



## 6 zasad wspierających przebieg normalnego porodu

### Zasada Piąta – Unikaj leżenia na plecach w trakcie porodu i wypieraj dziecko zgodnie z potrzebą parcia

*Przyszła mama na zajęciach Szkoły Rodzenia prowadzonych metodą Lamaze<sup>1</sup> pyta osobę prowadzącą o fazę parcia: „Szpital, w którym planuję rodzić, dysponuje łóżkiem porodowym, ale wciąż stykam się z obrazami kobiet, które rodzą leżąc na plecach, z nogami w górze. Jaka jest przewaga jednej pozycji nad drugą? Poza tym słyszałam, że parcie na wstrzymanym oddechu nie jest bezpieczne dla dziecka, co zatem mogę zrobić, żeby urodzić je bezpieczniej?”*

Jeśli przyjrzymy się uwiecznionym przez artystów na przestrzeni lat obrazom kobiet rodzących, zauważymy, że kobiety wybierały różnorodne pozycje porodowe – stanie, siedzenie, pozycję kolankowo-łokciową, leżenie na boku. Do momentu wprowadzenia przez lekarzy XVII wieku kleszczy, rzadko widywało się kobiety rodzące na plecach. Dzięki wsparciu i zachęce ze strony członków rodziny oraz położnych, rodzące używały też lin i słupków, co pozwalało im uzyskać przy parciu efekt dźwigni. Często korzystały też z podpórek i stołków, co ułatwiało kucanie oraz klęczenie (Gupta i Nikodem, 2000). Współczesne badania naukowe pozwoliły zrozumieć, jak kobiety zachowują się w fazie parcia, gdy nikt im nie mówi, co mają robić. Rodzące zdają się wtedy na swój instynkt i z reguły czekają, aż skurcz osiągnie odpowiednią siłę, po czym prą przez około pięć sekund, wykonują kilka krótkich oddechów i potem prą raz jeszcze (Roberts i Hanson, 2007).

Przeprowadzony ostatnio w USA sondaż wykazał, że w 2005 roku 57% kobiet rodziło leżąc na plecach, zaś kolejne 35% – w pozycji półleżącej (Declercq, Sakala, Corry i Applebaum, 2006). Jedynie 21% kobiet rodziło zgodnie z tym, co podpowiadało im ciało. Pozostałe mówiły, że to personel medyczny udzielał im szczegółowych wskazówek, jak dokładnie mają przeć.

### **Pozycje do parcia**

Metoda przygotowania do porodu Lamaze zakłada, że powinnaś jak najwięcej wiedzieć o różnorodnych pozycjach porodowych, i wiedza ta sprawi, że poczujesz się pewniej. Wybór pozycji, w której będzie Ci wygodnie, może być jednym z czynników wpływających na to, że ocenisz swój poród bardziej pozytywnie. Równie ważne jest to, że wygodna pozycja najczęściej zwiększa postęp porodu.

Przyjmowanie różnych pozycji podczas fazy rozwierania oraz w czasie skurczów partych pomaga współpracować z dzieckiem, kiedy odwraca się ono i obniża w miednicy.

---

<sup>1</sup> 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 zufały swojemu instynktowi i mądrości ciała, które zostało przez naturę wyposażone w zdolność rodzenia.

Spontanicznie wybrana pozycja najczęściej zwiększa poczucie komfortu i przyczynia się do postępu porodu. Nie istnieje jedna optymalna pozycja dla wszystkich kobiet i wszystkich dzieci. Każda z pozycji ma wady i zalety, i może być szczególnie pomocna w określonych sytuacjach (Simkin i Ancheta, 2005; Simkin i O'Hara, 2002).

### **Pozycje wertykalne**

Pozycje wertykalne – takie jak stanie, klęczenie czy kucanie – wykorzystują grawitację, co ułatwia dziecku obniżanie się w macicy. Pozycja w kucki zwiększa rozmiary miednicy, dając przesuwanemu się dziecku więcej miejsca (Johnson, Johnson, i Gupta, 1991; Simkin i Ancheta, 2005). Klęczenie jest najbardziej wyczerpujące, więc rodząc w tej pozycji możesz odczuć potrzebę odpoczynku między skurczami w pozycji, która nie wykorzystuje siły grawitacji – na przykład leżąc na boku, w pozycji półsiedzącej lub na czworakach.

