



IV AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

**„Wybrane aspekty opieki nad kobietą ciężarną,
rodzącą i noworodkiem”**

WROCŁAW, 03 PAŹDZIERNIKA 2011 R.

SPONSORZY:



Polski Bank
Komórek Macierzystych S.A.

1. Polski Bank Komórek Macierzystych S.A.



aparaty
słuchowe

2. Aparaty słuchowe S.C.
A. Rolnik, K. Polak- Bryłka, M. Wajda



GlaxoSmithKline

3. GSK Commercial SP z o. o.



PHARMACEUTICAL COMPANY

4. Nepentes S.A.

**IV AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA
KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA**

**„Wybrane aspekty opieki
nad kobietą ciężarną, rodzącą
i noworodkiem”**

WROCŁAW, 03 PAŹDZIERNIKA 2011 R.

ORGANIZATORZY:



**Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu**

przy współpracy

**Zespołu Położnych przy DOIPiP
we Wrocławiu**

i

**Polskiego Towarzystwa Położnych
– Oddział Wrocław**

KOMITET ORGANIZACYJNY:

1. Leokadia Jędrzejewska
2. Urszula Żmijewska
3. Marzenna Golicka
4. Władysława Głowacz
5. Beata Dąbrowska
6. Urszula Lewandowska

ISBN 978-83-929308-2-2

PROGRAM KONFERENCJI 3 X 2011R.

od 8.30 *Rejestracja uczestników*

9.00- 9.15 *Rozpoczęcie i powitanie gości*

Prowadzenie konferencji:

Beata Dąbrowska, Bożena Górską

I sesja

1. *Aspekty prawne opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem – Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego- **mgr Leokadia Jędrzejewska***
2. *Realizacja rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2011r. w sprawie „standardów opieki okołoporodowej” w województwie dolnośląskim – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – **mgr Urszula Żmijewska***
3. *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w świetle nadzoru merytorycznego nad matką i dzieckiem – **mgr Iwona Stasiak***
4. *Nowe wyzwania w kształceniu położnych-Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Położnych - dr n. med. **Grażyna Iwanowicz- Palus***
5. *Dyskusja*
6. *Wystąpienie sponsora-*

II sesja

7. *Opieka profilaktyczna nad kobietą ciężarną w poz – **położna rodzinna Jadwiga Wolny***
8. *Edukacja przedporodowa - **położna specjalista Mirosława Ryba – Romanowska***
9. *Szpital Przyjazny Dziecku - **mgr Halina Szerszunowicz SP ZOZ** w Hajnówce*
10. *Postępowanie z noworodkiem na Sali Porodowej w świetle rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2010 r. - Konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii województwa dolnośląskiego- **dr n. med. Małgorzata Czyżewska***
11. *Dyskusja*
12. *Wystąpienie sponsora*

III sesja

13. Rola i zadania położnej podczas porodu fizjologicznego z uwzględnieniem procedur i standardów opieki okołoporodowej– zespół pod kierunkiem **mgr Elżbieta Andrulowicz**, opiekuna **położnej specjalisty Bogusławy Świerkowskiej: mgr Dorota Samek – Wójcik, położna lic. Teresa Radlica, mgr Kacper Hartwich** - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu
14. Ból porodowy –Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego województwa małopolskiego - **dr n. med. Barbara Prażmowska**
15. Łagodzenie bólu porodowego w świetle doświadczeń położnych ze Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego w Wałbrzychu – **położna lic. Ilona Szot, położna Marżolena Kędra - Rakoczy**
16. Komunikacja interpersonalna jako ważny element opieki nad kobietą, ciężarną, rodzącą i rodzicami– **mgr Benita Dobrzańska.**
17. Zakończenie konferencji

Szanowni Państwo,

W imieniu Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu oraz Zespołu Położnych działającego przy DOI PiP, Polskiego Towarzystwa Położnych oddział we Wrocławiu organizatorów konferencji serdecznie witam na IV Akademii Pielęgniarstwa pt. „Wybrane aspekty opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem”.

Jak wiele razy podkreślałam ideą tych jesiennych spotkań naukowo-szkoleniowych jest współpraca z towarzystwami i stowarzyszeniami skupiającymi pielęgniarki i położne różnej specjalności oraz wskazanie znaczenia i roli pielęgniarki, położnej w specjalistycznej opiece nad pacjentem.

Tegoroczna konferencja poświęcona jest problematyce opieki położniczej nad kobietą ciężarną, prowadzenia porodu oraz opieki nad noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji „standardów opieki okołoporodowej” w praktyce. Organizatorzy uwzględnili również w programie konferencji niezmiernie ważną tematykę dotyczącą opieki profilaktycznej nad kobietą ciężarną i edukację przedporodową oraz wiele innych.

Znaczenie i rola położnej w opiece nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem jest nieoceniona, bowiem to położna jest filarem tej opieki i samodzielnym partnerem lekarza w tym zakresie. Cieszy fakt, że polskie położne w coraz większym stopniu chcą i wykorzystują możliwości samodzielnej praktyki. Aktywnie uczestniczą w działaniach profilaktycznych, edukacyjnych, angażują się w prowadzenie szkół rodzenia, poradni laktacyjnych. W swojej praktyce chętnie wykorzystują nowe trendy np. w prowadzeniu porodu. Zawód położnej cieszy się dużym szacunkiem społecznym i jestem przekonana, że przedstawicielki tej profesji w niedługim czasie zajmą należną im pozycję na rynku usług zdrowotnych.

Dziękuję wszystkim gościom, wykładowcom, uczestnikom konferencji oraz firmom wspierającym jej organizację za przyjęcie zaproszenia i udział w tym, ważnym dla naszego środowiska wydarzeniu.

W sposób szczególny pragnę podziękować położnym, za aktywność i zaangażowanie we własny rozwój zawodowy i profesjonalizm w opiece położniczo-ginekologicznej.

Z wyrazami szacunku,

*Urszula Olechowska
Przewodnicząca DORPiP
we Wrocławiu*

Uwarunkowania prawne opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem

mgr Leokadia Jędrzejewska

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

Wiceprzewodnicząca DORPiP we Wrocławiu

Członek Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Położnych

We współczesnym systemie ochrony zdrowia zmienia się w sposób istotny opieka nad matką i dzieckiem. Opieka położnicza stając się jednym z elementów rozległej dziedziny ochrony zdrowia kobiet i populacji w wieku rozwojowym, rozszerzyła w ostatnim okresie znacznie swoją treść i zakres. Podstawowe znaczenia ma w nim profilaktyka, świadome rodzicielstwo, poradnictwo genetyczne, troska o zdrowie kobiet i ich rodzin oraz ochrona macierzyństwa i ojcostwa przed różnorodnymi zagrożeniami. Rozwój technologii i techniki medycznej zmienił także podejście do porodu w tym również rozumienie roli, jaką odgrywa w tym procesie kobieta, a także uwarunkowań psychologicznych, kulturowych i społecznych, które mają istotny wpływ na jego przebieg. Spowodowało to coraz większą ingerencję w mechanizm porodu i podporządkowanie go działaniom z zewnątrz, co w konsekwencji przyczyniło się przejścia nad nim kontroli przez położne i lekarzy. Tym samym rola kobiety została sprowadzona do biernego uczestniczenia w akcie narodzin i do podporządkowania się decyzjom personelu medycznego. Uwzględniając oczekiwania i potrzeby kobiet w okresie prokreacji, wprowadzane w świecie zalecenia WHO „Bezpieczne macierzyństwo” i inne dokumenty oraz polskie realia, ponad dwa lata temu podjęte zostały przez Ministerstwo Zdrowia działania zmierzające w kierunku ustalenia jednakowych dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej zasad postępowania w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem.

Na aktualny kształt aktów prawnych oraz świadczonej opieki nad matką i dzieckiem, ogromny wpływ miały działania podejmowane pod koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku w zakresie medycyny perinatalnej, określanej medycyną porodu lub medycyną położniczą oraz ponad 40 lat temu w zakresie neonatologii. Położnictwo stało się nową specjalnością dysponującą metodami nadzoru płodu i odnotowujące duże sukcesy w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem a neonatologia została specjalistyczna dziedziną medycyny.

Przyczynkiem do przemiany kultury narodzin, której dziś jesteśmy świadkami, były badania lekarzy, psychologów i położnych, analizujące negatywne konsekwencje pozbawienia kobiety jej aktywnej roli w procesie rodzenia i oddzielania dziecka po porodzie. Wynikiem wspomnianych badań było m.in. poddanie w wątpliwość wielu wykonywanych rutynowo działań

W niniejszym opracowaniu zaprezentowane zostały aktualne akty prawne dotyczące opieki nad kobietą ciężarną, matką i dzieckiem, oraz światowe i krajowe inicjatywy, które wpłynęły na ich kształt.

Postanowienia Konstytucyjne i ustawowe

Art. 68 ust.3 Konstytucji RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Na marginesie zauważyć należy, że nie zostało sprecyzowane, w jakiej formie ów szczególny obowiązek miałby się wyrażać. W literaturze przyjmuje się, iż szczególna ochrona nad tymi osobami oznacza, że opieka wobec tych ludzi musi być lepsza od opieki powszechnej. Wyrazem lepszej opieki może być np. obowiązek tworzenia i finansowania przez władze publiczne specjalistycznych poradni dla dzieci i kobiet ciężarnych w zakładach opieki zdrowotnej, tworzenia bezpłatnych szkół rodzenia lub poradni laktacyjnych.

Życie człowieka od poczęcia chroni ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży ze zm. z 1996r. które wprowadzają zmiany. Preambuła otrzymuje brzmienie „uznając, że życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela; uznając prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa. Art.1 wskazuje, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie.”;

Wyrazem niepokoju społeczeństwa i władz o los polskich kobiet i dzieci jest wpisanie zagadnień dotyczących poprawy opieki nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem jako priorytetowych do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015. Nadzrędnym celem opieki zdrowotnej jest opieka nad kobietą ciężarną, polegająca na zapewnieniu prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka. Ma on być osiągnięty poprzez pełną realizację świadczeń profilaktycznych, otoczenie szczególną opieką zdrowotną kobiet i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka, kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałaniu antyzdrowotnych zachowań oraz polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych. Ważnym jest, aby opieka ta uwzględniała potrzeby zdrowotne kobiet i dzieci.

Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących matki i dziecka

Warunki i zakres udzielania świadczeń w tym dotyczących kobiety ciężarnej, matki i dziecka określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która gwarantuje bezpłatne świadczenia kobietom ciężarnym, rodzącym, położnicom oraz noworodkom i nie jest wymaga skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach opieki uwzględnia się promocję zdrowia, badania przesiewowe i prenatalne.

Aktami wykonawczymi do ustawy koszykowej są rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2009r. ze zm. w sprawie:

- świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
- świadczeń gwarantowanych w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu am-

bulatoryjnej opieki specjalistycznej

- świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
- świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

Zasady opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem w przebiegu fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu i położu.

Z dniem 8 kwietnia 2011r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w dniu 23 września 2010r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

Przed kadrą kierowniczą zakładów opieki zdrowotnej oraz personelem sal porodowych i oddziałów położniczo - neonatologicznych stanęły nowe zadania, które zobowiązani są wdrożyć.

Standardy porządkują sprawy merytoryczne, organizacyjne i prawne, ujednolicają sposób postępowania nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem. Określają zasady dobrej komunikacji, akcentują przestrzeganie praw pacjenta. W sposób czytelny ustalają zadania osoby sprawującej opiekę nad kobietą rodzącą w poszczególnych okresach porodu.

Standardy i procedury medyczne z zakresu opieki okołoporodowej zostały opracowane z uwzględnieniem wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, medycyny opartej na dowodach naukowych, praw pacjenta, doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Dostosowane są do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Polsce.

Celem opieki okołoporodowej jest pomoc kobiecie i dziecku w czasie porodu, polegająca na udzielaniu fachowej pomocy medycznej, mającej na celu wyeliminowanie, zminimalizowanie lub ograniczenie negatywnych wpływów na matkę i noworodka.

Założenia ogólne

Standardy postępowania i procedury medyczne określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej z zakładach opieki zdrowotnej, której celem jest uzyskanie dobrego stanu matki i dziecka przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych (amniotomia, stymulacja czynności skurczowej macicy, nacięcie krocza, cięcie cesarskie), z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach, których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Standardy identyfikują czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, które powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej. W przypadku zdiagnozowania ich ciężarna lub rodząca powinna być skierowana do oddziału o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym.

Osoby upoważnione do sprawowania opieki okołoporodowej

Rozporządzenie wskazuje jako realizatorów opieki nad kobietą ciężarną w ciąży o przebiegu fizjologicznym, rodzącą oraz noworodkiem, lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji i położną. Wymaga od osób sprawujących opiekę nad kobietą podczas porodu, posiadanie umiejętności do wykonania czynności interwencyjnych u rodzącej i u noworodka (m.in. podanie wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi, utrzymanie drożności dróg oddechowych, utrzymanie czynności życiowych).

Zobowiązuje położną w sytuacji wystąpienia objawów patologicznych do niezwłocznego przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty i przyjęcia asystującej roli przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który odpowiada za jego dalszy przebieg.

Prawa pacjenta

Standard kładzie duży nacisk na realizację praw pacjenta, zobowiązuje osoby realizujące opiekę do respektowania prawa kobiety do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, prawie wyboru miejsca odbywania porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania określonych w regulaminie porządkowym załadu opieki zdrowotnej.

Zalecany zakres świadczeń wykonywanych u kobiet w okresie ciąży

Zakres świadczeń wykonywanych u kobiet ciężarnych uwzględnia świadczenia profilaktyczne, działania w zakresie promocji zdrowia, badania i konsultacje medyczne. Podczas całego przebiegu ciąży, osoba sprawująca opiekę nad ciężarną wykonuje badania ogólne i przedmiotowe, badanie położnicze, ocenę czynności serca płodu, dokonuje oceny ryzyka ciążowego, propaguje zdrowy tryb życia w tym zdrowie jamy ustnej. Ustala z ciężarną plan opieki prenatalnej oraz plan porodu uwzględniając procedury w czasie ciąży oraz postępowanie medyczne podczas porodu. Informuje ciężarną, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych gdzie możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych.

Osoba sprawująca opiekę nad kobietą w ciąży, kieruje ją w okresie pomiędzy 21 – 26 tygodniem ciąży, do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką.

Zadania osoby sprawującej opiekę nad rodzącą należy:

- ocena stanu: rodzącej kobiety, stanu płodu, stanu noworodka
- wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka

- rozwiązywanie problemów
- wczesne wykrywanie patologii
- prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami wg. wskazań medycznych
- opieka nad noworodkiem po urodzeniu
- zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnia się czynniki ryzyka
- wsparcie rodzącej i jej bliskiej osoby podczas porodu oraz w okresie połogu

Miejsce porodu za wyjątkiem stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

Postępowanie podczas porodu w poszczególnych okresach porodu

I okres porodu

Osoba sprawującą opiekę nad rodzącą zobowiązana jest do prowadzenia psychoprofilaktyki porodowej, udzielania pomocy w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcania rodzącej do różnych form aktywności, do wyrażania potrzeb związanych z porodem oraz do współpracy z osobą towarzyszącą.

II okres porodu

Osoba prowadząca poród ocenia stan ogólny rodzącej, czynności serca płodu, czynność skurczową mięśnia macicy. Zapewnia stały kontakt z rodzącą, współpracę z rodzącą w zakresie wyboru dogodnej pozycji ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych, ochronę krocza (nacięcie tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach), położenie noworodka na brzuchu matki jeżeli stan jego pozwala i zabezpieczenie przed utratą ciepła.

III okres porodu

Obejmuje ocenę czasu jego trwania(który nie powinien przekroczyć 1 godziny), krwawienie, które w warunkach fizjologicznych nie powinno przekroczyć 400ml krwi, zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia, ocenę stanu noworodka oraz przystawienie noworodka do piersi jeżeli stan zdrowia matki i dziecka na to pozwala. Dopuszcza się podanie leków naskurczowych w uzasadnionych przypadkach.

IV okres porodu

W tym okresie obowiązuje opieka nad rodzącą i nad noworodkiem, uwzględniająca demonstrację karmienia piersią oraz przekazanie informacji na temat utrzymania laktacji.

Łagodzenie bólu podczas porodu uwzględnia nefarmakologiczne metody w tym m.in. techniki relaksacyjne, techniki masażu, immersję wodną, relaksację w wodzie, poruszanie się rodzącej podczas I okresu porodu, przyjmowanie pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne i łagodzą ból.

