



6 zasad wspierających przebieg normalnego porodu – Zasada Czwarta – Unikaj interwencji nie uzasadnionych medycznie

Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

Przyszła mama na zajęciach Szkoły Rodzenia prowadzonych metodą Lamaze¹ pyta instruktorkę: „W telewizji często widzi się, że większość rodzących leży w łóżku, podłączona do różnych urządzeń, w tym do urządzenia monitorującego bicie serca dziecka. Czy dzięki współczesnej technologii medycznej poród nie jest bezpieczniejszy?”

Dzięki rozwojowi technologii medycznych, poród jest bezpieczniejszy dla kobiet z grup ryzyka, zaś dla dzieci urodzonych przed czasem – szansą na ocalenie życia. Dla większości współczesnych kobiet poród jest bezpieczniejszy niż 100 lat temu, nie tyle dzięki postępowi technologicznemu w medycynie, ale dzięki poprawie jakości życia i stanu higieny oraz dostępności antybiotyków (Rooks, 1999). W wielu szpitalach w USA, interwencje położnicze, takie jako ograniczenie rodzącej jedzenia lub picia, podawanie kroplówek, elektroniczne monitorowanie stanu dziecka, przyspieszanie porodu czy znieczulenie zewnątrzoponowe są stosowane rutynowo wobec wszystkich kobiet „na wszelki wypadek”, nawet bez wyraźnego uzasadnienia medycznego. Kobiety często czują się uprzedmiotowione przez podłączenie do kabli i urządzeń podczas porodu. Co więcej, te środki zastosowane rutynowo, pociągają za sobą niezamierzone konsekwencje, które prowadzą do wzrostu ryzyka dla matki i dziecka. Rutynowe interwencje medyczne stosowane przy porodzie *nie* czynią go bezpieczniejszym dla matek i dzieci. W rzeczywistości, o ile nie pojawi się wyraźny powód medyczny, żeby skorzystać z technologii czy jakiegokolwiek interwencji, zakłócanie naturalnego procesu porodu raczej nie daje pozytywnych skutków i najczęściej okazuje się szkodliwe. Bezpieczniej i zdrowiej jest pozwolić, aby poród toczył się swoim tempem i nie zakłócać w żaden sposób tego naturalnego procesu, o ile nie pojawi się wyraźny medyczny powód, by to zrobić.

Ograniczenie jedzenia i picia

Jedzenie i picie jest źródłem energii niezbędnej do tego, abyś poradziła sobie z wysiłkiem związanym z rodzeniem dziecka. Człowiek źle znosi kilkugodzinne pozbawienie picia i jedzenia, nic więc dziwnego, że kobiety, które mają możliwość wzmocnienia się i ugaszenia pragnienia w czasie porodu, chętnie z tego korzystają. Mimo to, z ostatniego przeprowadzonego w USA badania sondażowego wynika, że spośród kobiet, które rodziły w

¹ Lamaze jest to sposób pracy z przyszłymi rodzicami w szkole rodzenia, promowany przez organizację Lamaze International. Metoda ta kładzie nacisk na świadomą i aktywną postawę rodzącej, wspiera ją w dokonywaniu świadomych wyborów podczas porodu, w korzystaniu z wiedzy opartej na dowodach naukowych. Przygotowując do porodu, Lamaze zachęca kobiety, aby zaufały swojemu instynktowi i mądrości ciała, które zostało przez naturę wyposażone w zdolność rodzenia.

