**What Should Be Discussed When Considering a Vaginal Birth? A Delphi Consensus Study**

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.70071?campaign=woletoc

Artykuł definiuje Core Information Set (CIS) dla porodu drogami natury jako 19 kluczowych punktów informacji, które lekarz powinien omówić z pacjentką przed decyzją o tym trybie porodu.

**Na podstawie dostępnych streszczeń badania Demetri i wsp. (BJOG; „What Should Be Discussed When Considering a Vaginal Birth? A Delphi Study to Develop a Core Information Set (CIS) for Vaginal Birth") wiadomo, że ostateczny zestaw informacji do przekazania pacjentce (CIS) obejmuje 19 punktów pogrupowanych w 7 domen: przebieg porodu, metody łagodzenia bólu, możliwe powikłania, procedury/interwencje w trakcie porodu, doświadczenia po porodzie, wyniki dla dziecka oraz środowisko porodu.**

**research-information.bris+3**

**W tym środowisku nie ma dostępu do pełnego tekstu ani tabel z dokładnym brzmieniem wszystkich 19 pozycji, dlatego poniżej przedstawiono praktyczną, kliniczną interpretację tych 19 obszarów do omówienia z pacjentką – opartą na opisanych domenach CIS, aktualnych wytycznych NICE intrapartum care oraz WHO Safe Childbirth Checklist.**

**iris.who+4**

## 19 kluczowych punktów do omówienia przed porodem drogami natury (CIS – interpretacja praktyczna)

### Domena 1 – Przebieg porodu (labour process)

1. **Co to jest poród drogami natury i jakie są jego etapy**
    - Wyjaśnienie trzech faz: I okres (rozwarcie szyjki), II okres (wydobycie dziecka), III okres (urodzenie łożyska) i wczesny połóg.ncbi.nlm.nih+1
    - Typowy i „rozsądny" zakres czasu trwania dla pierworódki i wieloródki, duża zmienność indywidualna.
    - Jakich badań i obserwacji pacjentka może się spodziewać (badanie położnicze, KTG / osłuchiwanie tętna płodu, pomiar ciśnienia, itp.).pmc.ncbi.nlm.nih+1
2. **Jak rozpoczyna się poród i kiedy zgłosić się do szpitala**

- Różnica między skurczami przepowiadającymi a porodem: regularność, narastanie nasilenia, towarzyszące objawy.
- Objawy wymagające pilnego zgłoszenia (odejście zielonych wód, podejrzenie krwawienia, zmniejszenie ruchów płodu, ból nietypowy).nhm+1
- Ustalenie z pacjentką: gdzie dzwoni, kiedy przyjeżdża, co jest dla danego ośrodka „sygnałem alarmowym".
-

3. **Rola pozycji, ruchu i aktywności rodzącej w trakcie porodu**
    - Zachęcanie do chodzenia, zmiany pozycji, korzystania z piłki, worka sako – dlaczego to może skracać I okres i zmniejszać potrzebę interwencji.ncbi.nlm.nih+1
    - Możliwe ograniczenia mobilności przy niektórych metodach analgezji (np. znieczulenie zewnątrzoponowe).pmc.ncbi.nlm.nih+1
    - Uzgodnienie preferencji pozycji w II okresie (pozycje wertykalne vs. leżące) i ich wpływu na ryzyko urazów krocza i inne wyniki.nice+1
4. **Indukcja i stymulacja porodu – co zmieniają w przebiegu porodu**
    - Różnica między porodem samoistnym a indukowanym (prostaglandyny, cewnik Foleya, amniotomia, oksytocyna).ncbi.nlm.nih+1
    - Możliwy wpływ indukcji/augmentacji na odczuwanie bólu, długość porodu i częstość interwencji (w tym OVD i cięcie cesarskie).pmc.ncbi.nlm.nih+1
    - Jakie są wskazania do indukcji / augmentacji i w jakich sytuacjach decyzja może zapaść nagle w trakcie porodu.

