebiegu fizjologicznym wizyty kontrolne powinny odbywać się:

- ◉ Co najmniej 1 raz w I trymestrze
- ◉ Do 32 t.c. - co 4 tygodnie
- ◉ Między 32 a 36 t.c. - co 2 tygodnie
- ◉ Powyżej 36 t.c. - co tydzień



WIZYTY KONTROLNE

Obowiązki położnej w opiece nad kobietą ciężarną

- ⦿ Przeprowadzenie wstępnej rozmowy z ciężarną
- ⦿ Zebranie wywiadu ogólnego i położniczego
- ⦿ Przeprowadzenie podstawowych badań ogólnych(pomiar tętna, temperatury, RR, zważenie i pomiar wysokości pacjentki)
- ⦿ Wykonanie badania położniczego
- ⦿ Zapoznanie się z trybem życia pacjentki, rodzajem wykonywanej pracy oraz sposobem odżywiania
- ⦿ Zalecenie stosowania kwasu foliowego w dawce 0,4mg raz dziennie(u kobiet bez obciążonego wywiadu genetycznego)
- ⦿ Zwrócenie uwagi na niepokojące objawy - plamienia, krwawienia, bóle brzucha, upławy, skurcze, nudności, wymioty, uczucie zmęczenia, bóle głowy, spadek lub nadmierny przyrost masy ciała, obrzęki, spadek apetytu)

WIZYTY KONTROLNE



- ◉ Dokumentowanie niepokojących objawów
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Przedstawienie planu opieki, zapewniając oprócz nadzoru medycznego także poradnictwo i edukację
- ◉ Przedstawienie systemu opieki podczas ciąży, porodu i połogu
- ◉ Zdobycie zaufania pacjentki i jej partnera
- ◉ Udzielania wsparcia psychicznego
- ◉ Przekazanie materiałów edukacyjnych
- ◉ Zachęcanie do uczestnictwa w szkole rodzenia

WIZYTY KONTROLNE

Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania
-tabela-

- ◉ Terminy badania
- ◉ Świadczenia profilaktyczne wykonane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia
- ◉ Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne



WIZYTY KONTROLNE



- ◉ Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe
- ◉ Bad. we wzorniku i zestawione
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Badanie piersi
- ◉ Określenie wzrostu i masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Inf. o możliwości wykonania bad. genetycznych
- ◉ W przypadku opieki sprawowanej przez położną- konieczna konsultacja lekarza ginekologa

Do 10 tygodnia ciąży

- ◉ Grupa krwi i Rh
- ◉ Przeciwciała odpornościowe
- ◉ Morfologia krwi
- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ Badanie cytologiczne
- ◉ Biocenoza pochwy
- ◉ Bad. stężenia glukozy we krwi na czczo
- ◉ VDRL
- ◉ Konsultacja lek. stomatologa
- ◉ Bad. HIV, HCV, badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), różyczki

Zazwyczaj 7-8 t.c.

WIZYTY KONTROLNE

- ◉ Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe
- ◉ Bad. we wzorniku i zestawione
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Pomiar masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ **Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej**

- ◉ Badanie ultrasonograficzne
- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane



11-14 tydzień ciąży

11-14 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- ◉ Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe
- ◉ Bad. we wzorniku i zestawione
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Pomiar masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Morfologia krwi
- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ **Badanie czystości pochwy**
- ◉ Badanie cytologiczne, jeśli wcześniej nie było wykonane



15-20 tydzień ciąży

15-20 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- ◉ Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe
- ◉ Bad. we wzorniku i zestawione
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Pomiar masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej
- ◉ Ocena czynności serca płodu
- ◉ Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu i karmienie piersią
- ◉ Badanie stężenia glukozy we krwi
- ◉ Badanie ultrasonograficzne
- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh(-)
- ◉ U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze- badanie w kierunku toksoplazmozy
- ◉ Badanie cytologiczne....

21-26 tydzień ciąży

21-26 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- ◉ Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe
- ◉ Bad. we wzorniku i zestawione
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Pomiar masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Ocena czynności serca płodu
- ◉ Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienie piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej

27-32 tydzień ciąży

- ◉ Morfologia krwi
- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ Przeciwciała odpornościowe
- ◉ Badanie ultrasonograficzne
- ◉ W przypadku wskazań- podanie globuliny anty-D
- ◉ Badanie cytologiczne...



