



MODEL OPIEKI  
NAD KOBIETĄ I DZIECKIEM  
W FIZJOLOGICZNYM OKRESIE  
OKOŁOPORODOWYM  
W PRAKTYCE POZASZPITALNEJ

OPRACOWANY PRZEZ  
SEKCJĘ POŁOŻNYCH NIEZALEŻNYCH  
PRZY STOWARZYSZENIU „DOBRCZE URODZENI”

Edyta Dzierżak-Postek, Magdalena Krauze, Katarzyna  
Oleś, Maria Romanowska, Magdalena Witkiewicz

Warszawa, 2019 r

Niniejsze opracowanie jest objęte prawami autorskimi należącymi do Sekcji Położnych Niezależnych przy stowarzyszeniu Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”. Żaden fragment opracowania nie może być powielany lub rozpowszechniany w żadnej formie i w żaden sposób bez uprzedniego zezwolenia.

Konsultacja naukowa: dr n. med. Barbara Baranowska

MODEL OPIEKI NAD KOBIETĄ I DZIECKIEM  
W FIZJOLOGICZNYM OKRESIE OKOŁOPORODOWYM W PRAKTYCE POZASZPITALNEJ,  
SEKCJA POŁOŻNYCH NIEZALEZNYCH „DOBRCZE URODZENI”

*Kiedy w 2006 roku zawiązało się stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”, jedną z pierwszych i bardzo ważnych kwestii diskutowanych w gronie zrzeszonych położnych zajmujących się porodami domowymi było uregulowanie zasad pracy według wspólnych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną standardów. Celem było ujednoczenie pozaszpitalnej opieki okołoporodowej świadczonej przez położne i sprawowanie jej na najwyższym możliwym poziomie. Miało to tym większe znaczenie, że nie funkcjonowały wtedy żadne zasady dotyczące kwalifikacji i prowadzenia porodu w domu oraz opieki nad matką i dzieckiem po porodzie pozaszpitalnym.*

*W 2008 roku wprowadzony w życie został model opieki stworzony przez zespół położnych niezależnych: Edytę Dzierżak-Postek, Katarzynę Grzybowską, Magdalenę Krauze, Katarzynę Oleś, Marię Romanowską oraz Magdalenę Witkiewicz. Model ten funkcjonował, z niewielkimi poprawkami, do roku 2019 będąc podstawą pracy położnych niezależnych zrzeszonych w stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni”. Był też inspiracją dla położnych nie będących członkiniami stowarzyszenia.*

*Na podstawie modelu oraz obowiązujących przepisów stworzony został wzór dokumentacji medycznej oraz umowa z klientką, co bardzo pomogło w profesjonalizowaniu pozaszpitalnej opieki okołoporodowej.*

*Dane pozyskane z ujednoczonej dokumentacji stały się podstawą do opracowywania statystyki związanej z porodami domowymi – od 2008 roku jest to jedyne wiarygodne i rzetelne źródło wiedzy na temat porodów pozaszpitalnych prowadzonych przez położne w naszym kraju. Statystyki pozwoliły także podjąć merytoryczną dyskusję w tej kwestii udowadniając, że planowane, fizjologiczne porody domowe są bezpieczną alternatywą dla porodów szpitalnych.*

*W 2019 roku model został zaktualizowany przez Edytę Dzierżak-Postek oraz Marię Romanowską – zgodnie z zasadami evidence-based medicine oraz obowiązującymi w Polsce uregulowaniami prawnymi, a także wykorzystując zdobyte przez lata doświadczenia zrzeszonych w stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni”. Wierzymy, że model będzie pełnił swoje zadanie jeszcze lepiej, stanowiąc wsparcie dla położnych oraz dając korzystającym z ich usług rodzicom poczucie bezpieczeństwa podczas narodzin ich dziecka.*

*Autorki*

## Wprowadzenie

Model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej dotyczy kobiet zdrowych w ciąży fizjologicznej, przygotowujących się do porodu i rodzicielstwa pod opieką specjalistów, w tym położnych. Proces ten jest złożony i wymaga ścisłej współpracy położnej (lub zespołu położnych) i jej podopiecznej. Bardzo ważną osobą jest ojciec dziecka lub inna bliska osoba towarzysząca kobiecie przygotowującej się do porodu (1). W procesie kwalifikacji do porodu pozaszpitalnego pod uwagę brane są czynniki zdrowotne, psychospołeczne, przebieg ciąży, a nade wszystko emocjonalne przygotowanie do narodzin dziecka i poczucie bezpieczeństwa wszystkich uczestników porodu.

Definicję porodu normalnego przyjmujemy za:

- Światową Organizacją Zdrowia (World Health Organization – WHO), która podaje, że „poród normalny zaczyna się w sposób spontaniczny; niskie ryzyko występuje na początku i utrzymuje się do końca porodu. Dziecko rodzi się spontanicznie w ułożeniu główkowym, pomiędzy 37. a 42. tygodniem ciąży. Po porodzie matka i dziecko są w dobrym stanie zdrowia”(2)

oraz

- Europejską Siecią Stowarzyszeń na Rzecz Narodzin (European Network of Childbirth of Associations – ENCA), zgodnie z którą „poród normalny rozpoczyna się samoistnie, urodzenie dziecka i łożyska odbywa się w czasie specyficznym dla każdej kobiety i dzięki jej wysiłkowi, a dziecko po urodzeniu pozostaje przy matce. Interwencje medyczne, takie jak sztuczne przebicie pęcherza płodowego, wywoływanie lub przyspieszanie porodu, znieczulenie i nacięcie krocza, nie powinny być stosowane rutynowo ani traktowane jako składowa porodu normalnego” (3)

Położna prowadząca samodzielną praktykę pozaszpitalną (położna niezależna) to osoba, która uzyskała dyplom położnej i ma prawo wykonywania zawodu położnej, wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, a także zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz doświadczenie w pracy zawodowej. To także osoba, która kreuje pozytywny wizerunek położnej, współpracuje z zespołem specjalistów, nieustannie pogłębia swoją wiedzę i dzieli się nią, sprawuje holistyczną opiekę nad kobietą i jej rodziną.

Obie przedstawione wyżej definicje porodu są podstawą rozumienia przez nas zdrowia, a nasze działania są ukierunkowane na podtrzymywanie i wspieranie fizjologii. Unikamy interwencji, które mogą zaburzyć naturalny przebieg ciąży, porodu i porożu.

Badania naukowe z ostatnich lat dostarczają dowodów na bezpieczeństwo porodów domowych, przy zachowaniu właściwej kwalifikacji (4–10). W Polsce kobiety mogą wybrać miejsce urodzenia swojego dziecka. Prawo do wyboru miejsca porodu zostało zapisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (11).

Celem prezentowanego poniżej Modelu jest:

- odbudowanie i wzmacnianie prestiżu zawodu położnej,
- tworzenie alternatywnych miejsc porodu i wbudowanie ich w struktury polskiego położnictwa,
- wspieranie osób, które w takich miejscach chcą rodzić,
- stworzenie jednolitych standardów postępowania podczas porodu pozaszpitalnego, zgodnych z nowoczesną wiedzą położniczą oraz tworzenie i prowadzenie jednolitej dokumentacji medycznej,
- zapewnienie kobietom i ich rodzinom indywidualnej, holistycznej opieki świadczonej przez położne.

1. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.

2. Technical working group. Care in Normal Birth: a practical guide [Internet]. Geneva; 1996 s. 58. Dostępne na: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
3. <http://enca.info/>. Dostępne na: <http://enca.info/>
4. Jensen S, Colmorn LB, Schroll A-M, Krebs L. Quality assessment of home births in Denmark. 2017;8.
5. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, i in. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Bmj*. 23 listopad 2011;343:d7400.
6. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. luty 2014;59(1):17-27.
7. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, i in. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*. 2018;
8. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, i in. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2009;116(9):1177-1184.
9. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes Associated With Planned Home and Planned Hospital Births in Low-risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003 to 2006: A Retrospective Cohort Study. *Obstet Anesth Dig*. 2010;30(3):176-177.
10. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Cmaj*. 2009;181(6-7):377-383.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz.U. Poz. 1756*. 2018.
12. Cnota W, Mucha D, Mucha J. Zakażenia perinatalne paciorkowcami grupy B a powikłania u noworodków. Doświadczenia własne. *Ginekol Perinatol Prakt*. 2017;2(3):87-92.
13. Barber EL, Zhao G, Buhimschi IA, Illuzzi JL. Duration of intrapartum prophylaxis and concentration of penicillin G in fetal serum at delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):265.
14. Braye K, Ferguson J, Davis D, Catling C, Monk A, Foureur M. Effectiveness of intrapartum antibiotic prophylaxis for early-onset group B Streptococcal infection: An integrative review. *Women Birth*. 2018;31(4):244-253.
15. Hale AJ, Snyder GM, Ahern JW, Eliopoulos G, Ricotta D, Alston WK. When are Oral Antibiotics a Safe and Effective Choice for Bacterial Bloodstream Infections? An Evidence-Based Narrative Review. *J Hosp Med*. 2018;13(5):328-335.

# Model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej

## Organizacja pracy położnej w praktyce pozaszpitalnej

Zespół położnych to grupa położnych ściśle ze sobą współpracujących, wspólnie sprawujących opiekę nad kobietą i jej rodziną. Każda kobieta będąca pod jego opieką ma położną prowadzącą, która sprawuje opiekę w okresie ciąży i porodu oraz prowadzi i przyjmuje jej poród w asyście innej położnej z zespołu.

Każda położna współpracuje z:

- lekarzem ginekologiem,
- lekarzem pediatrą,
- szpitalem położniczym,
- laboratorium,
- fizjoterapeutą,
- psychologiem,
- szkołą rodzenia,
- doradcą/konsultantem laktacyjnym.

PROGRAM OPIEKI NAD KOBIETĄ W CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ PROWADZONEJ PRZEZ POŁOŻNĄ (zgodny z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego <i>Opieka przedporodowa w prawidłowej ciąży</i> )		
Termin wizyty	Schemat wizyty	Badania diagnostyczne i konsultacje
Do 10 t.c. lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi.)</li> <li>- określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI.</li> <li>- badanie ginekologiczne z użyciem wziernika i zestawione</li> <li>- badanie gruczołów sutkowych pod kątem zmian patologicznych oraz ocena brodawki sutkowej pod kątem przygotowania do laktacji</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> <li>- przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grupa krwi i czynnik Rh</li> <li>- przeciwciała odpornościowe o antygenów krwinek czerwonych.</li> <li>- morfologia krwi</li> <li>- badanie ogólne moczu</li> <li>- badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM.</li> <li>- VDRL</li> <li>- antygen HBs</li> <li>- HIV</li> <li>- HCV</li> <li>- toksoplasmoza (IgG, IgM)</li> <li>- różyczka (IgG, IgM)</li> <li>- CMV (IgG, IgM)</li> <li>- TSH, FT4</li> <li>- badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> <li>- konsultacja stomatologiczna</li> <li>- konsultacja lekarza ginekologa-położnika</li> </ul>
11-14 t.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i rozpoznanie sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- ocena ryzyka wystąpienia i/lub nasilenia objawów depresji</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- oznaczenie przypuszczalnego terminu porodu (z uwzględnieniem wyniku USG, długości cyklu miesięczkowego, jego ewentualnej obserwacji i przypuszczalnej daty poczęcia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).</li> <li>- badanie ogólne moczu</li> <li>- ewentualna diagnostyka w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie zgodnie ze wskazaniami i wyborem ciężarnej</li> </ul>
15-20 t.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- ocena ryzyka wystąpienia i/lub nasilenia objawów depresji</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie ogólne moczu</li> <li>- morfologia krwi</li> <li>- ewentualna diagnostyka w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie zgodnie ze wskazaniami i wyborem ciężarnej</li> </ul>
18-22 t.c.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).</li> </ul>
21-26 t.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ruchów płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> <li>- rozpoczęcie edukacji przedporodowej.</li> <li>- przekazanie ciężarnej informacji na temat możliwości wyboru miejsca porodu</li> <li>- zapoznanie ciężarnej z różnymi formami edukacji przedporodowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy.</li> <li>- badanie ogólne moczu</li> <li>- przeciwciała anty-D</li> <li>- morfologia</li> <li>- Toxo IgG i IgM (u kobiet z ujemnym wynikiem IgG i IgM w I trymestrze)</li> <li>- CMV IgG i IgM (u kobiet z ujemnym wynikiem IgG i IgM w I trymestrze)</li> <li>- konsultacja lekarza ginekologa-położnika</li> </ul>
27-32 t.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ruchów płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- ocena ryzyka wystąpienia i/lub nasilenia objawów depresji</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> <li>- kontynuacja edukacji przedporodowej.</li> <li>- wsparcie emocjonalne i pomoc merytoryczna w podjęciu samodzielnej decyzji o sposobie i miejscu porodu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- morfologia krwi.</li> <li>- badanie ogólne moczu.</li> <li>- przeciwciała anty-D u kobiet Rh (-).</li> <li>- badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.</li> <li>- w przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anty-D (28–30 tydzień ciąży)</li> </ul>