2005, tylko 40% piło cokolwiek w czasie porodu, a jedynie 15% coś jadło (Declercq, Sakala, Corry, i Applebaum, 2006). Szpitale zaczęły ograniczać rodzającym dostęp do jedzenia i picia około 60 lat temu, gdy kobiety rodziły będąc pod wpływem silnych leków, czy wręcz w znieczuleniu ogólnym, bez odpowiedniego zabezpieczenia dróg oddechowych. W tamtych czasach lekarze byli przekonani, że bycie na czczo zmniejsza ryzyko zaaspirowania do płuc zawartości żołądka, gdyby, będąca w znieczuleniu ogólnym, kobieta zwymiotowała. Zapalenie płuc w wyniku dostania się do nich ciała obcego było wówczas najpowszechniejszym powodem zgonów rodzących w USA, ale od tego czasu sytuacja znacząco się zmieniła (Rooks, 1999). Przez ostatnich 60 lat nastąpił ogromny rozwój technik anestezjologicznych. Znieczulenie ogólne jest stosunkowo rzadko wykorzystywane we współczesnym położnictwie, a zaaspirowanie treści żołądka rzadko zdarza się przy innych rodzajach znieczuleń. Okazało się również, że nie da się określić, jak długo należałoby nie jeść, żeby mieć pusty żołądek oraz – że płyny praktycznie natychmiast opuszczają żołądek. Jakby na przekór tym faktom, wiele szpitali położniczych nadal ogranicza rodzającym dostęp do jedzenia i picia.

Przegląd literatury przedmiotu prowadzi do wniosku, że nie istnieją dowody medyczne na to, że ograniczenie jedzenia i picia w czasie porodu ma pozytywne skutki (Goer, Leslie i Romano, 2007). Ostatnie badania dowodzą, że przyjmowanie pożywienia podczas porodu nie zwiększa ani ryzyka wymiotów, ani konieczności zastosowania interwencji medycznych czy innych negatywnych skutków, choć okazuje się w takich przypadkach porody trwały nieco dłużej (Parsons, Bidewell i Griffiths, 2007). Należy zatem przyjąć, że zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy medycznej, jedzenie i picie w czasie porodu jest całkowicie bezpieczne (Goer i in., 2007; Kubli, Scrutton, Seed i O'Sullivan, 2002; Scrutton, Metcalfe, Lowy, Seed i O'Sullivan, 1999; Tranmer, Hodnett, Hannah i Stevens, 2005) i nie ma żadnych wiarygodnych powodów, żeby je ograniczać.

Co twierdzą eksperci? Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologiczne i Amerykańskie Stowarzyszenie Położników i Ginekologów (ACOG) zalecają podawanie czystych płynów kobietom z grup niskiego ryzyka podczas porodu (ACOG, 2002; Zadania z zakresu anestezjologii położniczej Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologicznego - *American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia*, 2007). Amerykańskie Stowarzyszenie Położnych (2008) zaleca, żeby rutynowo nie ograniczać rodzającym dostępu do jedzenia i picia, oraz że zdrowe kobiety same powinny decydować, czy i co chcą sobie jeść i pić podczas porodu. *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, uznawane i szanowane na całym świecie źródło informacji na temat opieki okołoporodowej opartej na aktualnych badaniach naukowych, zaleca spożywanie podczas porodu lekkostrawnych pokarmów i napojów (Enkin i in., 2000). Lepiej wykonasz swoje zadanie w czasie porodu i będziesz czuła się bardziej komfortowo, gdy w razie głodu lub pragnienia, będziesz mogła zaspokoić swoje potrzeby.

Stosowanie kroplówek nawadniających

Kroplówki stosuje się rutynowo u rodzących kobiet, żeby zapobiec odwodnieniu, zwłaszcza, gdy zabronione jest jedzenie i picie, a także, aby dzięki wenflonowi mieć łatwy dostęp do żyły, gdyby nagle wystąpiło zagrożenie życia. Jednak badacze poddają w wątpliwość konieczność zakładania wenflonów wszystkim rodzającym (Begum, Sengupta, Chattopadhyay, Thornton i Sengupta, 1999; Goer i in., 2007). U kobiet z grupy niskiego ryzyka rzadko zdarzają się zagrażające życiu nagłe sytuacje. Kroplówka też nie jest zupełnie nieszkodliwa: w odróżnieniu od jedzenia i picia, nie dostarcza idealnie zbalansowanego pożywienia, dla