Nawiązanie i podtrzymanie relacji z rodzącą

Standard postępowania podczas porodu określa sposób nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą w ramach, którego mieści się:

- osobiste powitanie, przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli w opiece nad kobietą
- prezentowanie spokojnej i wzbudzającej zaufanie postawę
- poszanowanie prywatności i intymności kobiety
- wspólne czytanie i omawianie planu porodu
- omówienie z rodzącą sposobu radzenia sobie z bólem
- uzyskiwanie każdorazowo zgody rodzącej na wykonanie zabiegów czy badań
- udzielanie informacji na temat wzywania pomocy.

Zasady opieki nad noworodkiem na sali porodowej

Bezpośrednio po porodzie fizjologicznym osoba prowadząca poród umożliwia dziecku nieprzerwany kontakt z matką „ skóra do skóry”, który będzie trwał conajmniej 2 godziny po porodzie. Zachęca matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi a także obserwuje obojgu, kontrolując cechy dobrego przedstawienia i pozycji przy piersi, w razie potrzeby oferuje pomoc.

Osoba prowadząca poród dokonuje wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Agar (która może być dokonana na brzuchu matki jeżeli nie ma przeciwwskazań), w 1 i w 5 minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt), w 1, 3, 5 i 10 minucie życia u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt) i ciężkim (0 -3 pkt.).

W trosce o bezpieczeństwo matki i dziecka, osoba sprawująca opiekę podczas porodu, powinna zapewnić dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka , w tym intubacji oraz zapewnienia przeniesienie rodzącej lub noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego, udostępniając prowadzoną dokumentację medyczną.

Ważnym zadaniem dla osoby sprawującej opiekę podczas porodu w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych jest udzielanie wsparcia medycznego podczas porodu, które powinno polegać na zapewnieniu ciągłości opieki, dostosowanie jej do indywidualnych potrzeb rodzącej, zachęcaniu rodzącej do korzystania ze wsparcia osoby jej towarzyszącej oraz aktywności fizycznej przejawiającej się przyjmowaniem różnych pozycji podczas jego trwania.

Standardy uwzględniają potrzebę przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki a wybór środków ochrony osobistej uzależniają od oceny ryzyka zakażenia.

Opieka nad noworodkiem i matką

Standard zaleca aby opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem realizowana była w oddziale przez tę samą osobę.

W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, wskazywać korzyści karmienia piersią.

Osoba sprawująca opiekę powinna przeprowadzać instruktaż w zakresie prawidłowego karmienia piersią, podejmować próby przystawiania do piersi do kilkunastu razy na dobę. Jeżeli noworodek nie budzi się sam, należy go budzić do karmienia po 4 godzinach licząc od ostatniego karmienia. Matki powinny być zachęcane do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu pierwszych oznak głodu i edukowane w zakresie, obserwacji cech dobrego przystawiania noworodka do piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia.

Nie zaleca się podawania noworodkom do picia wody i roztworu glukozy oraz dokarmiania sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych i stosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokojenia noworodka.

W okresie 12 godzin życia noworodka, lekarz neonatolog lub pediatra w obecności matki wykonuje poszerzone badanie kliniczne według ustalonego w standardzie planu.

Opieka nad położnicą, noworodkiem/ niemowlęciem sprawowana w środowisku domowym.

Położna podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązana jest zapewnić ciągłą, profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania lub pobytu kobiety i dziecka, która polega na ocenie stanu ogólnego i położniczego, laktacji, higieny ciała oraz relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny. Opieka nad noworodkiem powinna zawierać ocenę stanu ogólnego noworodka, odruchów noworodkowych, stanu skóry, kikutu pępowiny, odżywiania, zachowania dziecka, sposobu zapewnienia higieny ciała przez rodziców, higieny pomieszczenia, w którym ono przebywa. Opieka powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, w formie wizyt, (co najmniej 4 wizyty), pierwsza z nich powinna być zrealizowana nie później niż 48 godzin od czasu otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka. Podczas każdej wizyty położna diagnozuje stan matki i dziecka, ocenia relacje w rodzinie, informuje, edukuje oraz demonstruje zasady pielęgnacji noworodka/niemowlęcia. Wspiera matkę i rodzinę, uczestniczy w rozwiązywaniu problemów bio – psycho - społecznych.

Samodzielna opieka położnej nad kobietą i noworodkiem odbywa się na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (aktualnie nowelizowanego).

Prawa kobiety do opieki socjalnej w czasie ciąży i po porodzie określają: rozporządzenia Rady Ministrów, Karta Praw Pacjenta, ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz Kodeks Pracy. Wszystkim kobietom w okresie ciąży przysługuje prawo do:

- pomocy socjalnej i prawnej, co oznacza, że każda kobieta ma prawo do pomocy materialnej gdy jest w trudnej sytuacji życiowej
- dostępu do szczegółowych informacji na temat uprawnień, zasiłków i świadczeń dla kobiet w ciąży i ich rodzin. Te informacje może uzyskać w siedzibach organów administracji państwowej lub samorządowej
- właściwego traktowania kobiet w okresie trwania jej ciąży przez pracodawcę, kodeks pracy mówi, że pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie urlopu macierzyńskiego pracownicy, chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia, z jej winy. W okresie ciąży nie może ona być zatrudniana w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, ani przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych.

Podstawą prawną regulującą urlopy wychowawcze i zasiłki wychowawcze jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996r. ze zm. w sprawie urlopów wychowawczych, natomiast ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa reguluje kwestię zasiłków porodowych oraz wychowawczych. Kobieta, która urodziła dziecko i pozostaje w stosunku do pracy ma prawo do zasiłku porodowego i zasiłku wychowawczego oraz do zasiłku rodzinnego. Może liczyć na specjalne świadczenie wypłacane przez gminę. Ich otrzymanie uzależnione jest od m.in. tego, czy przyszła matka w trakcie ciąży pozostawała pod opieka lekarza lub położnej. Jeszcze tylko przez 4 miesiące obowiązywać będą łagodniejsze zasady wypłacania „becikowego”. Od 1 stycznia 2012r. aby otrzymać te świadczenie, trzeba będzie spełnić bardziej restrykcyjne wymagania. Trzeba będzie m.in. udokumentować, że przyszła matka pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10 tyg. ciąży do porodu.

Światowe i krajowe inicjatywy, które przyczyniają się do zmiany zasad i stylu opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz noworodkiem

Niezmiernie cennym było podjęcie przez międzynarodową społeczność inicjatywy Bezpiecznego Macierzyństwa, która stała się w latach 80 – tych XX wieku swoistym wezwaniem skierowanym przez Światową Organizację Zdrowia do wszystkich krajów świata, wskazującym zadania stawiane praktyce położniczej w międzynarodowym, narodowym i społecznym interesie.

Wraz z ogłoszoną w latach 70 - tych przez ONZ Dekadą Kobiet (1976 – 1985), zaczęto w wielu krajach w tym w Polsce więcej uwagi poświęcać zagadnieniom związanym ze zdrowiem kobiet. Znaczącym osiągnięciem tej dekady była Inicjatywa Bezpiecznego Macierzyństwa, rozwinięta na konferencji w Nairobi w 1987r. Głównymi zagad-

nieniami Inicjatywy było polepszenie opieki prawnej, socjoekonomicznej i edukacyjnej kobiet, zwiększenie możliwości dostępu do poradni planowania rodziny, podniesienie jakości opieki okołoporodowej i poporodowej oraz możliwości dostępu i jakości działań w sytuacjach położniczych wymagających natychmiastowej pomocy.

Zagadnienia poruszane w Inicjatywie Bezpiecznego Macierzyństwa, stanowią istotę sprawy dotyczącej praktyki położniczej. Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Położnych uznały, że położna ze względu na swoją wiedzę teoretyczną i praktykę powinna towarzyszyć kobietom w okresie płodności i angażować się w działalność promocyjną i profilaktyczną w rodzinach i środowisku a bezpieczne macierzyństwo powinno być podstawowym celem położnej.

Niezmiernie ważnym dla rozwoju położnictwa było zbadanie dowodów dotyczących stosowanych różnorodnych praktyk podczas porodu normalnego. W 1985r. podczas konferencji w Fortalizie (Brazylia), zainicjowanej przez WHO, powołana została interdyscyplinarna grupa robocza złożona z lekarzy położników, położnych, pediatrów, psychologów, administratorów medycznych i konsumentów. Zespoły te miały zebrać i przeanalizować dane ze światowych badań klinicznych (medycyna oparta na dowodach) i na ich podstawie sformułować wnioski, co do prawidłowej opieki okołoporodowej. Kierowano się zasadą, iż „każda kobieta ma prawo do odpowiedniej opieki okołoporodowej, do odgrywania we wszystkich jej aspektach kluczowej roli, włączając w to udział w planowaniu opieki, rozpowszechnianiu jej i ocenie.” Po raz pierwszy eksperci ds. porodu mieli możliwość sprecyzowania w świetle obecnej wiedzy, co uznają za świadczenie takich praktyk w opiece przy porodzie normalnym. Sklasyfikowane przez grupę roboczą zalecenia dotyczące praktyk związanych z porodem normalnym ujęte zostały w czterech kategoriach:

- A. Praktyki, które są użyteczne i powinny być promowane;
- B. Praktyki, które są wyraźnie szkodliwe lub nieskuteczne i powinny być eliminowane;
- C. 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;
- D. Praktyki, które są często stosowane niewłaściwie.

Uczestnicy konferencji przyjęli zalecenia „ Poród nie jest chorobą”, wskazując m.in., że Ministerstwa Zdrowia, powinny ustanowić politykę dotyczącą wprowadzania nowych technologii na rynek i do usług medycznych a kraje powinny tworzyć współpracujące ze sobą zespoły, które oceniałyby technologie związane z porodem. Zaakcentowano także rolę społeczeństwa, które powinno być informowane o różnych formach opieki okołoporodowej, aby umożliwić kobiecie wybór takiej opieki, jaką ona preferuje. Kobieta powinna odgrywać kluczową rolę we wszystkich jej aspektach, włączając w to udział w planowaniu opieki oraz rozpowszechnianiu i ocenie usług położniczych.

Dla ciekawości przekazuję kilka informacji (związanej z medykalizacją porodu) dot. inicjatywy, która zrodziła się w latach 70 ubiegłego wieku w Państwowej Klinice Ginekologiczno-Położniczej w Dublinie. Opracowany został zbiór procedur pod

nazwą „aktywne prowadzenie porodu”, który, w pierwotnym zamyśle, miał zapobiec wzrostowi cesarskich cięć. Był to określony scenariusz, według którego miał się odbywać każdy poród. Rozpocząć się powinien od przebicia błon płodowych.

W I okresie szyjka musiała rozwierać się w tempie 1 cm na godzinę, zaś parcie nie mogło trwać dłużej niż dwie godziny. Gdy te warunki nie były spełnione należało sztucznie stymulować skurcze.

„Aktywne prowadzenie porodu” szybko zyskało zwolenników i przyjęto je jako styl pracy w większości sal porodowych. Szytywne ramy, w jakie ujęto poród spowodowały, że ingerencja medyczna stała się jego obowiązkową składową, a przejęcie przez personel całkowitej kontroli i odpowiedzialności - faktem. Indywidualność i niepozwierzalność każdego aktu narodzin przestała być wartością.

W 1989 roku WHO i UNICEF wydały raport zatytułowany „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią – specjalna rola służb położniczych”. Aby zachęcić do nowego sposobu postępowania UNICEF rozpoczął kampanię, której celem było nagradzanie szpitali realizujących „10 kroków do udanego karmienia piersią”. i nadawanie im tytułu „Szpitali Przyjaznych Dziecku”. Globalna strategia zobowiązała państwa członkowskie ONZ do wdrażania tych zasad we wszystkich placówkach medycznych w kraju. W 1990 roku na konferencji we Florencji (Włochy), przyjęta została Deklaracja Innocenti o Ochronie, Promowaniu i Wspieraniu Karmienia Piersią, w której stwierdza się, że karmienie piersią to jedyny w swoim rodzaju proces, który:

- zapewnia idealne odżywianie niemowląt przyczyniając się do ich zdrowego wzrostu i rozwoju;
- zmniejsza stopień zapadalności na choroby zakaźne i osłabia ich przebieg, redukując przez to zachorowalność i śmiertelność wśród niemowląt;
- ma korzystny wpływ na zdrowie kobiety zmniejszając ryzyko zachorowań na nowotwory piersi i jajników oraz wydłużając okresy pomiędzy ciążami;
- przysparza społecznych i ekonomicznych korzyści zarówno rodzinie jak i całemu narodowi;
- przebiegając w pomyślny sposób daje karmiącym matkom poczucie satysfakcji,

Opracowanie oparte zostało na badaniach, które wykazały, że wspomniane korzyści wzrastają wraz z wyłącznością karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia noworodka, a później wraz z kontynuacją karmienia piersią uzupełnianego pokarmami dodatkowymi.

Bardzo ważnym dokumentem dotyczącym karmienia dzieci, przyjętym przez państwa członkowskie WHO na 55 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2002r. pt. Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci. Stanowi on podstawę działań dotyczących propagowania i wspierania karmienia piersią. Z uwzględnieniem tego dokumentu został opracowany i przyjęty przez Unię Europejską w 2004r. w Dublinie (Irlandia) projekt dokumentu pt. Ochrona, Propagowanie i Wspieranie Karmienia Piersią w Europie. Wzorzec działania. Wskazuje się w nim, że upowszechnianie karmienia

piersią jest jednym z najbardziej efektywnych sposobów poprawy zdrowia dzieci i niesie korzystne skutki dla matek, rodzin, społeczeństwa i służby zdrowia. Wzorzec ma zapewnić dobrą podstawę do przygotowania planów działania rządów, organizacji na rzecz wspierania karmienia piersią i przyczynić się do poprawy wskaźników karmienia piersią, do zwiększenia liczby rodziców czerpiących zadowolenie z karmienia piersią oraz lepszego wykształcenia oraz satysfakcji zawodowej pracowników ochrony zdrowia.

Nie można w tym miejscu pominąć inicjatywy rozpowszechnienia systemu opieki poporodowej matka – dziecko (rooming-in), który został opracowany w 1948r. przez Edith Jakson. Ma on wiele zalet, gdyż pozwala na stały kontakt matki z dzieckiem, możliwości ciągłej obserwacji, pielęgnacji noworodka oraz karmienia piersią „na żądanie” zgodnie z indywidualnymi potrzebami dziecka i matki.

Rozważając zagadnienia związane z prokreacją nie można pominąć deklaracji zawartej w programie działania podpisanego przez 179 państw w ramach postanowień Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (ICPD) – Kair 1994, oraz zgodnie z rezolucją Zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia z 1995r., gdzie uznano za priorytetowe w skali globalnej zagadnienia z dziedziny zdrowia reprodukcyjnego. Rezolucja zobowiązała kraje członkowskie do zwrócenia szczególnej uwagi na rozwój i wzmocnienie programów edukacyjnych w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wraz z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) opracował i przyjął w marcu 2004r. do działania „Rekomendacje w sprawie zdrowia reprodukcyjnego”, wśród, których znajdują się zagadnienia związane z bezpiecznym macierzyństwem, świadomym planowaniem rodziny, leczeniem niepłodności, zapobieganiem i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową a zwłaszcza zakażeń HIV/AIDS oraz diagnostyki prenatalnej.

Zwiększająca się częstość cięć cesarskich zarówno pierwszorazowych, jak i wielokrotnych, a także możliwość wzrostu zachorowalności związanej z powikłaniami okołoperacyjnymi u matek nakazuje podjęcie szerokiej dyskusji i wypracowanie rekomendacji PTG dotyczących zagadnienia cięcia cesarskiego i próby ograniczenia dalszego wzrostu liczby tych operacji. Decydujące znaczenie przy wyborze metody ukończenia porodu ma sytuacja położnicza oraz doświadczenie lekarza podejmującego decyzję. Do podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania ciąży, czy ukończenia porodu konieczna jest szczegółowa analiza aktualnej sytuacji położniczej. Rekomendacje opracowane i zaakceptowane przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 16 maja 2008r. odzwierciedlają szeroką problematykę cięcia cesarskiego dotyczącą m.in. wskazań do cięcia cesarskiego, rodzajów cięć cesarskich, metod znieczulenia do cięcia cesarskiego, porodu po cięciu cesarskim, cięcia cesarskiego na życzenie bez wskazań medycznych.

