



Techniki stosowane w trakcie porodu w celu korekty pozycji płodu i usprawnienia jego przebiegu

Techniques used during the labour to encourage optimal fetal position and improve the process of delivery.

Magdalena Witkiewicz^a, Barbara Baranowska^b,
Magdalena Piskorska^c, Urszula Tataj-Puzyna^d

^a *Mgr Magdalena Witkiewicz*, <https://orcid.org/0000-0002-6472-7132>,

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

^b *Dr hab. n. o zdr. Barbara Baranowska*, <https://orcid.org/0000-0003-2723-9604>,

Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

^c *Mgr Magdalena Piskorska*, <https://orcid.org/0009-0006-1739-7982>,

Szkoła Pielęgniarstwa i Położnictwa, Queen's University Belfast, Irlandia Północna

^d *Dr Urszula Tataj-Puzyna*, <https://orcid.org/0000-0001-9800-3434>,

Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Abstrakt: Na przebieg porodu wpływ ma wiele czynników, z których jedynie niektóre podlegają kontroli kobiety rodzącej i/lub personelu medycznego. Postęp porodu warunkują następujące czynniki: budowa anatomiczna miednicy i konsystencja tkanek miękkich, czynność skurczowa macicy, położenie i ułożenie płodu oraz nastawienie rodzącej. W artykule opisano stosowane współcześnie techniki i metody mające na celu usprawnienie przebiegu porodu w przypadku nieoptymalnego wstawiania się płodu w miednicę.

Słowa kluczowe: nieprawidłowe ułożenie płodu, optymalna pozycja matki, optymalna pozycja płodu

Abstract: The course of labour is influenced by many factors, only some of which are under the control of the woman in labour and/or the medical staff. The conditions for efficient movement of the head in the birth canal, including the anatomy of the pelvis and soft tissues, uterine contractility, fetal positioning and the attitude of the birthing women, are crucial. This article describes techniques and methods to improve the movement of the fetus through the birth canal in the case of suboptimal condition of childbirth.

Keywords: malposition, optimal mother position, optimal fetal position

Wstęp

Obserwowane w ostatniej dekadzie zmiany w położnictwie charakteryzujące się narastającą liczbą cięć cesarskich, porodów zabiegowych i znaczną medykacją porodu. Obrazują one potrzeby sprawczości i kontroli w porodzie, prezentowane zarówno przez personel medyczny jak i rodziców przygotowujących się do rodzicielstwa. Ich wpływ na proces porodowy jest jednak bardzo ograniczony. Do czynników warunkujących postęp porodu, określanymi jako Prawo 4 P należą: power – czynność skurczowa, passenger – pozycja płodu, passage – miednica kostna i tkanki miękkie, psyche – nastawienie psychiczne rodzącej.

Istotnym czynnikiem warunkującym postęp porodu jest zarówno czynność skurczowa jak i kondycja psychiczna rodzącej. Z konieczności minimalizowania negatywnych doświadczeń porodowych kobiet przechodzących przez trudny poród, zaczęto szukać technik sprzyjających usprawnieniu procesu porodowego. Na podstawie wnikliwych obserwacji doświadczonych położnych opisano dwa nurty, których celem jest wspieranie fizjologicznego przebiegu porodu. Pierwotnie sformułowano zasadę Optymalnej Pozycji Płodu (Optimal Fetal Position (OFP), a później dołączono zasadę Optymalnej Pozycji

Matki (Optimal Mother Positioning (OMP)). Te dwa nurty uzupełniają się i opisują dążenie do stworzenia optymalnej przestrzeni w miednicy, umożliwiającej rodzącemu się dziecku przyjęcie optymalnej pozycji. Zdolność położnych do promowania normalnego porodu może być wzmocniana poprzez konkretne techniki wspierające mogą być wykorzystane do poprawy wyników porodu i przyczynić się do pozytywnego doświadczenia porodowego. Kiedy położne skutecznie współpracują z kobietą rodzącą i jej partnerem, ich praca może być bardziej efektywna, stymulująca do wysiłku wspierania fizjologicznego porodu (Sirviö, Ohlsson, 2021).

