

**Katarzyna Bek, Grażyna Dugiel, Katarzyna Kucharska**

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

## **Strategie radzenia z bólem w pierwszym okresie porodu**

### **Streszczenie**

**Wprowadzenie i cel pracy:** Poród jest wydarzeniem o doniosłym znaczeniu w życiu kobiety. Od zawsze towarzyszy mu wiele emocji jak lęk, radość. Najbardziej jednak kojarzy się z bólem. Metody łagodzenia bólu stosowane w położnictwie zmniejszają natężenie bólu, a obecność osoby bliskiej podczas porodu daje poczucie bezpieczeństwa. Celem pracy było dokonanie oceny stosowanych metod radzenia sobie z bólem przez rodzącą w pierwszym okresie porodu.

**Material i metody:** Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony za pomocą kwestionariuszy; skala oceny stopnia nasilenia bólu (NSR), Radzenie Sobie z Bólem (CSO) oraz własnej konstrukcji. Badanie przeprowadzono wśród 106 rodzących siłami natury w Szpitalu Wojewódzkim w Krośnie.

**Wyniki:** Z badań wynika, że kobiety interesują się metodami łagodzenia bólu porodowego, informacje pozyskują z różnych źródeł. Zastosowane metody łagodzenia bólu podczas porodu w I okresie zmniejszyły jego natężenie szczególnie metody poznawcze.

**Wnioski:** Współpraca z położną pomaga rodzącym w zmniejszeniu odczuwania bólu w I okresie porodu.

**Słowa kluczowe:** poród, ból, metody łagodzenia bólu

### **Pain coping strategies in the first stage of labor**

**Introduction and purpose of the work:** Child birth is an event of great importance in a woman's life. He Has always been accompanied by many emotions, such as fear and joy. However, it is most associated with pain. Pain relief methods used in obstetrics reduce the intensity of pain, and the presence of a loved one during labor gives a sense of security. The aim of the study was to evaluate the methods of coping with pain by the delivering mother in the first stage of labor.

**Material and methods:** The research method was a diagnostic survey carried out with the use of questionnaires; pain severity rating scale (NSR), Coping with Pain (CSO) and own design. The study was conducted among 106 women giving birth by force of nature in the Provincial Hospital in Krosno.

**Results:** The research method was a diagnostic survey carried out with the use of questionnaires; pain severity rating scale (NSR), Coping with Pain (CSO) and

own design. The study was conducted among 106 women giving birth by force of nature in the Provincial Hospital in Krosno.

**Conclusions:** Cooperation with the midwife helps the delivering mother in reducing her feelings in the first stage of labor.

**Keywords:** childbirth, pain, pain relief methods

## Wstęp

Poród jest to szereg dynamicznych procesów, które kolejno po sobie występują prowadząc do wydalenia z macicy wszystkich elementów jaja płodowego, tj. płodu, płynu owodniowego, popłodu [1]. Dla potrzeb medycyny podzielono go na okresy:

- I. okres rozwierania i zstępowania części przodującej – który trwa od początku porodu do całkowitego rozwarcia szyjki macicy, tj. do 10 cm;
- II. okres wydalenia i przejścia dziecka przez kanał rodny – czyli urodzenia noworodka;
- III. okres łożyskowy – czyli do wydalenia łożyska;
- IV. okres poporodowy [2].

Na początku pierwszego okresu porodu czynność skurczowa macicy jest słaba i mało bolesna. Wraz z rozwojem porodu wzrasta zarówno częstotliwość, czas, jak i intensywność skurczów macicy. Skurcze macicy prowadzą do silnego naporu części przodującej prowadząc do jej skracania i rozwierania [2]. Pierwszy okres porodu trwa więc od wystąpienia regularnej czynności skurczowej do całkowitego rozwarcia się szyjki macicy i wynosi 10 cm. Jest to najdłuższy z okresów porodu. Występuje pewna odmienność dynamiki rozwierania się szyjki macicy między pierwiastką a wieloródką. U pierwiastek najpierw dochodzi do rozwierania ujścia wewnętrznego, tworzy się lejkowate zagłębienie, szyjka ulega całkowitemu skróceniu (zaniknięciu), co prowadzi do rozwarcia ujścia zewnętrznego. Średnio okres ten u pierwiastek trwa od 9 – 15 godzin [1,2]. Natomiast u wieloródek jeszcze przed rozpoczęciem porodu można zaobserwować rozwarcie na około 1 - 2 cm. Okres ten u wieloródek trwa znacznie krócej – od 7 do 9 godzin [1]. Szczegółowej analizie przebiegu pierwszego okresu porodu dokonał między innymi Friedman, który podzielił go na dwie fazy: jedna utajniona (wolnego rozwierania), druga aktywna (przyśpieszonego rozwierania) [3]. Definicja fazy utajonej jest niejednoznaczna. Uważa się, że trwa ona od początku porodu do 3 – 4 cm rozwarcia się szyjki, czyli jest to okres pomiędzy wystąpieniem regularnej czynności skurczowej macicy a wyraźnym wzrostem rozwierania się szyjki. Za koniec fazy utajonej można