W tym wystąpieniu nie można pominąć organizacji konsumenckich działających na rzecz humanizacji porodów w tym Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia, Fundacji Rodzić po Ludzku. Europejska Sieć Stowarzyszeń na Rzecz Narodzin (ENCA) jednoczy organizacje z 17 państw, jej celem jest wymiana in-

formacji i doświadczeń, wspieranie kampanii w poszczególnych krajach, współpraca z Parlamentem Europejskim. W 2000 roku, na corocznym spotkaniu krajowych przedstawicieli ENCA, opracowano następującą definicję porodu normalnego: „Jest to poród, który 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. Ponieważ każda interwencja może potencjalnie zaburzyć przebieg porodu, decyzja o jej zastosowaniu nie może być podejmowana pochopnie.”

Dzięki ich nieustającej walce możemy obserwować zachodzące korzystne zmiany zarówno w podejściu do kobiet rodzących i osób towarzyszących jak i możliwości wyboru przez rodzącą pozycji porodowej, miejsca odbywania porodu czy metod łagodzenia bólu. Nie bez znaczenia jest promowanie przez nich zawodu położnej i udzielanie wsparcia w walce na rzecz poprawy jakości opieki położniczej i neonatologicznej oraz samodzielności zawodowej.

Piśmiennictwo u autorki

Realizacja rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2011r. w sprawie „standardów opieki okołoporodowej” w województwie dolnośląskim .

mgr Urszula Żmijewska

***Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położni-
czego***

Rozporządzenie MZ z dnia 23 września 2010r. w sprawie „standardów opieki okołoporodowej” określa standardy postępowania, procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w sprawowaniu opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu, opieki nad noworodkiem. Celem standardu jest uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych.

Standard duży nacisk kładzie na realizację praw pacjenta (respektowanie prawa kobiety do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem oraz prawie wyboru miejsca porodu).

Wdrożenie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem w zakładach opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim nie jest realizowane w całości.

Z danych uzyskanych ze szpitali (rozprowadzone ankiety, które SA w trakcie opracowywania) wynika, że;

- niewiele rodzących przybywa do szpitala z planem porodu;
- plan porodu nie jest omówiony w Sali Porodowej z położną czy lekarzem;
- rodzące nie są zachęcane do aktywności fizycznej, również nie ma ukierunkowania w znajdowaniu optymalnych dla rodzącej pozycji podczas porodu;
- wstępnej oceny stanu noworodka wg. skali Apgar nie zawsze dokonuje położna;
- czasami, bezpośrednio po porodzie fizjologicznym personel Sali Porodowej umożliwia noworodkowi nieprzerwany 2- godzinny kontakt z matką- „skóra do skóry”;
- w oddziale położniczo – noworodkowym, funkcjonującym w systemie rooming- in opiekę pielęgnacyjną nad noworodkiem sprawują pielęgniarki.

Realizacja i wdrażanie standardów na chwilę obecną stanowi wyzwanie dla szpitali i dobrze byłoby aby skutkowało zapewnieniem jednolitej organizacji opieki nad kobietami w czasie ciąży fizjologicznej, porodu fizjologicznego, porożu, opieki nad noworodkiem.

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w świetle nadzoru merytorycznego nad matką i dzieckiem

mgr Iwona Stasiak

Do głównych zadań nadzoru merytorycznego w ochronie zdrowia matki i dziecka należy ocena stanu zdrowia matek, stan płodu i zdrowie noworodków. Do określenia stanu zdrowia służą wskaźniki, zarówno pozytywne np. poziom rozwoju somatycznego, jak negatywne – umieralność, chorobowość. Wśród wskaźników mierzalnych przeważają wskaźniki negatywne. Celem uzyskania prawidłowej oceny wskaźników pozytywnych konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na zdrowie matki, jej stan odżywienia, tryb i styl życia, a także rozwój płodu. Wymaga to prowadzenia odpowiedniej dokumentacji medycznej, współdziałania lekarza pierwszego kontaktu, lekarza położnika i położnej. Jednym z ważnych wskaźników w obiektywnej ocenie stanu zdrowia w okresie prenatalnym jest liczba zgonów płodów i noworodków związana z ciążą i porodem.

W latach 90. zmniejszenie umieralności niemowląt należy wiązać z poprawą opieki prenatalnej, szerokim stosowaniem steroidoterapii przedurodzeniowej, wprowadzeniem programu poprawy opieki perinatalnej poprzez wprowadzenie trójstopniowej opieki okołoporodowej, uruchomieniem specjalistycznego transportu noworodkowego i szybkim rozwojem intensywnej terapii neonatologicznej – stosowanie surfaktantu i nowych technik wentylacji.

Propagowanie zdrowego stylu życia oraz wprowadzenie programów zdrowotnych w okresie prekonceptyjnym przyczynia się również do zmniejszenia umieralności okołoporodowej. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym, jak również podawanie kwasu foliowego przed ciążą przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia wad rozwojowych. Właściwe nawyki żywieniowe oraz zmniejszenie ryzyka szkodliwego oddziaływania czynników środowiskowych, takich jak dym papierosowy, alkohol, szkodliwe warunki zawodowe daje szansę na przyjscie na świat zdrowego dziecka w każdej rodzinie.

Jednak mimo szybkiego postępu cywilizacyjnego, propagowaniu zdrowego stylu życia oraz podnoszeniu jakości usług medycznych umieralność wczesna noworodków w Polsce w dalszym ciągu osiąga wysokie wskaźniki. W 1995 roku został opracowany przez zespół ekspertów i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej program poprawy opieki perinatalnej w Polsce. Celem tego programu było zorganizowanie opieki perinatalnej w skali regionalnej realizującej opiekę medyczną nad matką i dzieckiem w systemie trójstopniowego poziomu. Polega on na podziale zakładów opieki medycznej sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem na oddziały sprawujące opiekę nad sytuacjami fizjologicznymi i krótką opiekę nad niespodziewanie występującą patologią (I poziom), oddziały

obejmujące opiekę nad patologią średniego stopnia (II poziom) oraz zakłady zajmujące się najcięższą patologią (III poziom). Wszystkie oddziały położnicze i noworodkowe muszą mieć podstawową gotowość do podjęcia nagłych działań, nie wszystkie jednak muszą być jednakowo wyposażone w duże zespoły i skomplikowany sprzęt intensywnej terapii. System taki zapewnia pacjentom równy dostęp do wszystkich możliwości diagnostycznych i leczniczych regionu, w zależności od potrzeb kobiety ciężarnej, rodzącej i noworodka. Pozwala także na racjonalne wykorzystanie potencjału ludzkiego i technologii medycznych. Kolejnym krokiem Ministerstwa Zdrowia, w celu zmniejszenia ilości poronień, zgonów płodów i noworodków, wad rozwojowych i wcześniactwa, było określenie jako priorytetowej polityki zdrowotnej, zawartej w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, w siódmym celu operacyjnym, poprawę opieki nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. Dopiero w 2009 roku Minister Zdrowia uchwalił rozporządzenie, w którym zostały określone wymagania, jakie muszą spełniać oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne na poszczególnych poziomach referencyjnych, a w 2010 roku standard postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

W województwie dolnośląskim dużym problemem nadal są martwe urodzenia i zgony noworodków do 6 doby, przy czym martwe urodzenia występują częściej niż zgony noworodków. Przyczyną zbyt wysokiej liczby martwych urodzeń oraz porodów przedwczesnych może być zbyt późne objęcie opieką prenatalną kobiet w ciąży. Jedną z najczęstszych przyczyn martwych urodzeń jest przedwczesny poród, który jest również jedną z najczęstszych przyczyn zgonów noworodków w okresie okołoporodowym do 6 doby życia. W dalszej kolejności noworodki umierają z powodu wad wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomalnych, niedotlenienia wewnątrzmacicznego i zamartwicy urodzeniowej. Wysoki odsetek noworodków umiera z przyczyn powstających w okresie okołoporodowym, do których zaliczamy zaburzenia krwotoczne i choroby krwi płodu i noworodka, wrodzone zapalenie płuc, posocznica bakteryjna, zespół zaburzeń oddychania, uraz okołoporodowy, stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi, powikłaniami ciąży, czynności porodowej i porodu. Do groźnych w skutkach należą przedwczesne oddzielenie łożyska oraz wypadnięcie pępowiny, jak również poród przedwczesny, ostra niewydolność oddechowa noworodka z powodu zespołu zaburzeń oddychania, aspiracja smółki, odmy, bądź niedotlenienie przed lub pourazowe z wielonarządowymi następstwami a także narodziny noworodka z wadą rozwojową wymagającą pilnej interwencji chirurgicznej

Poród przedwczesny jest wynikiem wielu mechanizmów. Do najczęstszych czynników predysponujących do występowania porodu przedwczesnego możemy zaliczyć:

1. czynniki społeczne:

- czas pracy powyżej 40 godzin tygodniowo,

- ciężka praca fizyczna w ciąży,
- praca w warunkach szkodliwych,
- niski poziom wykształcenia,
- wiek matki poniżej 16 roku życia lub powyżej 35 roku życia,
- niski status socjoekonomiczny,
- brak pracy i/lub ubezpieczenia zdrowotnego,
- brak lub niepełna opieka prenatalna,
- uzależnienia (palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i narkotyków),
- ograniczony dostęp do oświaty zdrowotnej,
- brak wsparcia rodziny i/lub męża,
- krótki odstęp od poprzedniej ciąży,
- niedożywienie ciężarnej,
- niski indeks masy ciała kobiety ciężarnej ($BMI < 19,8$),
- mały przyrost masy ciała w trakcie ciąży;

2. czynniki medyczne:

- poprzedni poród zakończony przed terminem,
- niewydolność cięśniowo-szyjkowa,
- zakażenia dróg rodnych,
- przedwczesne odpływanie wód płodowych,
- wady macicy i nieprawidłowości łożyska (łożysko przodujące),
- krwawienia z dróg rodnych,
- ciąża mnoga,
- wady rozwojowe płodu,
- przewlekłe podawanie steroidów w ciąży,
- infekcje u matki (TORCH),
- choroby przenoszone drogą płciową,
- choroby matki (nadciśnienie, cukrzyca, wada serca, ciężka anemia, zakażenia dróg moczowych).

W celu ograniczenia wcześniactwa prowadzona jest szeroka profilaktyka. Powstały normy prawne określające warunki pracy kobiety ciężarnej zakazujące zatrudnianie kobiety ciężarnej w uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia płodu warunkach pracy. Również zostały wprowadzone przepisy prawne oraz standardy i wytyczne określające wymagania dotyczące prowadzenia ciąży i porodu. Właściwie prowadzona ciąża przez lekarza położnika lub położną umożliwia wczesne rozpoznanie patologii ciąży oraz właściwe postępowanie zapobiegające niepomyślnemu zakończeniu ciąży.

W przypadku wystąpienia zagrażającego porodu przedwczesnego kobieta ciężarna powinna zostać objęta opieką i leczeniem w ośrodku II lub III poziomu referencyjnego. W przypadku braku możliwości jego zahamowania bardzo ważnym jest by poród przedwczesny miał miejsce w ośrodku przygotowanym do tego, aby zapewnić optymalne warunki dla rodzącego się wcześniaka. Niedojrzały noworodek od

pierwszych chwil życia zapewnioną ma właściwą opiekę specjalistyczną i leczony jest w warunkach oddziału intensywnej terapii. Pozwala to uniknąć konieczności transportu noworodka, co zwiększa szanse przeżycia i minimalizuje ryzyko wystąpienia powikłań. Postęp w ratowaniu coraz mniejszych wcześniaków stanowi niekwestionowany wykładnik rozwoju intensywnej terapii noworodkowej.

Na przestrzeni lat 1999-2010 w województwie dolnośląskim umieralność okołoporodowa noworodków uległa znacznemu obniżeniu z 13,7‰ w 1999 roku do 7,1‰ w 2010 roku. W 2010 roku najniższy wskaźnik umieralności okołoporodowej wyniósł 5,8‰ w województwie podlaskim, przy średniej w Polsce 6,8‰.

W województwie dolnośląski obserwuje się największą dynamikę spadku umieralności okołoporodowej w Polsce, jednak wskaźnik ten w dalszym ciągu jest jeszcze zbyt wysoki. W roku 2010 w województwie dolnośląskim obserwuje się widoczną poprawę w funkcjonowaniu trójstopniowej opieki perinatalnej. Na 23 oddziały położniczo-neonatologiczne I stopnia referencyjnego w 19 odnotowano wskaźnik umieralności okołoporodowej poniżej 5,0‰, w tym w 5 oddziałach wskaźnik był na poziomie 0‰, a w 16 oddziałach nie było zgonu noworodka w okresie pierwszych 6 dób życia dziecka. Dla porównania w 2009 roku tylko 9 oddziałów położniczo-neonatologicznych I stopnia referencyjnego odnotowało wskaźnik umieralności okołoporodowej poniżej 5‰, w tym w 3 oddziałach wskaźnik był na poziomie 0‰, a w 9 nie było zgonu noworodka.

Od 2009 roku obserwuje się widoczną poprawę w realizacji profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem świadczonej przez lekarzy i położne podstawowej opieki zdrowotnej. Coraz więcej kobiet ciężarnych objętych jest profilaktyczną opieką z zakresu edukacji obejmującej praktyczne i teoretyczne przygotowanie kobiet do odbycia porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa, również realizowanych w formie grupowej. Niestety w bardzo małym zakresie realizowana jest przez położne edukacja prekoncepcyjna wśród młodzieży szkolnej.

Dokonane analizy, prowadzonej dokumentacji medycznej przez świadczeniodawców w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie dolnośląskim, wskazują na duże braki w prowadzonej dokumentacji.

W celu dalszej poprawy opieki perinatalnej w województwie dolnośląskim zostały opracowane następujące programy:

- „Zdrowa Matka i Dziecko” realizowany przez Urząd Miasta Wrocławia;
- „Program poprawy opieki perinatalnej w województwie dolnośląskim na lata 2008-2010” – Dolnośląski Urząd Marszałkowski;
- „Jak urodzić zdrowe dziecko” – Dolnośląski Urząd Wojewódzki.

Złożoność przyczyn tego zjawiska wymaga dalszej poprawy opieki zdrowotnej nad kobietami w okresie ciąży, a także w całym okresie reprodukcyjnym.

Dotyczy to zarówno opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej ze strony położnika, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarza rodzinnego. Dalsza poprawa współczynników umieralności okołoporodowej w Polsce, a przede wszystkim w województwie dolnośląskim, jest pożądana i możliwa do osiągnięcia. Ważną rolę odegrać tu mogą programy oświaty zdrowotnej, skierowane do kobiet w okresie rozrodczym, poradnictwo przedmażeńskie, dalsza poprawa opieki przedporodowej oraz podwyższenie statusu ekonomicznego społeczeństwa. Jednak budzą niepokój wyniki badań przeprowadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny, z których wynika, że 11% Polek paliło papierosy w ciąży a 14% piło alkohol. Poród przedwczesny, niska waga urodzeniowa czy wady wrodzone, to niektóre efekty picia alkoholu czy palenia papierosów przez kobiety ciężarne. Nadużywanie alkoholu w ciąży powoduje nieodwracalne skutki dla dziecka również w postaci zespołu poalkoholowego. Tym większego znaczenia nabiera profilaktyka przedkoncepcyjna i opieka przedporodowa. Należy w tym miejscu podkreślić jak dużą rolę odgrywa opieka medyczna sprawowana w podstawowej opiece zdrowotnej. Szczególnie świadczenia medyczne udzielane przez położną podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają kluczową rolę w opiece profilaktycznej nad kobietą w każdym wieku. To położna powinna dotrzeć do wszystkich kobiet ciężarnych, zwłaszcza z trudnych środowisk, rozpoznać środowisko, problemy zdrowotne, udzielić wskazówek i odpowiednio zareagować do zdiagnozowanej sytuacji zdrowotnej podopiecznej. Często położna w środowisku wiejskim jest jedynym pracownikiem medycznym, który może i powinien udzielić profilaktycznych świadczeń medycznych kobiecie ciężarnej. Przyczyną tej sytuacji jest niejednokrotnie utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki medycznej z powodu zbyt dużej odległości od miejsca zamieszkania.

Adres do korespondencji:

Iwona Stasiak

**Wydział Polityki Społecznej
Dolnośląski Urząd Wojewódzki**

**pl. Powstańców Warszawy 1
50-951 Wrocław**

**tel. 71 340 61 07
e-mail: i.stasiak@duw.pl**

Nowe wyzwania w kształceniu położnych

Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych
Wiceprzewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego

Zorganizowanie nowoczesnego modelu kształcenia położnych porównywalnego z krajami Unii Europejskiej, zorientowanego na pozyskiwanie możliwie najlepszych kandydatów do zawodu, umożliwia uzyskanie wysokich kwalifikacji niezbędnych do wykonywania samodzielnego zawodu położnej. Szybki rozwój nauk medycznych, humanistycznych, społecznych, dynamiczne zmiany społeczno-gospodarcze i demograficzne kraju, powodują, że położna powinna być przygotowana w jak największym zakresie do realizacji funkcji zawodowych wobec kobiety i jej rodziny.