**Domena 2 – Łagodzenie bólu (pain relief)**

5. **Charakter bólu porodowego i czynniki, które na niego wpływają**
    - Fizjologia bólu: ból trzewny w I okresie i somatyczny w II okresie, jakie okolice ciała zwykle bolą i dlaczego.wfsahq+1
    - Czynniki nasilające/łagodzące ból (lęk, wsparcie, wcześniejsze doświadczenia, przebieg porodu).
    - Podkreślenie, że cel to „znośny" ból i poczucie bezpieczeństwa, a nie zawsze całkowite zniesienie bólu.
6. **Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu**
    - Techniki oddechowe, relaksacja, pozycje wertykalne, prysznic/wanna, masaż, kompresy ciepłe/zimne, TENS.pmc.ncbi.nlm.nih+1

- Dowody na zmniejszenie zapotrzebowania na analgezję farmakologiczną przy użyciu niektórych metod (np. immersion in water w I okresie).[pmc.ncbi.nlm.nih]
- Uzgodnienie, co jest realnie dostępne w danym szpitalu (wanna, piłki, sprzęt do TENS, wsparcie osoby towarzyszącej).

7. **Farmakologiczne metody łagodzenia bólu – opcje, skuteczność, działania niepożądane**
   - Krótko: gaz rozweselający, opioidy (petydyna, morfina, remifentanyl – w zależności od standardu ośrodka), znieczulenie zewnątrzoponowe/ CSE; różnice w skuteczności, czasie działania i wpływie na mobilność.ncbi.nlm.nih+1
   - Możliwy wpływ na częstość OVD i inne wyniki, z uwzględnieniem nowszych danych, że współczesne niskodawkowe epidurale niekoniecznie zwiększają odsetek OVD, ale wiążą się np. z hipotonią, gorączką, retencją moczu.[ncbi.nlm.nih]
   - Informacja, że pacjentka może zmieniać decyzję w trakcie porodu; ważne jest wcześniejsze zrozumienie plusów i minusów każdej opcji.

**Domena 3 – Możliwe powikłania porodu (labour complications)**

8. **Ryzyko nieprawidłowego postępu porodu i jego konsekwencje**
   - Co to znaczy „wolny postęp" (dystocja szyjkowa, przedłużony II okres) i jak jest diagnozowany (partogram, badania wewnętrzne).ncbi.nlm.nih+1
   - Jakie interwencje są wtedy typowo proponowane: amniotomia, oksytocyna, zmiana pozycji, decyzja o OVD lub cięciu cesarskim.
   - Podkreślenie, że celem jest zbalansowanie bezpieczeństwa matki i dziecka z możliwością ukończenia porodu drogami natury.
9. **Powikłania po stronie matki – krwotok, urazy krocza, infekcje**
   - Ryzyko krwotoku poporodowego (PPH), czynniki zwiększające ryzyko i podstawowe procedury zapobiegawcze (aktywne prowadzenie III okresu, oksytocyna).qualityofcarenetwork+1
   - Urazy krocza, w tym urazy zwieracza odbytu (OASI): częstość, główne czynniki ryzyka (poród pośladkowy, OVD, duży płód, primiparitas, indukcja/augmentacja).pmc.ncbi.nlm.nih+2
   - Możliwe następstwa (ból, zaburzenia trzymania stolca/gazów, dysfunkcja seksualna) i znaczenie wczesnego rozpoznania i dokładnej naprawy.rcog+2
10. **Powikłania po stronie płodu/noworodka**

- Możliwe sytuacje: zaburzenia tętna płodu, obecność smółki w płynie, konieczność interwencji neonatologicznej po porodzie.

- Ryzyko urazów okołoporodowych (np. przy OVD) vs. ryzyko związane z cięciem cesarskim (np. przejściowe zaburzenia oddychania).wikipedia+1
- Możliwość konieczności przeniesienia dziecka na oddział neonatologii/NICU – co to oznacza dla kontaktu skóra-do-skóry i karmienia.