27-32 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- Bad. ogólne przedmiotowe i podmiotowe
- Badanie położnicze
- Ocena wymiarów miednicy kostnej
- Bad. we wzroku i zestawione
- Ocena czynności serca płodu
- Pomiar RR
- Ocena aktywności płodu
- Badanie piersi
- Pomiar masy ciała
- Ocena ryzyka ciążowego
- Propagowanie zdrowego stylu życia
- Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej
- Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu i położu, karmienia piersią i rodzicielstwa
- W przypadku opieki sprawowanej przez położną - obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa

33-37 tydzień ciąży

- Morfologia krwi
- Badanie ogólne moczu
- Badanie czystości pochwy
- Antygen HBs
- Badanie w kierunku HIV
- Posiew z pochwy w kierunku paciorkowców β -hemolizujących
- W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia - VDRL, HCV
- Badanie cytologiczne...

33-37 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- ◉ Bad. ogólne przedmiotowe i podmiotowe
- ◉ Badanie położnicze
- ◉ Ocena czynności serca płodu
- ◉ Pomiar RR
- ◉ Ocena aktywności płodu
- ◉ Pomiar masy ciała
- ◉ Ocena ryzyka ciążowego
- ◉ Kształtowanie zdrowego stylu życia
- ◉ Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu i połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa
- ◉ W przypadku opieki sprawowanej przez położną - obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa

- ◉ Badanie ogólne moczu
- ◉ Morfologia krwi



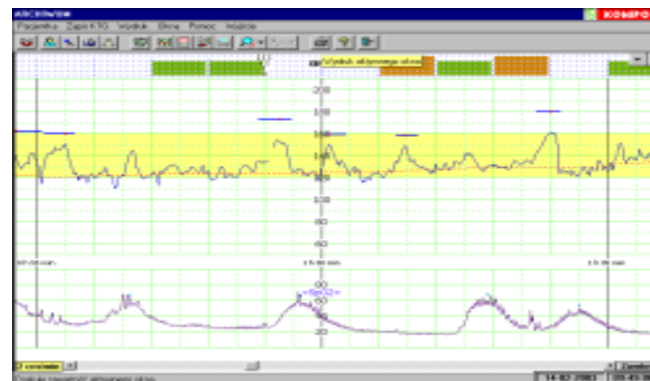
38-39 tydzień ciąży

38-39 tydzień ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- Bad. ogólne przedmiotowe i podmiotowe
- Badanie położnicze
- Badanie we wzierniku i zestawione
- Ocena czynności serca płodu
- Pomiar RR
- Ocena aktywności płodu
- Pomiar masy ciała
- Ocena ryzyka ciążowego
- Kształtowanie zdrowego stylu życia
- Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu i położu, karmienia piersią i rodzicielstwa
- Skierowanie do szpitala - bezwzględnie po 41 t.c.

Po 40 tygodniu ciąży



- Badanie KTG
- Badanie USG



Po 40 tygodniu ciąży

WIZYTY KONTROLNE

- Osoba sprawująca opiekę kieruje kobietę w okresie między 21-26 t.c. do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką
- Można zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeśli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu czy połogu.



OCENA RYZYKA



- ◉ Podstawowym elementem działań związanych z zapewnieniem kobiecie bezpieczeństwa jest **OCENA RYZYKA**
- ◉ Proces ciągły, rozpoczyna się podczas opieki prenatalnej i determinuje decyzje dotyczące miejsca, rodzaju porodu oraz podmiotu świadczącego opiekę.
- ◉ Stwierdzenie występowania czynników ryzyka = odpowiedni poziom referencji.
- ◉ Dokumentacja medyczna !!!
- ◉ Zidentyfikowanie czynników ryzyka - świadoma decyzja **PACJENTKI** odnośnie miejsca porodu

CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE NA PODSTAWIE WYWIADU:

- ◉ Choroby ciężarnej, w szczególności choroby ukł. krążenia, nerek, ch. neurologiczne, wątroby, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia, trombofilia, zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość
- ◉ Zakażenie HIV i HCV
- ◉ Stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym
- ◉ Urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym
- ◉ Przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała > niż 4000g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową
- ◉ Ciąża wielopłodowa
- ◉ Stan po operacjach macicy i dolnego odcinka ukł. rozrodczego

CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE NA PODSTAWIE WYWIADU:

- ◉ Stan po powikłaniach w postaci: łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się , uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych , drgawkach, stanach zatorowo- zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy
- ◉ Sytuację gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18 r.ż. Lub powyżej 35 r.ż.
- ◉ Wieloródka powyżej 40 r. ż. Lub wieloródka po urodzeniu 4 dzieci
- ◉ Wystąpienia krwawienia przed porodem
- ◉ Infekcja u ciężarnej lub jej podejrzenie
- ◉ Nadciśnienie tętnicze
- ◉ Wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C więcej niż raz w ciąży
- ◉ Używanie środków odurzających, alkoholu, nikotyny w czasie ciąży i/lub w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę

CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE NA PODSTAWIE BADAŃ:

- ◉ Wartość RR wyższa niż 140/90
- ◉ Białkomocz wyższy niż 0,3g/24h
- ◉ Przyrost masy ciała większy niż 500g/tydzień w ostatnim trymestrze
- ◉ Odmiedniczkowe zapalenie nerek
- ◉ Niedokrwistość
- ◉ Cukrzyca
- ◉ Zakażenie wirusem opryszczki
- ◉ Przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych
- ◉ Konflikt serologiczny
- ◉ Nieadekwatna wielkość macicy lub dziecka do czasu trwania ciąży
- ◉ Zagrożający poród przedwczesny



CZYNNIKI RYZYKA IDENTYFIKOWANE NA PODSTAWIE BADAŃ:

- ⊙ Nieprawidłowa lokalizacja łożyska
- ⊙ Ciąża wielopłodowa z patologicznie położonymi płodami
- ⊙ Przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu
- ⊙ Dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców β -hemolizujących grupy B (GBS)
- ⊙ Położenie inne niż główkowe powyżej 37 t.c
- ⊙ Nieprawidłowa objętość płynu owodniowego
- ⊙ Więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego



CZYNNIKI RYZYKA ŚRÓDPORODOWEGO

- ◉ Przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24h)
- ◉ Zaburzenia czynności skurczowej
- ◉ Opryszczka genitalna
- ◉ Konieczność indukcji porodu
- ◉ Krwotok śródporodowy
- ◉ Obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym
- ◉ Ciepłota ciała powyżej 38°C
- ◉ Stymulacja porodu oksytocyną lub innymi metodami
- ◉ Utrata krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 h lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej



CZynniki RYZYKA ŚRÓDPORODOWEGO

- ◉ Wypadnięcie lub przodowanie pępowiny
- ◉ Zatrzymanie łożyska w jamie macicy
- ◉ Wstrząs
- ◉ Pęknięcie krocza III lub IV stopnia
- ◉ Wynicowanie macicy
- ◉ Pęknięcie macicy



CZynniki RYZYKA DLA PŁODU

- ◉ Nieprawidłowości stwierdzone podczas badania
- ◉ Zaburzenia czynności serca płodu
- ◉ Ocena w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5 minucie po urodzeniu
- ◉ Uraz okołoporodowy
- ◉ Masa dziecka poniżej 2500 g
- ◉ Wady rozwojowe
- ◉ Pępowina dwunaczyniowa
- ◉ Naczynia błędzące w łożysku
- ◉ Zaburzenia oddychania



PLAN OPIEKI PRENATALNEJ I PLAN PORODU

- ◉ Ważne- wspólne opracowanie PLANU OPIEKI PRENATALNEJ oraz PLANU PORODU
- ◉ Powinien uwzględniać wszystkie elementy postępowania medycznego w ciąży i podczas porodu
- ◉ Wybór miejsca porodu
- ◉ Plan- ulega modyfikacji w zależności sytuacji zdrowotnej
- ◉ Jest częścią DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



PLAN PORODU- PRZYKŁAD

Osoba towarzysząca i osoby obecne podczas porodu



- ◉ Poród z bliską osobą/ bez osoby towarzyszącej
- ◉ Osoba towarzysząca przy wszystkich/wybranych zabiegach
- ◉ Udzielanie informacji o postępie porodu osobie towarzyszącej
- ◉ Zgoda na obecność studentów/tek położnictwa i medycyny