Dążenie do dostosowania procesu i programu kształcenia kadr położnych odpowiadających współczesnym (i przyszłym) potrzebom stale rozszerzającego się pola aktywności tej grupy zawodowej jest nakazem chwili. Próby sformułowania programów wyznaczających poszerzone funkcje współczesnego położnictwa i ugruntowania roli położnej w systemie opieki zdrowotnej są podejmowane przez WHO i czynione przez większość krajów, zarówno tych o stabilnej ekonomice jak i rozwijających się.

Dlatego głównym celem edukacji zawodowej położnych jest wykształcenie położnych o kompetencjach odpowiadających potrzebom zdrowotnym społeczeństw – w kraju, w zintegrowanej Europie i na świecie.

Europa bez granic wraca w zakresie szkolnictwa wyższego do najlepszych tradycji, sięgających czasów Kopernika: odkrywa na nowo wartość zdobywania wiedzy w kilku różnych ośrodkach akademickich. Korzyści płynące z mobilności studentów i doktorantów zostały w Europie szybko dostrzeżone i przeanalizowane. Doprowadziło to do powstania koncepcji Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (EOSW), w którym obowiązywać będą wypracowane wspólnie zasady organizacji systemu edukacji wyższej, przyjęte z poszanowaniem różnorodności programów, instytucji i tradycji kształcenia poszczególnych krajów.

Aby powyższy plan zrealizować, potrzebny jest najogólniej zarysowany schemat poziomów wykształcenia – „ramy”, w których poszczególne uczelnie będą umieszczać swoje oryginalne opisy efektów kształcenia. Tę funkcję mają wypełniać Europejskie Ramy Kwalifikacji.

Nowelizacja ustawy – *Prawo o szkolnictwie wyższym*, przewiduje wprowadzenie Krajowych Ram Kwalifikacji (KRK) do systemu szkolnictwa w Polsce. Po wejściu w życie tej ustawy uczelnie uzyskają najpoważniejszą i najistotniejszą autonomię, jaka cechuje dojrzałe i odpowiedzialne środowisko akademickie – mianowicie autonomię w tworzeniu kierunków i kształtowaniu programów studiów. Autonomia ta wymaga jednak samodzielnego przygotowania programów zgodnie z metodologią KRK.

W dobie realizacji założeń Deklaracji Bolońskiej i budowy Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego kwestia ta jest niezwykle istotna.

Krajowe Ramy Kwalifikacji to opis wzajemnych relacji między kwalifikacjami, integrujący różne krajowe podsystemy kwalifikacji. Służy on przede wszystkim większej przejrzystości, dostępności i jakości zdobywanych kwalifikacji. KRK stworzone zostały między innymi dla potrzeb rynku pracy i społeczeństwa obywatelskiego. Ważny jest także fakt, że KRK zawierają opis hierarchicznego systemu poziomów kwalifikacji – każda kwalifikacja jest umieszczona na jednym z tych poziomów.

Krajowe Ramy Kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego to – w największym uogólnieniu – szczególna metoda opisu kształcenia, jakie polskie uczelnie oferują studentom. Metoda ta wyróżnia się dwiema charakterystycznymi cechami. Po pierwsze, opisy sformułowane są w języku efektów kształcenia, to znaczy przedstawiają wymagania, jakim powinien sprostać student po ukończeniu nauki w ramach danego cyklu kształcenia. Po drugie – opisy te, za pomocą wspólnego europejskiego systemu pozwolą na dokonywanie porównań dyplomów uzyskiwanych w różnych uczelniach na terenie całej Europy.

Kierunek kształcenia położnictwo, obok kierunków: farmacja, lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo i weterynaria, jest zaliczany do obszaru stanowiącego studia w zakresie zawodów regulowanych, tj. objętych Dyrektywą Komisji Europejskiej „O wzajemnym uznawaniu dyplomów.” (Directive 2005/36/EC)

Zgodnie z wykładnią zaprezentowaną przez Parlament Europejski w odniesieniu do EQF nie można i nie należy stosować równocześnie wspomnianej Dyrektywy i Ram Kwalifikacji (*„The EQF does not aim to apply in situations covered by Directive 2005/36/EC. Applying the Recommendation on the EQF and Directive 2005/36/EC at the same time is neither legally possible nor desirable”*).

Z tekstu wykładni można także wyczytać, iż „Kształcenie w zawodach objętych Dyrektywą jest w znacznym stopniu zharmonizowane na poziomie europejskim, a uznawanie dyplomów jest automatyczne. Próby odniesienia tego kształcenia do Ram Kwalifikacji nie tylko nie sprzyjałyby lepszemu zrozumieniu zdobytych kwalifikacji, ale mogłyby spowodować nieporozumienia, utrudniające wdrażanie Dyrektywy” (i swobodny przepływ przedstawicieli tych zawodów). W tej sytuacji podjęto

decyzję o wyłączeniu kierunków objętych Dyrektywą z opisu efektów kształcenia w odniesieniu do Krajowych Ram Kwalifikacji.

Jednak Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw, a w szczególności Art. 9b. 1. („*Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, uwzględniając wymogi dotyczące kształcenia i szkolenia przygotowujące do wykonywania zawodu lekarza, lekarza-dentysty, farmaceuty, pielęgniarki i położnej, określone w przepisach Unii Europejskiej.*”) nałożył obowiązek przygotowania nowych standardów kształcenia.

Poniżej zaprezentowany został ogólny zarys projektu standardu kształcenia dla studiów I stopnia na kierunku położnictwo, opracowany w oparciu o opisy efektów kształcenia:

WYMAGANIA OGÓLNE

Studia I stopnia trwają nie krócej niż 6 semestrów i mają profil praktyczny. Liczba godzin zajęć i praktyk nie powinna być mniejsza niż 4720 a liczba punktów ECTS (European Credit Transfer System) powinna wynosić nie mniej niż 180.

OGÓLNE EFEKTY KSZTAŁCENIA

Dyplom licencjata położnictwa uzyskuje absolwent studiów I stopnia kierunku położnictwo, który posiada ogólną wiedzę medyczną oraz wiedzę szczegółową z zakresu położnictwa. Posiada umiejętności wykonywania świadczeń zdrowotnych wobec: kobiety i jej rodziny; kobiety ciężarnej; kobiety rodzącej, położnicy i noworodka oraz kobiety chorej ginekologicznie w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki i profesjonalnej opieki położniczo-ginekologicznej – przedkoncepcyjnej, prenatalnej, perinatalnej oraz w okresie przekwitania i senu.

Posiada umiejętności rozpoznawania ciąży, sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej i monitorowania ciąży prawidłowej, samodzielnego prowadzenia i przyjęcia fizjologicznego porodu (w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych), w przypadku konieczności także z nacięciem i szyciem krocza oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej a także wykrywania stanów odbiegających od normy u matki i dziecka w okresie ciąży, porodu i połogu.

Absolwent posiada umiejętności podejmowania koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a

w przypadku potrzeby także ręcznego zbadania macicy. Posiada umiejętność sprawowania opieki nad matką i noworodkiem, monitorowania przebiegu okresu poporodowego oraz badania noworodków i sprawowania opieki nad nimi a także podejmowania w sytuacji nagłej wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji.

Absolwent jest przygotowany do prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa, przygotowania do rodzicielstwa i urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia oraz prowadzenia profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych.

W zakresie postaw, jest przygotowany do samodzielnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistycznego podejścia do podopiecznych uwzględniającego poszanowanie i respektowanie jego praw oraz posiada świadomość czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta oraz permanentnego kształcenia się.

Absolwent studiów I stopnia zna język angielski na poziomie biegłości B1 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego Rady Europy, który jest sprofilowany zawodowo.

PRZYKŁADOWE SZCZEGÓŁOWE EFEKTY KSZTAŁCENIA:

I. NAUKI PODSTAWOWE

(anatomia, fizjologia, patologia, embriologia i genetyka, biochemia i biofizyka, mikrobiologia i parazytologia, farmakologia, radiologia)

W zakresie wiedzy absolwent:

- I. W1 Określi budowę ciała ludzkiego w ujęciu topograficznym (kończy na górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna, krążenie maczyno-płodowe)
- I. W2 Opisz budowę i funkcjonowanie miednicy kostnej, mięśni dna miednicy oraz budowę kanału rodnego
- I. W3

W zakresie umiejętności absolwent:

- I. U1 Posługuje się mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego
- I. U2 Wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego, noworodka i niemowlęcia
- I. U3

II. NAUKI SPOŁECZNE

(psychologia, socjologia, pedagogika, prawo, zdrowie publiczne, filozofia i etyka zawodu położnej)

W zakresie wiedzy absolwent:

- II. W.1 Wykazuje znajomość podstawowych pojęć dotyczących wiedzy psychologicznej w zakresie zachowania i rozwoju człowieka, uwarunkowań jego prawidłowego i zaburzonego funkcjonowania
- II. W.2 Prezentuje wiedzę na temat relacji człowiek – środowisko społeczne i wykazuje znajomość mechanizmów funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych
- II. W.3

W zakresie umiejętności absolwent:

- II. U1. Opracowuje zestawienia podstawowych determinantów zdrowia
- II. U2. Ocenia wpływ choroby, hospitalizacji i innych sytuacji trudnych na stan fizyczny, psychiczny i funkcjonowanie społeczne człowieka
- II. U3.

III. NAUKI W ZAKRESIE PODSTAW OPIEKI POŁOŻNICZEJ

(podstawy opieki położniczej, promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna, dietetyka, badania fizykalne, badania naukowe w położnictwie, zajęcia fakultatywne do wyboru: zakażenia szpitalne lub język migowy lub promocja zdrowia psychicznego)

W zakresie wiedzy absolwent:

- III. W1 Prezentuje podstawowe pojęcia związane z istotą zawodu, przygotowaniem położnej do pełnienia samodzielnie roli zawodowej
- III. W2 Scharakteryzuje metody sposoby, zasady techniki i procedury stosowane w opiece nad ciężarną rodzącą, położnicą i jej dzieckiem oraz nad kobietą zagrożoną chorobą i chorobą ginekologicznie
- III. W3 ...

W zakresie umiejętności absolwent:

- III. U1 Posługuje się właściwym nazewnictwem przyjętym w opiece w położnictwie, neonatologii i ginekologii oraz interpretuje podstawowe pojęcia z zakresu praktyki zawodowej położnej
- III. U2. Wykona podstawowe zabiegi higieniczne, pielęgnacyjne, diagnostyczne i lecznicze oraz je udokumentuje: wykonuje zabiegi pielęgnacyjne u różnych grup podopiecznych; dokonuje pomiarów: temperatury ciała, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetrii, masy ciała, wzrostu; ocenia stan świadomości i przytomności; wykonuje zabiegi ułatwiające wydalanie gazów i stolca; podaje leki różnymi drogami; stosuje tlenoterapię doraźną; przeprowadza cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego; pobiera wymazy z pochwy, rany pooperacyjnej, ucha, nosa, gardła, odbytu, okolic cewki moczowej, okolic oka noworodka; pobiera krew żylną i włosniczkową; dokonuje pomiaru poziomu glukozy we krwi; wykonuje wstrzyknięcia domięśniowe, podskórne, śródskórne, dożylnie; zakłada wkłucie do żyły obwodowej; wykonuje cewnikowanie żyły pępowinowej; przeprowadza płukanie żołądka; wykonuje proste diagnostyczne testy paskowe; przygotowuje odbiorcę swoich usług, siebie i stanowisko pracy do przeprowadzenia badań i zabiegów; przygotowuje zestawy do badań i w zabiegach diagnostycznych, pielęgnacyjnych i leczniczych stosowanych w położnictwie, neonatologii i ginekologii; uczestniczy w zabiegach diagnostycznych i leczniczych stosowanych w położnictwie, neonatologii i ginekologii; wykonuje testy przesiewowe u noworodka
- III. U3

IV. NAUKI W ZAKRESIE OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

(techniki położnicze i prowadzenie porodu, położnictwo i opieka położnicza, ginekologia i opieka ginekologiczna, neonatologia i opieka neonatologiczne, pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne, choroby wewnętrzne, chirurgia, psychiatria, anestezjologia i stany zagrożenia życia, rehabilitacja w położnictwie, neonatologii i ginekologii, podstawy ratownictwa medycznego)

W zakresie wiedzy absolwent:

- IV. W1. Scharakteryzuje zasady opieki położniczej podczas porodu fizjologicznego i patologicznego
- IV. W2. Omówi mechanizm porodu w położeniu podłużnym główkowym, przy nie prawidłowym ułożeniu główki, w ułożeniach odgięciowych, w położeniach miednicowych, przy nieprawidłowej budowie miednicy kostnej i w porodach bliźniaczych
- IV. W3.

W zakresie umiejętności absolwent:

- IV.U1. Dokonuje oceny stanu ciężarnej, rodzącej, płodu, położnicy i noworodka przy pomocy dostępnych metod i środków
- IV.U2. Rozpoznaje i eliminuje czynniki ryzyka w przebiegu ciąży, porodu i porodu, w razie konieczności zapewni kobiecie i jej dziecku opiekę sprawowaną przez specjalistów
- IV.U3.

W zakresie postaw absolwent studiów I stopnia:

- P1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece
- P2. Systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje swoje umiejętności dążąc do profesjonalizmu
- P3. Przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece na ciężarną, rodzącą, położnicą i jej dzieckiem oraz kobietą zagrożoną chorobą i chorobą ginekologiczną
- P4. Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych
- P5. Przestrzega praw pacjenta
- P6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe
- P7. Zachowuje tajemnicę zawodową
- P8. Współdziała w zespole interdyscyplinarnym w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej
- P9. Prezentuje otwartość na rozwój podmiotowości własnej i podopiecznej
- P10. Wykazuje empatię w relacji z podopieczną i jej rodziną oraz współpracownikami
- P11. Okazuje szacunek wobec pacjenta i zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych

ORGANIZACJA STUDIÓW

Proces kształcenia może być organizowany w formie przedmiotów odpowiadających dyscyplinom nauk medycznych (np. anatomii, fizjologii, patologii, chirurgii, czy radiologii), przedmiotów zintegrowanych, łączących część kliniczną z częścią pielęgniarską czy też z zakresu opieki sprawowanej przez położną (np. położnictwo i opieka położnicza, ginekologia i opieka ginekologiczna) oraz wielodyscyplinarnych modułów poświęconych określonym tematom (np. podstawowa opieka zdrowotna). Modułowa konstrukcja programu stwarza możliwość bardziej równomiernego obciążenia studentów przez przypisanie modułom takiej samej, powtarzalnej wartości punktowej ECTS.

Nauczanie przedmiotów (treści kierunkowych/zawodowych) w obszarze nauk z zakresu podstaw opieki położniczej i opieki specjalistycznej, przedmiotów dotyczących

w swojej treści opieki położniczej – opieki sprawowanej przez położną i obszarów funkcjonowania pielęgniarstwa i zawodu położnej oraz zajęcia praktyczne prowadzą nauczyciele akademicki, posiadający odpowiednio prawo wykonywania zawodu położnej, pielęgniarki oraz minimum roczną praktykę zawodową, zgodną z nauczaniem przedmiotem / zakresem. Promotorem (kierownikiem, opiekunem) pracy licencjackiej (kazuistycznej) są nauczyciele akademicki posiadający prawo wykonywania zawodu położnej, z tytułem co najmniej magistra.

Na studiach I stopnia realizowany jest język angielski na poziomie biegłości B1 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego Rady Europy, sprofilowany zawodowo, w wymiarze nie mniejszym niż 120 godzin.

Uczelnia może realizować program bez udziału nauczyciela w zakresie nauk podstawowych i nauk społecznych po 25% wymiaru godzin z każdego zakresu (nie więcej niż 240 godzin) oraz w zakresie podstaw opieki położniczej i opieki specjalistycznej po 35% wymiaru godzin z każdego obszaru (nie więcej niż 511 godzin).

Za przygotowanie pracy dyplomowej i przygotowanie do egzaminu dyplomowego, składającego się z części teoretycznej i praktycznej.

KSZTAŁCENIE PRAKTYCZNE

Kształtowanie umiejętności praktycznych w warunkach naturalnych poprzedzone jest kształtowaniem tych umiejętności w warunkach symulowanych – w pracowniach umiejętności położniczych / pracowniach umiejętności pielęgniarstkich.