uznać moment, gdy rozwarcie szyjki macicy wynosi 3 cm. W tym okresie porodu rozwieranie szyjki macicy przebiega wolno, ma to bowiem związek z nieskoordynowanymi skurczami [4]. Dlatego też pierwszy okres rozwierania trwa tak długo. Po okresie utajnionym poród I okresu przechodzi w fazę aktywną, w której skurcze macicy ulegają umiarowieniu, powodując zdecydowane przyspieszenie rozwierania szyjki. Przy całkowitym rozwarciu, pod koniec pierwszego okresu porodu pękają błony płodowe i rozpoczyna się drugi okres porodu, który kończy się urodzeniem noworodka [1]. Skurcze porodowe charakteryzuje: postęp porodu, czyli skracanie i rozwieranie szyjki macicy, nasilanie się częstości i intensywności w czasie obserwacji, regularność występowania, jednoczesny ból w podbrzuszu i okolicy krzyżowej [5].

Ból jest postrzegany za jedno z najczęstszych odczuć w życiu człowieka, jest to pojęcie złożone, niejednolite i niejednoznaczne [6]. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu definiuje ból jako “nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek” [7]. Ból jest przykrym przeżyciem o subiektywnym charakterze, prowadzącym do silnego stresu. Odczucie bólu jest cechą indywidualną, każdy człowiek przeżywa go w sposób osobisty. Na to odczucie składają się różne czynniki jak: wiek, płeć, wykształcenie, rasa, próg bólowy, emocjonalność, duchowość, sposób wychowania oraz środowisko [8]. Reakcja organizmu na ból może być zarówno pozytywna, jak i negatywna. O reakcji pozytywnej mówimy wówczas, gdy ból działa, aby chronić ciało przed uszkodzeniem [9]. Kobieta wówczas zachowuje się instynktownie przyjmując w czasie porodu takie pozycje, wykonuje takie ruchy, które prowadzą do minimalnego uszkodzenia tkanek szyjki miednicy i krocza, chroniąc tym samym swoje dziecko przed przyjęciem niewłaściwej pozycji. Jednak ból przede wszystkim kojarzony jest z negatywnym przeżyciem, któremu towarzyszą [9]:

- odczucia fizyczne, np. brak apetytu, nudności, wymioty, zaburzenia rytmu snu i czuwania, ograniczenie aktywności fizycznej,
- odczucia psychiczne, np. jak lęk, strach, gniew, przygnębienie, depresja,
- odczucia społeczne, np. ograniczenie roli w społeczeństwie, rodzinie,
- odczucia duchowe, np. cierpienie.

Ból fizjologiczny, który kobiety odczuwają podczas narodzin jest najbardziej naturalnym rodzajem bólu o charakterze informacyjnym i ostrzegawczym[9]. Jest indywidualny i „jedyny”, różni się w znacznym stopniu od bólu odczuwanego w innych sytuacjach życiowych, przede wszystkim tym, że nie wynika on z zagrożenia. Nie świadczy o chorobie, a o postępie akcji porodowej. Jest więc zjawiskiem prawidłowym, informuje rodzącą o tym co się z nią dzieje w danej chwili. Ponadto stymuluje produkcję i działanie hormonów oraz wpływa na sferę emocjonalną pacjentki [10,11]. Jak już wspomniano jego rodzaj i natężenie informuje o etapie porodu. Wyróżnia się następujące rodzaje bólów: we wczesnym etapie porodu określane jako męczący, uciążliwy, rozlany, natomiast w porodzie zaawansowanym odbierany jako ostry, umiejscowiony, promieniujący. Ból więc nie jest tylko odczuciem działającym według zasady „jest lub go nie ma”. Zależy nie tylko od intensywności, bodźca bólowego, ale również okoliczności w jakich powstaje. W rezultacie ten sam ból może w danej chwili być odbierany i oceniany zupełnie inaczej przez inne osoby, jak i w różnych okresach zupełnie inaczej przez tą samą osobę. W czasie porodu motywuje do pewnych instynktownych zachowań, takich jak szukanie dogodnej pozycji, kontrola oddechu czy wydawanie dźwięków [11].

