

PORÓD LOTOSOWY – STUDIUM PRZYPADKU

Lotus birth – case study

Anna Stysiał¹, Monika Przestrzelska², Katarzyna Żelazko²

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Studenckie Koło Naukowe Femini, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pierwszy poród lotosowy odbył się w roku 1974 w Stanach Zjednoczonych. Pomysłodawczynią i pierwszą kobietą „rodzącą lotosowo” była Claire Lotus Day – pielęgniarka i nauczycielka. Jest nazywana „matką narodzin lotosu”. W filozofii tej formy porodu łożysko umiera oddając siłę życia dziecku. Poród lotosowy to nie tylko przejście duchowe między łożyskiem a noworodkiem, według dr Sarah Buckley jest on jak dobra położna. Umożliwia matce i dziecku szczególne przeżycie pierwszych dni.

Cel pracy. Przedstawienie specyfiki opieki i postępowania z pacjentką w domowym porodzie lotosowym oraz opisanie przebiegu okresu okołoporodowego z uwzględnieniem holistycznej opieki nad rodzącą i jej rodziną.

Materiał i metody. Analizy dokonano na podstawie procesu pielęgnowania w metodzie indywidualnych przypadków oraz krytycznej analizy literatury. Wykorzystano dane z dokumentacji medycznej, kwestionariusza wywiadu i obserwacji.

Wnioski. Pacjentkę rodzącą w domu należy objąć opieką holistyczną. Rola położnej polega na wspieraniu, motywowaniu i towarzyszeniu w porodzie, koncentruje się nie tylko na sferze medycznej, ale także duchowej pacjentki. Położna powinna okazywać postawę otwartą wobec oczekiwań i potrzeb kobiety oraz koncentrować się nie tylko na jej sferze medycznej oraz duchowej. Jednym z ważniejszych aspektów opieki nad położnicą i noworodkiem po porodzie lotosowym jest zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego do czasu samoistnego odpepniania.

Słowa kluczowe: poród lotosowy, łożysko, położna.

SUMMARY

Background. The first lotus birth took place in 1974 in the United States of America. Claire Lotus Day, a nurse and a teacher, was the originator and first woman „giving birth to lotus”. She is called mother of lotus birth. In this philosophy of childbirth dying placenta give the life force of the child. Lotus birth is not just a spiritual transition between the placenta and the newborn. According to Dr. Sarah Buckley, placenta is like a good midwife. It allows the mother and child special experience of the first days.

Objectives. The purpose of the work is to present the specifics of treatment and care over a patient during home lotus birth and description the course of the perinatal period, including holistic care for the child and her family.

Material and methods. The analyzes were based on the nursing process – the individual case method and the critical analysis of the literature. Data comes from medical records, medical interview and observation of the patient.

Conclusion. Patient giving birth at home needs holistic care. The role of midwife consist of supporting, motivating and accompany in childbirth, concentrating not only on the medical actions but also on the spiritual sphere. Midwives should be openminded and concentrated on women's expectations and needs. One of the most important aspects of the nursing care over the newborn after lotus birth is to ensure epidemiological safety until the natural fall of the umbilical cord.

Key words: lotus birth, placenta, midwife.

WSTĘP

Pierwszy poród lotosowy odbył się w roku 1974 w Stanach Zjednoczonych. Pomysłodawczynią i pierwszą kobietą „rodzącą lotosowo” była Claire Lotus Day – pielęgniarka i nauczycielka. Jest nazywana „matką narodzin lotosu”. Szukając przyczyn odpepniania noworodków zaraz po urodzeniu dowiedziała się, że nie jest to tylko zwyczajowe, ale i higieniczne podejście. W filozofii tej formy porodu łożysko umiera oddając siłę życia dziecku. W związku z tym postanowiła podjąć próbę porodu bez odcinania pępowiny po urodzeniu swojego dziecka. Nie ma oficjalnego rejestru „lotosowych” dzieci w Polsce, dlatego nie wiadomo, kiedy nastąpił taki poród po raz pierwszy na terenie naszego kraju. Poród lotosowy to nie tylko przejście duchowe między łożyskiem a noworodkiem, według dr Sarah Buckley jest on jak dobra położna. Umożliwia matce i dziecku szczególne przeżycie pierwszych dni. Odosobnienie to nie tylko zapewnienie optymalnego odpoczynku i ograniczenie liczby gości, ale także warunków do bezpiecznego utrzymania wysychającego łożyska do czasu samoistnego odpepniania. To również czas dla rodziców i dziecka. Chwila scalająca i wzmacniająca więzi, której nikt nie ma prawa zakłócać [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie specyfiki opieki i postępowania z pacjentką w domowym porodzie lotosowym. Opisanie przebiegu okresu okołoporodowego z uwzględnieniem holistycznej opieki nad rodzącą i jej rodziną.

