

ALTERNATYWNE SPOSOBY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

ALTERNATIVE METHODS OF CHILDBIRTH PAIN RELIEF

Natalia Smolarek, Małgorzata Pięt, Joanna Żurawska, Ryszard Szpunar, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Ból porodowy pełni ważną funkcję w przebiegu porodu, jednakże zbyt silny może go komplikować. Podstawą w walce z bólem porodowym są psychoprofilaktyka i edukacja prowadzona w ramach szkoły rodzenia. Metody zwalczania bólu porodowego wpływają korzystnie na postęp porodu, ponieważ aktywność i odpowiednie zastosowanie różnych udogodnień porodowych przyczyniają się do szybszego i efektywniejszego rozwierania szyjki macicy. Metody niekonwencjonalne łagodzenia bólu porodowego są metodami bezpiecznymi i mogą być stosowane przez większość pacjentek. Rodząca może samodzielnie decydować o metodzie znieczulenia, a jednocześnie w pełni współpracować z personelem medycznym.

Słowa kluczowe: ból porodowy, łagodzenie bólu, metody łagodzenia bólu, poród aktywny.

ABSTRACT

Labor pain fulfills a main role during labor, however, too high may hinder childbirth. An important role in the fight against labor pain plays psychological prevention and education conducted on antenatal classes. The alternative methods have a very welcome effect on the labor's progress, because being active and using different facilities served the betterment of effectiveness of the effacement and dilation of cervix. Unconventional methods of childbirth pain relief are safe and can be used by most of patients. The patient can decide about form of anesthesia, while fully cooperating with the staff.

Keywords: labor pain, pain relief, pain management methods, active labor.

Wstęp

Zwiększająca się świadomość przyszłych rodziców, związana z coraz częstszym pragnieniem, aby ich dziecko przyszło na świat w sposób jak najbardziej naturalny, a akt rodzenia był fizjologiczny i instynktowny, przyczynia się do coraz większej popularności nefarmakologicznych metod zwalczania bólu porodowego [1]. Wiele kobiet chciałoby uniknąć, na ile jest to możliwe, interwencji farmakologicznej i chirurgicznej. Pragnienie to przyczynia się do coraz większej popularności szkół rodzenia, gdzie przyszli rodzice uczą się, jak właściwie postępować nie tylko w trakcie ciąży, ale przede wszystkim – podczas aktywnego porodu. Wśród wielu metod przygotowujących szczególną uwagę zwraca się na te, które najsukuteczniej złagodzą dolegliwości bólowe podczas porodu. Priorytetem jest także odpowiednie przygotowanie psychiczne przyszłej mamy. Ból porodowy opisywany jest jako jeden z najbardziej intensywnych, jaki można sobie wyobrazić [2]. Jest „jedyny” w swoim rodzaju, ponieważ towarzyszy fizjologicznemu zakończeniu procesu ciąży. Ból, który odczuwa rodząca, spełnia kluczową funkcję informacyjną. Świadczy o postępie i natężeniu akcji porodowej. Odczuwanie go jest jednak cechą indywidualną i ma istotny wpływ na czas trwania porodu. Ponadto wywołuje naturalne i instynk-

towne zachowania, które narzucają swoisty rodzaj tempa. Zmiany pozycji ciała rodzącej, wydawanie specyficznych dźwięków oraz „nowy” sposób oddychania umożliwiają naturalną walkę z bólem. Nie da się go zmierzyć obiektywnie. W dużej mierze zależy od podejścia psychicznego oraz przygotowania rodzącej. Przyszła matka musi być do niego pozytywnie nastawiona. Jeśli poród odbędzie się bez zbędnych emocji napięcia, czyli w sposób najbardziej naturalny, jej nastawienie do momentu rozwiązania będzie przejawiało się w sposób pozytywny. Aby ograniczyć te normalne, lecz niechciane doznania, warto pomóc przyszłym matkom w zrozumieniu przebiegu całego porodu [3]. Ból porodowy różni się od innych rodzajów bólu. Nie jest on spowodowany urazem lub chorobą, dlatego też wymaga właściwej interwencji w odpowiednim czasie. Poród jest najczęstszym powodem wizyty kobiety w szpitalu. Kluczowe jest współdziałanie personelu medycznego z rodzącą, ponieważ niesie to za sobą wiele korzyści w „zarządzaniu bólem” oraz zmniejsza ryzyko urazów okołoporodowych, zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Temat zwalczania bólu porodowego jest podstawowym problemem omawianym na kursach prowadzonych w ramach szkół rodzenia.