PLAN PORODU- PRZYKŁAD

Oczekiwania wobec miejsca porodu



- Poród w domu
- Poród w szpitalu
- Poród w domu narodzin
- Możliwość posłuchania swojej muzyki
- W sali porodowej przyciemnione światło, cisza
- Swoje ubranie

PLAN PORODU- PRZYKŁAD

Przygotowanie do porodu



- Nie wykonywanie żadnych zabiegów przygotowujących do porodu
- Prośba o wykonanie lewatywy, golenie owłosienia łonowego przy przyjęciu do porodu
- Użycie żelu położniczego
- Wyrażenie/Nie wyrażenie zgody na założenie wenflonu, chyba że dojdzie do konieczności podania leków dożylnie.



MIEJSCE PORODU - DOM

Zagadnienia, które należy omówić przed porodem w domu

- ◉ Przygotowanie domu i pomieszczeń do porodu
- ◉ Badania jakie kobieta powinna wykonać w czasie ciąży i tuż przed porodem
- ◉ Wybór szpitala, do którego zostanie przewieziona rodząca w momencie wystąpienia niebezpieczeństwa
- ◉ Zaplanowanie po porodzie wizyty, w czasie której położna wykona niezbędne badania noworodka i położnicy

MIEJSCE PORODU - DOM

Przeciwwskazania do odbycia porodu w domu:

- ◉ Obawa kobiety przed porodem poza szpitalem
- ◉ Odmienne zdania rodziców dziecka na temat porodu
- ◉ Zbyt młody wiek matki
- ◉ Choroby przewlekłe u ciężarnej
- ◉ Obciążony wywiad położniczy
- ◉ Choroby wikłające ciążę
- ◉ Ciąża bliźniacza
- ◉ Położenie płodu podłużne miednicowe lub poprzeczne
- ◉ Poprzedni poród ukończony cięciem cesarskim
- ◉ Ciężarna paląca papierosy
- ◉ Czas potrzebny na pokonanie odległości do szpitala dłuższy niż 15-20 minut



MIEJSCE PORODU - DOM NARODZIN

Warunki bezpiecznego odbycia porodu w domu narodzin

- ◉ Badania przesiewowe, służące wczesnemu wykrywaniu ryzyka
- ◉ Profesjonalne przygotowanie osób, które sprawują opiekę nad rodzącą
- ◉ Dostępna pomoc lekarza w razie wystąpienia powikłań
- ◉ Zapewniony transport do szpitala
- ◉ Obecność sprzętu ratującego życie



MIEJSCE PORODU - SZPITAL

Według współczesnego modelu opieki położniczej „dobry” szpital położniczy to taki, który:

- ◉ Prowadzi Szkołę Rodzenia
- ◉ Umożliwia wybór pozycji w czasie porodu
- ◉ Dopuszcza towarzystwo bliskiej osoby w porodach rodzinnych
- ◉ Stosuje system rooming-in
- ◉ Umożliwia odwiedziny położnicy



RELACJE INTERPERSONALNE



Rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz powinna mieć zapewniony świadomy udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem

Gwarancją dobrego samopoczucia jest nawiązanie dobrego kontaktu z kobietą podczas porodu, poprzez:

- ◉ Powitanie jej osobiście, przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli w opiece
- ◉ Prezentowanie spokojnej i wzbudzającej zaufanie postawy
- ◉ Szanowanie jej prywatności i przedyskutowanie planu porodu
- ◉ Omówienie z rodzącą sposobów radzenia sobie z bólem
- ◉ Uzyskanie zgody rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów
- ◉ Udzielenie informacji na temat sposobów wzywania pomocy
- ◉ W sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą poinformowanie jej o tym fakcie

PIERWSZY OKRES PORODU

Jest okresem liczonym od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do pełnego rozwarcia

- Pierwszy okres porodu dzieli się na fazę utajoną (od 0 do 4 cm, nie można stwierdzić długości jej trwania) oraz fazę aktywną (od ≥ 4 cm)
- Brak postępu porodu stwierdzamy, gdy rozwieranie następuje wolniej niż $\frac{1}{2}$ cm na godzinę, oceniane w odstępach 4 godzinnych.