MATERIAŁ I METODY

Analizy dokonano na podstawie procesu pielęgnowania w metodzie indywidualnych przypadków oraz krytycznej analizy

literatury. Wykorzystano dane z dokumentacji medycznej, kwestionariusza wywiadu i obserwacji.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 24, bez obciążonego wywiadu położniczego. Ciąża o przebiegu fizjologicznym. W piątym miesiącu ciężarna rozpoczęła poszukiwania położnej, która przyjąłaby w domu poród lotosowy. Rodzina zaakceptowała decyzję kobiety i wsparła ją w przygotowaniach. Zgodnie z wytycznymi Standardu Opieki Okołoporodowej nadzór nad ciężarną sprawował lekarz oraz położna [2]. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej pacjentki, pod względem czynników ryzyka powikłań przed- i śródporodowych, położna zakwalifikowała ją do porodu lotosowego w domu [2, 3]. Poród odbył się w 38. tygodniu ciąży w domu przy asyście położnej i aktywnym udziale męża pacjentki. Przebieg był fizjologiczny, nie wystąpiły żadne niepokojące objawy zagrożenia zarówno dla matki, jak i płodu. Po pięciu godzinach pacjentka urodziła syna, który otrzymał 10 punktów w skali Apgar i zaraz po urodzeniu został na przystawiony do jej piersi. Nie zaciśnięto i nie odcięto pępowiny. Po 10 minutach urodził się kompletny popłód, utratę krwi oceniono na 250 ml. Placentę po urodzeniu położono na sitku w glinianej misie. Kontrola kanału rodowego nie wykazała urazów, krwawienie było miernie obfite. Po godzinie od porodu położna wraz z rodzicami oczyścili łożysko z krwi pod strumieniem bieżącej wody, obস্যali solą himalajską i okryli bawełnianą chustą. W godzinach wieczornych, w kolejnej ocenie, stan pacjentki oraz jej dziecka był prawidłowy. Wizyty kontrolne położnej odbywały się dwa razy dziennie w pierwszym tygodniu połogu. W pierwszej dobie połogu odbyła się również domowa wizyta neonatologa. W czwartej dobie połogu nastąpiło samoistne odpepnienie.

W duchu porodu lotosowego są to ponowne narodziny i bardzo ważny dzień dla rodziny [4]. Położna tego dnia wykonała badania przesiewowe oraz dokonała oceny pępka [3].