W przebiegu porodu ból jest wynikiem czynności skurczowej macicy, fizjologiczne częste skurcze, powodują wzrost wydzielania katecholamin czyli hormonu stresu, a te potęgują wydzielanie oksytocyny z przysadki mózgowej. W wyniku działania katecholamin i oksytocyny wydzielają się endorfiny, czyli hormony zwane naturalnym „uśmierzczaczem bólu”. Wpływają one na stopniowe nasilenie się czynności skurczowej oraz zwiększają tolerancję na ból [12]. Jeśli katecholaminy są wytwarzane w sposób ciągły na wysokim poziomie zostaje zahamowana produkcja oksytocyny i endorfin, co może prowadzić do spowolnienia, a nawet zatrzymania akcji porodowej, wówczas ból jest odczuwany silniej. Hormony wydzielane podczas cyklicznych skurczów wpływają na łatwiejsze znoszenie bólu u rodzącej oraz szybszym zatarciu się odczuć bólowych. Około 90% kobiet zaraz po porodzie ocenia go mianem „ciężkiego przeżycia”, a po upływie kilku miesięcy mówi o nim „satysfakcjonujące przeżycie”. Ma to duży wpływ na łatwiejsze odnalezienie się po porodzie w nowej roli, tworzy się mocniejsza więź matki z dzieckiem, co także w znacznym stopniu sprzyja powtórnemu macierzyństwu. Zdaniem wielu

autorów odczuwanie bardzo silnego bólu ma negatywny wpływ na czynność skurczową, a co za tym idzie na stan matki i płodu [13].

Ból podczas porodu to ból specyficzny, który charakteryzuje się stopniowym narastaniem, cyklicznością skurczów, a także dużą intensywnością. Jednocześnie rodzącej towarzyszy świadomość całkowitego zakończenia bólu z chwilą urodzenia dziecka [14]. Należy więc pamiętać, że ból to duże obciążenie dla człowieka, może on być pośrednią lub bezpośrednią przyczyną depresji.

Ból to doświadczenie zarówno o podłożu sensorycznym (zmysłowym), jak również emocjonalnym. W czasie porodu nie jest on objawem patologii, ale kontrola nad jego poziomem może pomagać rodzącej [15]. Zygmunt Freud twierdził, że jeżeli strach to sygnał ostrzegawczy dla „psychiki”, „to ból ma takie samo znaczenie dla „ciała” [7]. Strach i ból w „nadmiarze” mogą wpływać niekorzystnie na czynność skurczową macicy, prowadząc do zakłócenia przebiegu porodu i działać negatywnie na stan płodu. Angielski położnik Grantly Dick Read na początku XX wieku, w 1933 roku wydał książkę pt. „Rodzić po ludzku”. Stwierdził w niej, że poród naturalny nie powinien być kojarzony z takimi emocjami jak strach czy napięcie, a raczej z pozytywnym oczekiwaniem bez lęku i obaw [16]. Bowiem lęk który leży u podstawy bólu porodowego potęguje napięcie, a w rezultacie dochodzi do niedotlenienia tkanek i pogłębienia dolegliwości bólowych. Czyli oczekując na ból – wzrasta lęk i napięcie mięśni. Lęk – napięcie – ból – jest to tak zwana triada Reada [7]. Read stwierdził również, że podczas porodu można wyróżnić cztery stany emocjonalne: podniecenie, odprężenie, zatracenie poczucia rozsądku i zachwyty, które odczuwa przyszła matka, a celem ich jest wyeliminowanie bólu porodowego przez odpowiednie wsparcie i kontrolę zarówno impulsów czuciowych, jak i motorycznych. Dick – Read proponując poród „bez lęku” stwierdził, że bólu można nie odczuwać, a napięcie należy znieść, wprowadzając do porodu metodę relaksacji polegającą na odprężeniu poszczególnych mięśni oraz właściwej metody oddechu [17]. Natomiast naukowcy radzieccy Platonow i Welwowski stwierdzili, że aby poród był bezbolesny potrzebne są intensywne szkolenia oraz praca nad umysłem. Był to początek podstaw psychoprofilaktyki, która jest fundamentem przygotowania do porodu w Szkołach Rodzenia. Na podstawie badań Welwowskiego w 1951 roku Francuz Lamaze opracował program bezbolesnego porodu, stosując metodę „ochrony myśli” – odwracania uwagi od bólu poprzez umiejętne odprężenie

i stosowanie różnych technik oddychania, angażując do porodu osobę bliską [18]. W Polsce twórcą psychoprofilaktyki był profesor Fijałkowski, którą jego zdaniem należy wprowadzić w Szkołach Rodzenia [17]. Kobieta powinna nabywać szereg umiejętności oraz świadomość bycia aktywną podczas porodu by pomóc sobie i dziecku.