1. Optymalna Pozycja Płodu

Określenie 'optymalna pozycja płodu' funkcjonuje w położnictwie od 1995 roku dzięki Jean Sutton, nowozelandzkiej położnej sprawującej opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym. Na podstawie własnych obserwacji wnioskuje, że ustawienie płodu w macicy i sposób wstawiania się do macicy mają znaczący wpływ na przebieg procesu porodowego. Optymalną pozycję płodu definiowała jako położenie płodu podłużne główkowe, ustawienie lewe, w którym plecy płodu zwrócone są ku przodowi macicy (LOA – Left occiput anteriors). Według jej obserwacji proporcje występowania tego ustawienia w populacji zmniejszały się na przestrzeni ostatnich lat, co było wynikiem zmian cywilizacyjnych, zmiany trybu życia kobiet ciężarnych, co w konsekwencji zaowocowało koniecznością większej medykalizacji porodu (Sutton, 2001).

W celu wspierania optymalnej pozycji płodu powstał nowy nurt zwany Spinning Babies®. Zgodnie z nim prowadzone są warsztaty dla rodziców w okresie przedporodowym oraz szkolenia dla personelu medycznego, zajmującego się wspieraniem kobiet w okresie okołoporodowym. Metoda ta opisana przez położną Gail Hart opiera się na uznaniu, że znaczącym czynnikiem warunkującym właściwy postęp porodu jest odpowiednia pozycja płodu. Grawitacja, balans i ruch to naturalne siły, które są wykorzystywane w celu uzyskania optymalnej pozycji płodu pod koniec ciąży lub w trakcie porodu, którego

postęp jest nieoptymalny. Techniki Spinning Babies® oparte na naturalnych siłach przyrody i potencjale ciała kobiety powinny więc sprzyjać wspieraniu porodu fizjologicznego, w którym interwencje medyczne są rzadkością (Tully, 2015). Spinning Babies® wykorzystuje „Fantastyczną Czwórkę”, którą stanowią: 1. Wykorzystanie Rebozo, aby zachęcić do głębokiego rozluźnienia mięśni gładkich i umysłu; 2. Inwersja z pochyleniem do przodu, aby stworzyć przestrzeń w dolnym odcinku macicy i wyrównać ewentualne asymetrie anatomiczne; 3. Rozluźnienie w pozycji bocznej, aby zwiększyć przestrzeń w miednicy i zniwelować napięcie mięśni dna miednicy; 4. Zwolnienie ucisku na kość krzyżową i okalającą ją więzadła poprzez pozycję stojącą, umożliwiającą jej ruchomość, a tym samym zwiększenie pojemności miednicy (Spiteri, 2019). Nie przeprowadzono jednak dotychczas rzetelnych badań naukowych potwierdzających zasadność i skuteczność stosowania tych technik. Informacje dotyczące stosowania techniki Spinning Babies® można uzyskać w opisach przypadkach i narracji położnych publikowanych w czasopiśmie branżowych, jednak nie w naukowych czasopiśmie recenzowanych (Tully, 2012; Waechter, 2018; Morales, 2019; Wainer, 2019). Istnieją również zapisy dotyczące negatywnych opinii położnych związanych z wykorzystaniem tej techniki (Tritten, 2017).

Nie zaobserwowano również znaczących różnic, jeśli chodzi o częstość ukończenia porodu drogami i siłami natury czy też w sposób zabiegowy (cięcie cesarskie, próżnościąg położniczy, kleszcze) w przeprowadzonych dotychczas badaniach, mających na celu porównywanie optymalnej pozycji płodu z innymi opcjami ustawienia części przodującej płodu względem miednicy rodzącej na początku porodu (Ahmad i in. 2014).