33-37 t.c	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ruchów płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- ocena ryzyka wystąpienia i/lub nasilenia objawów depresji</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> <li>- kontynuacja edukacji przedporodowej.</li> <li>- wsparcie emocjonalne i pomoc merytoryczna w przygotowaniu do porodu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- morfologia krwi.</li> <li>- badanie ogólne moczu.</li> <li>- badanie antygenu HBs.</li> <li>- badanie HIV.</li> <li>- posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży).</li> <li>- Badanie VDRL,</li> <li>- badanie HCV</li> <li>- fibrynogen</li> <li>- Toxo IgG i IgM</li> <li>- CMV IgG i IgM</li> <li>- konsultacja lekarza ginekologa-położnika</li> </ul>
38-39 t.c.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ruchów płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> <li>- ocena ryzyka wystąpienia i/lub nasilenia objawów depresji</li> <li>- edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego trybu życia i sposobu odżywiania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie ogólne moczu</li> <li>- morfologia krwi.</li> </ul>
.Nieżwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie podmiotowe i przedmiotowe (obowiązkowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała)</li> <li>- badanie ginekologiczne w zależności od wskazań</li> <li>- ocena czynności serca płodu</li> <li>- ocena ruchów płodu</li> <li>- ocena ryzyka ciążowego</li> <li>- ocena stanu emocjonalnego i sytuacji rodzinnej ciężarnej</li> </ul> <p>Przy każdym kontakcie z ciężarną po terminie porodu należy uwzględnić jej stan emocjonalny i poczucie bezpieczeństwa oraz zaproponować alternatywne, naturalne metody przygotowania ciała do porodu.</p>	Badanie KTG. oraz badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP
7 dni po terminie porodu	<p>Badanie KTG oraz badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. Przy prawidłowych parametrach ocenionych w KTG i USG zaleca się kontrolę stanu ogólnego i emocjonalnego ciężarnej, liczenie ruchów dziecka i postępowanie wyczekujące</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 i 12 dni po TP – postępowanie jak wyżej</li> </ul> <p>Jeżeli poród nie rozpocznie się samoistnie przed ukończeniem 42 tyg. ciąży, zalecana hospitalizacja i odbycie porodu w warunkach szpitalnych.</p>	

Kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.

## Zasady kwalifikacji do porodu pozaszpitalnego

### Przeciwwskazania bezwzględne do porodu pozaszpitalnego:

choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby wątroby, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia, trombofilia lub zespół antyfosfolipidowy,

- otyłość (BMI  $\geq$  30 na początku ciąży i/lub BMI  $\geq$  35 w przebiegu ciąży),
- cukrzyca ciężarnych (GDMG1 i GDMG2),
- nadciśnienie ciążowe,
- cholestaza ciężarnych,
- stan po leczeniu niepłodności (obecna ciąża w wyniku stymulacji hormonalnej, zapłodnienia pozaustrojowego),
- trwająca infekcja dróg moczowych w III trymestrze ciąży (potwierdzona badaniem posiewu moczu),
- trwająca infekcja z towarzyszącą jej gorączką, potwierdzona badaniami laboratoryjnymi (CRP, morfologia z rozmazem),
- nawracające liczne infekcje w przebiegu ciąży,
- nadczynność tarczycy leczona farmakologicznie,
- stosowanie i uzależnienia w czasie ciąży (od środków psychoaktywnych, alkoholu, papierosów),
- zakażenie HIV, HCV, HBS, WR,
- zakażenie wirusem cytomegalii, toxoplazmozy, różyczki w trakcie ciąży,
- opryszczka genitalna,
- położenie płodu inne niż podłużne główkowe,
- ciąża wielopłodowa,
- poród przed ukończeniem 37. tc.,
- poród po ukończeniu 42. tc.,
- nieprawidłowa lokalizacja łożyska,

- stan po operacjach macicy (w tym również po cięciu cesarskim) i dolnego odcinka układu rozrodczego, rozległych uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy,
- hypotrofia płodu,
- makrosomia płodu,
- małowodzie,
- wielowodzie,
- nieprawidłowe przepływy w badaniu USG,
- nieprawidłowa budowa miednicy kostnej ciężarnej,
- głęboka niedokrwistość ciężarnej,
- małopłytkowość (PLT < 120 tys.),
- fibrynogen poniżej 370 mg/dl,
- nieprawidłowy zapis KTG.

### Przeciwwskazania względne do porodu pozaszpitalnego

- dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS),
- nieleczone, czynne infekcje pochwy,
- stan po łyżeczkowaniu jamy macicy (należy wziąć pod uwagę przyczynę łyżeczkowania, przebieg zabiegu, ewentualne wystąpienie krwotoku z dróg rodnych, a także to, czy łyżeczkowania były związane z ciążą, poronieniem, powikłaniami III i/lub IV okresu porodu; te ostatnie powinny być traktowane najostrożniej),
- wieloletnia antykoncepcja hormonalna lub usunięcie wkładki domaciczej na krótko przed bieżącą ciążą,

- mięśniaki macicy (konieczna kontrola wielkości oraz umiejscowienia mięśniaków w badaniu USG, dokładny wywiad – krwotoczność miesiączek, zwiększone krwawienie z dróg rodnych po poprzednich porodach),
- ciężarna niepełnoletnia (konieczna pisemna zgoda prawnego opiekuna na odbycie porodu poza szpitalem, dołączona do dokumentacji medycznej),
- małopłytkowość (PLT 120-150 tys.); poród poza szpitalem możliwy tylko wtedy, gdy wynik koagulogramu jest prawidłowy,
- obciążony wywiad położniczy,
- zły stan psychiczny ciężarnej po 37 tyg. ciąży.

## Zasady postępowania podczas porodu pozaszpitalnego

### Prawidłowe ustalenie terminu porodu

Ustalając prawidłowy termin porodu, należy wziąć pod uwagę:

- długość cykli miesięczkowych,
- prawdopodobną datę poczęcia,
- czas trwania poprzednich ciąży (czy porody były samoistne i czy nastąpiły przed terminem porodu czy po nim),
- ocenę wieku ciąży za pomocą badania USG wykonanego do 13 + 6. tygodnia ciąży.

### Postępowanie po terminie porodu

- Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży - badanie KTG oraz badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
- 7 dni po TP – Badanie KTG oraz badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. Przy prawidłowych parametrach ocenionych w KTG i USG zaleca się kontrolę stanu ogólnego i emocjonalnego ciężarnej, liczenie ruchów dziecka i postępowanie wyczekujące.
- 10 i 12 dni po TP – postępowanie jak wyżej.
- Jeżeli poród nie rozpocznie się samoistnie przed ukończeniem 42 tyg. ciąży, zalecana hospitalizacja i odbycie porodu w warunkach szpitalnych.

Przy każdym kontakcie z ciężarną po terminie porodu należy uwzględnić jej stan emocjonalny i poczucie bezpieczeństwa oraz zaproponować alternatywne, naturalne metody przygotowania ciała do porodu.

## Postępowanie po odpłynięciu czystego płynu owodniowego bez wystąpienia czynności skurczowej do 12 godzin:

- obserwacja zabarwienia płynu owodniowego,
- kontrola temperatury ciała co 4–6 godz. (norma do 37,5°C),
- kontrola częstości tętna (HR) ciężarnej,
- przy GBS (+) rozpoczęcie antybiotykoterapii doustnej natychmiast po odpłynięciu płynu owodniowego,
- zakaz kąpieli w wodzie stojącej przed rozpoczęciem regularnej czynności skurczowej,
- doustne przyjmowanie ok. 2,5 litra płynów na dobę,
- częsta zmiana wkładek,
- higiena krocza (podmywanie się po skorzystaniu z toalety),
- unikanie badań wewnętrznych (w przypadku konieczności wykonania badania niezbędne jest użycie jałowej rękawiczki).

powyżej 12 godzin:

- postępowanie jak dotychczas oraz
- wykonanie badania KTG,
- wykonanie badań laboratoryjnych (morfologia z rozmazem oraz oznaczenie CRP),
- badanie wewnętrzne (koniecznie użycie jałowej rękawiczki).

