

POLOŽAJI ZA RAĐANJE

Ariana Lorencin, mag.obs.

e-mail: ariana.rabac@gmail.com

1. UVOD

Položaji za rađanje vežu se uz opstetričko iskustvo i tradiciju, biomehaniku i holistički pristup porodu odnosno humanizaciju poroda, kao emotivno-socijalnom iskustvu za roditelje i buduću obitelj. Znanstvene i stručne komparativne studije položaja za rađanje nisu povezane samo za pojedine opstetričare ili centre. Iz većine svjetskih opstetričkih kuća brojne su evaluacije položaja za rađanje. Studije ne uključuju samo položaje koji nisu na leđima, nego komparacijske studije i meta analize uspravnih i ležećih položaja za rađanje. U većini radova položaji za rađanje se odnose na normalan jednoplodni porod u stavu glavicom, no postoje i izvješća o porodima zatkom u drugim položajima (1).

Iako postoji kontroverza o odnosu između položaja majke u porodu, trajanja samog poroda, subjektivne nelagode i neonatalnog ishoda, neka rodilišta se odlučuju na druge položaje za rađanje, umjesto onog klasičnog, ležećeg na leđima, što za sobom iziskuje fiziološku trudnoću i sam porod, suradljivost roditelje i stručno znanje opstetričkog tima (2).

Porodi, doduše uz tehnološki nadzor, odvijaju se kao na traci. Svaki pacijent, ima pravo na informiranost o svojoj bolesti te na odluku o načinu liječenja. U porodništvu to znači odluka o nazočnosti osobe od povjerenja pri porodu, odluka o načinu rađanja, o položaju pri rađanju, o uporabi lijekova i o postupku s novorođenčeta. U sklopu tih pregnuća pokušava se obnoviti mijenjanje položaja u porodu. To su: porod stojeći, sjedeći, čučajući, na laktima i koljenima te porod u vodi. Pojedini alternativni načini rađanja su u nekim zemljama stekli priličnu popularnost. Sve više trudnica se fizički i psihički priprema za porod te žele same odabrati najpogodniji tjelesni položaj za rađanje. Sloboda rađanja ima psihološki učinak koji ima rezultat manje bolnog poroda,

uključujući i uvažavajući mišljenje i želju same roditelje, odnosno adekvatna skrb za roditelju (3, 4).

Ključne riječi: položaji za rađanje, ležeći položaj, uspravni položaj i koljeno-lakatni

2. POVIJESNI OSVRT

U starom Egiptu, žene su rađale u sjedećem ili ležećem stavu, u nazočnosti dviju ili više pomoćnica. Pomoćnice su bile redovito žene, a muškarci su bili prisutni jedino kad je trebala fizička pomoć kod poroda zastaloga djeteta. Razvoj današnje opstetricije započinje francuskom pariškom školom Louise Bourgeois (1564.-1640.). Ona je osnovala školu za primalje, uvela nastavu i ispite. Porod i nadzor trudnoće obavljale su primalje, a liječnik koji se posvetio porodništvu intervenirao je pri komplikacijama u porodu. Opstetričari su kroz nekoliko stoljeća usavršavali svoje vještine kojima su pomagali pri zastoju poroda: različiti oblici i tipovi forcepsa. Žene su rađale sjedeći na porodničkim stolcima ili ležeći na krevetu. Prilikom komplikacija, da bi primalja ili porodničar mogli pružiti odgovarajuću pomoć roditelji, ona je morala biti u odgovarajućem položaju: ležeći na leđima, s nogama raširenim u kukovima i pregibnutim u koljenima (4).

Početak 20. stoljeća sjedinjuju se ginekologija i porodništvo u novu struku – specijalizaciju, odnosno u ginekologiju i opstetriciju, što je ostalo do današnjih dana. U prvoj polovici 20. stoljeća žene još rađaju kod kuće, a u rodilišta dolaze samo komplicirani porodi. Sve je više porodničkih intervencija, koje su prije bile prvenstveno usmjerene na spašavanje života roditelje i tek sekundarno života djeteta. Na taj način je sve više maha uzimalo rađanje u ležećem položaju, na leđima. Rutinsko rađanje u krevetu pripisuje se Mauriceau, francuskom opstetričaru koji je djelovao u 17. stoljeću. U prvoj porodnoj dobi, u dobi otvaranja, roditelje su često koristile porodnički stolac, a na njemu se obavljao i izgon djeteta. Tako je austrijska carica Marija Terezija (1717.-1780.) rodila 19 djece, od njih šestoro uz pomoć porodničkog stolca. Od 50-ih godina 20. stoljeća porodništvo doživljava razvoj. Uvodi se antenatalna skrb i nove tehnologije poput kardiografije, pH metrije, amnioskopije, ultrazvuka, amniocenteze i sl. Za primjenu svih tih postupaka potrebno je da je roditelja u ležećem položaju. Zahvaljujući novim postupcima, antenatalnoj skrbi i rađanju u ustanovama, drastično su smanjeni maternatalni, perinatalni i neonatalni mortalitet i morbiditet (1, 4).