2. Optymalna Pozycja Matki

Ograniczony wpływ działań personelu medycznego na pozycję płodu zarówno w działaniach przed jak i śródporodowych, doprowadził do powstania stworzonego przez Ginny Phang-Davey nurtu Optymalnej Pozycji Matki. Ten nurt również zakłada

wykorzystanie aktywności i ruchu rodzącej, jednak nie w celu korekty pozycji płodu, lecz w celu uzyskania optymalnej pojemności miednicy kostnej rodzącej. Większe znaczenie ma ustawianie kobiety rodzącej w określonej pozycji umożliwiającej poród drogami natury niż wstawianie się płodu w miednicę kostną w sposób optymalny. Zgodnie z tym nurtem unika się określenia 'nieprawidłowa pozycja płodu', uznając że pozycja dziecka jest zgodna z właściwościami miednicy (na przykład ułożenia potylicowego tylnego nie traktuje się jako nieprawidłowość, lecz jako odmianę normalności (variety of normal). Płód, zgodnie z założeniami zwolenników tego nurtu, wstawia się w miednicę i przechodzi przez nią w taki sposób, który jest najbardziej optymalny dla danego kształtu miednicy. W wielu sytuacjach proces ten może znacznie odbiegać od podręcznikowego mechanizmu porodu, charakterystycznego dla miednicy typu ginekoidalnego (Brittany Sharpe McCollum). Nie zaleca się stosowania obrotu wewnętrznego płodu z odmiany potylicowej tylnej w przypadku gdy rodząca posiada budowę miednicy kostnej typu antropoidalnego. Kształt przestrzeni wchodu takiej miednicy w pełni harmonizuje z kształtem główki dziecka, wstawiającej się w ten sposób w kanał rodny kobiety (Barth Jr, 2015). Teoria ta zgodna jest ze współczesnym modelem myślenia obecnym również w innych obszarach, wyrażająca się istnieniu continuum, traktującym odmienności nie jako nieprawidłowe, a jedynie mniej powszechne.

3. Optymalne rozluźnienie rodzącej

Pośrednią formą wpływania na korektę pozycji płodu jest działanie mające na celu likwidację napięcia emocjonalnego i mięśniowego rodzącej. Zasadniczą techniką jest minimalizowanie bądź likwidacja bólu porodowego, który jest źródłem tego napięcia. Ból ten może być odczuwany jako нефизjologiczny i nieakceptowalny przez rodzącą, szczególnie w przypadku nieprawidłowej pozycji płodu. Jest to rodzaj sprężenia zwrotnego. Uzyskanie rozluźnienia tkanek miękkich (więzadeł, powięzi, mięśni dna miednicy) poprzez likwidację bólu w okolicy krzyżowej może

prowadzić do prawidłowej rotacji płodu. Jeśli powodem nietypowego wstawiania się płodu w miednicę jest nadmierne napięcie tkanek miękkich, bez względu na to, czy ono jest pierwotne czy wywołane bólem, to po zastosowaniu technik eliminujących ból, bądź likwidujących napięcie, pozycja płodu powinna się zmienić na korzystniejszą.

Do technik sprzyjających poprawie kondycji mentalnej i optymalizujących warunki anatomiczne rodzącej należą wszelkie naturalne metody łagodzenia bólu np. TENS, imersja wodna, działania manualne oraz proponowane przez nurt Spinning Babies® techniki z chustą rebozo czy side lying realise, wstrząsanie udami i pośladkami. Bardziej inwazyjną metodą jest zastosowanie iniekcji śródskórnych z wody destylowanej w okolicę kości krzyżowej. Metody te nadal nie mają rzetelnych opracowań naukowych potwierdzających ich skuteczność.