wielu kobiet wenflon jest źródłem bólu i stresu, a ponadto podłączona do kroplówki rodząca nie może swobodnie spacerować i dowolnie zmieniać pozycji. Wśród badaczy wzrasta niepokój związany z tym, że podanie kroplówki może przyczyniać się do zatrucia wód płodowych, co jest niebezpieczne zarówno dla matki, jak i dla dziecka (Ophir, Solt, Odeh i Bornstein, 2007). Wyniki ostatnich badań sugerują, że odżywianie dożylnie może spowalniać poród, przedłużać fazę skurczów partych oraz zwiększać ryzyko porodu zabiegowego (wymagającego użycia kleszczy lub próżnościagu) oraz cesarskiego cięcia (Moen, Brudin, Rundgren i Irestedt, 2009). Według przeglądu prac dotyczących ciąży i porodu pochodzących z powszechnie cenionej międzynarodowej bazy *Cochrane*, rutynowe podanie kroplówki ma małe szanse okazać się korzystne dla rodzącej (Enkin i in., 2000). Nie ma żadnych badań wskazujących, że rutynowe podanie kroplówki kobietom z grup niskiego ryzyka zapobiega jakimkolwiek problemom w czasie porodu (Enkin i in., 2000; Goer i in., 2007).

Jeśli Twój poród będzie wywołany lub przyspieszany, jeśli będziesz miała znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli konieczne będzie podanie leków, na przykład antybiotyków we wlewie dożylnym, jeśli z jakichś powodów nie będzie w stanie normalnie jeść i pić, będziesz wymagać podania kroplówki. W innych sytuacjach nie ma takiej potrzeby.

Stale monitorowanie rytmu pracy serca dziecka

Niezależnie od tego z kim i gdzie planujesz urodzić Twoje dziecko, rytm pracy jego serca będzie ściśle monitorowany. Monitorowanie rytmu pracy serca dziecka może się odbywać poprzez urządzenie Dopplera, słuchawkę położniczą (stetoskop) lub KTG. Badanie KTG może odbywać się stale lub z przerwami. Może to wyglądać tak, że urządzenie jest włączane na 20 minut podczas każdej godziny porodu i wyłączane na pozostałe 40 minut. Kiedy KTG będzie wyłączone, będziesz miała pełną swobodę ruchu i będziesz mogła skorzystać z prysznica czy wanny. Stale monitorowanie z wykorzystaniem KTG ogranicza Twoją swobodę ruchu i zmiany pozycji; w wielu szpitalach kobiety muszą spędzać cały czas w łóżku. W takiej sytuacji, Twój dostęp do udogodnień porodowych, takich jak prysznic, wanna czy piłka porodowa może być niemożliwy. Dla wielu kobiet słuchanie i oglądanie tego, co dzieje się na monitorze KTG może być stresujące i niepokojące. Munro ze współpracownikami (2002) odkrył, że monitoring za pomocą KTG zaburza relację między położną i rodzącą, i że często stanowi pierwsze ogniwo tzw. kaskady interwencji w porodzie. Walsh (2007) opisuje stały monitoring KTG jako sprzyjający powstaniu dziwnej „mieszaniny nadmiernej asekuracji i lęku” (str. 75).

Elektroniczne monitorowanie rytmu pracy serca dziecka, stało się elementem opieki położniczej w latach siedemdziesiątych XX wieku, zanim przeprowadzono badania nad jego użytecznością. Od tego czasu, w badaniach porównujących okresowe słuchanie serca przez słuchawkę położniczą z monitorowaniem za pomocą KTG odkryto, że stale monitorowanie z użyciem KTG zwiększa liczbę interwencji medycznych w czasie porodu i zwiększa ryzyko porodu zabiegowego i operacyjnego. Co najważniejsze, wyniki badań wskazują, że dzieci, których rytm serca monitorowano przy użyciu KTG nie są zdrowsze niż dzieci, których stan serca oceniano w okresowym badaniu słuchawkę położniczą (Goer i in., 2007; Thacker, Stroup i Chang, 2001).

Z powyższych powodów, Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Kobiet oraz Położnych i Pielęgniarek Noworodkowych (*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal*

Nurses, 2009) i Amerykańskie Stowarzyszenie Położnych (2007) twierdzą, że dla kobiet z grupy niskiego ryzyka, okresowe osłuchiwanie przez słuchawkę położniczą powinno być preferowaną metodą obserwacji dziecka. Amerykańskie Stowarzyszenie Położników i Ginekologów (2005) jest zdania, że zdrowe kobiety, u których nie występują żadne komplikacje powinny być badane albo słuchawką położniczą albo KTG. Dodatkowo, ACOG (2000) poleca używanie słuchawki położniczej zamiast KTG, jako metody, która pozwala bezpiecznie obniżyć wskaźnik częstości wykonywania cięć cesarskich.