Trudno jest przedstawić wyniki badań z danego kraju na temat częstości stosowania danej metody, ponieważ dotychczas nie przeprowadzono takich badań. Zazwyczaj przeprowadzane są w konkretnym ośrodku czy też szpitalu położniczym. Efektywność oceniana jest osobno, mimo iż wiele technik stosowanych jest zazwyczaj razem [4]. Niektóre publikacje wskazują na skuteczność stosowania immersji wodnej, inne – na akupunkturę. Ponadto jako cieszące się zainteresowaniem zarówno wśród rodzących, jak i personelu medycznego wymienia się akupresurę w połączeniu z masażem oraz techniki relaksacyjne [5]. Hipnoza jest również zaliczana do jednej z alternatywnych metod łagodzenia bólu porodowego. Wykorzystuje się jej wpływ na równowagę emocji oraz niwelowanie przyczyn bólu i napięcia emocjonalnego związanego z aktem samego porodu [3]. Jednakże wsparcie profesjonalnie wyszkolonego personelu medycznego ma największe znaczenie w łagodzeniu bólu i niejednokrotnie zmniejsza potrzebę zastosowania farmakologicznych środków przeciwbólowych [6]. Obok psychoprofilaktyki okołoporodowej jako skuteczne wymienia się również masaż, muzykoterapię, kinezyterapię wertykalną oraz zastosowanie TENS, czyli przeskórnej stymulacji elektrycznej nerwów. Światowe piśmiennictwo wskazuje również na kliniczne zalety korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Do zalet tych zalicza się m.in. krótszy poród, wysoki stopień zadowolenia pacjentek z opieki okołoporodowej i częstsze występowanie porodu samoistnego, dodatkowo mniejszy odsetek cięć cesarskich oraz porodów zabiegowych, a także mniejszą częstotliwość zastosowania znieczulenia [6]. Metody te nie powinny jednak likwidować bólu całkowicie i zaburzać fizjologicznego mechanizmu przebiegu porodu. Ponadto zwiększa się świadomość przyszłych rodziców, która związana jest z coraz częstszym pragnieniem, aby ich dziecko przyszło na świat w sposób jak najbardziej naturalny, a rodzenie było aktem fizjologicznym i instynktownym [7].

Psychoprofilaktyka porodowa

Właściwe przygotowanie pacjentki do porodu ułatwia opieka przedporodowa i okołoporodowa. Ważna jest szczególnie dla tych kobiet, u których dominują strach, lęk oraz brak wsparcia najbliższych. Psychoprofilaktyka to sposób edukacji przyszłej matki. Głównie opiera się na naturalnej interpretacji doznań towarzyszących jej podczas ciąży i porodu. Nauka ukierunkowana jest całkowicie na zmianę stylu myślenia: z myślenia o sobie na myślenie o dziecku. Równocześnie opanowywana jest całkowita kontrola nad własnym ciałem. Kobieta nabywa również umiejętności z zakresu technik relaksacyjnych oraz uczy się prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych.

Właściwe zastosowanie zdobytej wcześniej wiedzy najczęściej przydatne jest we wczesnych stadiach porodu. Rodząca jest w stanie całkowicie „wyłączyć” lub zmniejszyć ból porodowy. Stwierdzono, że odpowiednio wdrożona psychoprofilaktyka porodowa redukuje odsetek porodów zabiegowych oraz znieczuleń zewnątrzoponowych [17]. Jako główne elementy psychoprofilaktyki wymienia się metody Lamaze’a, Bradleya, Kitzingera i Dick-Reada oraz technikę Leyboya. Fernand Lamaze, określany jako ojciec psychoprofilaktyki, był zdania, że aby przyszłe matki mogły zapobiec dolegliwościom bólowym podczas porodu, muszą zostać do niego odpowiednio przygotowane. Jego metoda polega na nauce „nowego” odruchu oddychania. Charakteryzuje się serią szybkich i płytkich oddechów. Ta modyfikacja fizjologicznego rytmu prowadzi do wywołania odruchu warunkowego. Sposób ten odwraca uwagę od bólu podczas skurczu, który jest sygnałem do specyficznego oddychania [3].

Kolejnym ważnym elementem przygotowania psychologicznego do porodu jest trening autogenny. Zaleca się, aby jego naukę rozpocząć możliwie jak najwcześniej. Najpóźniej w połowie ciąży, gdyż jego skuteczność uzależniona jest od systematycznie wykonywanych ćwiczeń, 2 do 3 razy w tygodniu. Jako najbardziej popularne wymienia się trening autogenny Schultza lub relaksację Jacobsona. Pierwszy polega na osiągnięciu stopnia całkowitego odprężenia poprzez regularne ćwiczenia napinania i rozluźniania mięśni. Natomiast Jacobson ograniczył się tylko do wybranych grup mięśniowych [13]. Relaksacja powinna być stałym elementem przygotowania do porodu na zajęciach szkół rodzenia, ponieważ bardzo ważny jest fachowy nadzór w początkowej fazie nauki tej umiejętności.

Techniki oddychania

Istnieje wiele sposobów oddechowych wykorzystywanych podczas porodu. Część kobiet bagatelizuje naukę technik oddychania. Uważają, że w czasie akcji porodowej, pod wpływem strachu i emocji, nie będą w stanie właściwie ich zastosować.