4. Techniki stosowane w celu korekty pozycji płodu i uzyskania optymalnej pojemności miednicy

Wstawianie się płodu w kanał rodny kobiety, definiowane dotychczas jako nietypowe, czy też specyficzny kształt miednicy kostnej, mogą wiązać się z przedłużającym się porodem. Ta sytuacja wymaga często większego zaangażowania personelu medycznego oraz zastosowania odpowiednich technik wspierających. Techniki wspomagające stosowane w przebiegu trudnego porodu (szczególnie długiego i bolesnego) mają na celu nie tylko umożliwienie porodu drogami natury, ale również zabezpieczenie rodzącej przed traumatycznym doświadczeniem porodowym. Personel sali porodowej powinien wykorzystywać techniki wspomagające przebieg takiego porodu. Do podstawowych i powszechnych metod należy stosowanie pozycji wertrykalnych, szczególnie w II fazie porodu. Zgodnie z teorią OMP kobiety zachęca się do przyjmowania pozycji wręcz nienaturalnych, do których ciało nie jest przyzwyczajone, w celu otwarcia poszczególnych struktur kostnych, dzięki silnemu pociąganiu więzadeł (Calais-Germain, Vives Parés, 2009). Wymaga to jednak od personelu

Tab. 1. Techniki stosowane w celu korekty nieoptymalnego ustawienia płodu

<p>Pozycja na czworaka (<i>Hands-and-knees posture</i>) Dwa aktualne przeglądy systematyczne oceniające stosowania tej pozycji w celu korekty ustawienia płodu nie wskazały na jej skuteczność w uzyskaniu prawidłowego obrotu kości potylicznej, zarówno bezpośrednio po interwencji, jak i w drugiej fazie porodu. Nie odnotowano również wpływu na zmniejszenie odsetka cięć cesarskich, znieczulenia zewnątrzoponowego, ciężkich urazów krocza oraz satysfakcji matki i punktacji Apgar mniej niż siedem w pięciu minutach.</p>	(Barrowclough i in. 2022; Levy i in. 2021) ClinicalTrials.gov, the World Health Organization (WHO)
<p>Pozycje boczne (<i>Lateral postures</i>) Na podstawie badań włączonych do przeglądu stosowanie tej pozycji może mieć niewielki lub żaden wpływ na zmniejszenie odsetka porodów operacyjnych, cięć cesarskich, instrumentalnego porodu pochwowego i satysfakcji matki, ale dowody te są niepewne.</p>	(Barrowclough i in. 2022) ClinicalTrials.gov, the World Health Organization (WHO)
<p>Obrót ręczny (<i>Manual or digital rotation</i>) Przegląd autorstwa Burd i wsp. wykazał, że profilaktyczne ręczne obracanie płodów z pozycji potylicznej tylnej lub potylicznej poprzecznej, potwierdzone badaniem ultrasonograficznym, nie zwiększało częstości spontanicznych porodów pochwowych w porównaniu z brakiem ręcznego obracania. Ręczne obracanie główki płodu z pozycji potylicznej tylnej wcześniej podczas drugiej fazy porodu wiązało się z istotnym 12,8-minutowym skróceniem czasu trwania drugiej fazy porodu, bez zmian w innych wynikach matczyńskich i płodowych. Nie wykazano różnic dla płodów obroconych z pozycji potylicznej poprzecznej lub dla kombinacji płodów potylicznych tylnych i potylicznych poprzecznych. Przegląd autorstwa Berthold i wsp. wykazał, że obrót ręczny wiązał się z wyższym odsetkiem spontanicznych porodów pochwowych: 64,9% vs 59,5% (RR, 1,09; 95% przedział ufności, 1,03-1,16; p=.005; 95% przedział predykcji, 0,90-1,32). Obrót ręczny był związany ze spontanicznym porodem pochwowym tylko dla pozycji potylicznej tylnej (RR, 1,08; 95% przedział ufności, 1,01-1,15). Ponadto wiązał się z redukcją pozycji potylicznej tylnej lub poprzecznej przy porodzie (RR, 0,64; 95% przedział ufności, 0,48-0,87) i epizjotomii (RR, 0,84; 95% przedział ufności, 0,71-0,98). Grupy nie różniły się istotnie pod względem odsetek porodów cesarskich, operacyjnych porodów pochwowych oraz wyników noworodkowych.</p>	(Bertholdt i in. 2022; Burd i in. 2022)