Okresowe osłuchiwanie rytmu pracy serca dziecka przy użyciu urządzenia Dopplera jest najmniej restrykcyjną metodą oceny pracy serca. W przypadku zdrowych porodów, postępujących bez komplikacji i wskazań do zastosowania KTG jest to w pełni bezpieczna metoda. Przy okresowym osłuchiwaniu możesz być w dowolnej pozycji, podczas gdy położna słucha rytmu pracy serca dziecka przez krótkie okresy w czasie porodu. W przypadku większości porodów, położne słuchają serca dziecka co 30 minut podczas pierwszej fazy porodu i co 15 minut podczas skurczów partych; w przypadku porodów kobiet z grup ryzyka lub wskazań medycznych monitorowanie jest częstsze (ACOG, 2005).

W wielu szpitalach, nawet w przypadku kobiet z grupy niskiego ryzyka, które podczas porodu są badane przy użyciu słuchawki położniczej, przy przyjmowaniu do szpitala przeprowadza się dwudziestominutowe ciągle badanie KTG. Taki zapis wejściowy który postrzega się jako pozbawioną ryzyka interwencję, pomaga uspokoić personel szpitala, który często czuje się lepiej, gdy kobiecie wykona się zapis KTG. Podobnie jak w przypadku stałego zapisu KTG, zapis wejściowy nie daje oczekiwanych korzyści, a zamiast tego zwiększa ryzyko, że poród zakończy się cesarskim cięciem (Gourounti i Sandall, 2007).

Spróbuj więc porozmawiać z Twoim lekarzem lub położną o użyciu słuchawki położniczej zamiast KTG podczas porodu. Dzięki temu będziesz w stanie swobodnie się poruszać, lepiej zrelaksujesz się w przerwach między skurczami i unikniesz niepotrzebnego niepokoju związanego z przywiązaniem do maszyny. Jednak jeśli pojawią się komplikacje, Twój poród będzie wywoływany lub przyspieszany, jeśli będziesz miała znieczulenie zewnątrzoponowe lub pojawią się jakieś problemy podczas porodu, konieczne będzie zastosowanie stałego monitorowania z użyciem KTG. W pozostałych przypadkach bezpieczniejsze jest okresowe osłuchiwanie.

Sztuczne przyspieszanie porodu i przerywanie błon płodowych

Możliwość przyspieszenia porodu wydaje się pociągająca, ale zakłócanie naturalnego tempa i czasu trwania porodu bez medycznego uzasadnienia nie jest korzystne (Enkin i in., 2000). Każdy poród jest wyjątkowy i to, jak będzie przebiegał zależy od wielu czynników, takich jak wielkość i ułożenie dziecka, możliwość swobodnego ruchu w czasie porodu, wiary kobiety we własne siły oraz wsparcia, na jakie kobieta może liczyć w czasie porodu.

Sztuczne przerywanie worka z błonami płodowymi było uważane za metodę skrócenia porodu, ale najnowsze badania opisane w bazie *Cochrane'a* sugerują, że jest inaczej (Smyth, Alldred i Markham, 2007). Nawet, jeżeli sztuczne puszczenie wód płodowych skraca poród, ma to pozytywny wpływ na matki i dzieci jedynie w sytuacji, gdy skrócenie porodu chroni przed możliwymi problemami albo zmniejsza ryzyko przeprowadzenia cesarskiego cięcia czy innych nieprzyjemnych lub potencjalnie zagrażających interwencji medycznych. Rutynowa amniotomia (przerwanie błon płodowych) nie ma żadnej z tych zalet. Wręcz przeciwnie, wnioski z systematycznego przeglądu badań opublikowane przez Goer i współpracowników

(2007) oraz Smyth'a i współpracowników (2007) wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że amniotomia zwiększa ryzyko konieczności zakończenia porodu cięciem cesarskim. Smyth i współpracownicy (2007) zalecają prowadzenie dalszych badań nad związkiem między amiotomią a jej ważnymi klinicznie skutkami, oraz nad amniotomią a poziomem satysfakcji kobiet z porodu. Dodatkowo należy podkreślić, że przerwanie błon płodowych nie prowadzi do żadnych istotnych korzyści, a może okazać się szkodliwe (Fraser, Marcoux, Moutquin i Christen, 1993; Goer i in., 2007; Smyth i in., 2007).