W dzisiejszych czasach wiele kobiet domaga się złagodzenia lub zniwelowania bólu porodowego. Ważne, by wybór metod łagodzenia bólu był indywidualny dopasowany do sytuacji klinicznej i oczekiwań pacjentki [19]. Każda rodząca ma ogromną potrzebę akceptacji, wsparcia oraz zachowania intymności. Większość kobiet uważa, że wsparcie bliskiej osoby w czasie porodu wyzwala w niej siły [14]. Nie zawsze kobiety wybierają porody rodzinne, wolą oddać się całkowicie w opiekę wykwalifikowanego personelu medycznego. Nawiązuje się pomiędzy nimi porozumienie i zaufanie, zgodnie współpracując oczekują na narodziny dziecka. Łagodzenie bólu porodowego jest: „nieodzowną częścią prowadzenia porodu” [19].

### **Metodologia**

Celem podjętych badań było dokonanie analizy radzenia sobie z bólem podczas porodu przez rodząca w pierwszym okresie porodu.

W badaniu wykorzystano kwestionariusze: jeden własnej konstrukcji, drugi standaryzowany Kwestionariusz Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) oraz skalę numeryczną oceny bólu NRS (*Numerical Rating Scale*).

Kwestionariusz Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) opisuje metody oraz ocenę własnych umiejętności radzenia sobie z bólem [12]. Opracowany został przez A. Rosenstiel i F. Keefe. Kwestionariusz CSQ zawiera 42 stwierdzenia, które opisują różne sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwa pytania, które dotyczą oceny własnych umiejętności radzenia sobie z bólem. W kwestionariuszu wykorzystano skalę typu Likerta – badany w skali od 0 do 6 dokonuje oceny zachowań w sytuacji odczuwania bólu. Ocena 0 mówi że badany nigdy tego nie robi, gdy odczuwa ból, ocena 3 mówi, że robi to czasem, zaś ocena 6 – że zawsze tak postępuje, gdy odczuwa ból.

Skala numeryczna NRS ma na celu ocenę stopnia nasilenia bólu, a także pozwala ocenić skuteczność leczenia. Jest łatwa do zastosowania. Zawiera 10 stopni nasilenia bólu od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobraźalny ból.

Autorski kwestionariusz ankiety składa się z 19 pytań, które służą rozwiązaniu problemu głównego pracy. Ankieta zawiera pytania otwarte,

zamknięte i półotwarte dotyczące metod radzenia sobie z bólem podczas porodu. Posiada również pytania metryczkowe, które pozwolą dokonać charakterystyki badanej populacji.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 15.12.2018 r. do 25.03.2019 r. na terenie Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie. W badaniu wzięło udział 106 pacjentek oddziału położniczego, które były po porodzie przebiegającym siłami natury. Przed rozdaniem ankiet, każda kobieta została poinformowana, że ankietę oraz kwestionariusz CSQ ma charakter anonimowy, a udział w badaniach jest dobrowolny.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Analizy statystyczne dotyczące zmiennych nominalnych zostały przeprowadzone za pomocą testu Chi-kwadrat, jak również odpowiednich statystyk, których głównym celem jest określenie siły związku między zmiennymi: Phi (tabele 2 na 2) oraz V Kramera (tabele większe niż 2 na 2). Gdy zmienne zbudowane były na skalach porządkowych, zastosowano współczynniki korelacji tau-b Kendalla (dla dwóch zmiennych porządkowych z taką samą liczbą odpowiedzi) oraz tau-c Kendalla (dla dwóch zmiennych porządkowych o różnej liczbie odpowiedzi). Miary określające siłę związku są normalizowane i przyjmują wartości od 0 do 1. Wyższa wartość współczynnika świadczy o silniejszej zależności. Uzyskane wyniki korelacji (tau-b Kendalla oraz tau-c Kendalla) jak również miara symetryczna Phi mogą przyjmować wartości ujemne, które w tym wypadku interpretuje się jako odwrotną zależność/korelację. Gdy tabela krzyżowa składała się z pytań zbudowanych na skali nominalnej i porządkowej, wówczas odczytywana była statystyka na słabszym poziomie pomiaru. Podczas analizy testem Chi-kwadrat należy pamiętać o pewnych założeniach. Przyjmuje się, że pozwala on wystarczająco precyzyjnie ocenić prawdopodobieństwo testowe wówczas, gdy jest mniej niż 20% komórek z liczebnością oczekiwaną mniejszą od 5 oraz gdy żadna komórka nie ma liczebności oczekiwanej mniejszej od 1 [29]. W sytuacji gdy zmienna zależna była mierzona na skali ilościowej, a niezależna na jakościowej zastosowano nieparametryczny test istotności różnic U Manna Whitneya (dla 2 prób). Analiza została przeprowadzona za pomocą programu SPSS 17.0, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy  $p \leq 0,05$ .