Problemy pielęgnacyjne. Jednym z istotnych problemów pielęgnacyjnych była **potrzeba poczucia bezpieczeństwa** i przyjaznej atmosfery w miejscu porodu dla rodzącej i jej dziecka. Położna akceptowała przygotowane przez kobietę propozycje dotyczące dostosowania domu do porodu. Uwzględniła w tym względzie bezpieczeństwo jego przebiegu. Dodatkowo stworzenie przyjaznej i komfortowej atmosfery uzyskała dzięki wykorzystaniu olejków eterycznych oraz muzyki relaksacyjnej. Wpłynęło to znacząco na obniżenie poziomu stresu, zniwelowało jego negatywny wpływ na postęp porodu oraz znacząco zmniejszyło odczuwanie bólu. Stres powoduje centralizację krążenia. Zaburzony dopływ krwi do łożyska niesie za sobą poważne konsekwencje w postaci niedotlenienia, które prowadzi do wystąpienia powikłań u płodu, jak i noworodka [5]. Pomimo sprzyjających warunków domowych pacjentka odczuwała **obawę o przebieg porodu – ryzyko pęknięcia lub nacięcia krocza**. W tym względzie ważną rolę odegrała edukacyjna rola położnej, która wspierała kobietę w parciu spontanicznym, nazywanym parciem fizjologicznym. Rodząca przeżywała jak czuje, przyjmując często pozycje zwiększające przestrzeń kanału rodniczego, przez co ułatwia przechodzenie główki. Swoboda doborzenia pozycji przez rodzącą, wsparcie spontanicznego parcia oraz kontakt z pacjentką zmniejsza napięcie ciała, a zwłaszcza mięśni nóg, co ułatwia ochronę krocza i zmniejsza jego urazowość [5]. Dodatkowo zmienność pozycji zmniejsza okresowo nacisk na tkanki krocza. W pozycjach neutralnych lub działających przeciwnie do siły grawitacji ograniczamy ten ucisk. Takie zachowanie sprzyja relaksacji, postępowi porodu i ochronie krocza [5, 6]. Mimo przygotowania do porodu lotosowego pacjentka wykazywała **brak pełnej wiedzy w postępowaniu z noworodkiem i łożyskiem po porodzie lotosowym**. Potrzebowała ona wraz z mężem wsparcia informacyjnego w zakresie wiedzy merytorycznej i praktycznej w tym względzie. Przyjazna atmosfera i wyczerpujące odpowiedzi położnej są szczególnie istotne podczas porodu w domu. Położna jest najczęściej jedyną osobą posiadającą fachową i aktualną wiedzę. Informuje kobietę, że postępowanie z łożyskiem po porodzie obejmuje: utrzymywanie go w glinianej misie na sitku na wysokości dziecka do czasu zgęstnienia galarety Whortona, czyli do około godziny po porodzie. Takie działanie zapobiega transfuzji krwi między noworodkiem a łożyskiem. Następnie popłód obmywa się z krwi i skrzepów, układa w misie glinianej, zasypuje solą oraz mieszanką ziół i zakrywa bawełnianą pieluszką. Sól należy zmieniać co 24 godziny aż do od samoistnego odpepnienia. Łożysko należy chronić przed wilgocią i obserwować stan jego zasuszenia. Dzięki takiemu postępowaniu unikamy ryzyka potencjalnego rozwoju zakażenia u noworodka [1]. **Ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej** to również problem, który towarzyszył kobiecie podczas porodu. Położna wykorzystwała zasady psychoprophylaktyki porodu. Zrozumienie istoty bólu porodowego ukierunkowało myślenie i działanie kobiety na konstruktywne rozwiązania, m.in. odprężenie i skupienie uwagi m.in. na technice oddychania. Dodatkowo położna wykonała masaż, który zmniejszył dolegliwości bólowe i spowodował rozluźnienie pacjentki. Zaangażowała do jego wykonania również męża rodzącej. Przez oddziaływanie na tkanki miękkie, mięśnie i więzadła dochodzi do poprawy ich ukrwienia, zmienia się przewodnictwo nerwowe, zmniejszając dzięki temu napięcie mięśniowe oraz ból [7]. Położna zastosowała również ciepły okład na okolicę krzyżowo-lędźwiową. Ciepło powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych i lepsze dotlenienie tkanek, a przez to zmniejszenie dolegliwości bólowych [5, 7, 8].

DYSKUSJA

Poród to ważne wydarzenie nie tylko dla kobiety, ale i jej rodziny. Przy braku czynników ryzyka ma ona prawo wraz z mężem decydować o miejscu i sposobie narodzin ich dziecka [2, 6, 7]. Kobieta rodząca w domu znajduje się w swoim środowisku, czu-