Worek owodniowy otaczający dziecko chroni je przed infekcjami i naciskiem z zewnątrz podczas przeciskania się przez kanał rodny. Badania dowodzą, że sztuczne przerwanie błon płodowych na początku porodu zwiększa ryzyko, że poród zakończy się cesarskim cięciem (Fraser, Turcot, Krauss i Brisson-Carrol, 1999; Smyth i in., 2007). Ze względu na to, że od momentu przerwania błon płodowych wzrasta ryzyko infekcji zarówno dla matki, jak i dla dziecka, od tego momentu „zegar zaczyna tykać” bardzo wyraźnie. Jeśli akcja porodowa nie przyspieszy po przzerwaniu błon płodowych, personel medyczny może zasugerować użycie sztucznej oksytocyny, aby ją zastymulować.

W naturalnym, fizjologicznym porodzie, oksytocyna jest wydzielana w mózgu matki. Oksytocyna jest hormonem powodującym skurcze macicy podczas porodu. Wraz z siłą skurczów, wzrasta ich bolesność, ale także efektywność. Kiedy naturalna oksytocyna osiąga wysokie stężenie, organizm wydziela endorfiny. Działając jako naturalny środek przeciwbólowy, endorfiny pomagają kobiecie radzić sobie z bólem porodowym. Podawana w kroplówce oksytocyna nie dociera do mózgu, więc nie następuje wyrzut endorfin, co czyni poród trudniejszym.

Sztuczna oksytocyna oddziałuje na przebieg porodu na wiele sposobów. Skurcze są silniejsze, trwają dłużej i często są boleśniejsze. Mięsień macicy kurczy się częściej i silniej, i nie ma możliwości rozluźnić się między skurczami tak, jak w przypadku naturalnych skurczów. Skurcze stają się bardziej stresujące zarówno dla matki, jak i dla dziecka. W rezultacie konieczne może stać się zastosowanie innych interwencji medycznych – kroplówek i stałego monitoringu pracy serca dziecka. Podanie oksytocyny często wiąże się z koniecznością spędzenia całego porodu w łóżku, brakiem swobody poruszania się ani możliwości skorzystania z prysznicy czy wanny. Silniejsze skurcze, zaburzenie wydzielania endorfin – naturalnych znieczulaczy, niemożność skorzystania z wielu nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu zwiększają prawdopodobieństwo zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego.

Według przeglądu prac dotyczących ciąży i porodu pochodzących z bazy *Cochrane'a*, „dla znacznego odsetka kobiet, w przypadku których ocenia się, że poród wymaga przyspieszenia, umożliwienie rodzącej pełnej swobody poruszania się oraz jedzenia i picia według jej potrzeb, może być tak samo efektywne, a na pewno bardziej komfortowe niż inne metody przyspieszenia akcji porodowej” (Enkin i in., 2000, p. 237). Przerwanie błon płodowych i podanie sztucznej oksytocyny powinno mieć miejsce jedynie w przypadku kobiet, których porody przebiegają w zdecydowanie niefizjologiczny sposób (Fraser i in., 1999). Bez wyraźnego powodu medycznego nie powinno się uciekać do stosowania jakiegokolwiek interwencji.

Bądź cierpliwa podczas porodu. Porody, które toczą się we własnym tempie, nawet, jeśli wydaje się ono powolne, są z reguły łatwiejsze do zniesienia, zdrowsze i bezpieczniejsze dla Ciebie i dziecka.