Osamdesetih godina 20. stoljeća javlja se novi pokret, povratak prirodnom porodu. Uvjetovan je željom za humanizacijom rađanja te pravima pacijenata. Naime, pri rađanju u velikim ustanovama, osoblje rađaonice često nema vremena posvetiti se pojedinačnoj roditelji. Porodi, doduše uz tehnološki nadzor, odvijaju se rutinski. S druge

strane, pokret za prava pacijenta zastupa gledište da svaki pacijent, ima pravo na informiranost o svojoj bolesti te na odluku o načinu liječenja. U porodništvu to znači odluka o nazočnosti supruga odnosno partnera i obitelji pri porodu, odluka o načinu rađanja o položaju pri rađanju, o uporabi lijekova i o postupku poroda. U sklopu toga pokušava se obnoviti rađanje kod kuće te mijenjati rađanje u krevetu na druge tzv. alternativne načine rađanja. To su porod stojeći, sjedeći, čučajući, na laktima i koljenima te porod u vodi (4).

3. POLOŽAJI ZA RAĐANJE

Temeljni položaji za rađanje su: ležeći položaj, uspravni položaj i koljeno-lakatni. Ležeći položaj je na leđima ili na boku. Stojeći položaj može biti stojeći, sjedeći, polusjedeći, čučajući i koljeni. Uvođenjem drugih položaja za rađanje uz ležeći, smanjuje se mogućnost epiziotomije i razdora međice, primjene lijekova, stimulacije trudova, a katkada i opasnih opstetričkih zahvata poput Kristellerova hvata. Rađanje u drugim položajima, osim leđnog, mijenja se opstetrička praksa, što iziskuje edukaciju primalja i prilagodbu njihova načina rada potrebama i željama roditelja. Većina modernih kreveta u hrvatskim rodilištima ima mogućnost postavljanja roditelja u polusjedeći ili sjedeći položaj. Rađanje u drugim položajima, poput polusjedećeg, sjedećeg, čučaćeg, koljeno-lakatnog i bočnog položaja s medicinske su točke gledišta sigurni i za majku i za dijete. Bez obzira na položaj tijekom rađanja, ishod porođaja je posve jednak i za majku i za čedo te stoga nema razloga da se uskraćuje bilo koji položaj koji žena izabere pri rađanju. Temeljem brojnih istraživanja roditelja češće prihvaćaju sjedeći, čučajući koljeno-lakatni ili bočni položaj od ležećeg položaja. Dugotrajni čučajući položaj može biti fizički teže podnošljiv, u uspravnim je položajima nešto veći gubitak krvi u trećem porodnom dobu, a nešto je češće i oštećenje međice većeg stupnja. (5).

3.1. Ležeći položaj

Ležeći je tradicionalan položaj. U ležećem položaju žene rutinski rađaju u rodilištima. Taj položaj ima svoje prednosti, ali i nedostatke. Njegove su prednosti da u prvom porodnom dobu omogućuje opuštanje roditelja odnosno opuštanje cijele muskulature tijela, osigurava trajni kardiotokografski zapis i fetalnu pH-metriju, najbolje omogućuje