Jeżeli badane parametry są w normie, to przez następnych 12 godzin zaleca się postępowanie opisane wyżej. Jeżeli po 24 godzinach nadal brak jest czynności skurczowej, poród powinien odbyć się w szpitalu.

Jeżeli w ciągu 24 godzin od odpłynięcia płynu owodniowego wystąpiła regularna czynność skurczowa dająca postęp porodu, a zapis KTG oraz wyniki badań laboratoryjnych są prawidłowe, to można podjąć próbę porodu w domu.

Po odpłynięciu płynu owodniowego, przy braku wystąpienia samoistnej, efektywnej czynności skurczowej pożądane są naturalne metody stymulacji czynności skurczowej (masaż, akupresura, akupunktura, stymulacja brodawek sutkowych aktywność seksualna, przezskórna stymulacja nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS).

Jeśli poród odbędzie się w domu, a całkowity czas odpływania płynu owodniowego przekroczy 18 godzin, konieczna jest diagnostyka noworodka w kierunku infekcji. Między 24. a 48, godziną życia noworodka należy pobrać krew na morfologię z rozmazem i CRP.

## Postępowanie po odpłynięciu zielonego płynu owodniowego

Jeżeli sytuacja położnicza (stopień zaawansowania porodu) pozwala na szybki przewóz rodzącej, wskazany jest transfer celem kontynuacji porodu w szpitalu.

Jeżeli sytuacja położnicza nie pozwala na szybki transfer, zalecana kontynuacja porodu w domu.

## Postępowanie przy dodatnim wyniku posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS)

Rodząca z dodatnim wynikiem posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS) powinna zostać objęta śródporodową profilaktyką antybiotykową zgodnie z antybiogramem. Wobec istnienia zwiększonego ryzyka wystąpienia działań niepożądanych przy dożylnym podaniu antybiotyku, w warunkach pozaszpitalnych zaleca się stosowanie doustnej profilaktyki antybiotykowej. W momencie rozpoczęcia porodu, po konsultacji z położną prowadzącą, rodząca przyjmuje pierwszą dawkę antybiotyku i kontynuuje jego przyjmowanie do końca porodu zgodnie z przyjętym schematem śródporodowej profilaktyki antybiotykowej.

Po porodzie konieczna jest diagnostyka noworodka w kierunku infekcji. Między 24. a 48, godziną życia noworodka należy pobrać krew żylną celem wykonania morfologii z rozmazem i CRP. W trakcie każdej wizyty położnej w pierwszych 7 dobach połogu należy wykonać pełne badanie fizykalne noworodka oraz badanie pulsoksymetryczne. Wszystkie ww badania należy wykonać u każdego noworodka urodzonego w domu, bez względu na czas trwania śródporodowej profilaktyki antybiotykowej.

Jeżeli stan kliniczny noworodka lub wyniki wykonanych badań odbiegają od normy, konieczna jest natychmiastowa hospitalizacja dziecka.

## Monitorowanie dobrostanu płodu

Jeśli czynność serca płodu (FHR) jest prawidłowa, nie ma konieczności wykonywania badania KTG w przebiegu porodu fizjologicznego. Ważna jest osłuchowa ocena reaktywności tętna płodu, obecność akceleracji, brak deceleracji itp. W związku z powyższym zaleca się słuchanie FHR przed skurczem, w jego trakcie i po nim. Należy to robić regularnie i rzetelnie co 15 minut w I okresie porodu i po każdym skurczu w fazie aktywnej II okresu porodu. Badanie KTG wykonujemy, gdy poród się przedłuża i po 12 godzinach od odpłynięcia czystego płynu owodniowego, jeśli nie rozpoczął się jeszcze I okres porodu.



## Wskazania do przewozu pacjentki do szpitala

### *W przebiegu porodu*

- odplnięcie zielonego płynu owodniowego,
- zaburzenia czynności serca płodu,
- nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu,
- wypadnięcie lub przodowanie części drobnych płodu i/lub pępowiny,
- nieprawidłowe parametry życiowe rodzącej (częstość oddechów, częstość pracy serca, temperatura) lub jej zły stan kliniczny przed i w trakcie porodu,
- nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych w I, II, III lub IV okresie porodu,
- brak postępu porodu w I, II lub III okresie porodu stwierdzony przez położną prowadzącą poród,
- zły stan psychiczny rodzącej (zmęczenie, lęk) i/lub osoby towarzyszącej albo położnej,
- konieczność kontynuacji porodu z zastosowaniem analgezji farmakologicznej,
- niekompletny popłód,
- pęknięcie krocza III i IV stopnia,
- źle układająca się współpraca pomiędzy rodzącą i/lub osobą towarzyszącą a położną.

### *Po porodzie*

- nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych,
- zły stan kliniczny położnicy,
- zły stan psychiczny położnicy,
- zły stan kliniczny noworodka.

W przypadku zaistnienia konieczności przetransportowania rodzącej do szpitala, położna może wezwać zespół Pogotowia Ratunkowego. Rodzącą można także przewieźć samochodem prywatnym. W drodze do szpitala położna powinna

towarzyszyć podopiecznej i/lub jej dziecku przynajmniej do momentu przekazania ich pod opiekę zespołu medycznego karetki lub szpitala. W przypadku przejazdu do szpitala transportem własnym, o miejscu, do którego zostanie przewieziona rodząca i/lub noworodek decyduje położna sprawująca opiekę. Decyzja o środku i sposobie transportu również pozostaje w gestii położnej. Jeśli poród nie wymaga natychmiastowego ukończenia zabiegowego, a położna ma podpisaną ze szpitalem umowę na świadczenie indywidualnej opieki okołoporodowej w tej placówce, może ona nadal sprawować opiekę nad swoją podopieczną. Niektóre położne podpisują umowy o współpracy z różnymi placówkami, dzięki czemu mogą przebywać na terenie szpitala w charakterze osoby towarzyszącej pacjentce. Tak samo mogą pracować również doule.