Techniki oddechowe są podstawą zajęć prowadzonych w szkołach rodzenia. Jediną wadą jest wymóg systematycznych ćwiczeń odpowiednio wcześniej przed porodem [3, 4, 13]. Metoda ta polega na ściśle określonych typach oddychania i koncentracji na wydechu, podczas skurczów macicy. Filarem powodzenia jest synchronizacja oddechu z akcją porodową. Osiągnięty cel to sprawny, mniej bolesny lub bezbolesny poród, dotlenione dziecko i sukcesywne parcie. Regularny trening oddechowy w czasie trwania ciąży pomaga w dostosowaniu go adekwatnie do etapu porodu. Umożliwia odpowiednią reakcję rodzącej na intensywność

skurczu. Proces oddychania jest podstawową funkcją życiową, odbywająca się nieświadomie i bezwiednie [3]. Rzadko zdajemy sobie sprawę, że ten automatyzm można łatwo poddać naszej woli i można oddychać świadomie. Istotne jest zatem przy prowadzeniu prawidłowego oddychania podczas porodu wsparcie partnera lub położnej, którzy będą nadawać rytm tym czynnościom [13]. Rodząca wstrzymująca oddech podczas skurczu automatycznie wzmacnia napięcie mięśniowe. Powtarzając ten błąd za każdym skurczem, potęguje ból, który w efekcie staje się coraz bardziej intensywny. Niezwykle ważna jest skoncentrowana uwaga na prawidłowym oddychaniu. Pomogą w tym ćwiczenia oddechowe. Możemy podzielić je na dwa typy: oddychanie torem piersiowym i brzuszny. Oddychanie torem piersiowym, za pomocą mięśni międzyżebrowych, jest naturalną umiejętnością osobniczą kobiet. W ten sposób dostarczone jest jednorazowo około 500 ml tlenu. Podczas porodu, czyli wysiłku fizycznego, zapotrzebowanie to zwiększa się kilkakrotnie. Jest niewystarczające. Zatem trzeba uruchomić oddychanie wspomagające, czyli oddychanie torem przeponowym, które podczas wdechu dostarcza organizmowi rodzącej około 1500 do 2000 ml tlenu [5, 13].

Oddychanie torem piersiowym polega na zaangażowaniu wyłącznie mięśni klatki piersiowej. Przy wdechu klatka piersiowa rozszerza się, przy dwa razy dłuższym wydechu – opada. Efektem jest płytsza i szybsza wymiana gazowa. Oddychanie torem brzuszny charakteryzuje się wypięciem brzucha przy wdechu. Natomiast wydech jest samoistny i przebiega bez udziału mięśni [4, 9]. Etapy edukacji oddychania torem przeponowym obejmują przede wszystkim równomierne oddychanie z zachowaniem właściwej proporcji między długością fazy wdechu i wydechu, oddychanie w pierwszej i drugiej fazie porodu, podczas rozwierania, oddychanie w fazie przejścia i skurczów partych oraz podczas rodzenia się główki [4]. Wyróżnia się trzy techniki oddychania torem przeponowym. Pierwsza polega na głębokim i wolnym oddychaniu. Wydech jest dwa razy dłuższy niż wdech. Powietrze wdychane nosem „napętnia” stopniowo brzuch, przy wydechu przez usta brzuch stopniowo opada. Technika dotlenia rodzącą i dziecko. Zalecana jest podczas znieczulenia zewnątrzoponowego i skuteczna podczas przebiegu całego porodu [13]. Drugi sposób oddychania to oddychanie torem brzuszny przyspieszone. Jest ono aktywowane wówczas, kiedy skurcze stają się coraz bardziej bolesne. Technika oddychania przeponowego pozostaje bez zmian, przyspieszona zostaje tylko częstotliwość oddechu na szczycie skurczu, oddech jest spłycony, krótszy wdech i szybszy, dwa razy dłuższy wydech [11]. Ostatnim sposobem oddychania torem przeponowym jest oddychanie z wydechem podzielonym na

cztery części. Rodząca robi wdech powietrza przez nos, aktywując przeponę, a następnie przy wydechu robi cztery krótkie, szybkie wydechy przez usta. Technika ta wykorzystywana jest w fazie rodzenia się główki dziecka. Podczas tego rodzaju oddychania kobieta powinna zaprzestać parcia i skupić się na serii szybkich wydechów ustami [14].

Prawidłowo opanowane techniki oddechowe i okresy bezdechu ułatwią drugi okres porodu. Zaletą będzie łatwiejsza koncentracja, możliwość odpoczynku pomiędzy skurczami, prawidłowe oddychanie, a w efekcie lepsze utlenowanie krwi. Pierwsza technika bezdechu polega na 2 do 3 głębokich, maksymalnych wdechach z pogłębionym wydechem. Kolejnym etapem nauki jest szybkie przejście do maksymalnego wdechu z wstrzymaniem powietrza na około 10 do 15 sekund; stopniowo wydłużamy czas nawet do 20, 25 sekund. Warto jasno i konkretnie określić rodzącej czas trwania bezdechu, ponieważ ułatwi to współpracę. Po serii wykonanych bezdechów zaleca się wyrównać oddychanie przez spokojne, rytmiczne wdechy i wydechy [13, 14].