Znieczulenie zewnątrzoponowe

Większość kobiet boi się bólu porodowego i jest skora do skorzystania z farmakologicznych środków przeciwbólowych, zwłaszcza w sytuacji, gdy zwyczajnie szpitalne utrudniają skorzystanie ze środków niefarmakologicznych, lub gdy środki te są tak skuteczne, jak znieczulenie zewnątrzoponowe. W USA są oddziały położnicze, gdzie 90% rodzących korzysta ze znieczulenia zewnątrzoponowego. Przeprowadzone ostatnio w USA badanie sondażowe wśród rodzących kobiet wykazało, że u 76% z nich zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe (Declercq et al., 2006). We wcześniejszych badaniach 41% matek korzystających z tej możliwości stwierdziło, że nie było świadome skutków ubocznych wiążących się z jego zastosowaniem (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum i Risher, 2002).

Przy znieczuleniu zewnątrzoponowym, które powoduje rozluźnienie mięśni w obrębie miednicy, zrotowanie i obniżanie się dziecka w kanale rodnym może trwać dłużej i jest większe ryzyko, że dziecko ustawi się w pozycji zwanej tylną (*posterior*), która zwiększa prawdopodobieństwo wykonania cesarskiego cięcia (Lieberman, Davidson, Lee-Parritz i Shearer, 2005). Brak odczuwanego bólu może zakłócić naturalne wydzielanie oksytocyny, co może doprowadzić do konieczności podania sztucznej oksytocyny. Środki używane do znieczulenia mogą obniżyć ciśnienie krwi, co wiąże się z koniecznością podania nawadniających kroplówek przed i w czasie podawania znieczulenia. Niższe ciśnienie krwi może zmniejszyć dopływ krwi (i tlenu) do dziecka, co powoduje konieczność stałego monitorowania rytmu serca z wykorzystaniem KTG. Niektóre kobiety podczas korzystania ze znieczulenia nie odczuwają potrzeby oddania moczu i konieczne wtedy staje się skorzystanie z cewnika, aby opróżnić pęcherz.

Wpływ znieczulenia na przebieg porodu oraz interwencje medyczne niwelujące jego skutki uboczne, mogą stać się punktem wyjścia dla pojawienia się komplikacji. Badania pokazują, że znieczulenie zewnątrzoponowe wiąże się niższym wskaźnikiem spontanicznych porodów siłami natury, wyższym odsetkiem porodów zabiegowych (przy użyciu kleszczy lub próżności), dłuższymi porodami, szczególnie w przypadku kobiet rodzących swoje pierwsze dziecko. Badania dowodzą także, że kobiety korzystające ze znieczulenia zewnątrzoponowego częściej mają gorączkę podczas porodu, co skutkuje koniecznością badania ich dzieci w kierunku infekcji i wiąże się z oddzieleniem matek i dzieci po porodzie (Lieberman i O'Donoghue, 2002). Niektóre dane sugerują, że zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego, szczególnie u kobiet rodzących po raz pierwszy, może zwiększać konieczność zakończenia porodu cięciem cesarskim (Anim-Somuah, Smyth i Howell, 2005; Lieberman i O'Donoghue, 2002).

Znieczulenie także wpływa na dziecko. Dzieci matek, które otrzymały pewien rodzaj znieczulenia zewnątrzoponowego (zawierającego środki narkotyczne) miały częściej problemy ze ssaniem w pierwszych godzinach, dniach i tygodniach po porodzie (Beilin i in., 2005; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins i Friswell, 2005; Lieberman i O'Donoghue, 2002; Radzimirski, 2003, 2005; Torvaldsen, Roberts, Simpson, Thompson i Ellwood, 2006). Tak więc, znieczulenie może utrudnić początki karmienia Tobie i dziecku.