<p>Ułożenie matki z ugiętymi udami (<i>Maternal positioning with flexed thighs</i>) W niniejszym przeglądzie systematycznym nie stwierdzono istotnego związku między pozycją matki z ugiętymi udami a rotacją płodu z pozycji potylicznej tylnej do potylicznej przedniej podczas pierwszego etapu porodu. Badane pozycje matek nie miały wpływu na większość innych wyników porodowych.</p>	(Lee i in. 2021)
<p>Pozycja Simsa (boczna z nadmierną rotacją) (<i>Sims posture</i>) U kobiet wykorzystujących pozycję Simsa, płody ustawione w pozycji potylicowej tylnej obróciły się do potylicowej przedniej w 50,8% przypadków, podczas gdy w grupie pozycji dowolnych obrót wystąpił w 21,7% (p=.001). Wskaźnik porodów pochwowych był wyższy w grupie Simsa w porównaniu z grupą pozycji dowolnych (84,7% vs 68,3%, p= .035).</p>	(Bueno-Lopez i in. 2018)
<p>Technika Rebozo (<i>Rebozo Technique</i>) Praca zawiera opis technik wykorzystywanych w pracy z kobietą rodzącą z nieprawidłowo ułożonym płodem, jednak nie przeprowadzono dotychczas badań klinicznych oceniających skuteczność tej techniki. Jak dowodzą autorzy, potrzebne są dodatkowe badania, aby kontynuować eksplorację tradycyjnego stosowania tej praktyki i porównania jej skuteczności z innymi interwencjami w zakresie pozycjonowania płodu podczas porodu.</p>	(Cohen and Thomas, 2015)
<p>Piłka porodowa (<i>Peanut ball</i>) Uważa się, że stosowanie piłek porodowych zwiększa komfort matek i naśladuje pionowe pozycjonowanie w celu poszerzenia ujścia miednicy dla kobiet rodzących bez znieczulenia zewnątrzoponowego. Niedawna metaanaliza wykazała, że użycie piłki porodowej w porodzie znacznie zmniejsza ból matki w porodzie o 1,7 punktu w standardowej wizualnej skali analogowej od 1 do 10 (MD, -1,70 punktu; 95% przedział ufności, -2,20 do -1,20). Zastosowanie piłki porodowej nie wpływało istotnie na sposób ukończenia porodu ani na częstość innych powikłań położniczych. Brakuje badań oceniających skuteczność użycia piłki porodowej w celu uzyskania prawidłowego ułożenia kości potylicznej płodu.</p>	(Grenvik i in. 2023)
<p>Pozycja Walchera (<i>Walcher's position</i>) Technika opisana pod koniec XIX wieku przez niemieckiego lekarza, stosowana w przypadku trudności w obniżaniu się główki w kanale rodnym. Rodząca przenoszona jest na krawędź łóżka, a jej nogi zwisają swobodnie, tak aby ciężar nóg mógł odciążyć spojenie łonowe i pozwolić główce dziecka wejść do miednicy. Brakuje jednak badań naukowych potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo tej metody.</p>	(Tully, 2016)
<p>Akupunktura i moxibustion (<i>Acupuncture and moxibustion</i>) W porównaniu z grupą kontrolną, moxibustion znacząco zwiększał szanse na wystąpienie położenia główkowego płodu przy urodzeniu (RR = 1,39; 95% CI = 1,21-1,58). Wpływ akupunktury na korektę położenia miednicowego płodu po analizie wrażliwości był niespójny w stosunku do kontroli. Efekt moxibustion i akupunktury był synergistyczny w korygowaniu położenia miednicowego (RR = 1,53; 95% CI = 1,26-1,86).</p>	(Liao i in. 2021)