trajnu intravensku infuziju. U doba izгона najprikladniji je položaj za nadzor kucaja čedinjeg srca te se, ako je potrebno, najlakše u ovom položaju, može učiniti epiziotomija. Kad je pri rađanju potrebna operativna intervencija kao što je vakuum ekstrakcija, oslobađanje ramena ili ručna pomoć kod zatka, rođilja je već u položaju u kojem se to obavlja te se ne gubi vrijeme njezinim premještanjem. U drugo porodno doba se podizanjem donjeg dijela ležišta ispravlja lumbalna lordoza odnosno lumbosakralni kut. Učvršćivanje stopala u ležišta, prihvaćanje šakama za rubove kreveta, omogućuje rođilji snažno tiskanje, koje tri puta povećava snagu truda, što ubrzava izlaz djeteta. U trećem porodnom dobu lakše je prosuditi krvarenje i poroditi posteljicu. Ležeći je položaj jedini mogući položaj pri opskrbi međice odnosno kod šivanja razdora cerviksa i međice, te za eksploraciju materišta, a optimalan je za bilo koju anesteziološku intervenciju. Porod ležeći ili porod u krevetu uobičajen je i najčešći način rađanja u većini rodilišta. Bočni položaj je sa stručnog stajališta važan, jer se ležanjem rođilje na strani leđa ploda, odnosno na strani male fontanele, poboljšava fleksija glavice i olakšava ulaz i rotacija glavice čeda u zdjelici. Bočni položaj je prikladan, jer se tako sprječava pritisak trudne maternice na donju šuplju venu i prevenira se pad arterijskog tlaka trudnice. Nedostaci položaja na leđima su ti da se u doba izгона ploda izgon odvija bez pripomoći gravitacije te da je veća mogućnost da se učini epiziotomija i da padnu otkucaji čedinjeg srca (4, 5, 6).

3.2. Uspravni položaj

Pod uspravnim stavom rođilje smatra se položaj stojeći, čučajući, polusjedeći, sjedeći i na koljenima. Kao prednosti tog stava se navode: povoljan utjecaj sile teže, proširenje zdjelice i bolja prilagodba glave zdjelici (5).

3.2.1. Stojeći položaj

Uzdužnim, stojećim položajem moguće je voditi prvo porodno doba, uz šetanje i povremeni kardiokografski zapis. Ovaj je položaj pod pozitivnim utjecajem sile teže, kontrakcije su efektivnije, tijek poroda je brži, moguć je i izgon. Porod može biti otežan i češće su veće rupturama dna zdjelice (5).

3.2.2. Polusjedeći i sjedeći položaj

Sjedeći položaj je manje naporan od čučućeg ili ležećeg položaja uz sve prednosti, a to su manji postotak epiziotomija, manja incidencija sekundarne inercije te manja

potreba za primjenu oksitocina. Nedostaci su mu smanjena pokretljivost zdjelice, većinom premala abdukcija natkoljenice, češći je edem vulve te može doći do većeg gubitka krvi (7).

Sjedeći se može roditi na porodnom stolčiću. Porodni stolčić se prvi puta spominje u egipatskim papirusima i židovskim zapisima, a polusjedeći i sjedeći položaj za rađanje bio je najčešći i najprihvatljiviji kod svih naroda. Danas, prvo i drugo porodno doba moguće je provesti na lopti uz povremene kardiokografske zapise. Neposredno prije izгона, roditeljica ide na porodni stolčić. Partner može sjediti na stolici iza supruge i pridržavati ju, ili se ona može poduprijeti rukama na koljena, a tijelo nagnuti prema naprijed. Prilikom poroda na stolčiću ne radi se epiziotomija, manja je mogućnost za razdore međice, snažniji je nagon na tiskanje u doba izгона, skraćuje se faza tiskanja, održava se fiziološki ritam disanja, smanjuje se sklonost majke prema hipoksemiji i hiperkapniji, manja je mogućnost za porođajne otekline kod novorođenčadi te je bolji psihološki doživljaj poroda (1, 5).

Sjedeći i polusjedeći roditeljica može roditi i u vodi. Porod u vodi postaje u zadnje vrijeme najviše referirana i raspravljana alternativna metoda rađanja. U Hrvatskoj je prvi porod u vodi obavljen 2003. godine u Klinici za ginekologiju i porodništvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Porod u vodi ima pozitivni učinak na dojam o porođaju: roditeljica se u vodi osjeća ugodnije. Prednosti poroda u vodi su ti da se smanjuje bol, a porođaj se bolje podnosi, čedo iz toplog unutarmaterničnog okruženja ulazi u toplu vodu, u kadi rođena novorođenčad rjeđe plaču, porod kraće traje, roditeljica bolje podnosi bol, manja je učestalost epiziotomije i razdora međice. Teže je procijeniti krvarenje u trećem porođajnom dobu. Neonatalni morbiditet nakon poroda u vodi je podjednak kao pri porodu u krevetu (1, 5, 9, 10)

3.2.3. Čučecí položaj

Čučecí položaj ima svoje prednosti i nedostatke. Čučecím položajem povećava se mobilnost, što samim time omogućava i bolju angažiranost roditeljice, često i znatno smanjuje incidenciju distocije ramena. Porod u čučecém položaju uključuje angažiranost. Radi se o aktivnom stavu uz optimalno korištenje sile teže, sudjelovanje pomoćne dišne muskulature i optimalnu pokretljivost zdjelice, spuštanje i ulaženje glavice u zdjelicu. Prednost je manji udio epiziotomija i ruptura međice, značajno

smanjena oksitocinska stimulacija tijekom drugog porodnog doba te skraćena faza. Nedostatak je taj što se ovaj položaj teško podnosi i naporan je za roditelja (1, 5).

