

TELESNI POLOŽAJI IN LEGE MED PORODOM

LABOR PRESENTATIONS

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 618.432

DESKRIPTORJI: *porod; porodna lega*

Izvleček – Zdrava porodnica, primerno pripravljena na porod, naj bi sama izbrala ustrežni telesni položaj med porodom, kar naj bi vplivalo na njeno pozitivno izkušnjo glede poroda: zavest, da je sposobna usmerjati lastno vedenje, ohraniti nadzor nad stanjem in se sprostiti.

DESCRIPTORS: *labor; labor presentation*

Abstract – A healthy woman, adequately prepared for labour should choose an appropriate position during labor herself which should on the other hand have an important impact on her experience of labor: the feeling that she is able to direct her own behaviour and retain control over situation and relax.

Spremembe so pomembne. Določajo ženino izkušnjo med rojevanjem in otrokovo ob prihodu na svet. Namenjene so sedanjosti, a doživljamo jih v prihodnosti (Olds in sod., 1992).

Rojstvo otroka je izjemen dogodek, ki za vedno zaznamuje življenja ljudi, ki so vključeni. Staršem pri tem pripada aktivna vloga, ki jim omogoča, da skupaj z zdravstvenimi delavci sprejemajo odločitve. Le tak pristop jim daje določeno stopnjo nadzora nad izkušnjo rojevanja, ki je lahko prijetna ali celo mučna. Tisto kar za starše predstavlja izkušnjo, za babico oziroma zdravstvene delavce ostaja izziv: kako zagotoviti največjo možno fizično in psihično udobje? Odgovor je preprost: potrebno je slediti spremembam v filozofiji rojevanja ter jih z osebno zavzetostjo udejaniti na vedno bolj stehiniranem področju.

Med spremembe, ki naj bi vplivale na udobje porodnice in fiziološki potek poroda, spada tudi izbira primernega položaja.

Pri iskanju primerne položaja bi se morali tako uporabniki kot tudi profesionalci osredičiti na udobje porodnic, ne pa odločati v prid pomočnikov pri porodu (Perlis, 1992).

Ležanje na hrbtu ovira napredovanje poroda in stopnjuje bolečino. V mnogih porodnih sobah še vedno omejujejo ženske na posteljo. Prav bi bilo, da bi jih opogumljali, da so pokonci čim dlje.

Raziskave kažejo, da hoja zmanjšuje neudobje, torej tudi potrebo po analgeziji. Porodnica lažje obvlada

duje bolečino med hojo, ker ji le-ta nudi psihološko podporo. Porodi teh mater so bili krajši, manj je bilo potreb po pospeševanju poroda in ocene novorojenčkov po Apgarjevi so bile boljše (Flynn in sod., 1978).

Vse do modernih časov je večina družb smatrala pokončen položaj med porodom za normalnega. Ženske so izbirale med čepenjem, klečanjem, stanjem ali sedenjem. Zadnjih dvesto let pa je postal v zahodnem svetu bolj običajen ležeči položaj (porod leže na hrbtu). V zgodovini porodništva je v zvezi s tem omenjen vpliv francoskega kralja Ludvika XIV, imenovanega tudi »sončni kralj«. Dvornemu zdravniku je ukazal, da njegova metresa porodi vznak, da bo videl rojstvo svojega otroka. Zgledu plemstva so sledili tudi preprostejši sloji (Reeder in Martin, 1987).

V tem stoletju se je uporaba tega položaja še okrepila, ker je pripraven zaradi uvajanja nove tehnologije. Hrbtni položaj, pri čemer je vzglavje porodnice nekoliko dvignjeno, porodničina zadnjica privzdignjena, stegna pa pritegnjena k trebuhu, je postal običajen način rojevanja v slovenskih porodnišnicah.

Tradicionalni ležeči položaj

Porod leže na hrbtu omogoča vzdrževanje asepse, ocenjevanje plodovih srčnih utripov, izvršitev epiziotomije in šivanje le-te. Če pa ocenjujemo počutje matere in ploda, opazimo sledeče pomanjkljivosti (Perlis, 1992):

- a) zmanjša se krvni tlak za več kot 30% pri 10.% žensk;
- b) mnoge ženske imajo težave z dihanjem zaradi pritiska uterusa na diafragmo;

Mihaela Skoberne, vms, specialistka za supervizijo, predavateljica, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a, 1000 Ljubljana

Članek je dopolnjeno predavanje, ki ga je imela avtorica na seminarju »Pravilni telesni položaj bolnika in negovalnega osebja v zdravstveni negi« na Inštitutu RS za rehabilitacijo 6. 4. 1999.

- c) maternična os je usmerjena proti simfizi namesto k medeničnemu vходу;
- d) aspiracija izbruhanih mas je bolj verjetna;
- e) ženska je nezadovoljna, če je prisiljena zavzeti »neprijeten« položaj;
- f) ker so stegna upognjena, lahko napenjanje vagine in perineja poveča potrebo po epiziotomiji;
- g) položaj lahko ovira pogostost in jakost popadkov;
- h) porodnica deluje proti gravitaciji;
- i) opornice povzročajo prekomeren pritisk v nogah.