## **Wyniki badań**

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły kobiety powyżej trzydziestego roku życia, tj. 41 kobiet, co stanowiło 38,7% ogółu badanych. Około 30,2 % badanych było w wieku od 18-25 lat. Nieco mniej respondentów (29 osób) to kobiety w wieku 25-30 lat. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety, które nie ukończyły 18 lat (4), co stanowi 3,8 % ogółu badanych.

Poziom wykształcenia rodzających także był zróżnicowany, bowiem 40,6% ogółu badanych posiadało wykształcenie średnie, wykształcenie wyższe 27,4%, a zawodowe 22,6%. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym – 9,4% respondentek.

Ponad połowa badanych kobiet (57,5%) mieszkała w mieście, a 42,5% na wsi. Zdecydowana większość ankietowanych kobiet (70,8%) była w związku małżeńskim, 21,7% to panny, 5,7 % – rozwódki. Wśród respondentek najmniej było wdów – 2,8% ogółu badanych.

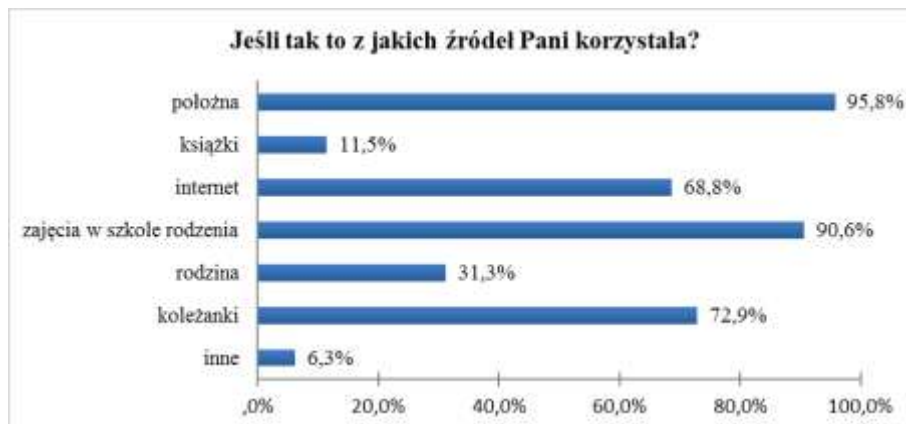
Wśród badanych kobiet 35 było pierworódkami. Pozostałe kobiety biorące udział w badaniu (71) to wieloródki.

Ponad 52,8% badanych rodziła o czasie (39-40tyg.), 30,2% rodziło w 37-38 tygodniu ciąży, a 17% po 40. tygodniu ciąży.

U prawie połowy ankietowanych kobiet (49,1%) pierwszy okres porodu trwał mniej niż 5 godzin. Pozostałe kobiety – 25 (23,6%) zadeklarowały, że trwał on ponad 5 godzin.

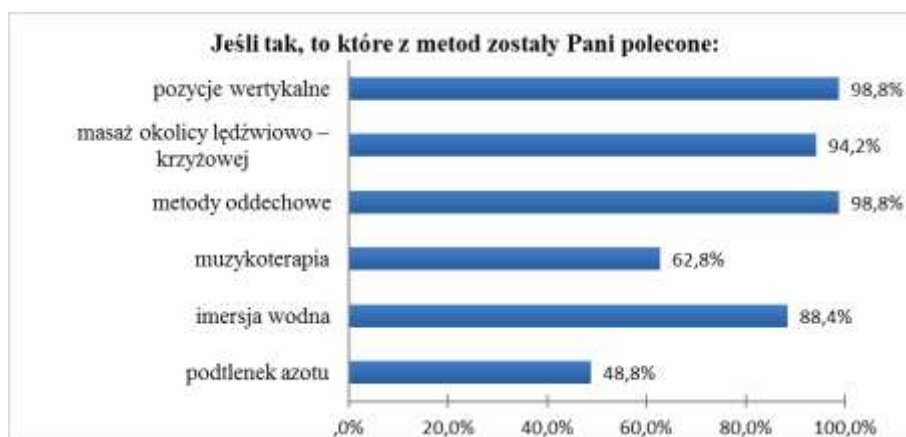
Większość badanych kobiet (86, co stanowiło 81,1% ogółu badanych) potwierdziła swoje uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia. Zdecydowana większość (89,6%) badanych deklarowała zainteresowanie metodami łagodzenia bólu. Respondentki korzystały z różnych źródeł informacji o metodach łagodzenia bólu.