ROZPOZNANIE PORODU

- ◉ Na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu
- ◉ Należy poinformować o skurczach przepowiadających- 1-2 godzinna obserwacja
- ◉ Miejsce porodu powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem opieki okołoporodowej oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego



PIERWSZY OKRES PORODU



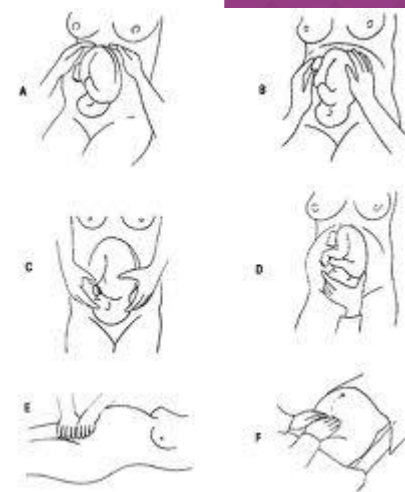
Do zadań osób odpowiedzialnych za prowadzenie porodu fizjologicznego podczas I okresu porodu należy:

- ⊙ Ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie
- ⊙ Przyjęcie rodzącej do porodu:
 - wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - dokonanie analizy przebiegu obecnej i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów oraz powikłań z nimi związanych, rozwoju dzieci,
 - sprawdzenie grupy krwi pacjentki,

PIERWSZY OKRES PORODU

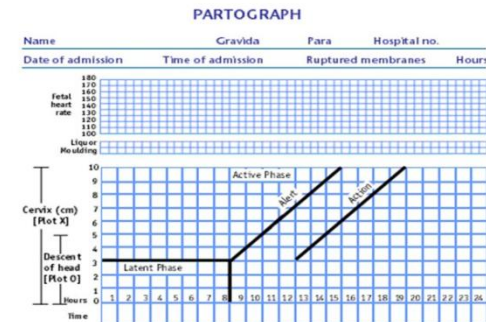


- ocena wyników badań laboratoryjnych. Zalecane jest pobranie u każdej ciężarnej około 35-37 tygodnia ciąży wymazu bakteriologicznego z kanału szyjki macicy w celu wyodrębnienia grupy pacjentek wymagających prewencji antybiotykowej w razie kolonizacji lub zakażenia potencjalnie groźnymi dla płodu i matki bakteriami. Przy braku badania zalecane jest pobranie wymazu przy przyjęciu do porodu,
- ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
- przeprowadzenie badania wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
- dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,



PIERWSZY OKRES PORODU

- dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
- dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
- dokonanie oceny czynników ryzyka,
- założenie dokumentacji medycznej, określonej w odrębnych przepisach,
- dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
- udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).



PIERWSZY OKRES PORODU-PROWADZENIE

Osoba prowadząca poród zobowiązana jest do:

- ⊙ Określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego:
 - dokonywania oceny postępu porodu na podstawie badania wewnętrznego - *per vaginam* **nie częściej niż co 2** godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej. Liczba badań *per vaginam* powinna być ograniczona do niezbędnego **minimum** z uwagi na ryzyko zakażenia wstępującego, zwłaszcza przy odpływaniu płynu owodniowego.
 - dokonywania oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania).

PIERWSZY OKRES PORODU-PROWADZENIE

- ◉ Nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzicą oraz z osobą towarzyszącą, zapewniając poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej.
- ◉ Dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:
 - ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeby i rodzaju wsparcia,
 - prowadzenie obserwacji stanu fizycznego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi (**co 4 godziny**, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej), zabarwienia powłok skórnych i stanu śluzówek oraz kontrola mikcji,
 - ocenę wydzieliny pochwowej,
 - ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy,

PIERWSZY OKRES PORODU-PROWADZENIE

- ◉ Dokonywania oceny stanu płodu poprzez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co 15-30 min. co najmniej przez minutę i różnicowanie z innymi zjawiskami akustycznymi.
- ◉ Monitorowania stanu płodu za pomocą **kardiotokografu -jedynie** w medycznie uzasadnionych przypadkach
- ◉ Prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej



PIERWSZY OKRES PORODU-PROWADZENIE

- Aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie poprzez:
 - informowanie jej o postępie porodu,
 - pomoc rodzącej w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - zachęcanie rodzącej do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - współpraca z osobą towarzyszącą.