Podczas porodu kobieta doświadcza dużego wysiłku fizycznego, w sposób spontaniczny przechodzi na oddychanie ustami. Technikę często określa się „ziajaniem” lub „oddechem zgonionego psa”. Ten sposób oddychania zmniejsza wzmożone działanie tłoczni brzusznej, przez co ograniczony zostaje zbędny ucisk przepony na macicę [12]. Polega na szybkim wdychaniu małych ilości powietrza, a następnie szybkim jego wydychaniu. Konsekwencją są krótkie, gwałtowne ruchy przepony. Technika ta zapobiega hiperwentylacji podczas porodu oraz ułatwia powstrzymanie parcia w czasie drugiego okresu porodu.

Efekty prawidłowego oddychania podczas skurczu to rozluźnienie mięśni, zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz zrelaksowanie się rodzącej między skurczami [12, 13].

Pozycje wertykalne – poród aktywny

Podczas porodu przebiegającego fizjologicznie rolą położnej jest asystowanie rodzącej w przyjmowaniu dogodnych pozycji. Ponadto ważna też jest pomoc w dostosowaniu do odpowiedniego natężenia fali skurczów [12]. Ćwiczenia wykonywane podczas ciąży na zajęciach w szkole rodzenia ułatwią przyjmowanie pozycji wertykalnych oraz zapewnią lepszą sprawność fizyczną podczas porodu. Zastosowanie kinezyterapii wertykalnej pozwala rodzącej na instynktowną zmianę pozycji ciała na taką, która w danym momencie porodu przynosi jej największą ulgę. Dodatkowymi korzyściami płynącymi z częstych zmian pozycji może być zwiększona intensywność i regularność skurczów macicy, a ponadto mniejsze dolegliwości bólowe, ułatwione oddychanie wpływające na dotlenienie dziecka oraz zmniejszenie ryzyka urazu kanału rodnego [20].

Podczas pierwszego etapu porodu, w okresie rozwierania, kobiety przyjmują pozycję pionową. Często chodzą, a podczas skurczu stoją, trzymając się partnera lub poprzeczek na wysokości obręczy barkowej. Zalecane jest przebywanie w takich pozycjach jak najdłużej, ponieważ sprzyja to efektywniejszym skurczom macicy. Pozycja pionowa wykorzystuje siłę grawitacji, przez co dochodzi do szybszego rozwierania się szyjki macicy. Dodatkową zaletą jest wpływ na zmniejszenie ucisku wywieranego przez masę ciała dziecka na duże naczynia krwionośne matki. Poprawia się również praca przepony, a mięśnie dna miednicy są równomiernie rozciągane [20]. Najczęściej stosowane podczas pierwszego okresu porodu są: pozycja stojąca z partnerem, z pochyleniem tułowia ku przodowi z podparciem na ramionach i wykreśleniem na stopień, pozycja siedząca na piźce, na krześle w rozkroku przodem do oparcia z pochyleniem tułowia ku przodowi, pozycja kuczna, klęk jednonóż z wykreśleniem oraz klęk ze zwisem tułowia na drążku, ponadto siad na piętach z pochylenym tułowiem, szeroko rozstawionymi kolanami i ramionami opartymi na piźce lub ta sama pozycja wyjściowa z dłońmi opartymi o podłogę [12, 13]. Powyższe pozycje pomagają przesuwać dziecko ku dołowi. Dodatkowo ruchy miednicą podczas skurczu przyspieszają rozwieranie się szyjki macicy.

Rodzące mające możliwość wyboru pozycji podczas drugiego okresu porodu najczęściej wybierają pozycję kuczną z lekkim odchyleniem do tyłu lub pozycję siedzącą na krzeselku porodowym. Przyjmując te pozycje, wykorzystuje się siłę grawitacji, przez co poród jest lżejszy i krótszy. W tych pozycjach zwiększa się przekrój kanału rodnego o 30%, co ułatwia przejście główki dziecka tą drogą. Natomiast w pozycji kucznej mięśnie krocza są równomiernie rozciągnięte, dzięki temu rzadziej dochodzi do nacięcia krocza lub do jego pęknięcia [13]. Warto zwrócić uwagę, że odczucie parcia zgłaszane przez rodzącą nie zawsze jest równoznaczne z pełnym rozwarciem szyjki macicy i zakończeniem ustawienia się główki w kanale rodnym. Prawidłowe parcie powinno być wykonane po ustawieniu się główki w płaszczyźnie próżni [12]. Oprócz powyższych zaleca się także inne pozycje werterykalne adekwatne do drugiego okresu porodu, takie jak pozycja na boku, klęk z pomocą osoby towarzyszącej, pozycja kuczna podtrzymana oraz klęk poziomy.