Te pomanjkljivosti so nekoliko zmanjšane, če je hrbet ženske dvignjen za 30–40 stopinj.

Hrbtne položaja bi se morali izogibati zaradi možnosti nastanka »sindroma vene kave«. Kadar leži ženska vznak, pritiska teža maternice in ploda na veno kavo in ovira pretok venozne krvi. Posledica znižanja volumna krvi je fetalna stiska, ki jo lahko na začetku ocenimo le z opazovanjem plodovih srčnih utripov na kardiokotografem zapisu. Fetalno stisko lahko spremljajo znaki šoka pri materi – padec krvnega tlaka, zvišana frekvenca pulza, sunkovito dihanje, bledica ter vlažna in lepljiva koža. Materine in fetalne sindrome lahko hitro omilimo z namestitvijo ženske v levostranski bočni položaj in s pričetkom oksigenacije z obrazno masko (Humphrey, 1974; Perlis, 1992).

Položaj na levem boku – Simsov položaj

Porodnica leži z levim bokom bolj proti desnemu robu postelje. Leva noga je iztegnjena ali rahlo upognjena v kolku in kolenu, desno koleno je pritegnjeno k trebuhu. Zagovorniki tega položaja trdijo, da je na splošno bolj udoben, da je možnost aspiracije izbruhanih mas manjša.

Ženske ga sprejemajo kot bolj naravnega in udobnega. Babice ga cenijo, ker je spolovilo pregledno in lahko dostopno (Lavrič, 1966) ter ugotavljajo njegov pozitiven učinek pri distokiji plodovih ramen. V tem položaju je presredek manj napet in je potrebnih manj epiziotomij (Lehrman, 1985 cit. po Perlis, 1992).

Pomanjkljivosti so navedene pri prerezu presredka in šivanju velikih epiziotomij (Gardosi in sod., 1989).

Čepeči položaj

Ta položaj je pri nekaterih cenjen predvsem zaradi učinka težnosti. Tega položaja se zelo malo poslužujemo oziroma nič. Smo pač zelo konservativni in se oprijemamo starih znanih metod.

V čepečem položaju danes rodijo ženske le naključno. To se največkrat zgodi, ko ženska občuti močan pritisk navzdol. Lahko nevede počepne z namenom, da bi se malo odpočila, pri tem pa pride do iztisa ploda.

Čepeč položaj pospeši krvni obtok v medeničnem predelu, predvsem imajo uterus in mišice medeničnega dna boljši tonus. Porod se v čepečem položaju zelo

skrajša. Krajša druga porodna doba in lažji porod, sta posledica gravitacijske sile, ki potisne uterus naprej.

Ko se plod spušča v medenično votlino, pritisk vzdolnega plodovega dela na medenično dno izzove spontani refleks pritiskanja, ki ga lahko zavremo z lokalno anestezijo. Stimulacija tega refleksa sproži impulz v zadnji režanj hipofize, v katerem se aktivira hormon oksitocin, ki vpliva na moč materničnih kontrakcij (t.im. Fergusonov refleks).

Abdominalne mišice porodnice, ki rojeva čepe, delujejo usklajeno s popadki. Dodatno napenjanje perinealnih mišic je nepotrebno oziroma celo ogroža materin krvni obtok in plodovo oksigenacijo, ker ovira normalno dihanje porodnice (Russell, 1969 cit. po McKay, 1984).

V čepečem položaju se povprečno poveča prečni premer medeničnega izhoda za 1 cm, vzdolžni premer pa za 2 cm. Površina medeničnega izhoda je za 28 % večja v čepečem položaju kot v običajno ležečem položaju, ko ženska leži vznak (Russell, 1969 cit. po Bennett in Brown, 1989).

Ko se otrok rojeva, porodnica lahko spremlja celotno dogajanje pri porodu in svoje občutke usmeri takoj na novorojenčka. Ta se pogosto odziva materi s premikanjem oči in glave.

Čepeči položaj je primeren le za normalen porod, to je porod brez zapletov, kajti kakor ostali položaji ima tudi ta svoje slabe strani. Težave se pojavijo ob morebitnih posegih (Perlis, 1992):

- oteženo dajanje analgetikov;
- otežena avskultacija plodovih srčnih utripov;
- otežena uporaba instrumentov;
- težje nastavljanje infuzije.

Kljub določenim težavam pa vedno večja zavzetost porodnic za hojo in različne položaje med porodom zahteva razvoj in uporabo telemetrije, ki omogoča s prenosnimi napravami nadzor plodovih srčnih utripov in maternične aktivnosti.

Modificiran Fowlerjev položaj oziroma polsedeci položaj

Nekateri zagovarjajo ta položaj kot primerno srednjo pot med ležečim in pokončnim položajem. Ta položaj povečuje učinkovitost trebušnega mišičja pri pritiskanju porodnice in potemtakem skrajšuje drugo porodno dobo. Če ženski dvignemo trup in jo podpremo, lahko opazuje porod.