3.3. Koljeno-lakatni položaj

Koljeno-lakatni položaj, ima više laceracija u odnosu na uzdužne položaje, a ako se dogodi distocija ramena, uspješno ju je moguće riješiti Gaskinim manevrom koji se samo nastavlja dalje na sam položaj rađanja. Ovaj manevar, nazvan po primalji Ini May Gaskin, u koljeno-lakatnom položaju omogućava da se proširi kapacitet zdjelista za oko 30 posto i olakšava oslobađanje ramena prvenstveno mogućnošću manipulacije u sakralnoj jami. Položaj može biti nesiguran i nespretno za krevet, potrebna je strunjača koja mora biti na podu (1, 5, 8).

4. ZAKLJUČAK

Može se zaključiti da je u mnogim hrvatskim rodilištima i dalje praksa odnosno zlatni standard da roditelj leži na leđima i na boku u tijeku poroda. Najčešće se roditelj postavlja na ležeći položaj na lijevom/desnom boku, uz kontinuirani kardiotokografski zapis. Najčešće se na taj način vodi porod radi sigurnijeg i boljeg maternalnog, perinatalnog i neonatalnog ishoda. Ležeći na leđima, roditelj se može bolje opustiti, ali prkosi sili teži, češće su rupturi međice i češće se izvede epiziotomija. Češće se porod dovršava operativno/instrumentalno. Postoje i drugi položaji za rađanje. To su uspravni (stojeći, polusjedeći, sjedeći, čučajući) i koljeno-lakatni. Danas roditelje često odabiru druge položaje za rađanje osim ležećeg. Mnogim roditeljama ostali položaji skraćuju vrijeme poroda, smanjuju porođajnu bol i bolji je psihološki aspekt samog poroda. Ostali položaji osim leđnog, smanjuju mogućnost ruptura međice, smanjuju mogućnost epiziotomije, zapreke rađanja kao što je zastoj ramena te se porod rjeđe dovršava operativno/instrumentalno. Rađanje u drugim položajima, osim leđnog, mijenja se opstetrička praksa, što iziskuje edukaciju primalja i prilagodbu njihova načina rada potrebama i željama roditelje. Svaka roditeljica ima pravo na izbor u kojem položaju će roditi, a mi kao zdravstveni djelatnici moramo je podržavati u tome i individualizirano joj pristupiti, postupajući u najboljem interesu za nju i dijete, reagirajući pravovremeno na moguće rizike i opasnosti.

LITERATURA

1. Dražančić A. i suradnici. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1994.

2. Roberts J., Malasanos L., Mendez-Bauer C. Maternal Positions in Labor: Analysis in Relation to Comfort and Efficiency. Birth Defects Orig Artic Ser, 17(6):97-128, 1981.
3. Dražančić A., Kurjak A. Hrvatska perinatologija – prošlost, sadašnjost i budućnost, Gynaecol perinatol. 11(2):53-68, 2002.
4. Dražančić A. Alternativne metode rađanja. Gynaecol Perinatol, 13(2):43-51, 2004.
5. Priručnik za provođenje inicijative Rodilište prijatelj majki, Zagreb, 2019.
6. Habek D. Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
7. Švaljug D., Bošković S., Sumpor B. Nemedikamentne metode ublažavanja porođajne boli, preuzeto s:
<https://bib.irb.hr/datoteka/1033065.1. Rad D. valjug NEMEDIKAMENTNE METODE UBLAŽAVANJA POROĐAJNE BOLI.pdf>
8. Habek D. Asistirani porod kod distocije fetalnih ramena, Gynaecol Perinatol, 14(4):166-170, 2005.
9. Sindik N., Petrović O., Haller H., Smiljan Severinski N., Vlašić H., Rukavina D. Porod u vodi. XX. perinatalni dani Ante Dražančić, Zagreb, 2003. Gynaecol Perinatol, 12 (Suppl.1.):168, 2003.
10. Geissbuchler V., Eberhard J., Lebrecht A. Waterbirth: water temperature and bathing time – mother knows best! J Perinat Med, 30:371-8, 2002.