p- istotność statystyczna, RR - ryzyko względne, MD - średnia różnica

medycznego wnikliwej identyfikacji zaawansowania główki w kanale rodym, precyzyjnego określenia, w której płaszczyźnie znajduje się główka płodu. Ta wiedza pozwala na zastosowanie odpowiedniej pozycji, służącej otwieraniu konkretnej przestrzeni miednicy. Nawet zastosowanie subtelnej korekty typowych pozycji porodowych może przynieść znaczący efekt, jeśli nastąpi we właściwym momencie. Dla rodzącej i dla personelu działania te nie wymagają dużego wysiłku ani sprawności fizycznej, ponieważ wiążą się zazwyczaj ze zmianą kąta ustawienia stopy, właściwej rotacji kości udowej czy kąta nachylenia tułowia rodzącej, względem miednicy. Można je również zrealizować w sytuacji, gdy rodząca przebywa cały czas w pozycji leżącej z powodu silnie działającego znieczulenia zewnątrzoponowego lub konieczności stałego monitorowania pracy serca płodu. O wiele łatwiej uzyskać zmianę pozycji rodzącej niż zmianę pozycji płodu w kanale rodym kobiety. Wymaga to jednak zaufania opartego na wiedzy i doświadczeniu personelu medycznego, że w sposobie pokonywania miednicy przez płód jest pewna prawidłowość i należy skupić się na maksymalnym otwieraniu pasażu, przez który dziecko ma przejść. Na korzyść tych technik wpływa również fakt, że nie kwalifikuje się ich do kategorii interwencji, z którymi wiązałoby się jakiekolwiek ryzyko i że nie są obciążone efektami ubocznymi.

W przypadku nieoptymalnego ułożenia płodu, w szczególności w przypadku ułożenia potylicowego tylnego płodu, wykorzystuje się dodatkowe techniki korygujące. Ocena technik mających na celu korektę nieprawidłowej pozycji płodu, stosowanych śródporodowo nie wskazuje na ich wysoką efektywność (tabela 1). Zastosowanie metod takich jak obrót rodzącej do pozycji na czworaka, techniki z użyciem chusty rebozo, piłki rehabilitacyjnej, układanie kobiety w pozycji bocznej znacznie poprawiają komfort rodzącej, natomiast bardzo rzadko prowadzą do pożądanego obrotu płodu do pozycji optymalnej (Karimnia i in. 2004; Cohen and Thomas, 2015). Manualna rotacja płodu wykonywana w drugim okresie porodu w trakcie badania wewnętrznego wydaje się być techniką najbardziej skuteczną, jednak dość inwazyjną. Jej zasadność jest również podważana ze względu na to, że znaczna część płodów wstawiających się do miednicy w położeniu

potylicowym tylnym rotuje się samoistnie do pozycji potylicowej przedniej w próżni miednicy (Broberg and Caughey, 2021; Burd i in. 2022).