Kształcenie praktyczne może odbywać się na bazie własnej uczelni lub w innych jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej. Miejscem kształcenia praktycznego – zajęć praktycznych i praktyk zawodowych powinny być: sale porodowe, oddziały położnicze, oddziały noworodkowe (położniczo-noworodkowe), oddziały patologii ciąży, oddziały ginekologiczne, oddziały onkologii ginekologicznej, oddziały internistyczne, oddziały chirurgiczne, oddziały pediatryczne (niemowlęce, patologii noworodka) – w szpitalach klinicznych, w jednostkach badawczo-rozwojowych, w wieloprofilowych szpitalach o zasięgu regionalnym, w ośrodkach położniczej oraz pielęgniarstkiej opieki domowej i środowiskowej oraz w szkołach rodzenia.

- Zajęcia praktyczne są realizowane pod bezpośrednim nadzorem i kierunkiem nauczyciela akademickiego – opiekuna dydaktycznego.
- Praktyki zawodowe są realizowane pod kierunkiem osoby prowadzącej praktykę (położnej/pielęgniarki), pracownika danego zakładu opieki zdrowotnej. Nadzór nad realizacją praktyki zawodowej sprawuje z ramienia uczelni – kierownik i opiekun praktyk.

ZAJĘCIA PRAKTYCZNE I PRAKTYKI ZAWODOWE

W trakcie kształcenia praktycznego – zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, w obszarze nauk z zakresu podstaw opieki położniczej i zakresu opieki specjalistycznej na studiach I stopnia, student powinien realizować kształtowanie umiejętności obejmujące:

- poradnictwo dla kobiet ciężarnych, łącznie z przeprowadzeniem co najmniej 100 badań prenatalnych,
- sprawowanie nadzoru i opieki nad co najmniej 40 rodzącymi,
- przyjęcie 40 porodów, a w przypadku gdy liczba rodzących jest mniejsza – co najmniej 30 porodów pod warunkiem aktywnego udziału w 20 innych porodach,
- aktywny udział w porodzie z położenia miednicowego, a w przypadku gdy jest to niemożliwe asystowanie w warunkach symulowanych,
- wykonanie nacięcia krocza i zakładanie szwów,
- kontrola i opieka nad 40 kobietami, u których mogą wystąpić powikłania w trakcie ciąży, porodu i położu,
- sprawowanie nadzoru i opieki nad co najmniej 40 ciężarnymi,
- sprawowanie nadzoru i opieki, łącznie z przeprowadzeniem badań nad 100 położnicami i zdrowymi noworodkami,
- prowadzenie obserwacji i sprawowanie opieki nad noworodkami niedonoszonymi, przenoszonymi – z niską masą urodzeniową – oraz chorymi,
- sprawowanie opieki nad kobietami z objawami patologicznymi – ginekologicznymi i położniczymi.

INNE WYMAGANIA

Wychowanie fizyczne jest przedmiotem nieobowiązkowym. Uczelnie medyczne zapewniają studentom bezpłatny dostęp do obiektów sportowych umożliwiając uprawianie sportu, uczestniczenie w zajęciach rekreacyjnych oraz kształtowanie prozdrowotnych postaw w wymiarze, co najmniej 30 godzin rocznie.

Absolwent studiów I stopnia na kierunku położnictwo jest przygotowany do podjęcia studiów II stopnia.

SPOSOBY OCENY EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

Sprawdzenie osiągnięcia założonych efektów kształcenia wymaga zastosowania zróżnicowanych form oceniania studentów, adekwatnych do obszarów, których dotyczą efekty.

Efekty w obszarze wiedzy sprawdzać można za pomocą egzaminów pisemnych lub ustnych.

W zakresie egzaminów pisemnych można stosować eseje, raporty, krótkie ustrukturyzowane pytania oraz testy: wielokrotnego wyboru (MCQ), wielokrotnej odpowiedzi (MRQ), wyboru Tak/Nie oraz testy dopasowania odpowiedzi.

Egzaminy ustne winny być standaryzowane oraz ukierunkowane w stronę sprawdzenia wiedzy na poziomie wyższym, niż sama znajomość faktów (np. poziom zrozumienia, umiejętność analizy, syntezy, rozwiązywania problemów).

Sprawdzenie osiągnięcia wiedzy w obszarze umiejętności praktycznych zarówno tych, które dotyczą komunikowania się jak i proceduralnych (manualnych) wymaga bezpośredniej obserwacji studenta demonstrującego umiejętność: w czasie tradycyjnego egzaminu lub też egzaminu standaryzowanego (OSCE - Objective Structured Clinical Examination), i jego modyfikacji (Mini-CEX).

Egzamin OSCE jest w szczególności wskazany jako forma sprawdzania całości umiejętności praktycznych / klinicznych nabytych w trakcie kształcenia praktycznego w obszarze nauk z zakresu podstaw opieki położniczej i opieki specjalistycznej.

Dla sprawdzenia osiągnięcia efektów w obszarze profesjonalizmu można wykorzystać: esej refleksyjny, przedłużoną obserwację przez opiekuna (nauczyciela prowadzącego), tzw. ocenę 360° (tj opinie nauczycieli, pacjentów, położnych, lekarzy, innych współpracowników) a także ocenę przez kolegów i samoocenę studenta.

Studia I stopnia na kierunku położnictwo kończą się egzaminem dyplomowym, składającym się z części teoretycznej i praktycznej.

Egzamin dyplomowy, po złożeniu pracy dyplomowej, powinien obejmować sprawdzenie zasobu wiedzy i umiejętności praktycznych zdobytych w całym okresie studiów.

Absolwent studiów I stopnia na kierunku położnictwo jest przygotowany do podjęcia studiów II stopnia.

PODSUMOWANIE

Warunkiem wprowadzenia Krajowych Ram Kwalifikacji w Polsce oraz standardów kształcenia dla zawodów regulowanych, opracowanych w oparciu o opisy efektów kształcenia, jest zmiana sposobu projektowania programów studiów. To podejście bazujące na efektach kształcenia wymaga więcej, niż tylko opis treści programowych. Wprowadzeniu tych zmian musi towarzyszyć możliwość różnicowania w uczelniach programów kierunków studiów, samodzielnego ich nazywania i ustalania zakresu treści programowych, zaprojektowanych w celu osiągnięcia zamierzonych

efektów kształcenia. Oznacza to zarazem wzrost odpowiedzialności uczelni, za jakość i skuteczność programów.

Wprowadzenie tych zmian dla szkolnictwa wyższego w Polsce powinno zdecydowanie zwiększyć jakość i różnorodność oferty edukacyjnej polskich uczelni oraz lepiej dostosować programy studiów do oczekiwań, możliwości i predyspozycji uczących się, co jest szczególnie potrzebne w warunkach kształcenia masowego oraz zwiększającej się liczby studentów „nietradycyjnych”. Naturalną konsekwencją tego procesu będzie większe zróżnicowanie kompetencji absolwentów i – w wyniku lepszego dostosowania do potrzeb rynku pracy – zwiększenie ich zdolności do zatrudniania.

Opieka nad kobietą ciężarną sprawowaną przez położną POZ

Jadwiga Wolny
położna rodzinna

Podstawowa opieka zdrowotna realizuje świadczenia zdrowotne w tym świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, położnictwa, ginekologii, neonatologii i pediatrii. Udzielane są one w ramach wizyt patronażowych i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowanej przez: lekarza, pielęgniarki i położną POZ oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Uwarunkowania prawne opieki sprawowanej na kobietą ciężarną w podstawowej opiece zdrowotnej.

Świadczenia zdrowotne realizowane są przez położną POZ na podstawie:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Zadania położnej POZ w opiece nad kobietą ciężarną

Położna POZ sprawująca opiekę nad kobietą ciężarną realizuje świadczenia z zakresu;

- promocji zdrowia i profilaktyki chorób w tym: edukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia kobiety, zapobieganie patologiom położniczym, przygotowanie do samoobserwacji, do porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem, promowanie karmienia piersią, kształtowanie postaw rodzicielskich,
- diagnostyki w tym przede wszystkim: monitorowanie przebiegu ciąży fizjologicz-

nej, wykonywanie badań zgodnie z kompetencjami,

- pielęgnowania uwzględniające diagnozowanie problemów pielęgnacyjnych kobiety i jej potrzeb, planowanie , realizację i ocenę sprawowanej opieki, przygotowanie do samoopieki i samopielegnacji,
- terapii obejmujące udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, udzielanie pomocy położniczej, neonatologicznej do czasu przybycia lekarza, przyjmowanie porodu w warunkach domowych, nacięcie i zabezpieczenie naciętego czy pękniętego krocza,
- rehabilitacji obejmujące ćwiczenia ogólnorozwojowe w okresie ciąży i połogu, gimnastyka oddechowa, ćwiczenia relaksacyjne.

Wizyty realizowane przez położną POZ

Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej wskazany w rozporządzeniu MZ z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje:

- 1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy;
- 3) wizytę patronażową,
- 4) wizytę profilaktyczną.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Wizyty profilaktyczne położnej poz obejmują:

- 1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
- 2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa, z zachowaniem poniższych zasad:
 - a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),
 - b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:
 - 1 raz w tygodniu w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,
 - 2 razy w tygodniu w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania opiekę nad noworodkiem do ukończenia

Cytowane zarządzenie określa zasady prowadzenia edukacji.

Podstawą działań jest opracowanie planu edukacji, który stanowi część dokumentacji prowadzonej przez położną. Plan zgodnie z założeniami dotyczy edukacji indywidualnej jak i grupowej.

Położna zobowiązana jest dokumentować udzielane świadczenia zdrowotne w indywidualnej dokumentacji medycznej.

Podejmując opiekę nad kobietą ciężarną położna, powinna dokonać identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych, zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej.

Ocena powinna uwzględniać:

- 1) stan ogólny położnicy (fizyczny, psychiczny)
- 2) stan położniczy
- 3) zachowania zdrowotne (nałogi, używki, wysiłek itp.)
- 4) przygotowanie do macierzyństwa
- 5) choroby współistniejące z ciążą
- 6) lęki, niepokoje
- 7) poziom wiedzy na temat ciąży, porodu, położu, opieki nad noworodkiem
- 8) wydolność opiekuńczą rodziny
- 9) relacje w rodzinie
- 10) oczekiwania dotyczące sprawowanej opieki.

Plan edukacji kobiet w okresie ciąży

Ze względu na wyznaczony przez płatnika okres realizacji przez położną poz świadczeń z zakresu edukacji kobiet ciężarnych II- III trymestr ciąży, w planie edukacji powinny znaleźć się zagadnienia dotyczące m.in.:

- o rozwoju dziecka po 21 tygodniu ciąży,
- o występowania zmian w organizmie ciężarnej w kolejnych tygodniach ciąży
- o łagodzenie występujących dolegliwości,
- o obserwacji w kierunku cukrzycy ciężarnych,
- o pożądanego stylu życia wraz z unikaniem zagrożeń (używki, nałogi, odżywianie, aktywność i wypoczynek),
- o fizjologii porodu i przygotowanie do jego odbycia,
- o zmian zachodzących u kobiety w położu,
- o zasad i technik karmienia piersią,
- o opieki sprawowanej nad noworodkiem przez rodziców oraz pracowników ochrony zdrowia.

Rady i uwagi

Położna powinna być zawsze dobrze przygotowana do każdego spotkania zarówno z jedną ciężarną czy z grupą kobiet. Przekazywane treści powinny być oparte na dowodach naukowych. Warsztat pracy ciągle doskonalony. Zajęcia nie powinny być tylko formą monologu, dialog jest ogromnie potrzebny, gdyż ciężarna ma wtedy możliwość ujawnienia swoich emocji, lęków i niepokoju.

Położna powinna być dla kobiety ciężarnej i jej rodziny (jeżeli tego chce) dobrym przewodnikiem, doradcą , przyjacielem. Ponieważ ciąża i poród jest nie lada wyzwaniem dla wielu kobiet mądry doradca będzie umiejętnie wspierał, łagodził lęki i niepokoje i powodował, że okres ten pozostanie jednym z najlepszych w życiu kobiety.

Edukacja przedporodowa

Mirosława Ryba - Romanowska
Położna specjalista

Przeprowadzone badania wykazały, że edukacja przedporodowa kobiet wpływa korzystnie zarówno na zdrowie matki i zdrowie dziecka. Mniej występuje urazów okołoporodowych, rzadziej zachodzi konieczność zastosowania cięcia cesarskiego, rzadziej dochodzi do uszkodzeń szyjki macicy podczas porodu, korzystniej wypada ocena noworodka w skali APGAR, po porodzie kobiety są w lepszym stanie psychicznym. Wyedukowane kobiety wiedzą w jaki sposób dbać o zdrowie swoje i nienarodzonego dziecka, jak prawidłowo się odżywiać, jak radzić sobie z występującymi dolegliwościami w okresie ciąży, jak nawiązać kontakt z nienarodzonym dzieckiem. Są przygotowane do bezpiecznego, aktywnego porodu, położu, karmienia piersią, opieki nad dzieckiem, świadomego macierzyństwa i ojcostwa.

Kobiety ciężarne mogą być edukowane przez położne rodzinne, w ośrodkach edukacyjnych lub w szkołach rodzenia.

Najlepszą formą edukacji kobiet ciężarnych są szkoły rodzenia, które prowadzą zajęcia na wzór Szkoły Rodzenia założonej przez profesora Włodzimierza Fijałkowskiego, stosując psychoprofilaktyczne - psychiczne i fizyczne - przygotowanie kobiet do porodu. Założona w Łodzi w 1957 roku Szkoła Rodzenia przez prof. Włodzimierza Fijałkowskiego uznawana jest za „modelową”, a profesor nazywany jest „ojcem polskiej szkoły rodzenia” (prof. Ryszard Poręba „Szkoła Rodzenia”, Warszawa 2007).

Pierwsze przygotowania do porodu miały miejsce w XIX wieku we Francji i Anglii. Jednym z inicjatorów szkół rodzenia był angielski położnik G.D. Read, który rozpowszechnił tzw. „koło Reada”. Uważał, że wiedza o przebiegu porodu pomaga kobiecie w pozbyciu się lęku, natomiast brak wiedzy i bierność podczas porodu prowadzą do jego nasilenia i tym samym do odczuwania silnego bólu.

Nadal jednak można usłyszeć głosy, że szkoły rodzenia nie są potrzebne - kobiety rodziły od zawsze i nikt ich tego nie uczył. To prawda, że dawniej kobiety nie uczęszczały do szkół rodzenia. Obecnie struktura rodziny jest zupełnie inna. Dawniej, kobiety dorastały w rodzinach wielopokoleniowych, aktywnie uczestnicząc w życiu rodzinnym. Porody odbywały się w domach. Cywilizacja pozbawiła ludzi nie tylko wielu naturalnych umiejętności, ale również możliwości uczestniczenia w przełomowych momentach życia naszych najbliższych.

(B. Chazan, *Nowe standardy opieki okołoporodowej, materiały Konferencyjne, Warszawa 2000*, W. Fijałkowski, *Przygotowanie do naturalnego porodu. Warszawa 1987, PZWL*.)

Rozwój współczesnego położnictwa ulega ciągłym dynamicznym przemianom, co powoduje, że często drukowane publikacje nie nadążają za powstałymi zmianami. Fora internetowe - poza przekazywaną wiedzą, wymianą doświadczeń - często „straszą” opowieściami o trudnych przeżyciach porodu. Takie trudne doświadczenia innych kobiet nie są dobrym przygotowaniem dla młodej Mamy, która doznaje negatywnych przeżyć, co w konsekwencji prowadzi do panicznego lęku przed porodem!

Tylko edukacja przekazywana przez profesjonalistów, rodzicom oczekujących narodzin swojego dziecka jest źródłem aktualnej, rzetelnej wiedzy. Nic nie zastąpi spotkania z innym człowiekiem. Edukacja w szkole rodzenia jest planowym

działaniem. Ma szczególne znaczenie dla rodziców, którzy oczekują narodzin pierwszego dziecka. Ciąża i narodziny związane są z wielkim szczęściem, radością, a także z lękiem i niepewnością. Wsparcie psychiczne i fizyczne udzielane przez bliską osobę, przyczynia się do mniejszego odczuwania lęku, pozwala na prowadzenie porodu bez dodatkowych czynników wspomagających zespół lęk - napięcie - ból.

Poród jest dużym wysiłkiem fizycznym, do którego kobieta powinna zostać odpowiednio przygotowana. Zestaw ćwiczeń gimnastycznych prowadzony w szkole rodzenia poprawia sprawność fizyczną i stan psychiczny u kobiet ciężarnych. Umiejętność oddychania torem przeponowym, daje gwarancję dostarczania tlenu, ograniczenia zmęczenia do minimum oraz pozwala zachować siły na drugi okres porodu.