Przeciwwskazaniami do przyjmowania pozycji werterykalnych podczas porodu są m.in.: objawy niewydolności oddechowej, choroby układu krążenia, ciąża mnoga, zagrożenie wypadnięcia pępowiny oraz podejrzenie hipotrofii płodu [5, 9].

Poród w wodzie i immersja wodna

Wykorzystanie wody do terapii określamy jako hydroterapię, która stanowi najstarszy dział fizjoterapii. Wodolecznictwo wykorzystuje głównie działanie termiczne i mechaniczne wody odpowiednio przygotowanej do zabiegu. Charakteryzuje się też możliwością dużego zakresu zwiększania lub zmniejszania siły bodźców, co umożliwia dostosowanie zabiegów do niemalże każdego stanu i potrzeby rodzącej kobiety. Temperatura wody powinna być obojętna i mieścić się w przedziale 34–37°C [3, 11, 15]. Temperatury w tym zakresie działają na organizm rozluźniająco, odprężająco, a przede wszystkim przeciwbólowo. Zamierzony „efekt znieczulenia” osiągalny jest zazwyczaj po około 20 minutach od zanurzenia. Ponadto, mechaniczne oddziaływanie na ciało całkowicie zanurzone w wodzie określają trzy właściwości fizyczne, takie jak ciśnienie hydrostatyczne, wypór wody i jej lepkość. Pierwsza właściwość powoduje reakcję ucisku na tkanki miękkie, wzrost ciśnienia śródbrzusznego, utrudnienie wdechów, ale ułatwienie wydechów, a także przesunięcie krwi z części żyłnej obwodowej do serca. Wypór wody wpływa na rozluźnienie mięśni oraz na pozorną utratę masy ciała, co powoduje ułatwienie ruchów i zmianę pozycji. Przekłada się to w sposób bezpośredni na redukcję ucisku macicy na kość krzyżową, co w efekcie zmniejsza dolegliwości bólowe w dolnej części kręgosłupa [13]. Wpływ minimalnego nacisku wody na centralny układ nerwowy wyraźnie zmniejsza intensywność skurczów, jednakże ich intensywność pozostaje bez zmian [7, 13]. Dodatkowo woda działa pozytywnie na psychikę rodzącej kobiety – czuje się ona rozluźniona i zrelaksowana. Woda niweluje napięcia nerwowo-mięśniowe oraz sprzyja rozszerzeniu szyjki macicy oraz mięśni krocza i dna miednicy [14]. Stymuluje wydzielanie endorfin, a zmniejsza wydzielanie adrenaliny. Kluczowa jest głębokość zanurzenia rodzącej. Woda powinna sięgać brodawek sutkowych i zakrywać cały brzuch [7, 8]. Rodzenie w wodzie jest działaniem, które wykorzystuje zalety wody i ułatwia kobiecie poród. Głównymi czynnikami są przede wszystkim łagodzenie bólu, przyjmowanie dogodnych pozycji oraz skrócenie czasu samego porodu. Ponadto wymienia się również łatwiejsze rozluźnienie mięśni dna miednicy, a przede wszystkim samego krocza. Dla noworodka jest to sprawniejsze przejście ze środowiska wewnątrzmacicznego do świata zewnętrznego, czyli łagodzenie szoku porodowego [4, 18].

Mimo znaczącego postępu w wiedzy dotyczącej praktyk położniczych poród w wodzie nadal wzbudza kontrowersję w środowisku medycznym. W obecnym czasie, kiedy kobiety mają prawo decydować o sposobie ukończenia

porodu i metodach łagodzenia bólu z nim związanego, ma on zasadnicze znaczenie. Poród w wodzie czy też immersja wodna redukują ból oraz zmniejszają niepokój związany z porodem. Różnice między tymi dwoma pojęciami polegają przede wszystkim na tym, że podczas immersji wodnej rodząca zostaje zanurzona w wodzie tylko przez pierwszy okres porodu [7, 8]. Natomiast podczas samego porodu w wodzie kobieta zostaje w środowisku wodnym do końca drugiego okresu porodu. Uważa się, że poród w takich warunkach skraca jego drugi okres i zmniejsza zużycie oksytocyny w tym okresie [8, 9]. Oczywiście poród w wodzie niesie za sobą ryzyko, a kobieta zakwalifikowana do takiego porodu powinna być o nim poinformowana. Istnieje szereg przeciwwskazań do porodu w wodzie, wśród nich wymienia się przede wszystkim choroby układu krążenia, wysokie lub obniżone ciśnienie krwi, ciężką niedokrwistość, choroby dermatologiczne i infekcyjne m.in. HIV, HBV, HCV, aktywne zakażenia wirusem opryszczki, patologie położnicze oraz inne wynikające z chorób ogólnoustrojowych matki, z patologii ciąży i porodu [7, 8, 20].