## ROZPOCZĘCIE PORODU

CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
<b>Początek opieki</b>		
Pierwsza konsultacja telefoniczna	Na podstawie relacji podopiecznej położna ocenia objawy rozpoczynającego się porodu	*Podopieczna zobowiązana jest rzetelnie zrelacjonować położnej występujące objawy: - częstotliwość, czas trwania, nasilenie czynności skurczowej - fakt odpływania płynu owodniowego i jego zabarwienie - charakter wydzieliny z pochwy - odczuwanie ruchów płodu - swój stan ogólny i emocjonalny * Podopieczna powinna potwierdzić swoją decyzję chęci odbycia porodu w domu * Na podstawie zebranych informacji położna wydaje zalecenia dotyczące dalszego postępowania
Kolejne konsultacje telefoniczne	Na podstawie relacji podopiecznej położna ocenia dynamikę rozpoczynającego się porodu, występowanie lub brak czynników ryzyka oraz stan emocjonalny rodzącej	* Podopieczna relacjonuje sytuację jak w opisie powyżej. * Położna identyfikuje ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródporodową profilaktyką antybiotykową (w przypadku stwierdzonego nosicielstwa paciorkowca grupy B) i ewentualnie podejmuje niezbędne działania profilaktyczne
Wezwanie do porodu	Na podstawie relacji podopiecznej położna ocenia dynamikę rozpoczynającego się porodu, występowanie lub brak czynników ryzyka oraz stan emocjonalny rodzącej	Decyzją położnej i/lub na wezwanie rodzącej położna udaje się do miejsca porodu

## POSTĘPOWANIE W PRZEBIEGU PORODU POZASZPITALNEGO

I OKRES PORODU		
CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
<b>Początek opieki w miejscu porodu</b>		
Wstępne rozpoznanie sytuacji położniczej, stanu ogólnego i emocjonalnego rodzącej	Podjęcie decyzji o miejscu i sposobie dalszego prowadzenia porodu na podstawie oceny: - dobrostanu płodu - sytuacji położniczej - stanu ogólnego i emocjonalnego rodzącej i/lub osoby towarzyszącej	Położna podejmuje decyzję o kontynuacji opieki nad rodzącą w domu, oceniwszy ewentualne czynniki ryzyka
<b>Kontynuacja opieki podczas porodu fizjologicznego</b>		
Ocena stanu ogólnego rodzącej	Kontrola parametrów stanu ogólnego	Obowiązkowo należy kontrolować RR, temperaturę ciała i HR, zabarwienie powłok skórnych, stan śluzówek nie rzadziej niż co 2 godziny
Ocena dobrostanu płodu	Rzetelna osłuchowa ocena czynności serca płodu za pomocą słuchawki położniczej lub elektronicznego detektora tętna płodu nie rzadziej niż co 15-30 minut; ważne, by okresowo słuchać FHR przed skurczem, w jego trakcie i po nim w celu oceny reaktywności oraz występowania akceleracji i braku deceleracji	Podczas porodu fizjologicznego nie ma konieczności rutynowego wykonywania badania KTG. Badanie to zaleca się: - po odpłynięciu zielonego płynu owodniowego, - w sytuacji wysłuchania zaburzeń czynności serca płodu, - w przypadku przedłużającego się porodu (w ocenie położnej prowadzącej poród), - gdy rodząca jest zmęczona, - gdy płyn owodniowy odpływa dłużej niż 12 godzin. Obowiązuje zasada przewozu do szpitala według wytycznych zawartych w

		tekście powyżej.
Ocena postępu porodu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Badanie wewnętrzne (wykonywane tak często, jak wymaga tego sytuacja położnicza)</li> <li>• Badanie zewnętrzne <ul style="list-style-type: none"> <li>- chwyty Leopolda</li> <li>- ocena czynności skurczowej mięśnia macicy</li> </ul> </li> </ul>	<p>W badaniu wewnętrznym należy ocenić:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsystencję i rozwarcie szyjki macicy i stan pęcherza płodowego</li> <li>- Stopień zaawansowania główki w kanale rodny, a także szyi i ciemiączka</li> <li>- Budowę miednicy kostnej</li> </ul> <p>Aby prawidłowo ocenić postęp porodu, należy wnikliwie ocenić:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- częstość i natężenie oraz efektywność czynności skurczowej,</li> <li>- podstawowe spoczynkowe napięcie mięśnia macicy,</li> <li>- wydzielinę z dróg rodnych i zabarwienie płynu owodniowego,</li> <li>- usytuowanie płodu w macicy,</li> <li>- zachowanie rodzącej</li> </ul>
Dbanie o odpowiednie nawodnienie i odżywienie rodzącej	W prawidłowo przebiegającym porodzie umożliwienie rodzącej przyjmowanie płynów i lekkostrawnych posiłków zgodnie z jej potrzebami	Jeśli rodząca wymiotuje lub nie jest w stanie przyjmować płynów doustnie, wskazane jest nawodnienie dożylnie
Dbałość o opróżnienie pęcherza moczowego	Umożliwienie kobiecie rodzącej korzystania z toalety i samodzielnego oddawania moczu	Opróżnienie pęcherza moczowego ma istotne znaczenie dla zstępowania główki w kanale rodny oraz czynności skurczowej. Zalecana jest kontrola wypełnienia pęcherza moczowego co dwie godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej.
Ocena radzenia sobie z bólem porodowym i stanu emocjonalnego rodzącej i osób jej towarzyszących	<p>Pomoc w stosowaniu niefarmakologicznych technik łagodzenia bólu porodowego w celu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poprawy stanu emocjonalnego rodzącej</li> <li>- zminimalizowania napięcia</li> <li>- prawidłowego postępu porodu</li> <li>- uniknięcia hiperwentylacji</li> </ul> <p>Ocena sposobu oddychania rodzącej</p>	<p>Działanie to zmniejsza ryzyko wystąpienia kwasicy metabolicznej u matki i dziecka, wpływa korzystnie na efektywność czynności skurczowej oraz umożliwia dobry kontakt z rodzącą.</p> <p>Wsparcie emocjonalne wpływa korzystnie na poczucie bezpieczeństwa rodzącej i zmniejsza ryzyko wydzielania się katecholamin zaburzających prawidłowy przebieg porodu.</p>
Stosowanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	Pomoc rodzącej i osobom jej towarzyszącym w doborze najkorzystniejszych metod łagodzenia bólu porodowego	<p>Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe,</li> <li>2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;</li> <li>3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przeszskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);</li> <li>4) immersję wodną;</li> <li>5) akupunkturę;</li> <li>6) akupresurę.</li> </ol>
Sugestie dotyczące pozycji rodzącej, z uwzględnieniem jej potrzeb i sytuacji położniczej	Obowiązkowe umożliwienie kobiecie rodzącej swobodnego poruszania się i zmiany pozycji z uwzględnieniem pozycji relaksacyjnych i wertykalnych oraz immersji wodnej	Należy wziąć pod uwagę powszechnie znane zalety pozycji wertykalnych i immersji wodnej. W uzasadnionych sytuacjach położna może sugerować rodzącej przyjęcie konkretnej pozycji mogącej mieć wpływ na prawidłowy przebieg porodu