Niektóre kobiety rodzą w klęku opierając się o partnera lub „zwisając”, co opisuje Penny Simkin – uznana instruktorka szkół rodzenia. W tej pozycji kobieta jest podtrzymywana pod ramionami, dzięki czemu nogi i stopy są odciążone. Pozycja ta jest szczególnie korzystna, gdy faza parcia trwa długo. Dodatkowo dzięki temu wydłuża się tułów rodzącej kobiety, co daje dziecku więcej miejsca na ruch i ułatwia miednicy swobodniejszą pracę (Simkin i Ancheta, 2005).

### **Pozycje niewykorzystujące siły grawitacji**

Pozycje, które nie wykorzystują siły grawitacji, aby pomóc dziecku przemieszczać się w dół w kanale rodnym – takie jak pozycja kolankowo-łokciowa, leżenie na boku czy pozycja półsiedząca – są pozycjami relaksacyjnymi i mogą dać Ci wytchnienie, gdy będziesz zmęczona. Leżenie na boku spowalnia poród, jeśli postępuje on zbyt szybko i pozwala zapobiec pęknięciom tkanek w obszarze między pochwą a odbytem w momencie rodzenia się główki (Shorten, Donsante, i Shorten, 2002). Badania pokazują, że pozycja kolankowo-łokciowa przynosi ulgę przy bólach krzyżowych (Stremler i in., 2005).

### **Sposoby parcia**

Parcie w odpowiedzi na naturalną potrzebę nosi nazwę „parcia spontanicznego” i oznacza, że robisz to, co dyktuje Ci ciało. Taka naturalna potrzeba parcia pojawia się i zanika kilkakrotnie podczas każdego skurczu. Każde z tych pojedynczych „parć” z reguły trwa od pięciu do siedmiu sekund. Jeśli to personel medyczny mówi Ci, aby wstrzymać oddech i przeć, podczas gdy ktoś odlicza do 10, co powtarza się dwa lub trzy razy w czasie skurczu, to takie parcie nazywa się parciem kierowanym.

Reagowanie na potrzebę parcia ze wstrzymywaniem oddechu na krótką chwilę w spokojnym otoczeniu, gdzie nikt nie wprowadza atmosfery pośpiechu, ma wiele zalet. Twoje dziecko otrzymuje wtedy więcej tlenu przez łożysko, mniej się męczysz, zmniejsza się również ryzyko wystąpienia obrażeń krocza, mięśni dna miednicy oraz pochwy (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf i Peralta, 2006; Roberts i Hanson, 2007). Jeśli masz poważne problemy z urodzeniem dziecka, parcie kierowane może jednak okazać się pomocne. Należy jednak pamiętać, że parcie spontaniczne jest z reguły łatwiejsze i bezpieczniejsze zarówno dla Ciebie, jak i dla dziecka.

### **Co mówią badania naukowe**

Według przeglądu prac dotyczących ciąży i porodu pochodzących z powszechnie cenionej międzynarodowej bazy *Cochrane'a*, definiującej najkorzystniejsze praktyki medyczne w oparciu o wyniki badań naukowych, rodzenie w pozycjach wertykalnych lub w leżeniu na boku, w porównaniu z leżeniem na plecach z nogami w strzemionach, ma następujące konsekwencje:

- skrócenie drugiej fazy porodu (fazy parcia),
- nieznaczne zmniejszenie odsetka porodów zabiegowych (z użyciem kleszczy lub vacuum),
- zmniejszenie odsetka nacięć krocza,
- zmniejszenie ryzyka odczuwania znacznego bólu,
- zmniejszenie odbiegających od normy zapisów rytmu pracy serca dziecka,
- nieznaczne zmniejszenie obrażeń krocza drugiego stopnia (tylko w pozycjach stojących), oraz
- zwiększenie utraty krwi, chociaż nie ma żadnych dowodów, żeby prowadziło to do poważnych lub długoterminowych problemów (Gupta, Hofmeyr, i Smyth, 2004).

Leżenie na plecach może spowodować spadek ciśnienia krwi i w konsekwencji słabszy dopływ krwi do dziecka, spowodowany uciskiem macicy na główne naczynia krwionośne (Roberts i Hanson, 2007). Leżąc na plecach z nogami w strzemionach, starasz się wypchnąć dziecko wbrew sile ciężenia.