Sedeči položaj

Možnost izbire tega položaja se je povečala z razpoložljivostjo porodnih stolov. Uporabo porodnega stola lahko zasledimo v starodavnem Egiptu, razširjena pa je bila v stari Grčiji, Rimu in inkovski civilizaciji. Ko je v 19. stoletju, zaradi borbe proti porodni vročici

postala njihova uporaba higiensko vprašljiva, so izgubili. Ko so se spet pojavili, so jih uporabili v drugi porodni dobi, sprejele pa so jih ženske, ki želijo sodelovati v porodnem procesu (Perlis, 1992).

Sedeči položaj nudi podobne ugodnosti kot čepeči položaj. Domnevajo, da je teža donošenega otroka sama po sebi zadostna moč, da se porodi. Zagovorniki porodnega stola trdijo, da so možni s pomočjo le-tega spontani porodi tudi v primerih, ko bi bilo treba te v ležečem položaju dokončati operativno (Chen in sod., 1987).

Ženske, ki občutijo pogoste bolečine v križu, ugotavljajo, da porodni stol zmanjšuje oziroma celo eliminira bolečino (Perlis, 1992).

V retrospektivni študiji sta Cottrell in Shannahan (1986) ugotovila, da uporaba porodnega stola ni znatno vplivala na trajanje druge porodne dobe in povprečno količino izgubljene krvi v primerjavi z ženskami, ki so rodile leže z nogami, pritegnjenimi k abdomnu. Odstotek epiziotomij, poškodb zaradi uporabe kirurških klešč, laceracij in hemoroidov je bil podoben v obeh skupinah, čeprav je odstotek perinealnih edemov statistično višji pri skupini, ki je rojevala na porodnem stolu.

Uporaba opornic za nogi

Pri porodih, ki se dokončajo s porodniškimi operacijami, kot je n.pr. carski rez, vakuumska ekstrakcija, šivanje epiziotomijske rane, potrebujemo za namestitve porodnice v ustrezen položaj opornici za nogi.

Opornici morata biti prilagojeni nogam porodnice in primerno obloženi, da ublažita pritisk. Višina in krivina morata biti prilagojeni tako, da ni pritiska za koleno ali na meča, ker lahko to povzroča poporodne vaskularne probleme. Nogi morata biti nameščeni v isti višini in ne močno razkročeni. Dvigniti ju moramo v opornico in spustiti iz nje istočasno, da se izognemo pritisku na trebušno, hrbtno in perinealno mišičje.

Sklep

Mnogim zdravstvenim delavcem se spremembe tradicionalne prakse zdijo neobičajne in nepotrebne, dokler se ne prepričajo o pravilnosti nove metode. Zato pa so potrebni čas, potrpežljivost in izobraževanje.

Dajmo porodnicam možnost, da izberejo položaj pri porodu tako, kot lahko izbirajo zdravnika in kraj poroda!

Prisluhnimo njihovim naravnim instinktom; tudi v tem je napredek zdravstvene nege.

Zavedala sem se vsega, kar se je dogajalo. Vedela sem, kdaj sem bila popolnoma odprta, kako se namestiti in kdaj pritisniti. Presedeček je ostal cel. Slečila sem temu, kar mi je velevalo lastno telo (Perlis, 1992).

Literatura

1. Bennett VR, Brown LK eds. Myles textbook for midwives. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989: 199.
2. Chen S, Aisaka K, Kigawa T. Effect of sitting position on uterine activity during labor. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 67-73.
3. Cottrell BH, Shannahan MD. Effect of the birth chair on duration of second stage labor and maternal outcome. *Nurs Res* 1986; 35: 364-7.
4. Flynn A, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labor. *Birt Med J* 1978; 2: 591-3.
5. Gardosi J, Sylvester S, B-Lynch C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 1290.
6. Humphrey MD, Chang A, Wood EC et al. A decrease in fetal pH during the second stage of labour when conducted in the dorsal position. *Journal of Obstetrics and Gynecology British Commonwealth* 1974; 81: 600-2.
7. Lavrič V. Porodništvo. Ljubljana: Šola za zdravstvene delavce za ginekološko in porodniško smer, 1966.
8. McKay S. Squatting: an alternate position for the second stage of labor. *MCN* 1984; 9: 182.
9. Olds SB, London ML, Ladewig PW. Maternal-newborn nursing: a family centered approach. 4th ed. Redwood City: Addison-Wesley Nursing, 1992: 426.
10. Perlis DW. The family and childbirth: needs and care. In: Olds SB, London ML, Ladewig PW. Maternal-newborn nursing: a family-centered approach. 4th ed. Redwood City: Addison-Wesley Nursing, 1992: 662.
11. Reeder SJ, Martin LL. Maternity nursing: family, newborn, and women's health care. 16th ed. London: Lippincott, 1987: 1079.