Podsumowanie

Na podstawie powyższej analizy można zastanawiać się czy zasadna jest zmiana pozycji płodu. Decyzja o zastosowaniu technik zmiany pozycji płodu wymaga wnikliwej diagnostyki. Konieczna jest analiza, czy niesatysfakcjonujący postęp porodu faktycznie wynika z nieoptymalnego wstawiania się płodu w kanale rodym kobiety, czy też z zaburzeń pochodzących od innych czynników warunkujących postęp porodu (czynności skurczowej, konsystencji tkanek miękkich czy nadmiernego stresu i napięcia rodzącej). Należy zaznaczyć, że czynniki te pozostają ze sobą w stałej zależności, zmiana bądź poprawa funkcjonowania jednego z czynników może wpływać na inne. Bardzo trudno zidentyfikować czynnik, który pierwotnie spowodował kaskadę zmian i zaburzeń. Identyfikacja dokonywana przez personel, czy dany sposób wstawiania główki płodu będzie powodował kolizję i brak postępu porodu czy jest najlepszą opcją dla kształtu danej miednicy wymaga profesjonalizmu, dużego doświadczenia i nadal nie ma pewności, że diagnoza będzie trafna. Wobec braku naukowego potwierdzenia skuteczności metod korekty pozycji płodu i braku wiedzy czy posiadaniu niepełnej wiedzy, dlaczego płód wstawia się w ten sposób, zasadną postawą będzie akceptacja takiej pozycji i skierowanie działań w stronę optymalizacji funkcjonowania pozostałych czynników warunkujących postęp porodu.

Zasadne więc wydaje się zastosowanie nieinwazyjnych technik polegających na sugerowaniu rodzącej pozycji, w których można uzyskać optymalną pojemność miednicy w różnych jej przestrzeniach, zależnie od zaawansowania porodu.

Fakt, że stan emocjonalny kobiety w trakcie porodu jest istotnym czynnikiem warunkującym jego postęp, wszelkie działania służące łagodzeniu bólu i obniżaniu poziomu lęku, mogą przynieść efekty widoczne w obszarze anatomicznym. Jest to związane z silną korelacją napięcia psychicznego z napięciem mięśniowym.

Przekierowanie działań personelu medycznego poprawiających pozycję płodu czy pozycję matki na stworzenie optymalnego rozluźnienia rodzącej, zarówno w wymiarze emocjonalnym, jak i mięśniowo-powięziowym, może przynieść efekty w postaci satysfakcjonującego postępu porodu, jak i pozytywnego doświadczenia porodowego kobiety.

W edukacji kobiet przygotowujących się do porodu oraz personelu medycznego istotne jest określenie zakresu ludzkiego wpływu na proces porodu. Świadomość ograniczeń w tym zakresie sprzyja budowaniu postawy akceptacji wobec procesów zachodzących w trakcie porodu. Uwaga i kierunek działań osób odpowiedzialnych za tworzenie systemów opieki nad rodzącą powinny iść w stronę stwarzania warunków do realizacji wymienionych optymalizacji.

Pomimo braku dowodów naukowych wskazujących na skuteczność wyżej wymienionych technik, warto je stosować, ponieważ należą do metod bezpiecznych, nieinwazyjnych, niewywołujących działań niepożądanych. Dodatkowo kobietom poświęca się dużo uwagi, co jest istotną składową w budowaniu pozytywnego doświadczenia porodowego.

Komunikując się z rodzącą, u której stwierdzono nieoptymalną pozycję płodu, należałoby unikać określeń wskazujących na nieprawidłowość. Szacując długi, trudny poród raczej należy skupić się na działaniach mających na celu stworzenie warunków, w których możliwe będzie budowanie pozytywnego doświadczenia np. opieka „one to one”, dostępność znieczulenia, możliwość korzystania ze wsparcia douli, osób bliskich, zaspakajanie podstawowych potrzeb biologicznych rodzącej, personel znający wyżej wymieniane techniki.

W przypadku długotrwałego porodu dość istotne dla personelu medycznego jest zidentyfikowanie sytuacji, w których należy podjąć działania wspierające kondycję psychiczną rodzącej, manewry optymalizujące pozycje płodu i przestrzeń miednicy.

Świadomość istnienia naturalnego spowolnienia akcji porodowej czy nawet okresowego braku postępu porodu jest tu kluczowa (Weckend, Davison, Bayes, 2022). Wskazana jest akceptacja sytuacji, w których nie działanie rozwiązuje problem, ale upływ czasu naznaczony cierpliwością. Zgoda personelu medycznego na brak pełnej sprawczości w porodzie chroni przed nadmiernymi interwencjami, nawet jeśli są one nieinwazyjne.