Zanim sama podejmiesz decyzję, warto dobrze przemyśleć korzyści i ryzyko związane z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego. Każdy poród jest wyjątkowy. Jeśli poród wydłuża się i jesteś bardzo zmęczona, znieczulenie zewnątrzoponowe może okazać się

korzystne, dając Ci wytchnienie od bólu. Mogą wystąpić wskazania medyczne dla znieczulenia (na przykład jeśli konieczne stanie się zastosowanie cesarskiego cięcia). Jeśli będziesz miała swobodę poruszania się i ulżenia sobie w bólu różnymi metodami, może się okazać, że nie potrzebujesz znieczulenia, lub że potrzeba jego zastosowania pojawi się pod koniec porodu, lub że wystarczą mniejsze dawki środka znieczulającego. Stosowanie mniejszych dawek i podawanie ich później może zmniejszyć ryzyko pojawienia się skutków ubocznych. Czekanie, aż poród rozpocznie się samoistnie, swobodne poruszanie się, dostęp do nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, wsparcie bliskiej osoby pozwolą Ci zdecydować się na znieczulenie dopiero wtedy, gdy naprawdę będziesz go potrzebować, zamiast potraktować go jako pierwszy i jedyny sposób łagodzenia bólu. Takie podejście jest zdrowsze i bezpieczniejsze i dla Ciebie i dla dziecka.

Epizjotomia (Nacięcie krocza)

Do niedawna w USA epizjotomia była wykonywana rutynowo. Dwadzieścia pięć procent Amerykanek rodzących w 2005 roku miało wykonane nacięcie krocza, co jest znaczącym spadkiem w ciągu ostatnich 10 lat (Declercq i in., 2006.). Zmniejszenie częstości wykonywania tego zabiegu jest wynikiem rozpowszechnienia wyników badań wskazujących, że rutynowe czy bardzo częste wykonywanie nacięcia krocza jest szkodliwą praktyką. Mimo to, odsetek ten wciąż jest zbyt wysoki, zwłaszcza u kobiet rodzących po raz pierwszy.

Nie ma dowodów na to, że nacięcie krocza zmniejsza ryzyko obrażeń krocza, poprawia gojenie się, zapobiega urazom u dziecka lub zmniejsza ryzyko nietrzymania moczu w przyszłości – tymi argumentami uzasadniano rutynowe wykonywanie nacięcia. W rzeczywistości epizjotomia wiąże się z *większym* bólem, problemami w życiu seksualnym i nietrzymaniem moczu po porodzie (Goer i in., 2007; Hartmann i in., 2005; Klein i in., 1994; Renfrew, Hannah, Albers i Floyd, 1998). Dodatkowo, nacięcie wykonane żeby rzekomo zapobiec pęknięciu krocza, w rzeczywistości sprzyja pękaniu (Dannecker i in., 2004). Odsetek zabiegów nacięcia krocza może bezpiecznie zostać zmniejszony do 10 lub mniej procent (Goer i in., 2007).

Jeśli unikniesz nacięcia krocza, nie tylko będziesz lepiej czuć się po porodzie, ale zmniejszysz ryzyko wystąpienia długofalowych problemów związanych z mięśniami dna macicy.

Zalecenia *Lamaze International*

Lamaze International zaleca, żeby praktyki takie jak: ograniczanie jedzenia i picia, stosowanie odżywiania dożylnego, stałe monitorowanie rytmu pracy serca dziecka, sztuczne przerwanie błon płodowych, przyspieszanie porodu, znieczulenie zewnątrzoponowe oraz nacięcie krocza były stosowane jedynie w uzasadnionych medycznie przypadkach. Zawsze, gdy personel medyczny decyduje się na zakłócenie naturalnego, fizjologicznego procesu porodu, musi istnieć dowód, że taka interwencja przyniesie więcej pożytku niż szkody. *Lamaze International* zachęca, żebyś uwierzyła w swoją zdolność do urodzenia dziecka bez rutynowych interwencji i ograniczeń. *Lamaze International* także zachęca do wyboru takiej opieki okołoporodowej i takiego miejsca porodu, które zagwarantują Ci wybór sposobów postępowania, włączając w to różne nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, zaś interwencje medyczne będą stosowane jedynie w uzasadnionych przypadkach.

Jeśli znasz język angielski i chcesz dowiedzieć się więcej o bezpiecznym, zdrowym porodzie, warto przeczytać *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian i DeVries, 2005), a także odwiedzić stronę www.lamaze.org. Możesz też zapisać się na cotygodniową subskrypcję mailową *Lamaze...Building Confidence Week by Week*.