Masaż odcinka lędźwiowo-krzyżowego

Metoda ta polega na rytmicznym wywieraniu ucisku na tkankach miękkich za pomocą odpowiednich chwytów [12, 16]. Do podstawowych chwytów należą przede wszystkim głaskanie, ugniatanie, rozcieranie i wstrząsanie, poza tym każdy z tych chwytów ma kilka odmian. Podczas wykonywania każdego stosuje się inny rodzaj ucisku i rozciągania tkanek, po czym tkanki wracają do stanu pierwotnego [16]. Zastosowanie masażu podczas porodu zmniejsza bolesność skurczów porodowych i bólów krzyżowych. Można go wykonywać przez cały okres porodu lub tylko podczas skurczu. Ważna jest ścisła współpraca z rodzącą, ponieważ zasygnalizuje ona, jaki rodzaj dotyku przynosi jej ulgę. Poza tym sposób jego wykonania i tempo muszą być z nią konsultowane [6, 12]. Masaż wykonywany podczas porodu zredukuje napięcie mięśniowe i uśmierzy ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Narządy rodne i mięśnie dna miednicy unerwione są z tego segmentu kręgosłupa. Wyróżnia się dwie podstawowe techniki masażu stosowane podczas porodu. Pierwsza to masaż Shiatsu polegający na stymulacji odpowiednich punktów meridianowych znajdujących się na odcinku lędźwiowym i szyjnym kręgosłupa oraz na mięśniach kończyn dolnych. Kolejny to masaż szwedzki – charakteryzuje go nieprzerwany kontakt dłoni masującego z ciałem rodzącej. Wyróżniamy cztery metody masowania: głaskanie, opukiwanie, ugniatanie oraz naciskanie [12]. Do masażu kobieta powinna przyjąć najbardziej wygodną dla siebie pozycję, na worku sako, piłce położniczej, na krześle z opartym tułowiem lub w leżeniu bokiem. Masaż

wykonuje się całymi dłońmi. Ruch powinien być płynny i rytmiczny, ze szczególnym nastawieniem na okolicę kości krzyżowej i odcinek lędźwiowy kręgosłupa [17]. Podczas masażu zachowuje się odpowiedni kierunek ruchów, od kręgosłupowy i dosercowy. Intensywność poszczególnych chwytów dostosowujemy do wzrostu napięcia mięśnia macicy podczas skurczu, im mocniejszy skurcz, tym chwyt delikatniejszy. Między skurczami wykonuje się sprężyste ruchy ugniatania oraz wibracji [18]. Skuteczną techniką jest także kontrucisk, który wykonuje się na szczycie skurczu na kość krzyżową rodzącą.

TENS

TENS (ang. *transcutaneous electrical nerve stimulation*) – przez skórną stymulacja elektryczna nerwów – jest metodą fizjoterapii, która wykorzystuje prąd o małym, regularnym natężeniu i zmiennej częstotliwości, dostarczany za pośrednictwem czterech samoprzylepnych elektrod umieszczanych wzdłuż linii pośrodkowej pleców. Pierwszą parę umieszcza się na granicy górnych kręgów lędźwiowych i dolnych piersiowych (Th10 – L1). Aplikacja ta jest efektywna w pierwszym okresie porodu; działa na spłyty nerwowe miednicy i podbrzusza. Zmniejsza ból wywołany przez skurcze macicy. Drugą parę przykleja się niżej, w okolicy kości krzyżowej (S2 – S4) i stymuluje szczególnie w drugim okresie porodu nerwy przywspółczulne. Działa wówczas rozluźniająco na wzrastające napięcie mięśniowe i części miękkie kanału rdennego. TENS za pomocą impulsów elektrycznych działa zarówno poprzez bramkowanie bólu, jak i zwiększanie wydzielania endogennych opioidów w obszarze unerwienia z danego źródła. Podczas skurczu działający prąd charakteryzowany jest jako „mrowienie”, natomiast podczas przerw – jako „impulsy”. Zabieg ten zaleca się stosować jako metodę pierwszego rzutu po pojawieniu się pierwszych dolegliwości bólowych i może być prowadzony aż do końca porodu. Rodząca sama kontroluje natężenie impulsów. Zazwyczaj w czasie trwania skurczu macicy amplituda impulsów wzrasta i odczuwalne jest przyjemne mrowienie w okolicy kości krzyżowej. Metoda ta, uważana za całkowicie bezpieczną, nie ma negatywnego wpływu na dziecko i nie zwiększa ryzyka powikłań porodu. Przeciwwskazana jest u rodzących ze stymulatorem serca, z epilepsją, podczas immersji wodnej, podczas zapisu EKG oraz przy nadwrażliwości na prąd i porażeniach spastycznych. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji dowiodły, że zastosowanie TENS podczas porodu zmniejszyło dolegliwości bólowe okolicy krzyżowej, nieznacznie skróciło czas porodu, a przede wszystkim ograniczyło zastosowanie metod farmakologicznych [15, 18]. Warto zaznaczyć, że

największą korzyść z zastosowania przeskórnej stymulacji elektrycznej mają wieloródki [12].