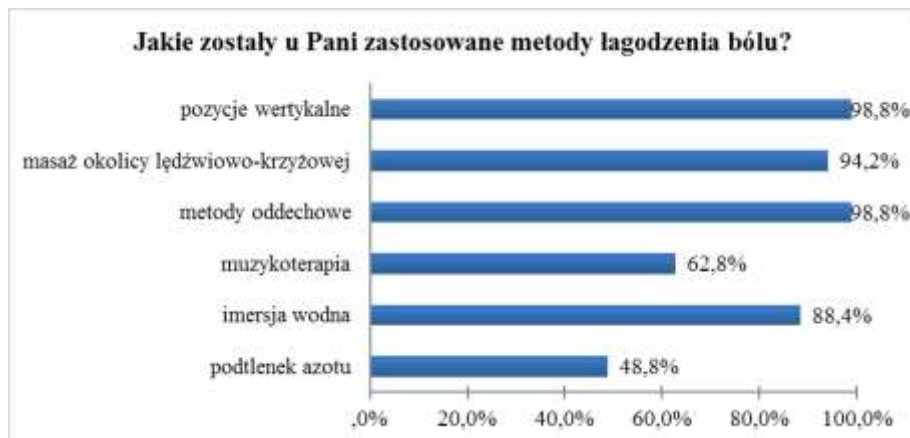
Wykres 1. Źródła informacji o metodach łagodzenia bólu

Proponowane przez położną rodzaje metody łagodzenia bólu w I okresie porodu przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Polecane metody łagodzenia bólu proponowane przez położną

Podczas porodu kobietom biorącym udział w badaniu zalecano różne strategie radzenia z bólem.



Wykres 3. Metody łagodzenia bólu proponowane rodzącej w I okresie porodu

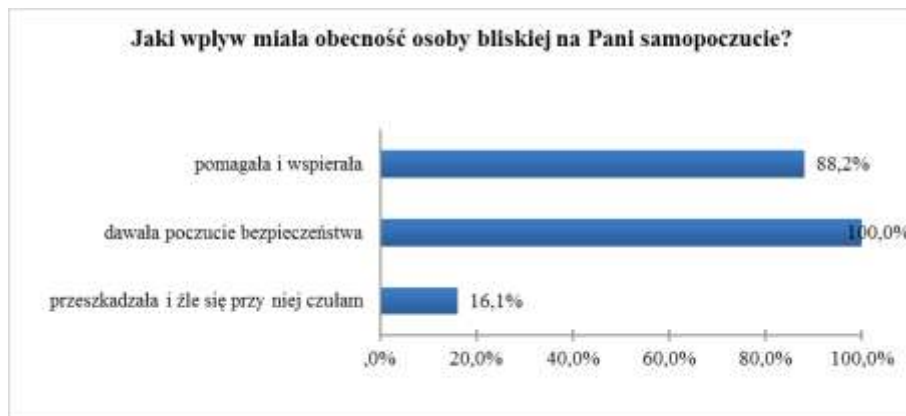
Nie zaproponowano rodzącym kobietom aromaterapii, znieczulenia zewnątrzoponowego oraz metody TENS (elektroterapii).

Stopień odczuwanego bólu podczas i okresu porodu był różny wśród respondentek.



Wykres 4. Samoocena poziomu odczuwanego bólu podczas porodu

Zdecydowana większość badanych kobiet (87,7%) rodziła w obecności bliskiej osoby. Rolę, jaką pełniła bliska osoba podczas porodu przedstawia wykres 5.



Wykres 5. Rola bliskiej osoby rodzącej podczas porodu

Respondentki oceniły skuteczność proponowanych metod łagodzenia bólu podczas I okresu porodu. Zdaniem 12,2 % respondentek zalecona metoda była skuteczna. Około 62,2% kobiet, które rodziły uważa, że doznania bólowe podczas porodu nie będą miały wpływu na decyzje o następnej ciąży. Natomiast pozostałe pacjentki biorące udział w badaniu (38%) twierdzą, że przy podejmowaniu decyzji o powiększeniu rodziny wezmą pod uwagę odczuwany ból podczas porodu.

Wyniki badania strategii radzenia sobie z bólem otrzymane na podstawie wypełnionego kwestionariusza przez kobiety przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1 Strategie radzenia z bólem podczas I okresu porodu.