Szkola rodzenia to taki kurs „DOKSZTAŁCAJĄCY”, który przygotowuje teoretycznie, psychicznie i fizycznie przyszłych rodziców do bezpiecznego odbycia ciąży, porodu, położu, do aktywnego porodu we dwoje, opieki nad dzieckiem, karmienia piersią. Oswaja rodziców od samego początku ciąży z ich nowymi rolami: rolą matki i rolą ojca.

Szkoły rodzenia dokładają starań, aby wyuczony poród przebiegał w sposób naturalny, był wydarzeniem rodzinnym, dobrze zapamiętanym.

Szpital Przyjazny Dziecku doświadczenia oddziału ginekologiczno-położniczego z rooming-in Szpitala im. Wł. Mantiuka w Hajnówce.

mgr Halina Szerszunowicz

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) w 1989r. stworzyły inicjatywę „Szpital Przyjazny Dziecku” i wydały wspólne oświadczenie „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią”.

W Polsce w celu zrealizowania inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” w 1992 r. powołano Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Szpitale pretendujące do tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku” przechodzą długi proces przygotowawczy. Konieczne jest przeszkolenie personelu i wdrażanie nowych zasad pracy. Każda placówka, gdy tytuł zdobędzie, realizuje „10 kroków do udanego karmienia piersią” oraz przestrzega zapisów „Międzynarodowego kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece”. W Polsce jest 87 Szpitali Przyjaznych Dziecku.

Szpital w Hajnówce zdobył tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” w 2006r. oraz III nagrodę w plebiscycie pacjentek w akcji „Rodzić po ludzku”.

Karmienie piersią to nie tylko dostarczanie dziecku pokarmu. Tworzy się więź emocjonalna mająca ogromne znaczenie dla rozwoju dziecka. Jest intymnym porozumieniem między matką a dzieckiem, sposobem na okazanie miłości i osiągnięcie uczuciowej równowagi. Współczesna kobieta musi się tej czynności nauczyć. Matka uczy się przystawić dziecko, dziecko uczy się chwycić pierś.

Potrzebna jest do tego wiedza, zrozumienie, cierpliwość i wiara w siebie.

Błędy w karmieniu prowadzą często do przedwczesnego odstawienia dziecka od piersi. Gdy matka nie potrafi pokonać trudności, karmienie piersią przestaje być dla niej czynnością przyjemną, zniechęca się i przerywa dalszych prób.

Warunkiem powodzenia jest propagowanie i wspieranie karmienia piersią już w pierwszych tygodniach ciąży w poradni dla kobiet i w szkołach rodzenia. Gdy kobieta jest w szpitalu w związku z porodem, działania trzeba nasilić i kontynuować. Prawidłowo prowadzona edukacja kobiety może pomóc w dłuższym karmieniu naturalnym. Wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia zapewnia optymalny rozwój i zdrowie niemowląt.

Realizacja 10 kroków do udanego karmienia piersią w oddziale ginekologiczno-położniczym z rooming-in w Hajnówce.

Krok 1. Sporządzić na piśmie zasady postępowania sprzyjające karmieniu piersią i zapoznać z nimi cały personel.

„10 kroków do udanego karmienia piersią” zostało spisanych i wywieszonych na tablicach w 3 punktach szpitala (centralna izba przyjęć, oddział ginekologiczno-położni-

czy z rooming-in oraz centralna rejestracja szpitala).

Ponadto, w oddziale spisano i wywieszono szczegółowe zasady dotyczące postępowania wobec matki i dziecka na poszczególnych odcinkach tj. sali porodowej, sali cięć cesarskich, patologii ciąży, oddziale położniczo-noworodkowym.

Każdy pracownik sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem (personel naszego oddziału, poradni dla kobiet, położne środowiskowo-rodzinne, bloku operacyjnego-lekarze anestezjodzy i pielęgniarki anestezjologiczne, pediatrycznego) został zapoznany z tymi zasadami. Są one także dostępne dla pacjentek i ich rodzin.

Krok 2. Przeszkolić wszystkich pracowników tak, aby mogli realizować zasady.

Każdy pracownik sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem odbył minimum 18-to godzinne szkolenie teoretyczne i 3-godzinne praktyczne nt. laktacji przed przystąpieniem do oceny szpitala. Co roku prowadzimy szkolenia przypominające dla personelu medycznego i pomocniczego. Każdy nowy pracownik oraz pracownik po 6 miesięcznej nieobecności w pracy ponownie przechodzi szkolenie przygotowujące do upowszechniania karmienia piersią.

Szkolenia organizujemy u siebie lub korzystamy z doświadczeń innych szpitali przyjaznych dziecku. Uczestniczymy w szkoleniach organizowanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią w Warszawie a także Fundację Rodzić po Ludzku. Doszkalać personelu to również samokształcenie.

Dodatkowo co roku zapraszamy osoby sprawujące opiekę nad matką i dzieckiem do wzięcia udziału w konferencji z cyklu „Zdrowie kobiety XXI wieku..”. W tym roku odbyła się VI konferencja z tego cyklu. Jest to dwudniowa konferencja wspólna dla lekarzy i położnych.

Krok 3. Informować wszystkie kobiety ciężarne o zaletach karmienia piersią i o postępowaniu podczas karmienia.

Położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, obejmującą:

- opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2 miesiąca życia.

Zgodnie z Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej położna udziela świadczeń zdrowotnych: pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz w zakresie promocji zdrowia w odniesieniu do kobiety ciężarnej, rodzącej, położnicy i noworodka. Świadczenia z promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują min. poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 23 września 2010r (Dz. U. Nr 187 poz. 1259) położna podczas wizyt domowych ustala sposób żywienia noworodka ze szczególnym zwróceniem uwagi na celowość karmienia piersią, pomaga położnicy rozwiązać problemy dotyczące karmienia piersią, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją.

Położne pracujące w oddziale, w poradni dla kobiet i w szkole rodzenia także realizują te świadczenia.

Personel w kontaktach z ciężarną wyraża pozytywne nastawienia do karmienia piersią, informuje o sposobach i technice karmienia, bada sutki i brodawki sutkowe, a w przypadku brodawek wklęsłych czy płaskich przeprowadza korekcję. Personelowi nie wolno prowadzić marketingu sztucznej żywności ani też zachęcać do sztucznego żywienia niemowląt.

Większość kobiet jeszcze przed porodem decyduje o sposobie żywienia dziecka. Kobieta powinna zatem mieć łatwy dostęp do obiektywnych i wyczerpujących informacji na temat karmienia i móc przedyskutować kwestię z przeszkolonym personelem - położną, która w tym zakresie jest autorytetem. Podczas rozmowy poruszamy tematy dotyczące korzyści płynących z karmienia piersią, postępowaniu w przypadku zaburzeń laktacji. Informujemy pacjentkę o wyłącznym karmieniu piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka. Obejmujemy programem edukacyjnym także rodziny kobiet, wiedząc, że takie działanie stanowi skuteczne wsparcie dla kobiety. Bezpłatnie udostępniamy materiały edukacyjne.

Zachęcamy kobiety wraz z osobami towarzyszącymi do uczestnictwa w szkole rodzenia. Zajęcia są prowadzone grupowo lub indywidualnie, namawiamy jednak do grupowych spotkań, gdyż przyszłe mamy mogą porozmawiać z bardziej doświadczonymi kobietami o porodzie, o pielęgnacji dziecka i karmieniu piersią.

Krok 4. Pomagać matkom w rozpoczęciu karmienia piersią w ciągu pół godziny po urodzeniu dziecka.

Dziecko rodzi się z instynktowną zdolnością do szukania i połykania. Pierwsze karmienie powinno odbywać się tuż po porodzie, w czasie pierwszego kontaktu „skóra do skóry”. To czas dużej aktywności dziecka, które uczy się ssać pierś matki.

Personel sali porodowej pomaga matce przystawiać dziecko do piersi i przekazuje informacje na temat sposobu utrzymania laktacji.

Na naszym oddziale wszystkie noworodki urodzone drogami i siłami natury są kładzione na brzuch matki, ponieważ odbieramy porody na łóżku porodowym, worku sacco, krzeselku porodowym, materacu.

W oddziale znajdują się dwie sale porodowe i trzy sale 2 –osobowe oraz jedna jednoosobowa dla położnic i noworodków w systemie rooming-in.

Na sali porodowej nie mamy wagi do ważenia noworodków. Dzieci ważone i badane przez lekarza pediatrę są w sali położnic po zakończeniu IV okresu porodu.

Po odbytym porodzie matkę i dziecko przekładamy na łóżko, które przywozimy z sali położnic. Noworodki pozostają w kontakcie „ciało do ciała” przez czwarty okres porodu na sali porodowej, zabezpieczone jedynie przed wychłodzeniem. W tym czasie nadzorujemy i pomagamy matkom w przystawieniu dziecka do piersi.

W przypadku porodu zabiegowego osuszony i owinięty noworodek po „przywitaniu się z matką” (np. dotyk do policzka matki) jest ułożony w łóżeczku znajdującym się u wężłowania i w zasięgu ręki matki.

Odruchowy wypływ pokarmu u kobiet po cięciu cesarskim może być nieco opóźniony, staramy się więc wcześniej rozpocząć karmienie, aby stymulować laktację i skrócić czas oczekiwania na większy przypływ mleka. Doświadczenia pokazują, że kontakt „skóra do skóry” w trakcie cięcia cesarskiego, przebywanie dziecka z matką do zakończenia zabiegu operacyjnego oraz przystawianie dziecka do piersi najszybciej jak to jest możliwe zdecydowanie wpływa na sukces w karmieniu.

Krok 5. Praktycznie nauczyć matki (przez zademonstrowanie), jak należy karmić piersią i jak utrzymać laktację, nawet jeżeli będą oddzielone od noworodków.

Zasady przystawiania dziecka do piersi są takie same dla wszystkich matek i wszystkich dzieci, nawet jeżeli kobieta ma płaskie lub wklęsłe brodawki. Tyle tylko, że w takiej sytuacji opanowanie sztuki karmienia zajmie matce trochę więcej czasu oraz będzie wymagało więcej cierpliwości z obydwu stron. Położne i pielęgniarki pokazują i wyjaśniają, uczą matki prawidłowej techniki karmienia. Jest to niezbędne, aby laktacja przebiegała prawidłowo oraz nie doszło do uszkodzenia brodawek czy problemów z piersiami. Zwracamy matkom uwagę na ważne szczegóły, chwalimy to, co robią dobrze i proponujemy zmiany, jeżeli zauważamy nieprawidłowości. Obserwacja i ocena aktu karmienia każdego noworodka jest odnotowywana codziennie w specjalnej karcie.

O pozycji podczas karmienia piersią decyduje matka, wybierając dla siebie najwygodniejszą pozycję - naszym zadaniem jest jedynie pokazanie, że są różne możliwości. W pierwszych dniach po porodzie przybranie wygodnej pozycji może być trudne ze względu na bolesność rany kroczka lub brzucha. Rozpoczynając karmienie, matka powinna czuć się rozluźniona fizycznie i psychicznie. Pozycja, którą wybierze, powinna zapewniać możliwość przytulenia dziecka do siebie, a dziecku łatwe ssania tak, by brodawka nie wysuwała mu się z ust. Często mówimy, że dziecko przystawiamy do piersi, a nie pierś do dziecka.

Na oddziale wykorzystujemy poduszki do karmienia oraz podnóżki, które pomagają w utrzymaniu właściwej pozycji przy karmieniu.

Jeżeli laktacja przebiega prawidłowo, odciąganie pokarmu jest niewskazane i zbędne. Czasami dzieci są oddzielone od swoich matek ze względów medycznych i są karmione pokarmem matki. Warto więc nauczyć matki odciągania pokarmu. Może to być konieczne do stymulowania lub podtrzymywania laktacji lub dla zapewnienia prawidłowego opróżniania piersi. W tym celu wykorzystujemy technikę opracowaną przez Chele Marmet. Odciągać pokarm można również za pomocą odciągaczy ręcznych lub elektrycznych. Matki są informowane również o warunkach przechowywania pokarmu.

Krok 6. Nie karmić i nie pić noworodków niczym poza pokarmem kobiecym, z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych.

Światowa Organizacja Zdrowia i Instytut Matki i Dziecka w Warszawie zalecają: „Dziecko powinno być karmione przez pierwsze 6 miesięcy wyłącznie mlekiem matki bez dopajania i dokarmiania czym innym niż matczyzny pokarm”. Przekazujemy to matkom i personel również stosuje się do tego zalecenia.

Wyłącznie na zlecenie lekarza dzieci są dokarmiane mlekiem sztucznym. Pokarm kobiecy zaspokaja pragnienie i głód dziecka, nie ma więc żadnej potrzeby podawania im napoju. Każda objętość dodatkowo podanego płynu zmniejsza ilość wyssanego z piersi mleka, a tym samym ilość wytworzonego pokarmu.

Krok 7. Stosować system rooming in umożliwiający matce przebywanie razem z dzieckiem przez całą dobę.

System „rooming in”, zwany także „matka z dzieckiem” to pobyt matki i noworodka od urodzenia do wypisu we wspólnym pokoju z krótkimi przerwami oddzielenia na procedury medyczne.

System matka z dzieckiem nie oznacza, że matka opiekuje się noworodkiem bez żadnej pomocy. Przez cały pobyt w oddziale, a szczególnie w pierwszej i drugiej dobie po porodzie, personel wykonuje większość czynności przy dziecku, pokazując i szkoląc przy tym matki, a często i ojców, który chętnie angażują się w opiekę nad swoimi pociechami. Współudział matki i ojca w obserwacji i pielęgnacji noworodka w oddziale bywa ogromny. Jeżeli dziecko przebywa z matką przez całą dobę, łatwiej jest karmić je na żądanie, a między dzieckiem i rodzicami rozwija się silna więź emocjonalna.

Krok 8. Zachęcać i ułatwiać karmienie piersią na żądanie.

Karmienie na żądanie bywa także nazywane karmieniem według potrzeb. Zwykle noworodki potrzebują jeść często, toteż również karmione są często w dzień i w nocy, gdy tylko są głodne i to sygnalizują. To one decydują o długości karmienia.

Krok 9. Nie podawać smoczka niemowlętom karmionym piersią.

Każde dziecko przychodzi na świat z wrodzonym odruchem ssania. Po porodzie, kiedy noworodek zostanie przystawiony do piersi, uczy się prawidłowego sposobu ssania. Wczesne wprowadzenie butelki ze smoczkiem, smoczków do uspokojenia, kapturków ochronnych na brodawkę może zaburzyć prawidłowy mechanizm ssania piersi, zwłaszcza w pierwszych 6 tygodniach laktacji. Bywa, że dziecko może nawet odmówić ssania piersi, ponieważ już się nauczyło, że pokarm z butelki łatwiej wypływa.

W naszym oddziale nie stosujemy żadnych smoczków i nie polecamy ich mamom. Jeżeli z jakichś powodów niezbędne jest dokarmianie, stosujemy alternatywne metody, używając do karmienia kieliszków lub łyżeczek, a czasami zgłębników, aby nie zaburzać funkcji ssania.

Krok 10. Angażować się w tworzenie grup wspierających się w karmieniu piersią i w ich pracę, kierować do nich karmiące matki wypisywane ze szpitala lub będące pod opieką przychodni.

Podczas pobytu w oddziale położnica uzyskuje informację o możliwości zgłaszania się do poradni laktacyjnej, grup wsparcia osób wspierających karmienie piersią, gdy wystąpią problemy laktacyjne. Działalność poradni laktacyjnej, grup wsparcia i zaangażowanie położnej POZ jest naturalnym przedłużeniem pracy oddziału.

Poradnia laktacyjna.

Przy Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z rooming-in w szpitalu w Hajnówce funkcjonuje bezpłatna poradnia laktacyjna. Do poradni mogą zgłaszać się mamy osobiście lub uzyskać informacje drogą telefoniczną. Najważniejszą sprawą jest to, aby kobieta nie pozostała sama ze swoimi problemami. W przypadku problemów laktacyjnych udzielane są porady oraz wypożyczane laktatory. Porada jest udzielana po wnikliwym wysłuchaniu matki i właściwym zdefiniowaniu jej problemu. Nie powinno się również poprzestać na podaniu zalecenia; trzeba koniecznie sprawdzić, czy matka zrozumiała sens zalecanych działań i czy jest w stanie je wykonać. Udzielona porada musi być w pełni zaakceptowana przez matkę.

Grupy wspierania karmienie piersią.

Tworzenie grup wsparcia matek karmiących piersią jest bardzo ważnym działaniem. Grupa osób zjednoczonych tym, że się borykają z tym samym problemem, charakteryzuje się wyjątkową cechą: w jej obrębie tworzy się atmosfera szczerości, wzajemnego szacunku, empatii i zaufania. Kobiety mogą się dzielić osobistymi, intymnymi przeżyciami związanymi nie tylko z laktacją, przekazują sobie przydatne informacje i doświadczenia, które je czegoś nauczyły. Wspierają siebie w ciężkich sytuacjach i uczą się. Nawiązuje się między nimi nic porozumienia i przyjaźni.