II OKRES PORODU		
CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
<b>Początek II okresu porodu</b>		
Rozpoznanie II okresu porodu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na podstawie badania wewnętrznego rozpoznanie pełnego rozwarcia szyjki macicy i stopnia zaawansowania główki w kanale rodnym oraz ocena stanu pęcherza płodowego lub zabarwienia płynu owodniowego</li> <li>- Na podstawie zachowania rodzącej ocena odruchu parcia</li> <li>- Ocena czynności skurczowej z tendencją do zachowania postawy wyczekującej w fazie spoczynku II okresu porodu</li> </ul>	
<b>Kontynuacja opieki w II okresie porodu</b>		
Ocena stanu ogólnego rodzącej	Wykonanie pomiarów stanu ogólnego rodzącej w zależności od dynamiki przebiegu porodu.	Jeżeli stan ogólny rodzącej przed rozpoczęciem II okresu porodu był prawidłowy, to odstępujemy od wykonywania pomiarów w fazie aktywnej II okresu porodu z powodu niemiarodajnych wyników.
Ocena dobrostanu płodu	We wstępnej fazie II okresu porodu osłuchiwanie FHR co 5 minut a w fazie aktywnej – po każdym skurczu	
Ocena postępu porodu	Badanie wewnętrzne (wykonywane tak często, jak wymaga tego sytuacja położnicza) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badanie zewnętrzne i chwyt Leopolda</li> <li>• Ocena czynności skurczowej mięśnia macicy</li> <li>• Ocena zabarwienia płynu owodniowego</li> </ul>	* Obowiązkowo należy uwzględnić wystąpienie fizjologicznej fazy spoczynku w II okresie porodu .* Aby prawidłowo ocenić postęp porodu w II okresie, należy wziąć pod uwagę: <ul style="list-style-type: none"> <li>- charakter, częstość, natężenie oraz efektywność czynności skurczowej macicy,</li> <li>- występowanie odruchu parcia,</li> <li>- stopień zaawansowania główki płodu w kanale rodnym, a także przebieg szwów i lokalizację ciemiączek</li> </ul> Należy unikać zbyt częstego badania wewnętrznego i zastępować je wizualną oceną krocza oraz oceną zachowania rodzącej.
Dbanie o przyjmowanie przez rodzącą odpowiednich pozycji ułatwiających prawidłowy przebieg II okresu porodu do momentu urodzenia się dziecka	Zalecane pozycje wertykalne umożliwiające ruchomość stawów krzyżowo-biodrowych oraz zwiększające pojemność miednicy, a także immersja wodna	Należy dostosować pozycję rodzącej do bieżącej sytuacji położniczej, uwzględniając preferencje rodzącej.
Stosowanie technik ochrony krocza	Ocena adaptacji tkanek krocza do rodzącej się główki płodu oraz ocena dobrostanu płodu	Nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach.
Profilaktyka wystąpienia dystocji barkowej	Prawidłowa technika wytaczania główki a następnie barków płodu	* Zwrócenie szczególnej uwagi na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- technikę parcia rodzącej</li> <li>- pozycję rodzącej</li> <li>- charakter czynności skurczowej w II okresie porodu</li> <li>- technikę wytaczania główki płodu</li> <li>- samoistne dokonanie się IV zwrotu główki</li> <li>- unikanie wytaczania barków płodu pomiędzy skurczami macicy</li> <li>- kolejność rodzenia się barków płodu (często uzależnioną od pozycji rodzącej)</li> </ul> * Położna zobowiązana jest znać algorytm postępowania w przypadku wystąpienia dystocji barkowej.

Wybór oraz zastosowanie odpowiedniej techniki parcia	Zalecane ograniczenie aktywnego parcia, co pozwala główce na samoistne zstępowanie w kanale rodym głównie dzięki sile skurczów macicy i naturalnemu odruchowi parcia	Parcie spontaniczne powinno być metodą z wyboru. Metoda Valsalvy powinna być stosowana w uzasadnionych przypadkach. Należy umożliwić rodzącej zastosowanie dogodnego dla niej sposobu parcia dającego postęp porodu.
Dbanie o opróżnianie pęcherza moczowego	Dbanie o regularne opróżnienie pęcherza moczowego (co ma istotne znaczenie dla zstępowania główki w kanale rodym oraz czynności skurczowej mięśnia macicy)	Nie ma uzasadnienia dla rutynowego cewnikowania pęcherza moczowego
Dbanie o odpowiednie nawodnienie i odżywienie rodzącej	Podawanie płynów doustnie, często w małych porcjach	
Ocena stanu emocjonalnego rodzącej i osób jej towarzyszących	Wspieranie słowem, działaniem, podkreślaniem pozytywnych aspektów porodu	W swoim działaniu zawsze należy uwzględnić potrzeby i oczekiwania kobiety dotyczące przebiegu porodu. Położna powinna je poznać odpowiednio wcześniej na spotkaniach przedporodowych.

III OKRES PORODU		
CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
<b>Opieka w III okresie porodu</b>		
Zapewnienie matce nieprzerwanego kontaktu z noworodkiem natychmiast po porodzie	Bez względu na finalną pozycję w porodzie umożliwienie matce kontaktu „skóra do skóry” oraz kontaktu wzrokowego z dzieckiem.	Należy ochronić noworodka i matkę przed utratą ciepła. Zaleca się, by przez minimum 2 godziny matka miała nieprzerwany kontakt "skóra do skóry" z noworodkiem.
Ocena stanu noworodka	Ocena noworodka zgodnie ze skalą Apgar po 1., 3., 5. i 10. minucie życia	* W przypadku konieczności niezwłoczne podjęcie działań resuscytacyjnych * Przy porodzie musi być obecna co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
Ułatwienie noworodkowi adaptacji do środowiska zewnętrznego	Przecięcie pępowiny po zupełnym ustaniu jej tętnienia, nie wcześniej niż po 1 minucie od urodzenia się dziecka	
Baczna obserwacja stanu ogólnego rodzącej w III okresie porodu	Ocena stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;	Zaleca się ocenę wzrokową stanu kobiety oraz utrzymywanie z nią kontaktu słownego i wzrokowego
Bierne prowadzenie III okresu porodu	Obserwacja krwawienia z dróg rodnych i objawów odklejania łożyska.	Nieingerowanie w naturalny przebieg III okresu porodu umożliwia zachowanie pełnej fizjologii porodu. Nie należy: - pociągać za pępowinę, - masować macicy - podawać rutynowo leków uterotonicznych w III i/lub IV okresie porodu.
Jak najwcześniejsze umożliwienie kobiecie podjęcia karmienia piersią (gdy tylko matka i noworodek są na to gotowi)	Pomoc w przystawianiu noworodka do piersi przy uwzględnieniu zasady prawidłowej techniki ssania	Należy wykorzystać naturalny stan czuwania noworodka

IV OKRES PORODU		
CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
<b>Opieka w IV okresie porodu</b>		
Kontrola kompletności popłodu	Wnikliwa ocena błon płodowych, pępowiny oraz tkanki łożyskowej	W przypadku stwierdzenia niekompletności popłodu, niezwłoczne przygotowanie pacjentki i noworodka do transferu do szpitala
Kontrola dróg rodnych po porodzie	ocena stanu tkanek miękkich kanału rodnego (szyjki macicy, sklepień pochwy i krocza) oraz zaopatrzenie ewentualnych obrażeń	zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza z zastosowaniem miejscowej analgezji
Ocena utraty krwi w trakcie porodu	Ocena krwawienia z dróg rodnych i obkurczania mięśnia macicy	W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego obkurczania mięśnia macicy zaleca się zastosowanie zewnętrznego masażu macicy, podanie leków uterotonicznych i wzmożony nadzór nad położnicą
Kontrola stanu ogólnego położnicy	Ocena stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych nie rzadziej niż co 1 godzinę	Należy uwzględnić także samopoczucie położnicy, stan emocjonalny i ewentualne występowanie dolegliwości bólowych.
Kontrola stanu ogólnego noworodka	Ocena zabarwienia skóry, oddechów, HR, napięcia mięśniowego, odruchów noworodkowych, odruchów neurologicznych, cech charakterystycznych, ewentualnych urazów okołoporodowych;	Badanie to, jeśli stan noworodka jest dobry, należy wykonać nie zaburzając kontaktu "skóra do skóry".
Ochrona matki i dziecka przed utratą ciepła	Zapewnienie matce i noworodkowi kontaktu „skóra do skóry” i niezaburzanie ich kontaktu fizycznego i wzrokowego aż do zakończenia IV okresu porodu;	