Ostatnia aktualizacja: Lipiec 2009

Jeśli znasz język angielski i chcesz dowiedzieć się więcej o bezpiecznym, zdrowym porodzie, warto przeczytać *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian i DeVries, 2005), a także odwiedzić stronę www.lamaze.org. Możesz też zapisać się na cotygodniową subskrypcję mailową *Lamaze...Building Confidence Week by Week*.

Bibliografia

American College of Nurse-Midwives. (2007). Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 314–319.

American College of Nurse-Midwives. (2008). Providing oral nutrition for women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(3), 276–283.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: Author.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). ACOG practice bulletin #36: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 177–191.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). ACOG practice bulletin #70: Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1453–1460.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 104(4), 843–863.

Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000331.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2009). *Fetal heart rate monitoring: Principles and practices* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Begum, M., Sengupta, B., Chattopadhyay, S., Thornton, J., & Sengupta, P. (1999). Fluid management in labour. In P. Sengupta (Ed.), *Obstetrics for postgraduates and practitioners* (pp. 442–451). New Delhi, India: BI Churchill Livingstone Pvt. Ltd.

- Beilin, Y., Bodian, C., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feirman, D., et al. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*, *103*(6), 1211–1217.
- Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *83*(4), 364–368.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association (now, Childbirth Connection).
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Fraser, W., Marcoux, S., Moutquin, J., & Christen, A. (1993). Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women: The Canadian early amniotomy study group. *New England Journal of Medicine*, *328*(16), 1145–1149.
- Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000015.
- Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, *16*(Suppl. 1), 32S–64S.
- Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *44*(6), 1029–1035.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *293*(17), 2141–2148.
- Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *112*(7), 927–934.
- Klein, M., Gauthier, R., Robbins, J., Kaczorowski, J., Jorgensen, S., Franco, E., et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *171*(3), 591–598.
- Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., & O'Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic “sports drinks” during labor. *Anesthesia and Analgesia*, *94*(2), 404–408.

- Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., & Shearer, E. (2005). Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5, Part 1), 974–982.
- Lieberman, E., & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S31–S68.
- Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minneapolis, MN: Meadowbrook Press.
- Moen, V., Brudin, L., Rundgren, M., & Irestedt, L. (2009). Hyponatremia complicating labour—Rare or unrecognised? A prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (4), 552–561.
- Munro, J., Ford, H., Scott, A., Furnival, E., Andrews, S., & Grayson, A. (2002). Action research project responding to midwives' views of different methods of fetal monitoring in labour. *MIDIRS – Midwifery Digest*, 12(4), 492–495 .
- Ophir, E., Solt, I., Odeh, M., & Bornstein, J. (2007). Water intoxication—A dangerous condition in labor and delivery rooms. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62 (11), 731–738
- Parsons, M., Bidewell, J., & Griffiths, R. (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*, 23 (2), 131–138.
- Radzyski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 322–331.
- Radzyski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 335–341.
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143–160.
- Rooks, J. (1999). *Midwifery and childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Scrutton, M. J., Metcalfe, G. A., Lowy, C., Seed, P., & O'Sullivan, G. (1999). Eating in labour: A randomized controlled trial assessing the risk and benefits. *Anesthesia*, 54(4), 329–334.
- Smyth, R., Alldred, S., & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No.: CD006167.
- Thacker, S. B., Stroup, D., & Chang, M. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000063.

Torvaldsen, S., Roberts, C. L., Simpson, J. M., Thompson, J. F., & Ellwood, D. A. (2006). Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 1:24. Retrieved May 31, 2007, from <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/24>

Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 319–328.

Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth*. New York: Routledge.

Podziękowania

Ta część opracowania została przejrzana i zaktualizowana przez Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE.

Sześć prac poświęconych zdrowemu porodowi było po raz pierwszy opublikowanych w 2003 roku przez *Lamaze International* jako *the 6 Care Practice Papers*.

Tekst przetłumaczony i opracowany za zgodą Lamaze International, 2009, www.lamaze.org

Tłumaczenie: Ewa Witkowska, korekta: Monika Olasek, redakcja: Fundacja Rodzić po Ludzku