## Domena 4 – Procedury i interwencje w trakcie porodu (procedures/interventions)

**11. Standardowe elementy opieki śródporodowej**

- Jakie procedury są rutynowo proponowane/wykonywane: wenflon, badania krwi, KTG (intermitentne vs. ciągłe), badania wewnętrzne, ewentualna amniotomia.pmc.ncbi.nlm.nih+1
- Omówienie, które elementy są standardem bezpieczeństwa, a które mogą być zindywidualizowane (np. ciągłe KTG przy niskim ryzyku).
- Wyjaśnienie, jak i kiedy personel będzie prosił o świadomą zgodę i że pacjentka może zadawać pytania lub odmówić, jeśli rozumie konsekwencje.

**12. Poród zabiegowy (operative / assisted vaginal birth – próżnociąg, kleszcze)**

- Wskazania: brak postępu w II okresie, wyczerpanie rodzącej, nieprawidłowe KTG, kiedy OVD może być alternatywą dla nagłego cięcia cesarskiego.tjodistanbul+1
- Różnice między vacuum a kleszczami, jakie znieczulenie jest zwykle potrzebne, jakie są typowe korzyści i zagrożenia (większe ryzyko OASI przy OVD, możliwość urazu skóry głowy u dziecka).gpm.amegroups+2
- Jak wygląda procedura „od środka”: ile prób jest akceptowalnych, kiedy należy przerwać i wykonać cięcie cesarskie.

**13. Nieplanowe cięcie cesarskie w trakcie planowanego porodu drogami natury**

- Najczęstsze przyczyny: zaburzenia tętna płodu, brak postępu porodu, krwawienie, nieprawidłowe ułożenie płodu w II okresie, inne nagłe zdarzenia.ncbi.nlm.nih+1
- Kategorie pilności (np. pilne w 30 min vs. nagłe w trybie „crash”) i co to oznacza dla czasu na rozmowę oraz rodzaju znieczulenia.
- Podstawowe różnice w rekonwalescencji po porodzie naturalnym vs po cięciu – zwłaszcza w kontekście kolejnych ciąż i ryzyka powikłań (łożysko przodujące, przerośnięte, powikłania adhezyjne).pubmed.ncbi.nlm.nih+1

## Domena 5 – Doświadczenia po porodzie (experiences after birth)

14. **Bezpośredni okres po porodzie – III okres i pierwsze godziny po**

- Sposoby prowadzenia III okresu (fizjologiczny vs. aktywny) oraz profilaktyka krwotoku poporodowego (oksytocyna, kontrola łożyska). iris.who+1
- Co dzieje się rutynowo po porodzie: ocena krocza, ewentualne szycie, badanie per rectum, monitorowanie parametrów matki i krwawienia, pomoc przy pierwszym karmieniu, kontakt skóra-do-skóry i opóźnione odpępnienie. pmc.ncbi.nlm.nih+1
- Wytłumaczenie, że dokładne zbadanie i ewentualna naprawa urazu krocza są kluczowe dla prewencji długoterminowych problemów (OASI care bundle). mkuh+2

15. **Krótkoterminowy powrót do formy po porodzie drogami natury**

- Typowe dolegliwości: ból krocza, krwawienie, zmęczenie, trudności w oddawaniu moczu/stolca, przejściowe nietrzymanie – co jest „normalne", a co wymaga pilnej konsultacji.
- Różnice w rekonwalescencji po porodzie siłami natury vs po cięciu cesarskim – krótszy pobyt w szpitalu, szybszy powrót do aktywności, mniejsze ryzyko powikłań zakrzepowych i chirurgicznych po prawidłowym porodzie drogami natury. wikipedia+1
- Jak i kiedy zgłosić objawy infekcji, znacznego bólu, problemów z trzymaniem moczu lub stolca.

16. **Średnio- i długoterminowe następstwa porodu drogami natury**

- Możliwy wpływ na funkcje dna miednicy (wysiłkowe nietrzymanie moczu, obniżenie narządu rodnego), funkcje seksualne, zdrowie psychiczne (trauma, PTSD poporodowe). pmc.ncbi.nlm.nih+2
- Czynniki zmniejszające ryzyko (m.in. dobra ochrona krocza, ograniczenie niepotrzebnych OVD, rozpoznawanie i leczenie OASI). nice+2
- Dostępne ścieżki pomocy: fizjoterapia uroginekologiczna, poradnie uroginekologiczne, wsparcie psychologiczne.