PIERWSZY OKRES PORODU-PROWADZENIE

- ◉ Dokumentowanie postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenie partogramu.
- ◉ Przygotowanie zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.



DRUGI OKRES PORODU



To okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem dziecka.

Wyróżnia się:

- Bierny drugi okres porodu - pełne rozwarcie szyjki macicy, nie stwierdza się mimowolnych skurczów partych.
- Aktywną fazę drugiego okresu porodu: główka dziecka jest widoczna, występują mimowolne skurcze partu.



POSTĘP DRUGIEGO OKRESU PORODU

- ◉ Rozpoznanie braku postępu porodu w drugim okresie można postawić, kiedy przez **2 godziny** nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan matki wskazuje na wyczerpanie lub **silne**, nie dające się powstrzymać **parcie trwa ponad godzinę** i nie przynosi efektu.
- ◉ Rozpoznanie braku postępu porodu w drugim okresie można postawić, kiedy okres ten trwa dłużej niż **1 godzinę** i nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan matki wskazuje na wyczerpanie, lub **silne**, nie dające się powstrzymać **parcie trwa ponad godzinę** i nie przynosi efektu

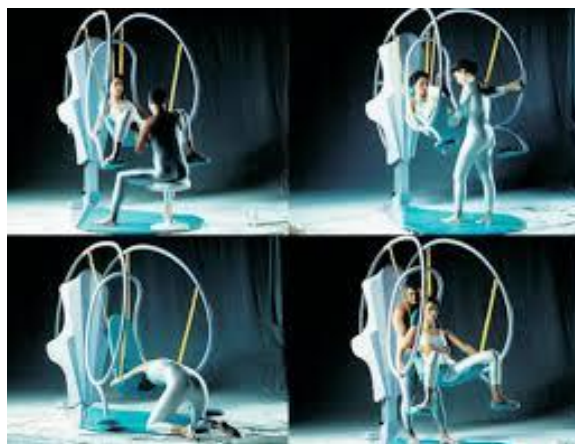
Pierworódki

Wieloródki

DRUGI OKRES PORODU-PROWADZENIE

Pozycja kobiety i parcie w drugim okresie porodu

- ◉ Należy zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą, przy czym preferuje się stosowanie pozycji wertykalnych w drugim okresie porodu.
- ◉ Należy poinformować kobietę, że w drugim okresie porodu powinny kierować się własną potrzebą parcia.



DRUGI OKRES PORODU-PROWADZENIE

Osoba prowadząca poród rozpoznaje II okres porodu opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania wewnętrznego.

W tym okresie porodu zobowiązana jest do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:

- ◉ oceny stanu ogólnego rodzącej;
- ◉ oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
- ◉ oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
- ◉ pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;

DRUGI OKRES PORODU-PROWADZENIE

- ◉ przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- ◉ współpracy z rodzącą umożliwiającą przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
- ◉ ochrony lub nacięcia krocza, w zależności od warunków i potrzeby;
- ◉ kontroli odginania się główki poprzez jej podtrzymywanie dłonią w okolicy ciemienia małego; po urodzeniu główki podjęcia czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
- ◉ po urodzeniu się noworodka, ułożenia go na powłokach brzusznych matki, z zabezpieczeniem przed utratą ciepła.

TRZECI OKRES PORODU

Rozpoczyna się po urodzeniu noworodka i obejmuje oddzielenie oraz wydalenie popłodu

- ⦿ Czas trwania trzeciego okresu porodu nie powinien przekroczyć **1 godziny**
- ⦿ Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie przekracza **400 mililitrów krwi**
- ⦿ Aktywne prowadzenie trzeciego okresu porodu ma na celu zminimalizowanie ryzyka wystąpienia krwotoku okołoporodowego;



TRZECI OKRES PORODU -PROWADZENIE

Osoba prowadząca ten okres porodu zobowiązana jest do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:

- ◉ oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych,
- ◉ położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła,
- ◉ oznakowania noworodka, przed jego odpętnieniem, poprzez założenie mu opasek identyfikacyjnych oraz poinformowania matki o płci dziecka,
- ◉ zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia,
- ◉ przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami,

TRZECI OKRES PORODU -PROWADZENIE

- ◉ oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji,
- ◉ przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to,
- ◉ podania leków naskurczowych,
- ◉ oceny stanu tkanek miękkich kanału rodniego, a w przypadku nacięcia krocza jego rozległość,



TRZECI OKRES PORODU -PROWADZENIE

- ◉ oceny krwawienia z dróg rodnych i stopień jego nasilenia,
- ◉ oceny obkurczenia mięśnia macicy,
- ◉ rozpoznania objawów oddzielenia, rodzenia i wydalenia łożyska,
- ◉ oceny kompletności popłodu,
- ◉ oceny ilości utraconej krwi podczas porodu



CZWARTY OKRES PORODU



Obejmuje pierwsze 2 godziny po porodzie.