Kobieta powinna wiedzieć, że na każde swoje pytanie uzyska kompetentną odpowiedź. Wszystkie mamy mogą aktywnie uczestniczyć w spotkaniu. Osoba prowadząca zajęcia słucha i w razie potrzeby zadaje dalsze pytania, aby sprecyzować problem lub ożywić dyskusję. Naprowadza na odpowiedź, a sama wypowiada się, gdy grupa nie potrafi odpowiedzieć na pytanie. Nierzadko musi prostować błędne czy niecisłe informacje i stereotypowe sądy.

Praca położnej POZ.

Położna POZ udziela świadczeń diagnostycznych obejmujących monitorowanie przebiegu porodu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia. Pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka. Ile razy położna odwiedzi matkę i dziecko, zależy od potrzeb i ustalenia indywidualnej opieki, ale są to co najmniej cztery razy.

Położna POZ jest zobowiązana aktualizować swoją wiedzę, w tym celu regularnie bierze udział w szkoleniach organizowanych w naszym oddziale. Szkolenia przeprowa-

dzane są pod kątem pracy położnych środowiska i oddziału - koordynatorem szkoleń jest położna oddziałowa. Istnieje ścisła współpraca między położnymi POZ pracującymi w naszym powiecie a oddziałem.

Postępowanie z noworodkiem na Sali Porodowej w świetle rozporządzenia MZ z 23 września 2010, w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

dr n. med. Małgorzata Czyżewska
Konsultant Wojewódzki ds. Neonatologii

Rozporządzenie Ministra Zdrowia, zmieniając dotychczasowe zasady postępowania, obowiązujące podczas porodu fizjologicznego, stawia przed personelem pracującym w Sali porodowej nowe zadania. Zasadniczą zmianą jest konieczność objęcia całościową opieką rodzącą oraz noworodka przez położną.

Jak określa rozporządzenie, zadaniem osoby sprawującej opiekę nad rodzącą jest ocena stanu rodzącej kobiety i stanu płodu, a co za tym idzie kwalifikacja rodzącej do odbycia porodu siłami natury.

W przypadku zaistnienia czynników ryzyka powikłań lub wykrycia problemów, powinna ona podjąć konieczne działania nie dla ich wyeliminowania, a w razie wystąpienia patologii przekazać opiekę nad rodzącą lekarzowi, ponieważ nadrzędną zasadą opieki jest zapewnienie bezpieczeństwa rodzącej.

Ta sama zasada dotyczy postępowania z noworodkiem- w razie wystąpienia patologicznych objawów u dziecka, opieka nad nim powinna zostać przekazana lekarzowi pediatrze/neonatologowi. Nie zwalnia to jednak osoby sprawującej opiekę nad noworodkiem od podjęcia czynności resuscytacyjnych bezpośrednio po porodzie, jeśli noworodek wymaga takiego postępowania. Rozporządzenie zawiera opis postępowania resuscytacyjnego, jednak obowiązkiem osoby sprawującej opiekę nad noworodkiem jest znajomość aktualnych wytycznych odnośnie resuscytacji noworodków, opracowywanych przez Europejską Radę Resuscytacji (ostatnie aktualizacja w 2010 roku).

Aktualne wytyczne odnośnie resuscytacji noworodka pozwalają na zastosowanie powietrza w resuscytacji oddechowej donoszonych noworodków, zalecają opóźnienie zaciśnięcia pępowiny, a także zastosowanie pulsoksymetru dla monitorowania w czasie resuscytacji oraz urządzeń do wentylacji z ograniczeniem szczytowego ciśnienia wdechowego.

W razie istnienia czynników ryzyka w wywiadzie ciążowym lub w czasie porodu, wzrasta prawdopodobieństwo konieczności działań resuscytacyjnych, należy przygotować stanowisko resuscytacyjne oraz zapewnić obecność osób przeszkolonych w resuscytacji noworodka.

Bardzo istotnym elementem porodu fizjologicznego jest umożliwienie matce i dziecku bezpośredniego, bliskiego kontaktu skóra do skóry, wkrótce po urodzeniu, poprzez ułożenie dziecka na brzuchu matki. Jeśli to możliwe kontakt ten powinien trwać 2 godziny, w tym czasie należy czuwać nad komfortem cieplnym noworodka (ochrona przed wychłodzeniem).

Ocena stanu ogólnego noworodka wg skali Apgar może być przeprowadzona na brzuchu matki, u każdego noworodka w 1 i 5 minucie; kontakt matki z dzieckiem może zostać przerwany jeśli wystąpi stan zagrożenia życia któregoś z nich.

Po porodzie należy podjąć działania dla rozpoczęcia karmienia naturalnego, poprzez wczesne przystawienie noworodka do piersi, promocję karmienia naturalnego należy prowadzić w czasie całego pobytu matki i dziecka w szpitalu.

Po kontakcie z matką, osoba sprawująca opiekę nad noworodkiem dokonuje oceny jego stanu z uwzględnieniem najważniejszych parametrów życiowych, sprawdzeniem drożności przewodu pokarmowego i nozdrzy i pod kątem obecności wad rozwojowych; dokonuje też pomiarów antropometrycznych. Kolejne badanie noworodka przeprowadza lekarz pediatra lub neonatolog w pierwszych 12 godzinach życia lub w każdej chwili w razie stwierdzenia jakichkolwiek zaburzeń stanu noworodka.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest realizowane od kilku miesięcy, a sposób realizacji jest uzależniony w znacznym stopniu od poziomu opieki perinatalnej jaką spełnia ośrodek. W ośrodkach II i III poziomu opieki, gdzie odbywa się wiele porodów kończących ciążę o przebiegu patologicznym, najważniejszym elementem postępowania jest właściwa kwalifikacja rodzącej do odbycia porodu siłami natury, z zachowaniem bezpieczeństwa dla niej i dla noworodka. W tych sytuacjach dobrą praktyką jest obecność przy porodzie lekarza pediatry/ neonatologa, który w razie wystąpienia powikłań, wspiera położną pełniącą opiekę nad porodem w ocenie stanu noworodka i wszystkich działaniach stabilizujących jego stan po porodzie.

Rola i zadania położnej w prowadzeniu porodu fizjologicznego z uwzględnieniem najnowszych standardów

mgr Elżbieta Andrulewicz

mgr Dorota Samek-Wójcik

mgr Kacper Hartwich

Lic. Poł. Teresa Radlica

Opiekun Przełożona Położnych i Pielęgniarek Bogumiła Świerkowska Specjalista ds. Organizacji i Zarządzania

Standard medyczny

- przeciętna norma, przeciętny typ; wzorzec, model
- umocowane prawnie normy odnoszące się do określonych działań w obszarze medycyny
- powszechnie stosowane w świecie medycznym pojęcie standardy medyczne mające na celu podniesienie rangi prowadzonych działań mających celu wzrost jakości usług medycznych
- standardy medyczne to zbiory rekomendacji odnoszących się do całości działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych.

Standardy określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 23 września 2010 r.

w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

ROZPORZĄDZENIE WESZŁO W ŻYCIE DNIA 8 KWIETNIE 2011

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

Osoby sprawująca opiekę w czasie porodu fizjologicznego:

- położna
- lekarz specjalista położnictwa i ginekologii
- lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii
- lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii

Postępowanie podczas porodu – rola położnej

- Przygotowanie do porodu i plan porodu
Osoba sprawująca opiekę w czasie ciąży ustala z kobietą plan porodu, który obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.
- Przygotowanie do porodu i plan porodu Cd.
- plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki
- plan porodu jest częścią dokumentacji medycznej
- ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne). Każda ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

Postępowanie w trakcie porodu

Rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz brać udział w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Położna powinien umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą, będąc świadomym, jak ważny jest ton rozmowy i ich postawa oraz słowa, które do niej kieruje. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacja w tym zakresie powinna zostać wykorzystana do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.

W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą personel medyczny w szczególności:

- wita ją osobiście, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią;
- prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
- szanuje jej prywatność i poczucie intymności;
- wspólnie czyta i omawia plan porodu;
- omawia z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
- każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
- udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
- w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą, informuje ją o tym fakcie.

Podczas porodu położna udziela wsparcia medycznego w następujący sposób:

- zapewnia ciągłość opieki
- dostosowuje, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
- zachęca rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
- podczas porodu położna udziela wsparcia medycznego w następujący sposób:
- zachęca rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
- zapewnia rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych, wspierać rodzącą w jej własnym wyborze tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie.

Zadania położnej w I okresie porodu

- ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
 - przyjęcie rodzącej do porodu,
- a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w odrębnych przepisach,
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego - jedynie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej - tylko w sytuacji tego wymagającej,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).

W ramach prowadzenia I okresu porodu położna jest obowiązana do

- Określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinna zostać oceniona długość, pozycja, konsystencja szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodny, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych – ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego) – nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,

b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);

- nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniając poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;

dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:

- a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
- b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienia powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrola mikcji co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
- nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniając poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;

dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:

- a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
- b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienia powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrola mikcji co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
- c) ocenę wydzieliny pochwowej,
- d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;

- prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;

W ramach prowadzenia I okresu porodu położna jest obowiązana do

- aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie poprzez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
- dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenie partogramu;
- przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

Postępowanie w II okresie porodu

W II okresie porodu wyróżniamy:

1. Fazę bierną- pełne rozwarcie szyjki macicy, bez mimowolnych skurczów partych;
2. Fazę aktywną- główka dziecka jest widoczna; występują mimowolne skurcze partu.

Rozpoznanie II okresu porodu opiera się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania wewnętrznego

Położna zobowiązana jest do podjęcia, realizacji i udokumentowania następujących działań:

- 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;
- Przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- Współpracy z rodzącą umożliwiającej 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. Nacięcie krocza należy stosować tylko w uzasadnionych przypadkach. Zastosowanie ochrony krocza zależy od wyboru i doświadczenia osoby prowadzącej poród;
- Kontroli odginania się główki poprzez jej podtrzymywanie dłońmi w okolicy ciemienia małego; po urodzeniu się główki podjęcia czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
- Po urodzeniu się noworodka, jeżeli rodzica wyrazi na to zgodę, ułożenia go na powłokach brzusznych matki, z zabezpieczeniem przed utratą ciepła.
- Korzyści z pozycji wertykalnych:
- Uzyskanie optymalnej pojemności miednicy;
- Rozluźnienie mięśni dna miednicy;
- Działanie siły grawitacji;
- Zmniejszenie dolegliwości bólowych;
- Poczucie pewności siebie;
- Stymulacja czynności skurczowej.

Postępowanie w III i IV okresie porodu

Podczas prowadzenia III okresu porodu położna sprawująca opiekę nad rodzącą zobowiązana jest do realizacji a następnie do udokumentowania realizowanych przez siebie następujących zadań:

- Oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych,
- Oznakowania noworodka przed jego odpępnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci noworodka,
- Zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia,
- Przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami,
- Oceny stanu noworodka a w razie potrzeby podjęcia czynności resuscytacyjnych, zgodnie ze standardem resuscytacji,
- Przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają,
- Oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia jego rozległości,
- Oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia oraz obkurczenia mięśnia macicy,
- Rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska oraz oceny kompletności płodu
- Oceny utraconej ilości krwi podczas porodu,

W trakcie trwania IV okresu porodu położna podejmuje zadania adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka

- Kontroluje stan ogólny rodzącej ,
- Ocenia stan obkurczania się mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych,
- Kontroluje stan kanału rodnego , ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach,
- Zaopatruje chirurgicznie rany w obrębie kanału rodnego i krocza,
- Demonstruje jak prawidłowo przystawić dziecko do piersi,
- Położna jest zobowiązana do udokumentowania obserwacji i wykonanych zadań

Sprawowanie opieki nad noworodkiem przez położną

- Położna powinna umożliwić matce bezpośrednio po urodzeniu dziecka nieprzerwany z nim kontakt tak zwany „skóra do skóry”, który powinien trwać co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie położna powinna zachęcać matkę do przystawienia dziecka do piersi i rozpoczęcia karmienia. W razie potrzeby zaoferować swoją pomoc. Kontakt ten może być jednak przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka. Położna ma obowiązek odnotować taką sytuację w dokumentacji medycznej.
- Położna powinna dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Jeśli nie występują przeciwwskazania zdrowotne ocena ta powinna się odbyć na brzuchu matki. Wynik tej oceny powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej

Ocena noworodka mowa powinna być przeprowadzona :

- Dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt. Apgar)
- Czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt Apgar) oraz ciężkim (0-3pkt Apgar).
- Jeśli to możliwe opiekę nad matką i dzieckiem powinna sprawować ta sama
- Dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt Apgar)
- Czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt Apgar) oraz ciężkim (0-3pkt Apgar).
- Jeśli to możliwe opiekę nad matką i dzieckiem powinna sprawować ta sama
- W miejscu gdzie rodzi się noworodek musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji oraz dysponująca odpowiednim sprzętem.
- Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeśli to możliwe to w obecności matki. Ocena obejmuje:
- Stan ogólny oraz adaptację po urodzeniową noworodka , ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego,

- Ewentualną obecność wad rozwojowych- kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu,
- Ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.
- Położna po przeprowadzonej ocenie stanu noworodka dokonuje pomiarów antropometrycznych:
 - masy ciała,
 - długości ciała (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych),
 - obwodu głowy,
 - obwodu klatki piersiowej

Wyniki odnotowuje w dokumentacji.

Wprowadzenie nowych standardów i procedur opieki okołoporodowej to wyzwanie, ale i nowe możliwości dla położnych. Ciężarna za to otrzymuje prawo m.in. do decydowania, kto będzie sprawował nad nią opiekę podczas porodu, gdzie i w jaki sposób będzie rodzić. Położna otrzymuje usankcjonowane prawnie możliwości realizowania tej opieki.

Ból porodowy

dr n. med. Barbara Prażmowska

**Kierownik Pracowni Podstaw Opieki Położniczej CMUJ
ul. Zamojskiego 58, Kraków**

Czynność rodzenia, jest jedynym procesem fizjologicznym, któremu towarzyszy odczuwanie bólu, dlatego akt narodzin związany jest z silnym doznaniem, które pozostaje w pamięci kobiety przez wiele lat. Ból porodowy różni się od innych licznych postaci ludzkiego bólu, swoistymi cechami: nieuniknionym występowaniem w końcu fizjologicznego procesu ciąży, przerywanym rytmem występowania, szybkim nasilaniem się do dużego natężenia i częstotliwości, oraz oczekiwaniem, że ustąpi natychmiast po urodzeniu się dziecka. Pełni on następujące funkcje: fizjologiczną, psychologiczną, energetyczną i emocjonalną. Odczuwanie bólu zależy od czynnika osobniczego, kulturowego, wsparcia społecznego podczas porodu i doświadczeń z doznawaniem bólu. Znaczenie tych czynników wyjaśniają trzy fizjologiczne wymiary bólu: czuciowo różnicowy, różnicowy, motywacyjno afektywny i poznawczo - ewaluacyjny. Podczas porodu, należy dążyć do stanu, w którym kobieta rodząca panuje nad bólem, a nie do jego eliminacji. Przeżywanie bólu porodowego aktywizuje możliwości kobiety czyniąc ją silniejszą i jednocześnie przygotowuje do nawiązania więzi z nowonarodzonym dzieckiem.

Słowa kluczowe: ból porodowy, cechy, funkcje, wymiary fizjologiczne bólu,

Łagodzenie bólu porodowego w świetle doświadczeń położnych ze Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

Marzolea Kędra – Rakoczy

Ilona Szot

Położne Bloku Porodowego

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy

im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

Konsultacja medyczna:

Dyrektor ds. Lecznictwa:

prof. dr hab. n. med. Sławomir Suchocki

Ordynator Bloku Operacyjnego:

dr n. med. Jolanta Konopka-Opałko

Pielęgniarka Naczelna:

mgr Iwona Michańcio

Misją Szpitala im. Biernackiego jest nieustanna, profesjonalna troska o los kobiet i dzieci, których zdrowie i szczęście jest naszym nadrzędnym celem, a ich uśmiech najmiłą nagrodą.

Poród bez bólu, poród bez lęku

Poród jest jednym z najpiękniejszych doświadczeń w życiu większości kobiet.

