

## **STANDARD ORGANIZACYJNY W ZAKRESIE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ, SPRAWOWANEJ NAD KOBIECĄ W OKRESIE CIĄŻY, PORODU, POŁOGU ORAZ NAD NOWORODKIEM.**

Opracowany i wdrożony w SP ZOZ - ZZ w Makowie Maz. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U.2018, poz.1756).

### **I. Ogólne zasady postępowania.**

1. W zakresie opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, oraz nad noworodkiem, w Zakładzie monitorowane są wskaźniki tej opieki a wyniki w zakresie:

- 1) nacięcia krocza,
- 2) cięcia cesarskiego,
- 3) podania noworodkowi mleka modyfikowanego, są omawiane jeden raz w roku na Komitecie Jakości w Zakładzie.

2. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:

- 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
- 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
- 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

### **II. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania**

<b>Termin badania</b>	<b>Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia</b>	<b>Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi.</li> <li>2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych.</li> <li>3. Morfologia krwi.</li> <li>4. Badanie ogólne moczu.</li> <li>5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane</li> </ol>

	<p>badan w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie.</p> <p>8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika.</p> <p>9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek</p>	<p>w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</p> <p>6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM.</p> <p>7. Badanie VDRL.</p> <p>8. Zalecenie kontroli stomatologicznej.</p> <p>9. Badanie HIV i HCV.</p> <p>10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży.</p> <p>11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji.</p> <p>12. Oznaczenie TSH.</p>
11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Pomiar masy ciała.</li> <li>4. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<p>Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).</p>
15–20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Pomiar masy ciała.</li> <li>4. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>5. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> </ol>
18–22 tydzień ciąży		<p>Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.</p>
21–26 tydzień ciąży	<p>Rozpoczęcie edukacji przedporodowej.</p>	
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24–26 tydzień ciąży).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-).</li> <li>4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).</li> </ol>
27–32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-).</li> <li>4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.</li> <li>5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anti-D (28–30 tydzień ciąży).</li> </ol>
33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena wymiarów miednicy.</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Ocena ruchów płodu.</li> <li>7. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>8. Pomiar masy ciała.</li> <li>9. Ocena ryzyka ciążowego.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie antygenu HBs.</li> <li>4. Badanie HIV.</li> <li>5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży).</li> <li>6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze</li> </ol>

	10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu życia.	zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.
38–39 tydzień ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika.	1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania	1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

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

### III. Identyfikacja czynników powikłań okołoporodowych.

1. Oceny występowania czynników ryzyka powikłań okołoporodowych, dokonuje osoba sprawująca opiekę.
2. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, powikłań okołoporodowych, ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną.
3. Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.
4. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka powikłań okołoporodowych, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

#### IV. Edukacja przedporodowa.

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika.
2. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym.
3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąża) obejmuje w szczególności:
  - 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu;
  - 2) opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej;
  - 3) styl życia w okresie ciąży – zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w okresie ciąży;
  - 4) dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi;
  - 5) profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne;
  - 6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;
  - 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek.
4. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
  - 1) przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
  - 2) czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
  - 3) fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny;
  - 4) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
  - 5) łagodzenie bólu porodowego (niefarmakologiczne i farmakologiczne);
  - 6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
  - 7) cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim;
  - 8) informowanie o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego –w celu pozyskania komórek macierzystych.
5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:
  - 1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu;
  - 2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją;
  - 3) opiekę nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowanie z noworodkiem po urodzeniu, działania profilaktyczne wykonywane u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnację dziecka, informacje i zalecenia dla rodziców odnośnie do postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym.
6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).