je się pewniej i bezpieczniej. Dodatkowo możliwość optymalnego relaksu daje szansę niezakłóconej pracy instynktu rodzenia. Rodząca przebywająca podczas porodu w swoim środowisku częściej przyjmuje pozycje wertykalne, przeżywa spontanicznie, a jej poczucie satysfakcji oraz możliwości są większe. Mimo komfortu, jaki zapewnia środowisko domowe rodzącej, może występować u niej lęk i dyskomfort związany z przebiegiem porodu. Często to ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Masaż tej okolicy nie tylko zmniejsza dolegliwości bólowe, ale wykonywany przez partnera dodatkowo poprawia samopoczucie ciężarnej [9]. Pęknięcie lub nacięcie krocza wzbudza lęk u pacjentek bez względu na miejsce porodu. Jednak dużo mniejszy odsetek interwencji medycznych jest odnotowywany w porodach domowych [10]. Po narodzinach dziecka łożysko jest uznawane w krajach wysoko rozwiniętych za zbędne i jest mu przypisywana cecha zakaźna [11]. Nieodcinanie pępowiny i pozostawienie łożyska przy noworodku to tak zwany poród lotosowy. Założenie tego porodu wskazuje, że stanowi ono duchową wartość i własność dziecka. Po dokładnym oczyszczeniu z krwi, osoleniu i zwinieniu w przewiewny bawełniany materiał pozostawia się na brzuszku dziecka lub blisko niego aż do wyschnięcia pępowiny i naturalnego odpadnięcia. Odpepnienie następuje od 2 do 10 dni po porodzie. Uważa się, że odbywa się ono z woli noworodka i on decyduje, kiedy ma to nastąpić. Moment oddzielenia nazywa się „drugim porodem”. Przez „narodziny lotosu” następuje scalenie sfery duchowej z organizmem. Odbywa się on bardzo rzadko w warunkach szpitalnych [12]. W czasach, kiedy rutynowo wcześniej odpepniiano noworodki, poród lotosowy zdawał się wykazywać korzyści medyczne. Pozostawienie nieodciętej pępowiny, nim ustawało jej tętnienie, dawało możliwość dostarczenia dodatkowej krwi z łożyska do noworodka. Jednak po wprowadzeniu zaleceń późnego odpepniania poród lotosowy nie ma jednoznacznych korzyści medycznych [1]. Z powodu niewielu doniesień naukowych i braku wskazań medycznych jest on mało popularny w środowisku szpitalnym. Przez brak badań klinicznych wiele osób do potencjalnych zagrożeń wynikających z porodu lotosowego zalicza możliwe powikłania związane z późnym odpepnięciem, tj. policytemii, hiperbilirubinemią oraz zaburzenia oddychania [36]. Nie zostały one potwierdzone w badaniach naukowych [13–15]. Kontrowersyjną sytuacją pozostaje nieodcięcie pępowiny po porodzie i pozostawienie łożyska przy dziecku. Przypisywanie łożysku cechy zakaźnej powoduje u personelu medycznego sceptycyzm, a czasem negatywne podejście. Wskazywanym potencjalnym i racjonalnym zagrożeniem może być zakażenie noworodka. Oczywiście przy braku właściwej pielęgnacji łożyska po porodzie może rozwinąć się infekcja, jednak właściwe z nim postępowanie zdaje się wykluczać ryzyko zakażenia [1, 11]. Należy zwrócić uwagę w środowisku położniczym na obecność porodów lotosowych w Polsce. Nadal nie ma wielu naukowych publikacji o wartości medycznej i bezpieczeństwie tej formy postępowania z łożyskiem po porodzie. W związku z tym należy z uwagą pochylić się nad tym tematem, z uwagi na fakt, że kobiety mogą oczekiwać tego typu porodu. Wieloaspektowa edukacja ciężarnych ma nie tylko przygotować kobiety do porodu, ale również uwrażliwić na wszelkie potencjalne czynniki ryzyka. Wybór kobiety ma być świadomy pod każdym względem, nie tylko komfortu porodu, ale przede wszystkim jego bezpieczeństwa.

WNIOSKI

Pacjentkę rodzącą w domu należy objąć opieką holistyczną. Rola położnej polega na wspieraniu, motywowaniu i towarzyszeniu w porodzie. Powinna okazywać postawę otwartą wobec oczekiwań i potrzeb pacjentki oraz koncentrować się nie tylko na sferze medycznej, ale i duchowej pacjentki. Jednym z ważniejszych aspektów opieki nad położnicą i noworodkiem po porodzie lotosowym jest zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego do czasu samoistnego odpepnienia.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.*

BIBLIOGRAFIA

1. Shivam R. *Narodziny w nowym świetle. Lotosowy poród*. Łódź: Wydawnictwo RAVI; 2003.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100).
3. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiokardiochirurgii w położnictwie. *Ginekolog Pol* 2014; 85: 713–716.
4. Sornek A. Lotosowo mi – w pogoni za utraconą placentą. *Kwart Lakt* 2016; 2: 64–67.
5. Simkin P, Ancheta R. *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
6. Iwanowicz-Palus G, red. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
7. Ćwiek D, red. *Szkoła rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
8. Piasek G, Adamczyk-Gruszka O, Radomski P, i wsp. Niekonwencjonalne metody łagodzenia bólu porodowego. *Stud Med* 2012; 25(1): 67–72.
9. Boguszewski D, Sałata D, Adamczyk JG, i wsp. Ocena skuteczności klasycznego masażu wykonywanego przez partnera w łagodzeniu zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet ciężarnych. *Fizjoter Pol* 2012; 12(4): 379–387.
10. Gierszewska M, Kwiatkowska W, Kaźmierczak M, i wsp. Poród domowy – anachronizm czy wybór i potrzeba świadomych kobiet? *Perinatol Neonatol Ginekol* 2013; 6(4): 220–224.
11. Burns E. More Than clinical waste? Placenta rituals among australian home-birthing women. *J Perinat Educ* 2014; 23(1): 41–49.
12. Hanel E, Ahmed MN. Is it “time to cut the cord”? *Clin Pediatr* 2009; 48(8): 875–877.
13. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007; 297: 1241–1252.
14. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD004074.
15. Cernadas J, Carroli G, Pellegrini L, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117(4): 779–786.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509-727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 28.07.2017 r.

Po recenzji: 18.08.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 10.09.2017 r.