Hipnoza

W wyniku kumulacji negatywnych wyobrażeń związanych z wizją porodu wiele kobiet wytwarza sobie swoisty rodzaj lęku. Czasem, w skrajnych przypadkach, przybiera postać tokofobii, czyli fobii przed ciążą i porodem. Doznania bólowe silnie korelują ze strefą emocjonalną, są indywidualnie interpretowane przez umysł rodzącej. Zatem ból porodowy można określić jako odczucie subiektywne. Istnieją naturalne mechanizmy, które odpowiednio zmodyfikowane pomogą kobiecie wstawić myśli na odpowiednie tory. Podczas porodu kobieta wprowadzana jest za pomocą hipnozy w stan relaksacji lub głębokiej koncentracji. Poprzez sugestię przekazuje się jej przyjemne odczucia oraz odwraca uwagę od nieprzyjemnych [3, 6]. Stres powoduje napięcie określonych grup mięśniowych, które zaburzają akcję porodową. Wzmożone napięcie mięśni krocza, dna miednicy, brzucha oraz mięśni międzyżebrowych i przepony prowadzi do szybkiej utraty sił i wydolności rodzącej [3]. Warto zaznaczyć, że hipnoza jest uznana za technikę terapeutyczną, stosowaną przede wszystkim przez psychiatrów, u pacjentów z bólem przewlekłym [3]. Techniki hipnotyczne w sposób werbalny zmieniają system przekonań, co pozwala zredukować lęk i zrozumieć własne emocje [4, 6]. Praktyczne zastosowanie hipnozy podczas porodu jest bardzo ograniczone ze względu na małą liczbę wykwalifikowanych terapeutów i dość duży koszt seansu. Poza tym metoda ta jest czasochłonna. Wymaga wcześniejszych i systematycznych treningów [18]. Nieliczne ośrodki proponują kobietom trening autohipnotyczny w celu eliminacji bólów porodowych i do nauki relaksacji. Często metoda ta ściśle łączy się z treningiem autogennym [1, 6].

Muzykoterapia

Zastosowanie muzykoterapii podczas porodu powoduje zwiększenie progu bólowego. Zmniejsza napięcie psychofizyczne, czego efektem jest łatwiejsza koncentracja. Ponadto poprawia wentylację płuc, przez co skraca pierwszy okres porodu o mniej więcej 2 godziny. Normalizuje ciśnienie krwi, mobilizuje i pomaga w koncentracji. Ułatwia wykonywanie ćwiczeń oddechowych i rozluźniających, a przede wszystkim – przyjęcie pozycji wertykalnych. Ważne, aby rodząca miała swoją muzykę, najlepiej taką, której słuchała podczas ciąży. Znane melodie pomogą w odpoczynku między skurczami i nadadzą rytm podczas oddychania. Muzyka powinna być zatem zgodna z preferencjami rodzącej. Tempo muzyki powinno być zbliżone do akcji serca. Podczas pierwszego okresu porodu zalecana jest muzyka

o działaniu uspokajającym, natomiast podczas drugiego – zachęcająca do wysiłku i aktywizująca siły [13, 18].

Aromaterapia

Aromaterapia to metoda wykorzystująca lecznicze właściwości aromatów roślinnych w postaci olejków eterycznych. Leczenie zapachami stosuje się z powodzeniem w wielu ośrodkach położniczych jako metodę przeciwbólową. Poprawia samopoczucie i podtrzymuje silną wolę do działania. Są dwie podstawowe drogi wprowadzenia olejków. Pierwsza, przez skórę, czyli podczas wykonywania masażu, kompresu czy okładu. Druga, przez układ oddechowy, w postaci inhalacji lub rozproszenia aromatu w pomieszczeniu. Należy pamiętać, że do zabiegów stosujemy wyłącznie naturalne oraz czyste substancje roślinne. Przeciwwskazane są olejki rozcieńczone i z dodatkiem składników syntetycznych. Mogą one wywołać podrażnienie górnych i dolnych dróg oddechowych, a także alergie. Zastosowanie odpowiednich olejków podczas akcji porodowej, szczególnie takich o działaniu relaksacyjnym i odprężającym, wpływa na zrównoważenie emocji, co pomaga zniwelować ból i zbędne napięcie. Takie działanie ma olejek z lawendy, melisy, bergamotki, drzewa sandałowego i różanego, cytrynowy, pomarańczowy i majeranku. Kolejną zaletą stosowania aromaterapii podczas porodu jest jej wpływ na stan psychofizyczny. Dodatkowo poprawia koncentrację, przez co wspomaga proces prawidłowego oddychania. Warto wspomnieć, że olejek lawendowy przez działanie antyseptyczne zapobiega wystąpieniu infekcji poporodowych [12–14].