- Prowadzenie tego okresu wiąże się z podjęciem zadań adekwatnych dla potrzeb matki oraz noworodka.



CZWARTY OKRES PORODU



Opieka nad matką podczas IV okresu porodu obejmuje:

- kontrolę i ocenę stanu ogólnego bezpośrednio po porodzie oraz w pierwszej i drugiej godzinie po porodzie;
- kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych;
- kontrolę stanu kanału rodного ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
- zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodного i krocza.

!!! Osoba prowadząca poród jest zobowiązana wypełnić dokumentację przebiegu porodu !!!

CZWARTY OKRES PORODU

- ◉ Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”- 2h
- ◉ Pamiętamy o zaoferowaniu pomocy
- ◉ Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar.
- ◉ U noworodków urodzonych w stanie dobrym (8 - 10 pkt) ocenę tą należy wykonać dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia.
- ◉ U noworodków urodzonych w stanie średnim (4 - 7 pkt Apgar) i ciężkim (0 - 3 pkt Apgar) ocena powinna być dokonana także w trzeciej i dziesiątej minucie życia.

POŁÓG

Okres rozpoczynający się po porodzie i trwający 6-8 tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem

- ◉ Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania/pobytu



POŁÓG

Opieka nad położnicą obejmuje:

- ◉ ocenę stanu ogólnego położnicy,
- ◉ ocenę stanu położniczego
- ◉ ocenę laktacji i poradnictwo laktacyjne,
- ◉ ocenę czynności pęcherza moczowego i jelit,
- ◉ ocenę higieny ciała,
- ◉ ocenę stanu psychicznego położnicy,
- ◉ ocenę relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.



POŁÓG

- Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
- Szpital lub inny podmiot sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez rodziców lub opiekunów prawnych noworodka.
- Zgłoszenie zawiera dane dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu.



POŁÓG

- ◉ Położna wykonuje nie mniej niż **4 wizyty**. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu **48 godzin** od otrzymania zgłoszenia urodzenia dziecka.
- ◉ Położna planując i realizując indywidualny plan opieki kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.



POŁÓG



Położna prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą położnicy i noworodka, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W realizacji świadczeń opieki zdrowotnej położna POZ współpracuje z:

- ◉ lekarzem ginekologiem-położnikiem,
- ◉ lekarzem POZ,
- ◉ pielęgniarką POZ,
- ◉ innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców,
- ◉ przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia,
- ◉ szpitalem lub innym podmiotem sprawującym opiekę nad położnicą i noworodkiem podczas porodu i we wczesnym okresie poporodowym.

POŁÓG

- ◉ W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres jej kompetencji, położna przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza POZ.
- ◉ Po osiągnięciu przez dziecko 2 miesięcy życia, położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce rodzinnej



PRAWA PACJENTA

- ◉ Prawa pacjenta a prawa i obowiązki pacjenta zawarte w regulaminach
- ◉ W wyniku trwających od 2008r. prac legislacyjnych, sejm przyjął dnia 6 listopada 2008r. Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- ◉ Skonstruowany katalog praw pacjenta odnosi się do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i udzielanych w ramach indywidualnej i grupowej praktyki położnych



PRAWA PACJENTA

Najistotniejsze prawa z punktu widzenia pacjentek korzystających z szeroko rozumianej opieki położniczej :

- ◉ Prawo do poszanowania intymności i godności
- ◉ Prawo do informacji
- ◉ Prawo do wyrażania zgody na interwencje medyczne
- ◉ Prawo do dodatkowej opinii lub konsultacji
- ◉ Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską
- ◉ Prawo do kontaktu z osobami bliskimi
- ◉ Prawo do tajemnicy informacji z nią związanych
- ◉ Prawo do dokumentacji medycznej



PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI

- ◉ Zwracanie się w sposób poufaty- „Kochaniutka, Mała Dziewczyno...”
- ◉ Komentowanie wyglądu i budowy ciała
- ◉ Rozmowa o pacjentce bez zwracania się bezpośrednio do niej
- ◉ Poddawanie w wątpliwość możliwości kobiety- „... z takimi piersiami nie wykarmi Pani dziecka...”
- ◉ Pojedyncze sale porodowe
- ◉ Przedstawienie się z imienia i nazwiska osób sprawujących opiekę nad pacjentką
- ◉ Zadbanie by poczucie dyskomfortu w trakcie wykonywania świadczeń było jak najmniejsze
- ◉ Ograniczenie ilości osób w trakcie wykonywania świadczeń medycznych czy w trakcie samego porodu

Działania niedopuszczalne

Przykłady dobrych praktyk

PRAWO DO INFORMACJI

- ◉ ...Nie wiedziałam co się ze mną dzieje, podłączono mnie do KTG i podłączono kroplówkę nie informując o niczym...
- ◉ ...Podczas obchodu omawiano MÓJ PRZYPADEK nie zwracając się do mnie osobiście...
- ◉ ...Nic nie rozumiałam, gdyż używano specjalistycznego, medycznego języka...
- ◉ ...Po porodzie nie wiedziałam kogo spytać, dlaczego jego przebieg był tak trudny...
- ◉ Pacjentka wie, kto z personelu jest za nią odpowiedzialny i do kogo może kierować swoje pytania
- ◉ Przy przyjęciu kobieta jest informowana o procedurach obowiązujących w oddziale
- ◉ Ma możliwość wyrażenia swoich życzeń i oczekiwań odnośnie porodu

**Naruszenie prawa w opinii
kobiet**

Przykłady dobrych praktyk

PRAWO DO WYRAŻANIA ZGODY NA INTERWENCJE MEDYCZNE

- ◉ ...W czasie parcia lekarz naciął mnie z zaskoczenia. Nikt się mnie o to nie pytał ani nawet nie ostrzegł !...
- ◉ ...Położna powiedziała „idziemy rodzić” , przebiła pęcherz, podłączyła kroplówkę z oksytocyną, i już...
- ◉ Pielęgniarka noworodkowa weszła do sali, powiedziała „ zabieram dziecko na badania” i zniknęła z moim synkiem...
- ◉ Formularz pisemnej zgody przy przyjęciu do szpitala zawiera listę możliwych działań medycznych stosowanych podczas opieki czy porodu. W trakcie porodu ponawiane jest pytanie o zgodę
- ◉ Respektowanie wcześniej omówionego PLANU PORODU
- ◉ Udział w Szkole Rodzenia ułatwia kobietom korzystanie z tego prawa - są one bardziej świadome

Naruszenie prawa w opinii kobiet

Przykłady dobrych praktyk

PRAWO DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIĄ ZWIĄZANYCH

- ◉ ...Wywiad przy przyjmowaniu do szpitala odbywał się w ogólnej izbie przyjęć. Było to duże pomieszczenie, w którym przyjmowano kilku pacjentów na raz na różne oddziały...
- ◉ ...Przy przyjęciu do szpitala upoważniłam mojego męża do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia. Pomimo to, gdy po porodzie do dyżurki położnych zadzwoniła moja mama, poinformowaną ją, że już urodziłam...
- ◉ Dokumentacja pacjentek przechowywana jest w dyżurce położnych. Dostęp do niej mają tylko osoby upoważnione.
- ◉ Odpowiednio urządzona izba przyjęć , aby żadna podawana informacja nie mogła dotrzeć do osób nie powołanych
- ◉ Diagnoza, rozmowa o terapii powinna być przeprowadzona w cztery oczy, również jeśli dotyczy dziecka

Naruszenie prawa w opinii kobiet

Przykłady dobrych praktyk



PODSUMOWANIE

- ◉ Przedmiotowa regulacja skutkuje zapewnieniem jednolitej organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego oraz połogu oraz opieki nad noworodkiem, finansowanej zarówno ze środków publicznych, będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i innych źródeł.
- ◉ Ma pozytywny wpływ na jakość i dostępność tej opieki.



Dziękuję za uwagę