N = 106	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Min	Max
w jakim stopniu, w Twoim odczuciu, panujesz nad swoim bólem?	4,36	4,0	,89643	3,00	6,00
w jakim stopniu jesteś w stanie zmniejszyć ból?	4,60	5,0	,68562	3,00	6,00
odwracanie uwagi	13,69	13,0	3,946	4	22
przewartościowanie doznań bólu	9,60	9,0	3,444	2	18
katastrofizowanie	15,51	16,0	3,763	8	25

ignorowanie doznań	12,72	13,0	4,138	1	24
modlenie się/ pokładanie nadziei	19,09	19,0	3,608	11	26
deklarowanie radzenia sobie	17,55	19,0	4,723	6	27
zwiększona aktywność behawioralna	18,33	18,0	3,224	10	25

Wiele kobiet przed ciążą i w ciąży zaczyna poszukiwać informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego. Jak wynika z badań własnych, aż 89,6% kobiet interesowało się metodami łagodzenia bólu. Kobiety korzystały z różnych źródeł informacji, począwszy od lekarza, położnej, poprzez rodzinę, koleżanki, Internet itp. Jak wskazuje w swoich badaniach Puszczałowska-Lizis i wsp., aż 60% kobiet korzysta z fachowej wiedzy położnej. Badania własne wskazują także, że 87% uczestniczących w kursach szkoły rodzenia szczególnie przydatną uznało wiedzę z zakresu umiejętności łagodzenia dolegliwości bólowych [20]. Istotnym źródłem wiedzy była położna i zajęcia w szkole rodzenia. W wyniku analizy zauważyć można, że kobiety interesujące się metodami łagodzenia bólu porodowego zdecydowanie częściej uczęszczały do szkoły rodzenia.

Udział w zajęciach szkoły rodzenia wzbudza coraz większe zainteresowanie. Wynika to przede wszystkim z większej świadomości młodych rodziców. Udział w kursach szkoły rodzenia niesie ze sobą bardzo wymierne korzyści nie tylko dla kobiety, dziecka, ale przede wszystkim dla całej rodziny [21]. Dlatego też coraz więcej kobiet deklaruje swój udział w zajęciach szkoły rodzenia. W badaniach przeprowadzonych przez Piziak 94,4% ankietowanych uczestniczyło w zajęciach szkoły rodzenia i uznało je za konieczne [22]. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Sadowską i wsp. 73,0% badanych kobiet uczestniczyło w kursach szkoły rodzenia [23]. Badania własne potwierdzają także duże zainteresowanie szkołą rodzenia, bo aż 81,1% ankietowanych brało udział w zajęciach szkoły rodzenia. Wielu autorów podkreśla ważną rolę szkoły rodzenia w przygotowaniu kobiety do porodu. Puszczałowska i wsp. stwierdzili, że ciężarne uczestniczące w edukacji przedporodowej potrafiły pokonać niedogodności fizyczne naturalnymi metodami oraz wykazały się większymi umiejętnościami wykorzystania w praktyce metod łagodzenia bólu, co miało przełożenie na

odczucia bólowe podczas porodu [20]. W celu zbadania, czy uczestnictwo w szkole rodzenia miało wpływ na odczucia bólowe, w niniejszej pracy zastosowano tabele krzyżowe. Uzyskane jednak wyniki nie potwierdziły wpływu uczestnictwa w szkole rodzenia na intensywność i odczucia bólowe.

Kobiety potwierdzają ogromną rolę osoby towarzyszącej podczas porodu. Jak wynika z badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy 100% badanych uważa, że obecność osoby towarzyszącej daje poczucie bezpieczeństwa, zaś 88,2% twierdzi, że pomaga i wspiera. Dla porównania Berkau w swoich badaniach wskazuje, iż 67,3% respondentek uważa, że obecność partnera zmniejsza poczucie stresu i strachu, a 75,5% czuje się bezpieczniej w jego obecności [24]. Piziak w swoich badaniach podaje, iż 80% kobiet uznało obecność osoby bliskiej za pomocną [22]. Z kolei Puszczałowska i wsp. twierdzą, że kobiety, które wybrały poród rodzinny były zadowolone z podjętej decyzji i uznały, że ojciec dziecka był pomocny, zapewniał wsparcie i dawał poczucie bezpieczeństwa [20].