## Domena 6 – Wyniki dla dziecka (outcomes for the baby)

17. **Spodziewany stan noworodka po niepowikłanym porodzie drogami natury**

- Naturalny przebieg adaptacji: pierwsze oddechy, krzyk, regulacja temperatury, glikemii; dlaczego kontakt skóra-do-skóry i karmienie w pierwszej godzinie są tak ważne. iris.who+2
- Rola personelu neonatologicznego/położnej – kiedy dziecko jest tylko rutynowo oceniane, a kiedy wymaga szerszej diagnostyki.

- Uspokojenie: większość noworodków po porodzie siłami natury adaptuje się szybko i nie wymaga intensywnej terapii.

18. **Porównanie wyników dla dziecka po porodzie drogami natury vs po cięciu cesarskim**

- Krótkoterminowo: mniejsze ryzyko zaburzeń oddychania i przejściowego tachypnoë, lepsza kolonizacja mikrobiomu jelitowego i skóry bakteriami pochodzącymi od matki i środowiska porodowego. wikipedia+1
- Długoterminowo: możliwy związek porodu drogami natury z mniejszym ryzykiem niektórych chorób metabolicznych i immunologicznych w porównaniu z cięciem cesarskim – z zastrzeżeniem, że dane są obserwacyjne i obarczone licznymi czynnikami zakłócającymi. ncbi.nlm.nih+1
- Podkreślenie, że bezpieczeństwo dziecka jest priorytetem niezależnie od drogi ukończenia porodu; w razie potrzeby wybiera się zabieg (OVD/CS), jeśli poprawia on rokowanie.

## Domena 7 – Środowisko porodu i organizacja opieki (labour environment)

19. **Miejsce porodu, zespół, możliwości wsparcia i elastyczność planu**

- Opcje miejsca porodu (oddział położniczy, ewentualnie dom narodzin, poród domowy – zależnie od lokalnego systemu) i różnice w dostępnych interwencjach, monitorowaniu, znieczuleniach i opiece okołoporodowej. nice+1
- Skład zespołu: położne, lekarz dyżurny, anestezjolog, neonatolog; rola osoby towarzyszącej, ewentualnie douli, możliwość stałego towarzyszenia w trakcie porodu.
- Jak wygląda praktyczne wdrożenie „birth planu” – co zwykle można zrealizować, co może wymagać modyfikacji przy pojawieniu się powikłań, jak zachować poczucie sprawstwa pacjentki pomimo zmian planu.

**Jak wykorzystać tę listę w praktyce (perspektywa mentora)**

- Struktura rozmowy:

  Dobrze sprawdza się podział edukacji na 2–3 krótsze wizyty (np. 28–32 tc, 36 tc, ewentualny „birth planning” przy 38 tc), za każdym razem wracając do 7 domen i uzupełniając informacje zgodnie z potrzebą pacjentki.
- Priorytetyzacja:

  Z badania nad CIS wynika, że treści były priorytetyzowane przez kobiety i profesjonalistów – najważniejsze dla rodziców okazały się: przebieg porodu, ból i możliwości jego łagodzenia, powikłania i interwencje, doświadczenie po porodzie, bezpieczeństwo dziecka i środowisko

porodu. W praktyce warto zacząć od tych tematów, które pacjentka sama wskazuje jako najbardziej obciążające lękiem. openaccess.sgul+2

- Dokumentacja zgody i edukacji:
  Choć CIS formalnie nie jest „formularzem zgody", można adaptować tę 19-elementową listę jako strukturę notatki w dokumentacji: odhaczyć, że dane zagadnienie zostało omówione (np. „CIS 5 – charakter bólu; CIS 7 – opcje analgezji omówione"), z krótkim komentarzem o preferencjach pacjentki.
- Indywidualizacja ryzyka:
  Do każdego z powyższych punktów można dopiąć indywidualną ocenę ryzyka (wiek, BMI, blizna na macicy, przewidywana masa płodu, choroby współistniejące) oraz konsekwencje dla planu porodu (np. większy nacisk na profilaktykę OASI, wcześniejsze omówienie scenariusza OVD/CS).