OBOWIĄZKI POŁOŻNEJ PO PORODZIE, PRZED OPUSZCZENIEM DOMU KLIENTKI		
CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZEZ POŁOŻNĄ	OPIS CZYNNOŚCI	UWAGI
Badanie noworodka	Ocena zabarwienia skóry, oddechów, HR, napięcia mięśniowego, odruchów noworodkowych, odruchów neurologicznych, cech charakterystycznych, ewentualnych urazów okołoporodowych; Wykonanie pomiaru: masy ciała, długości, SI, obwodu główki i obwodu barków	Badanie to, jeśli stan noworodka jest dobry, należy wykonać nie wcześniej niż po 2 godzinach po urodzeniu i po zakończeniu kontaktu "skóra do skóry".
Procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem	profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka zgodnie z zaleceniami * profilaktyka krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K zgodnie z aktualnymi zaleceniami * test pulsoksymetryczny	* przed wykonaniem procedur należy uzyskać zgodę matki (lub udokumentować jej brak) na ich wykonanie * pomiar saturacji należy wykonać na prawej kończynie dolnej noworodka
Profilaktyka wystąpienia konfliktu serologicznego w kolejnej ciąży	Pobranie krwi żyłnej położnicy oceny obecności przeciwciał anti-D u kobiet Rh (-) Pobranie krwi żyłnej noworodka celem oznaczenia grupy krwi	Kwalifikacja lub jej brak do podania położnicy immunoglobuliny anti-D
Poinformowanie położnicy i osób jej towarzyszących o konieczności obserwacji jej stanu ogólnego i położniczego i emocjonalnego	Szczególne zwrócenie uwagi na: objawy obkurczania się macicy, krwawienie z dróg rodnych, pielęgnację i gojenie się ewentualnych obrażeń krocza, oddawanie moczu oraz samopoczucie (kontrola stanu ogólnego) oraz stan psychiczny położnicy	Należy zapewnić położnicę i osoby jej towarzyszące o możliwości kontaktu z położną przez całą dobę w razie zaobserwowania niepokojących objawów. Należy zaangażować w obserwację kobiety po porodzie osoby jej towarzyszące w domu.
Udokumentowanie przebiegu porodu	Wypełnienie partogramu, karty obserwacji porodu, karty obserwacji położnicy i noworodka (dokumentacja opracowana przez Sekcję Położnych Niezależnych)	
Udokumentowanie urodzenia dziecka	Wydanie matce zaświadczenia (do zakładu pracy i USC) o urodzeniu dziecka, karty uodpornienia i książeczki zdrowia dziecka	
Informacje dla matki	Poinformowanie położnicy o obowiązku: - wizyty pediatry w I dobie życia noworodka - rejestracji dziecka w USC odpowiednim do miejsca urodzenia dziecka - zgłoszenia matki i dziecka pod opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej - podawania noworodkowi Wit. D doustnie 400j. dziennie od pierwszego tygodnia życia - wykonania przesiewowego badania słuchu noworodka w pierwszym miesiącu życia - karmienia piersią według potrzeb nie mniej niż 8 razy na dobę - pielęgnacji kikutu pępownicy na sucho - kontroli ortopedycznej stawów biodrowych dziecka w 4-6 tygodniu życia	

OPIEKA W POŁOGU FIZJOLOGICZNYM – schemat wizyt położnej		
Doba połogu	Elementy opieki świadczonej przez położną uwzględniając matkę i dziecko	
I-II doba	Położnica	Ocena stanu ogólnego położnicy
		Ocena stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy, ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek
		Ocena czynności pęcherza moczowego i jelit
		Ocena stanu mięśni przepony moczowo-płciowej, edukacja w zakresie konieczności podjęcia ćwiczeń mięśni dna miednicy od I doby połogu
		Ocena higieny ciała
		Ocena stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Przypomnienie o konieczności samoobserwacji
		Ocena przebiegu laktacji, sposobu przystawiania dziecka do piersi i samodzielności matki w tym zakresie; instruktaż i wczesne rozpoznanie problemów laktacyjnych
		Ewentualne podanie immunoglobuliny anti-D w ciągu 72 godzin od porodu
	Noworodek	Ocena stanu ogólnego noworodka (oddechy, HR, SpO2, zabarwienie skóry, napięcie mięśniowe, odruchy neurologiczne, wydalanie moczu i smółki, ciemniaczka, kości czaszki, szwy czaszkowe, oczy, nos, jama ustna, zmiany adaptacyjne, obojczyki, stawy biodrowe); ocena kikutu pępowiny i pierścienia pępkowego – instruktaż dotyczący pielęgnacji
		Ocena zachowania dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu)
		Ocena masy ciała noworodka oraz stanów przejściowych
		Ocena umiejętności i techniki ssania piersi
		Kąpiel dziecka, instruktaż pielęgnacji
		Ewentualne pobranie materiału do niezbędnych badań diagnostycznych
II-IV doba	Położnica	Jak wyżej
	Noworodek	Jak wyżej oraz: ocena stanów przejściowych – ze szczególnym uwzględnieniem nasilenia żółtaczki fizjologicznej (skala Kramera)
		Pobranie krwi noworodka do badań przesiewowych
IV- VII doba	Położnica	Jak wyżej oraz: Przekazanie położnicy pod opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej
		Wydanie matce niezbędnych zaleceń, informacji zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej
	Noworodek	Jak wyżej oraz: Przekazanie noworodka pod opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej wraz z niezbędnymi zaleceniami.

## Kontrolna wizyta po zakończeniu połogu

Wizyta powinna odbyć się 6-8 tyg. po porodzie u położnej lub ginekologa.

W trakcie wizyty nastąpi:

- ocena stanu ogólnego kobiety (RR, HR, temperatura),
- ocena stanu ginekologicznego; badanie dwuręczne zestawione i z użyciem wziernika,
- ocena stanu tkanek krocza,
- pobranie wymazu cytologicznego,
- ocena stanu emocjonalnego kobiety z oceną ryzyka wystąpienia depresji,
- edukacja w zakresie rozpoznawania objawów ewentualnej depresji,

- ocena stanu mięśni przepony moczowo-płciowej; skierowanie kobiety na kontrolne badanie wydolności mięśni dna miednicy,
- edukacja w zakresie powrotu do życia seksualnego po porodzie i metod planowania rodziny,
- ocena przebiegu laktacji, sposobu przystawiania dziecka do piersi i samodzielności matki w tym zakresie,
- ewentualne zlecenie niezbędnych badań laboratoryjnych.