Akupunktura

Akupunktura uważana jest za jedną z metod uzupełniających zmniejszanie bólu porodowego. Bardzo rzadko stosowana jako odrębna metoda ze względu na niewielką popularność. Wywodzi się z Chin. Według jej założeń, energia życiowa płynie przez ciało systemem własnych kanałów – meridianów, łącząc cały organizm. Celem akupunktury jest odblokowanie meridianów energetycznych i zrównoważenie energii. Polega na wprowadzeniu specjalnych igieł do wybranych miejsc na ciele. Dokładny mechanizm działania analgetycznego akupunktury nie jest do końca poznany, jednakże powstały trzy teorie, które mogą tłumaczyć jej działanie. Pierwsza zakłada, że manipulacje igłami w ściśle określonych punktach na drodze meridianów wpływają na odblokowanie równowagi energetycznej. Druga to teoria bramkowa, hipoteza postawiona przez Walla i Melzacka. Ostatnia przyjmuje, że zabieg akupunktury uwalnia endorfiny – ma charakter neurohumoralny [10, 13, 20]. Podczas porodu akupunkturę stosuje

się w celach przeciwbólowych, hamowane jest wówczas przewodzenie impulsów bólowych przez wzmożone wydzielanie opioidów endogennych obecnych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Podsumowanie

Niefarmakologiczne metody zwalczania bólu porodowego są uważane za bezpieczne i mogą być stosowane przez większość rodzących. Ból obecny podczas porodu można złagodzić. Wybór metod jest szeroki i kobiety mają możliwość skorzystać z tych najbardziej dla nich dogodnych. Wszystko uzależnione jest od potrzeb i oczekiwań, a także od dostępności danej metody w placówce położniczej. Miarą ich skuteczności nie zawsze będzie całkowite „wyłączenie” bólu, ale przed wszystkim zachowanie kontroli nad przebiegiem porodu i aktywne w nim uczestnictwo.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Mackay MM. Use of water in labor and birth. *Clin Obst Gyn.* 2001;44:733–749.
2. Majchrzak M, Mika M, Gałązka I et al. Sposoby łagodzenia bólu porodowego w doświadczeniu położnic. *Zdrowie i Dobrostan.* 2014;2:91–99.
3. Datta S. Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Warszawa: PZWL; 2009.
4. Kozhimanil K, Johnson P, Attanasio L et al. Use of non-medical methods of labor induction and pain management among US women. *Birth.* 2013;40(4).
5. Jones L, Othman M, Dowswell T et al. Pain management for women in labor: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD009234.
6. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2:CD003766.
7. Pawelec M, Pietras J, Wojtysiak M et al. Water Birth and water Immersion – an Important Step Towards More Patient-Oriented Health Care or a New Way for Obstetrical Wards to Make Profits? *Adv Clin Exp Med.* 2011;20(3):391–397.
8. Guzikowski W. Immersja wodna i poród w wodzie. *Family Medicine & Care Reviu.* 2009;11(2):163–167.
9. Purves MJ. Chemoreceptors and their reflexes with special reference to the fetus and newborn. *J Physiol.* 1981;3:21–57.
10. Munoz-Selles et al. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross – sectional study of midwives’ training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2013;13:318.
11. Kubicka-Kraszyńska U, Otffinowska A, Pietrusiewicz J. O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2006.
12. Cendrowski K, Czajkowski K, Gawryluk A et al. Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Warszawa: PZWL; 2012.
13. Ćwiek D, Augustyniak K, Woźniak-Branicka D et al. Szkoła rodzenia. Warszawa: PZWL; 2010.
14. Bałanda-Bałdyga A, Bień AM, Grudzińska M et al. Opieka nad kobietą ciężarną. Biblioteka Położnej. Warszawa: PZWL; 2009.
15. Straburzyńska-Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Tom I. Warszawa: PZWL; 2008.
16. Straburzyńska-Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Tom II. Warszawa: PZWL; 2008.
17. Scott JR, Ross NB. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labour delivery in primipara. *N Eng J Med.* 1976;294:1205–1207.
18. Sulima M, Golnik E. Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego. *Technologie w optymalizacji opieki medycznej. EJMT.* 2013;1(1):41–47.
19. Klejewski A, Urbaniak T, Pisarska-Krawczyk M et al. Stopień odczuwania bólu porodowego w zależności od stosowanych metod jego łagodzenia. *Przegląd Lekarski.* 2012;69(10):1026–1030.
20. Piasek G, Adamczyk-Gruszka O, Radmoski P et al. Niekonwencjonalne metody łagodzenia bólu porodowego. *Studia Medyczne.* 2012;25(1):67–72.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Natalia Smolarek
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 508 242 446
e-mail: smolarek.natalia@wp.pl