## V. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określenie miejsca porodu.
2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.
3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

## VI. Postępowanie w trakcie porodu

- 1) Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
- 2) W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
  - 1) witają rodzącą osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
  - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
  - 3) szanują prywatność rodzącej i jej poczucie intymności;
  - 4) zapoznają się z planem porodu, omawiają go z rodzącą i w miarę możliwości stosują jego postanowienia;
  - 5) omawiają z rodzącą dostępne sposoby łagodzenia bólu;
  - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań;
  - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
  - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.
- 3) Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
  - 1) zapewnić ciągłość opieki;
  - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
  - 3) umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej;
  - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
  - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

## VII. Łagodzenie bólu porodowego. Pacjentka ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, określa Procedura Zakładowa nr 70 w 2.

## **VIII. Rozpoczęcie porodu.**

Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

## **IX. Postępowanie w I okresie porodu.**

W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do postępowania i dokumentowania podejmowanych czynności zgodnie ze standardem. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwarcie szyjki macicy następuje wolniej niż 0,5 cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych. W sytuacji rozpoznania braku postępu porodu w I okresie do opieki włącza się lekarz położnik.

## **X. Postępowanie w II okresie porodu.**

Czas trwania II okresu porodu nie powinien przekraczać dwóch godzin. W przypadku rodzących z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego dotrzech godzin. Decyzję o wydłużeniu czasu trwania II okresu porodu powyżej dwóch godzin podejmuje lekarz położnik po uwzględnieniu aktualnych czynników ryzyka.

W okresie, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wszystkich działań zgodnie ze Standardem.

## **XI. Postępowanie w III okresie porodu.**

Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć jednej godziny. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia realizacji i udokumentowania wykonania wszystkich działań zgodnie ze Standardem.

## **XII. Postępowanie w IV okresie porodu.**

Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje udokumentowanie dokonanych czynności i wykonanych zadań.

## **XIII. Opieka nad noworodkiem.**

1. W Sali porodowej, w której rodzi się noworodek, znajduje się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.
2. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w

sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka odnotowanego w dokumentacji medycznej.

3. Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykorzystywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala.
- 4) Sekretarka Oddziału Położniczo- Noworodkowego przekazuje do dnia wypisu noworodka zgłoszenie o porodzie położnej POZ lub podmiotowi POZ. Wzór zgłoszenia stanowi Załącznik Nr 3.
- 5) Przekazania zgłoszenia o porodzie następuje za potwierdzeniem odbioru, które należy dołączyć do wewnętrznej dokumentacji noworodka.
- 6) W przypadku braku możliwości ustalenia położnej POZ lub podmiotu POZ, sekretarka Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, informuje położnicę o zasadach opieki i wyboru położnej POZ lub podmiotu POZ w przypadku podejmowania możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka, sekretarka informuje o tym w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka. Informacja taka do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, nie przekazuje się, gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
- 7) Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
  - 1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
  - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzenie nie jest wymagane co trzy godziny;
  - 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
  - 4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
  - 5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;
  - 6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
  - 7) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
  - 8) noworodkowi przedwczesnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równoległe rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

- 9) w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.
8. Wszystkie czynności wynikające ze standardu opieki nad noworodkiem powinny być udokumentowane.

## **IX. Połóg.**

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu zgodnie z obowiązującym standardem.
2. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach szczególnych (rozpoznanie podczas ciąży choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi), lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
3. Ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka, w tymm stanu psychicznego położnicy i ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, p, powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.
4. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
5. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej.
6. Po ukończeniu przez dziecko 8 tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka POZ, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna.

## **X. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych.**

1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację.
3. Kobiecie w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:
  - 1) przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;



- 2) po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
  - 3) kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
  - 4) kobietę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno - terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;
  - 5) kobiecie należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
  - 6) w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:
    - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,
    - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
    - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
    - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
  - 7) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
  - 8) kobiecie udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;
  - 9) w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porożu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
  - 10) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;
  - 11) osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1;
  - 12) kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.
4. Szczegółowe postępowanie w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży reguluje w Zakładzie Procedura Szczegółowa nr 37 wersja 2 Oddziału Położniczo – Ginekologicznego.

#### **Akty prawne:**

1. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. (Dz. U z 2018, poz. 160, z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. 2018, poz. 1756).