Z doświadczenia wiemy, że zbyt intensywny ból, stany lękowe mogą zaburzyć prawidłowy przebieg porodu nawet spowodować zagrożenie dla zdrowia kobiety rodzącej i jej dziecka. Dane statystyczne wskazują, że dla 5-7% kobiet poród pozostaje bardzo traumatycznym przeżyciem dostarczającym wielu przykrych wspomnień jeszcze wiele miesięcy później, 38% spośród tych kobiet nie decyduje się na urodzenie drugiego dziecka nawet w 8-10 lat po porodzie. Celem jaki stawia sobie Nasz zespół położnych, położników i anestezjologów to działania skierowane na skuteczne postępowanie przeciwbólowe (łagodzenie bólu porodowego) różnymi metodami. Decyzja o kontrolowaniu bólów porodowych i wybór metody analgezji rozpatrywany jest zawsze indywidualnie, z uwzględnieniem preferencji kobiety ciężarnej.

Kierunek działania naszego szpitala jest wielotorowy:

- stworzenie warunków zbliżonych do domowych,
- porody rodzinne,
- wykorzystywanie metod nie farmakologicznych,
- wykorzystanie metod farmakologicznych,
- Poszerzanie wiedzy rodzącej poprzez dobrowolne uczestnictwo w zajęciach teoretyczno – praktycznych w Szkole Rodzicielstwa działającej bezpłatnie,

W szpitalu świadczymy usługi nieodpłatne:

- porody rodzinne od 1997 r,
- porody ze znieczuleniem zewnątrz oponowym od 2001 ,
- porody przy pomocy znieczulenia wziewnego podtlenkiem azotu od 2011 r.

1. Metody łagodzenia bólu porodowego jakie stosujemy na bloku porodowym

Przyszłe mamy boją się przede wszystkim tego, że będzie bolało. Z naszych obserwacji wynika, że każda kobieta na ból reaguje inaczej, ale żadna z rodzących nie powinna być wobec bólu bezradna. Jesteśmy bardzo otwarte na potrzeby i oczekiwania kobiet i ich partnerów. Prowadząc poród zapewniamy aktywne wsparcie przy zastosowaniu wszystkich metod łagodzenia bólu. Dobieramy wspólnie najwłaściwszą metodę łagodzenia bólu porodowego w danej sytuacji tak aby kobieta miała poczucie komfortu i bezpieczeństwa, a miarą skuteczności niekoniecznie jest całkowite zniesienie bólu – tylko możliwość zachowania kontroli nad porodem, porodem aktywnym.

• Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu :

utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej poprzez ruch i pozycje wertykalne
techniki oddechowe,
muzykoterapia,
masaż relaksacyjny,
przeciwucisk
immersja wodna,
wokalizacja

- **Farmakologiczne metody łagodzenia bólu**

opioidy

analgezyja regionalna, (zewnątrzoponowo-podpajęczynówkowe, blokada nerwu sromowego),

analgezyja wziewna (Entonox),

Farmakologiczne - układowe i regionalne metody łagodzenia bólu porodowego stosowane są wyłącznie przez lekarza położnika współpracującego z lekarzem anestezjologiem.

Dostępność do w/w metod jest całodobowa w naszym szpitalu.

2. Poród w znieczuleniu

a. wskazania

- stres matki- nietolerancja bólu
- życzenie rodzącej , nowe trendy, migracje i postęp-poród XXI wieku
- medyczne,

b. przeciwwskazania

- brak zgody pacjentki
- brak współpracy z rodzącą,
- zaburzenia krzepnięcia krwi,
- trombocytopenia,
- zakażenie skóry w miejscu wkłucia,
- uogólnione zakażenie,
- stany nagłace w położnictwie
- tatuaż w miejscu wkłucia

- c. kwalifikacja do znieczulenia
 - przed zastosowaniem znieczulenia rodząca musi uzyskać wyczerpującą informację na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu a także możliwych powikłań i skutków ubocznych
 - konsultacja anestezjologiczna na 2-3 tygodnie przed terminem porodu,
 - wskazane uczestnictwo w szkole rodzenia
 - aktualne wyniki (płytki krwi)
- **Prowadzenie porodu w znieczuleniu**
 - I okres porodu
 - świadoma zgody na znieczulenie
 - ocena przez rodzącą natężenia bólu w skali VAS
 - aktualne wyniki (płytki krwi) 24 h
 - ocena sytuacji położniczej
 - akceptacja położnika i zapewnienie stałego nadzoru
 - ścisła współpraca pacjentka- położna aktywnie wspiera rodzącą,
 - bezpośredni nadzór nad rodzącą, monitorowanie funkcji życiowych, monitorowanie dobrostanu płodu w systemie Monako
 - opieka specjalisty anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej
 - czas rozpoczęcia znieczulenia nie powinien przekraczać 30 min od momentu uzgodnienia decyzji lekarza anestezjologa z lekarzem położnikiem
 - z reguły znieczulenie rozpoczynamy w aktywnej fazie porodu przy rozwarciu 3-4,
 - wskaźniki postępu porodu (rozwieranie kanału szyjki macicy, obniżenie główki w kanale rodnym ,monitorowanie amplitudy skurczu i częstości występowania)

- II okres porodu
- dokładne rozpoznanie pełnego rozwarcia
- parcie kontrolowane
- ocena wysokości i elastyczności krocza

Podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocena stanu rodzącej i płodu odnotowane są w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w karcie przebiegu analgezji porodu. Przy rodzącej zawsze jest obecna położna.

- **Wnioski stosowania analgezji zewnątrzoponowej w porodzie**
- eliminacja nadmiernego bólu i zniesienie stresu porodowego pozwala na pełne przeżywanie aktu porodowego,
- rodząca jest zrelaksowana i spokojna, ma siłę i chęć skupić się na przebiegu porodu -nie rozprasza ją ból, duży komfort rodzenia
- w czasie pierwszej godziny trwania znieczulenia nastąpił bardzo znaczący spadek dolegliwości bólowych, VAS 9-10 po znieczuleniu VAS 1-4
- obserwuje się również skrócenie subiektywnie odczuwanego czasu trwania skurczów macicy (średnio do około 20-30 s), podczas gdy rejestrowane kardiokograficznie były dłuższe,
- najczęściej powoduje nieznaczne skrócenie I okresu porodu i wydłuża II okres porodu nieznacznie
- częściej stosowana stymulacja porodu (oksytocyna),
- nie zwiększa się odsetek porodów zabiegowych oraz cięć cesarskich,
- uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia pomaga rodzącej w trakcie porodu
- zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego powoduje mniejsze zainteresowanie cięciem cesarskim na życzenie.

3. Poród w analgezji wziewnej

Szybkie, bezpieczne i skuteczne uśmierzanie bólu nie musi mieć charakteru inwazyjnego.

Podtlenek był przez wiele lat jednym z popularniejszych środków łagodzących ból. Stosowany od medycyny ratunkowej poprzez bolesną diagnostykę aż po zabiegi lecznicze.

Podtlenek azotu wykazuje klasyczne działanie przeciwbólowe zależnie od dawki powodując podwyższenie progu bólu i zmniejszenie stopnia jego odczuwania, ta cecha zadecydowała o zastosowaniu jego w położnictwie.

Entonox posiada wszystkie właściwości idealnego środka przeciwbólowego, mieszanina 50% N₂O i 50% O₂, wziewny silny środek łatwy w użyciu i obsłudze, nieinwazyjny, bezpieczny dla matki i noworodka, nie kumuluje się w organizmie. Zrównoważona proporcja tych gazów zapewnia dobre utlenienie i minimalizuje ryzyko nadmiernej sedacji. Oprócz działania przeciwbólowego ma właściwości uspokajające, przeciwlękowe i rozweselające.

Wskazania:

1. Łagodzenie bólu
2. Życzenie pacjentki (stres, lęk)

Przeciwwskazania

1. Choroby serca, niewydolność serca po operacjach kardiochirurgicznych.
2. Nadciśnienie tętnicze.
3. U pacjentów z zaburzeniami świadomości.

Prowadzenie porodu z zastosowaniem Entonoxu

1. Kwalifikacja: ocena stanu ogólnego rodzącej, ocena czynności skurczowej mięśnia macicy sytuacji położniczej (4-5 cm rozwarcie ujścia szyjki macicy) i dobrostanu płodu.
2. Podawanie krótko przed pożądanym działaniem p/bólowym (działanie po 4-5 wdechach, max osiąga się po 2-3 min a niekiedy po 1 min).
3. 5-6 wdechów na 1 skurcz mięśnia macicy.
4. Objawy niepożądane: nudności, wymioty, zawroty głowy, mrowienie kończyn dolnych i wokół ust, osłabienie; brak kontaktu z rodzącą (nie odpowiada świadomie na pytania) należy przerwać podawanie Entonoxu!

Zalety

1. Obsługa samodzielna przez rodzącą.
2. Nie ma wpływu na czas trwania porodu.
3. Nie wywiera działania rozkurczowego na m. macicy.
4. Podwyższa próg bólowy, powoduje relaksację rodzącej, zmniejsza stres porodowy i lęk.
5. Korzystnie wpływa na dotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, w przypadku zastosowania wyższych stężeń N₂O w okresie bezpośredniego przed urodzeniem dziecka szczególnie w warunkach zagrożenia płodu wskazane jest podanie dziecku tlenu do oddychania dla uniknięcia hipoksji dyfuzyjnej związanej z wydzielaniem N₂O przez płuca po rozpoczęciu samodzielnego oddychania (biuletyn inf. Pharmindex nr 1 09-1010).

Komunikacja interpersonalna jako ważny element opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i rodzicami.

mgr Benita Dobrzańska

Trudno sobie wyobrazić dobry kontakt położnej z kobietą rodzącą i jej otoczeniem bez komunikacji, która buduje relację opartą na zaufaniu i zrozumieniu. Ważne jest, aby w proces komunikacji wykorzystać do lepszej współpracy w trakcie przebiegu ciąży i porodu.

Często zauważamy, że są ludzie, z którymi nie tylko łatwiej się dogadać, ale również, z którymi lepiej i skuteczniej się współpracuje. Te wiadomości układają się w pewien wzór. Jeżeli go opanujemy, dowiemy się jak wyeliminować swoje słabe strony i jak wpływać na innych we wzajemnie korzystny sposób. Takie podejście do zasad komunikacji nazywa się „rozpoznaniem i reakcją”. Najpierw musimy rozpoznać wzorce własnej komunikacji i formy komunikacji u innych a później nauczyć się reagowania i rozwijania różnych strategii. Nauczenie się tego prowadzi do opanowania wielu trudnych sytuacji związanych z komunikacją z innymi.

W skutecznej komunikacji należy posiadać umiejętność kontrolowania własnych reakcji i emocji i reprezentować postawę asertywną. Tylko postawa asertywna wobec rozmówcy gwarantuje nawiązanie efektywnego kontaktu interpersonalnego. Asertywność polega głównie na zachowaniu wiary we własne siły i możliwości, pielęgnowaniu pozytywnego stosunku do siebie oraz innych. Człowiek mający kłopoty ze zrozumieniem samego siebie nie powinien oczekiwać, że będą go rozumieli inni. Zachowanie szacunku do siebie i swoich poglądów gwarantuje konstruktywne podejście do zrozumienia drugiego człowieka.

Najprostsza definicją komunikacji jest określenie jej jako procesu wysyłania i odbierania informacji.

Proces ten można przedstawić za pomocą prostego schematu:

Nadawca (intencja) — Komunikat — Odbiorca (interpretacja intencji).

Cechy nadawcy są bardzo ważne dla interpretacji wygłaszanych przez niego treści. Te same słowa, zdania i frazy w ustach różnych ludzi mają dla nas różne znaczenie.

Cechą szczególnie ważną u nadawcy jest jego wiarygodność – im wyższa wiarygodność danej osoby, tym większa gotowość do aprobaty wszystkiego, co mówi.

Z wiarygodnością związane są kompetencje, rozumiane jako należyta znajomość przedmiotu rozmowy i obiektywność.

Prawdziwie skuteczna komunikacja nie może być jednak monologiem, angażującym tylko nadawcę.

Aby skutecznie przekonywać, informować czy zmieniać nastawienie słuchacza, udział obu stron – mówiącego i odbiorcy (jednego czy wielu)-musi być aktywny. Zwrócenie uwagi słuchacza na to, co chcemy mu powiedzieć, to rzecz podstawowa w komunikacji. Musimy znaleźć coś, co zmieni jego stosunek, coś, co aktywnie skieruje jego uwagę w stronę naszych argumentów.

Bardzo ważne w komunikacji jest fakt, czy , w tym wypadku rodząca kobieta, ma pozytywną czy negatywną postawę wobec przedstawianych treści. Istnieje prosta zasada w odbiorze informacji – człowiek woli zauważać i zapamiętywać te treści, które są zgodne z jego poglądami. Pamiętajmy Nasz słuchacz wybiera treści, na które zwraca uwagę, według własnej woli.

W związku z tym bardzo ważny jest aspekt powtarzalność pewnych treści.

Najczęściej spotykamy się z opinią, że powtarzanie się jest niewskazane. Nie jest to jednak słuszne. Wszelkie treści, które uważamy za kluczowe dla danego zagadnienia, powtarzamy tak długo, jak długo nie jesteśmy pewni, że nie zostały usłyszane i odebrane (technika „zdarłej płyty”). Jest to szczególnie wskazane w sytuacjach, w których dużą rolę odgrywają emocje. Takim wydarzeniem jest z pewnością poród.

Komunikacja interpersonalna nie ogranicza się jednak tylko do wymiany informacji za pomocą słów. Wypowiedzi słowne dostarczają około 35% przekazywanych informacji, pozostałą ich część, – czyli około 65%- zawierają komunikaty niewerbalne. Głównymi czynnikami mowy ciała, na które szczególnie trzeba zwracać uwagę w procesie komunikacji są:

- Kontakt wzrokowy
- Ton głosu
- Gestykulacja
- Mimika i wyraz twarzy
- Postawa ciała
- Wygląd zewnętrzny

W skuteczności przekazu bardzo ważna jest spójność pomiędzy komunikatem werbalnym a sygnałem z ciała.

Następnym bardzo ważnym elementem dobrej komunikacji jest umiejętność słuchania. Można mówić o słuchaniu

- Czynnym (aktywnym)
- Biernym (pasywnym)

Słuchać biernie potrafimy wszyscy, gorzej jest z tą drugą formą. Jeśli jednak chcemy komunikować się efektywnie musimy nauczyć się słuchać w sposób aktywny.

Aktywne słuchanie polega przede wszystkim na:

- Motywacji, aby kogoś słuchać i bardziej rozumieć jego punkt widzenia
- Cierpliwości, czyli wysłuchania kogoś do końca. Nie przerywania i nie kończenia zdania za innych
- Utrzymaniu kontaktu wzrokowego.
- Unikaniu oceniania rozmówcy. Zwłaszcza unikajmy interpretacji czyjejś intencji. Starajmy się słyszeć to, co naprawdę inni chcą nam przekazać w miarę obiektywny sposób.

Jakość komunikacji i jej przebieg zależą od wielu czynników. Na efektywność komunikacji ma wpływ nie tylko nadawca i słuchacz, ale też sytuacja a jakiej odbywa się rozmowa. To, co przeszkadza w skutecznym porozumiewaniu się dwóch stron określa się mianem barier komunikacyjnych. Do głównych i najbardziej szkodliwych błędów komunikacyjnych należą:

- Osadzanie(ocenianie) – postawa wyrażająca niechęć, lekceważenie, poczucie wyższości, a czasami złość i wrogość do rozmówcy.
- Decydowanie za innych, czyli wkraczanie na cudze terytorium. Ludzie nie lubią rozkazów i odbierają je jako atak. Również groźby nie sprzyjają efektywnej komunikacji – budzą raczej lęk, agresję, niepokój.
- Brak poszanowania dla odmiennych pomysłów
- Doradzanie, pouczenie i obwinianie. Wypowiedzi o takim zabarwieniu rodzą przeważnie opór wobec zmiany własnych przekonań i blokują zdolność rozmówcy do akceptowania nadawcy.
- Technika „tak, ale” – prowadzi często do konfliktu. Rozmówcy „okopują” się i za wszelką cenę zaczynają bronić swoich racji, ignorując wzajemne argumenty.

Musimy pamiętać, że zachowania werbalne i niewerbalne nie są wrodzone. To my możemy w sposób świadomy decydować, co powiemy i w jakiej formie to zrobimy.

Rezygnacja z zachowań tworzących wymienione przeszkody w porozumiewaniu się, pozwoli lepiej zrozumieć rozmówcę i skuteczniej pokierować wzajemną komunikacją. Korzyścią będzie stworzenie atmosfery współpracy i porozumienia, która wpłynie z pewnością na wzrost motywacji do współdziałania. A przecież właśnie o to chodzi w kontakcie położnej z kobietą oczekującą dziecka i z jej najbliższym otoczeniem.