Wyniki badań nie potwierdzają istnienia pozytywnych efektów rutynowego stosowania parcia kierowanego, a niektórzy badacze twierdzą wręcz, że jest ono szkodliwe. Dłuższe powstrzymywanie oddechu w oczywisty sposób zmniejsza przepływ tlenu do dziecka. Badania dowodzą, że jest to stresujące i może być niebezpieczne (Roberts i Hanson, 2007). Dodatkowo zbyt silne parcie, typowe w sytuacji parcia kierowanego, może być niebezpieczne dla krocza i prowadzić do poważniejszych obrażeń oraz osłabienia mięśni dna miednicy, trwającego jeszcze wiele miesięcy po porodzie (Schaffer i in., 2006). Osłabienie tych mięśni wiąże się z problemem wysiłkowego nietrzymania moczu i kału. Słuchanie własnego ciała, reagowanie na naturalną potrzebę parcia oraz rodzenie dziecka między skurczami zmniejsza ryzyko pęknięć krocza (Albers i in., 2006).

Przeprowadzono badanie, którego wyniki wskazują, że przeciętny czas trwania drugiej fazy porodu u kobiet, wobec których zastosowano parcie kierowane, jest z reguły o 13 minut krótszy (Bloom, Casey, Schaffer, McIntire i Leveno, 2006). Jednakże skrócenie czasu porodu nie wiąże się z dodatkowymi korzyściami tak długo, jak kobieta i dziecko dobrze się czują (Janni i in., 2002). Ponieważ nie ma wyraźnych korzyści płynących ze stosowania parcia kierowanego, a wręcz przeciwnie, dowiedziono możliwych zagrożeń z nim związanych, najlepszą opcją dla Ciebie i dziecka jest parcie wtedy, kiedy sama czujesz potrzebę i w taki sposób, który wyda Ci się najdogodniejszy.

### **Zalecenia pielęgniarek i położnych**

Towarzystwo na Rzecz Zdrowia Kobiet oraz Położnych i Pielęgniarek Noworodkowych (The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN) zaleca, żeby wszystkie kobiety w ciąży otrzymywały informacje o korzyściach płynących z przyjmowania pozycji wertykalnych podczas drugiej fazy porodu (Mayberry i in., 2000). Towarzystwo zaleca także, aby położne starały się zniechęcać kobiety do leżenia na plecach, a zamiast niego skłaniały je do klęku, półsiadu, stania oraz pozycji kolankowo - łokciowej. Dodatkowo

AWHONN zaleca, żeby kobieta nie parła dopóki sama nie poczuje takiej potrzeby, a kiedy już to się stanie – żeby parła zgodnie z wewnętrzną potrzebą ciała. AWHONN proponuje także, żeby zachęcać kobiety do wydawania dźwięków (chrząkania, jęczenia lub wzdychania) i wstrzymywania oddechu na nie dłużej niż sześć sekund podczas czasie parcia w reakcji na skurcz.

### **Zalecenia Lamaze International**

*Lamaze International* zaleca pozycje stojące, pozycję kolankowo-łokciową oraz leżenie na boku podczas porodu. W czasie skurczów partych powinnaś przec tak, jak podpowiada Ci własne ciało, a także wybrać pozycję, która będzie w danym momencie najwygodniejsza. Powinnaś wierzyć, że spontanicznie reagując zgodnie z własnymi odczuciami ułatwiasz sobie poród i sprawiasz, że jest on bezpieczniejszy dla Ciebie i dziecka.

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](http://www.lamaze.org). Możesz też zapisać się na cotygodniową subskrypcję mailową *Lamaze...Building Confidence Week by Week*.

Ostania aktualizacja: Lipiec 2009

### **Bibliografia**

- Albers, L. A., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94–100.
- Bloom, S., Casey, B., Schaffer, J., McIntire, D., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 10–13
- 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.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Smyth, R. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD002006.
- Gupta, J. K., & Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 92(2), 273–277.
- Janni, W., Schiessl, B., Peschers, U., Huber, S., Strobl, B., Hantschmann, P., et al. (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(3), 214–221.
- Johnson, N., Johnson, V., & Gupta, J. (1991). Maternal positions during labor. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 46(7), 428–434.
- Mayberry, L. J., Wood, S. H., Strange, L. B., Lee, L., Heisler, D. R., & Nielsen-Smith, K. (2000). *Second-stage management: Promotion of evidence-based practice and a collaborative*

*approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 238–245.

Schaffer, J., Bloom, S., Casey, B., McIntire, D., Nihira, M., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1692–1696.

Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18–27.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The labor progress handbook* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Science.

Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacological relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S131–S159.

Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32(4), 243–251.

## **Podziękowania**

Ta część opracowania została przejrzana i zaktualizowana przez Joyce DiFranco, RN, BSN, 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](http://www.lamaze.org)**

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