Bibliografia

- Ahmad, A. et al. (2014). Association between fetal position at onset of labor and mode of delivery: a prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 176-182. <https://doi.org/10.1002/uog.13189>
- Barrowclough, J.A. et al. (2022). Maternal postures for fetal malposition in labour for improving the health of mothers and their infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD014615. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014615>
- Barth Jr, W.H. (2015). Persistent occiput posterior. *Obstetrics & Gynecology*, 125(3), 695-709.
- Bertholdt, C. et al. (2022). Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(6), 781-793. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.033>
- Broberg, J.C. and Caughey, A.B. (2021). A randomized controlled trial of prophylactic early manual rotation of the occiput posterior fetus at the beginning of the second stage vs expectant management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(2), 100327. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100327>
- Bueno-Lopez, V. et al. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(4), 385-392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>
- Burd, J. et al. (2022). Prophylactic rotation for malposition in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2), 100554. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100554>
- Calais-Germain, B. and Vives Parés, N. (2009). *Preparing for a Gentle Birth: The Pelvis in Pregnancy*. Rochester: Healing Atrs Press.
- Cohen, S.R. and Thomas, C.R. (2015). Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(4), 445-451. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12352>
- Grenvik, J.M., Coleman, L.A. and Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, S0002-9378(23)00115-1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>
- Kariminia, A. et al. (2004). Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *British Medical Journal*, 328(7438), 490. <https://doi.org/10.1136/bmj.37942.594456.44>
- Lee, N. et al. (2021). Maternal positioning with flexed thighs to correct foetal occipito-posterior position in labour: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 99, 103008. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103008>
- Levy, A.T. et al. (2021). Hands-and-knees posturing and fetal occiput anterior position: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(4), 100346. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100346>

- Liao, J.-A. *et al.* (2021). Correction of Breech Presentation with Moxibustion and Acupuncture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 9(6),619. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060619>
- Morales, N. (2019). First Stage: The Division of a Labor. *Midwifery Today*, 21 March. (From:) <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/first-stage-the-division-of-a-labor/> (Access: 16 April 2023).
- Sirviö, R. and Ohlsson, M. (2021). Barnmorskors erfarenheter av att tillämpa Spinning Babies vid förlossning: En kvalitativ intervjustudie. (From:) <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1518054/FULLTEXT01.pdf> (Access: 16 April 2023).
- Spiteri, G. (2019). The Spinning Babies® Approach. *Malta Midwives Journal*, 14, 17–19.
- Sutton, J. (2001). *Let Birth be Born Again!: Rediscovering & Reclaiming Our Midwifery Heritage*. Birth Concepts UK.
- Tritten, J. (2017). On Posterior Conversations from Facebook. *Midwifery Today*, 121, 24–26.
- Tully, G. (2012). Arm behind the back: a shoulder dystocia complication. *Midwifery Today with International Midwife*, 103, 18–19, 69.
- Tully, G. (2015). Posterior Perspective. *Midwifery Today with International Midwife*, 114, 8–11.
- Tully, G. (2016). Opening the Pelvic Brim with Walcher's Position. *Midwifery Today with International Midwife*, 117, 26–27.
- Waechter, M. (2018). Labor: Short and Long; Physical and Mental. *Midwifery Today*, 1 June. (From:) <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/labor-short-and-long-physical-and-mental/> (Access: 16 April 2023).
- Wainer, N. (2019). Leaving the Farmhouse: Musings on the First Stage of Labor. *Midwifery Today*, 26 March. (From:) <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/leaving-the-farmhouse/> (Access: 16 April 2023).
- Weckend, M., Davison, C. and Bayes, S. (2022). Physiological plateaus during normal labor and birth: A scoping review of contemporary concepts and definitions. *Birth*, 49(2), 310–328. <https://doi.org/10.1111/birt.12607>