## Bibliografia

1. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6).
2. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1).
3. Ahmadi Z, Torkzahrani S, Roosta F, Shakeri N, Mhmoodi Z. Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(1):62.
4. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2).
5. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F. Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2016;44(10):578–583.
6. Barber EL, Zhao G, Buhimschi IA, Illuzzi JL. Duration of intrapartum prophylaxis and concentration of penicillin G in fetal serum at delivery. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 1):265.
7. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3).
8. Berghmans B, Seleme M. Long Term Effects of Pre-and post Partum Pelvic Floor Muscle Treatment in Primigravid with Stress Urinary Incontinence: A Short Systematic Review. *Obstet Gynecol Int J.* 2016;5(3):00157.
9. Braye K, Ferguson J, Davis D, Catling C, Monk A, Foureur M. Effectiveness of intrapartum antibiotic prophylaxis for early-onset group B Streptococcal infection: An integrative review. *Women Birth.* 2018;31(4):244–253.
10. Brunstad A, Nilsen ABV, Aasheim V. Delivery Practices and Perineal Tears: Midwives' Experiences. 2015;

11. Camorcia M. The second and third stage of labor. W: *Epidural Labor Analgesia*. Springer; 2015. s. 103–119.
12. Cnota W, Mucha D, Mucha J. Zakażenia perinatalne paciorkowcami grupy B a powikłania u noworodków. Doświadczenia własne. *Ginekol Perinatol Prakt.* 2017;2(3):87–92.
13. Davies GA, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. No. 129-Exercise in Pregnancy and the Postpartum Period. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(2):e58–e65.
14. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 czerwiec 2013;(6):CD007715.
15. de Leeuw JW, Räisänen S, Laine K. Risk Factors for Perineal Trauma. W: *Perineal Trauma at Childbirth*. Springer; 2016. s. 71–82.
16. De Paco C, Herrera J, Garcia C, Corbalán S, Arteaga A, Pertegal M, i in. Effects of delayed cord clamping on the third stage of labour, maternal haematological parameters and acid–base status in fetuses at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:153–156.
17. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1).
18. Ettore G, Torrisi G, Ferraro S. Perineal Care During Pregnancy, Delivery, and Postpartum. W: *Childbirth-Related Pelvic Floor Dysfunction*. Springer; 2016. s. 115–134.
19. Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, López JD, Macones GA, Cahill AG. Duration of the third stage of labor and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2016;127(5):951–956.
20. Garland D. *Revisiting Waterbirth*. Macmillan International Higher Education; 2017.
21. Gaskin IM. *Ina May's guide to childbirth*. Bantam; 2003.
22. Gupta Y, Kalra B, Baruah MP, Singla R, Kalra S. Updated guidelines on screening for gestational diabetes. *Int J Womens Health.* 19 maj 2015;7:539–50.
23. Hale AJ, Snyder GM, Ahern JW, Eliopoulos G, Ricotta D, Alston WK. When are Oral Antibiotics a Safe and Effective Choice for Bacterial Bloodstream Infections? An Evidence-Based Narrative Review. *J Hosp Med.* 2018;13(5):328–335.
24. Halfdansson B, Hildingsson I, Smarason AK, Sveinsdottir H, Olafsdottir OA. Contraindications in planned home birth in Iceland: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 2018;15:10–17.
25. Hampton MM. Congenital Toxoplasmosis: A Review. *Neonatal Netw.* 1 styczeń 2015;34(5):274–8.

26. Jakeman AR. Maternal positioning in the second stage of labor and incidence of spontaneous perineal trauma: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. 2016;
27. Leap N, Hunter B. Supporting women for labour and birth: a thoughtful guide. Routledge; 2016.
28. Lee N, Gao Y, Lotz L, Kildea S. Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women Birth*. 2018;
29. Maharaj D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. wrzesień 2009;146(1):3–7.
30. Miller CM, Cohn S, Akdagli S, Carvalho B, Blumenfeld YJ, Butwick AJ. Postpartum hemorrhage following vaginal delivery: risk factors and maternal outcomes. *J Perinatol*. 2017;37(3):243.
31. Moore LE. Prenatal Care for the Pregnant Diabetic Patient. W: *Diabetes in Pregnancy*. Springer; 2018. s. 61–68.
32. Mørkved S, Stafne SN, Johannessen HH. Pelvic Floor Physiotherapy for the Prevention and Management of Childbirth Trauma. W: *Childbirth Trauma*. Springer; 2017. s. 271–301.
33. Odent M.: *The Scientification of Love*. Free Association Books, London 1999
34. Odent M.: *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być?* Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997
35. Odent M.: *Birth and Breastfeeding, Rediscovering the Needs of Women during Pregnancy and Childbirth*. Clairview Books, London 2003
36. O’Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 24 marzec 2009;338:b784.
37. Organization WH. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
38. Ozkan SA, Kadioglu M, Rathfisch G. Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women’s Views. *Int J*. 2017;10(1):235.
39. Pascali-Bonaro D., Kroeger M.: Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *J. Midwifery and Women’s Health* 2004; 49(4)
40. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wykrywania nosicielstwa paciorkowców grupy B (GBS) u kobiet w ciąży i zapobiegania zakażeniom u noworodków. *Ginekol. Pol*. 2008; 79: 221–223
41. Sagady M.: *Renewing Our Faith in Second Stage, The Second Stage Handbook*. Midwifery Today Holistic Clinical Series 2003
42. Shafi M, Gopinath S, Mehta PK, Khanum T. Estimation of Thyroid Stimulating Hormone as a Method of Screening for Thyroid Dysfunction in

- Pregnancy. *Int J Contemp Med*. 2016;4(2):20–25.
43. Simpson KR. Immediate vs. Delayed Pushing. *MCN Am J Matern Nurs*. 2019;44(2):124.
  44. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 sierpień 2013;(8):CD003930.
  45. Schmid V.: *About physiology in pregnancy and childbirth*. Firenze 2005
  46. Sperling JD, Dahlke JD, Sibai BM. Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(5):592–6.
  47. Springer D, Jiskra J, Limanova Z, Zima T, Potlukova E. Thyroid in pregnancy: From physiology to screening. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2017;54(2):102–116.
  48. Taylor H, Kleine I, Bewley S, Loucaides E, Sutcliffe A. Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child-Fetal Neonatal Ed*. 2016;101(4):F357–F365.
  49. Tieu J, McPhee AJ, Crowther CA, Middleton P, Shepherd E. Screening for gestational diabetes mellitus based on different risk profiles and settings for improving maternal and infant health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(8).
  50. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. nr 57, poz. 602)
  51. Vaziri F, Arzhe A, Asadi N, Pourahmad S, Moshfeghy Z. Spontaneous pushing in lateral position versus Valsalva maneuver during second stage of labor on maternal and fetal outcomes: a randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(10).
  52. Vieira F, Guimaraes JV, Souza MC, Sousa PM, Santos RF, Cavalcante AM. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:18–25.
  53. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(12).