Dla oceny natężenia bólu zastosowano w pracy skalę numeryczną od 0 do 10. Pacjentki dokonały oceny natężenia bólu dwukrotnie, tj. przed zastosowaniem i po zastosowaniu metod łagodzenia bólu. Przed zastosowaniem metod łagodzenia bólu najwięcej kobiet, bo aż 58,5% określiło swój ból na poziomie 6,14,2% na poziomie 8, a tylko 5,7% określiło ból na poziomie 4. Ponownej oceny natężenia bólu ankietowane kobiety dokonały po zastosowaniu metod łagodzenia bólu. Jak wykazały badania 72,6% badanych potwierdziło, że zastosowane metody zmniejszyły odczucia bólowe.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej stosowaną metodą łagodzenia bólu były pozycje wertykalne i ćwiczenia oddechowe, które zostały zastosowane po równo u 98,8% badanych. Pozycje wertykalne podczas porodu niosą ze sobą wiele korzyści. Jak podaje Iwanowicz-Palus i wsp. aktywność fizyczna pozwala zmniejszyć dolegliwości bólowe, zwłaszcza okolicy krzyżowo-lędźwiowej kręgosłupa, zmniejsza się poziom lęku, a także skraca się czas porodu [21]. Z kolei ćwiczenia oddechowe podczas porodu związane są ściśle z określonym rytmem skurczów macicy, dlatego ważne jest, aby były synchronizowane. Dzięki temu akcja porodowa przebiega sprawniej, a ból jest znacznie mniej odczuwalny [25]. Wśród innych metod zastosowanych w badanej grupie był masaż okolicy krzyżowo-lędźwiowej i imersja wodna. Masaż rozluźnia napięcie mięśniowe, pobudza krążenie, relaksuje i uśmierza ból, a tym samym odwraca

uwagę od bólu i powoduje wytwarzanie endorfin działających znieczulająco [11]. Imersja wodna powoduje szybsze rozwieranie się szyjki macicy, mniejszą potrzebę stosowania leków naskurczowych i przeciwbólowych. Jak podaje Krajewski i wsp., woda znacznie wpływa na zmniejszenie bólu porodowego [26].

Obniżenie natężenia bólu zależy nie tylko od stosowanych metod farmakologicznych bądź niefarmakologicznych, lecz także od strategii radzenia sobie z bólem, którą posługuje się człowiek. W ramach badań własnych określono najczęściej wykorzystywane przez kobiety rodzące strategie radzenia sobie z bólem. Niniejsze badanie wykazało, że najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie z bólem była modlitwa/pokładanie nadziei, zwiększona aktywność behawioralna oraz deklarowanie radzenia sobie. Najrzadziej badane wskazywały na przewartościowanie doznań bólu. Podobne wyniki uzyskała Andruszkiewicz i wsp., Baczewska i wsp. w swoich badaniach nad strategiami, także wskazując na deklarowanie radzenia sobie i modlitwę [27, 28].

### **Wnioski**

1. Kobiety rodzące stosują różne metody radzenia sobie z bólem, w których dominują metody poznawcze czyli modlitwa/pokładanie nadziei, zwiększona aktywność behawioralna oraz pozycje wertykalne.
2. Sposoby łagodzenia bólu stosowane w położnictwie miały istotny wpływ na odczucia dolegliwości bólowych wśród respondentek biorących udział w badaniu. Zdecydowana większość ankietowanych uznała je za skuteczne.
3. Uczestnictwo w szkole rodzenia nie miało istotnego wpływu na intensywność odczuć bólowych.
4. Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu pomaga i wspiera oraz daje poczucie bezpieczeństwa.

### **Piśmiennictwo:**

1. Dobrzyński W., Szymański W. Poród fizjologiczny [w:] Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Łepecka – Klusek C. (red.), Czelej, Lublin 2003, 125, 137 -138.
2. Ropacka M., Bręborowicz G.H. Poród prawidłowy. [w:] Położnictwo i Ginekologia. Bręborowicz G.H. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2006, 336, 345 -346.

3. Czajkowski K, Szymański W. Położnictwo Rudolfa Klimka. Nowy Targ: Zakład Poligraficzny MK, 2008.
4. Troszyński M. Ćwiczenia położnicze. Warszawa: PZWL, 2008.
5. <https://www.ptgin.pl/28.04.20214>
6. Ćwiek D., Fryc D., Branicka – Woźniak D. Szkoła Rodzenia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 121 -153.
7. Golec A. Podstawy psychologii bólu. Nowa Klin.2000; 7: 9: 933 – 938.
8. Filipczak – Bryniarski I., Gryniarski K., Woron J., Wordliczek J. Mechanizmy przewodzenia bólu. Rola układu odpornościowego w regulacji odczuwania bólu. Anest. Ratow. 2010; 4: 500-509.
9. Pawlak M. Biologiczne uwarunkowania bólu. Wydawnictwo AWF – Akademia Wychowania Fizycznego. Poznań 2010, 12-22, 118-127.
10. Kicia M. Pozafarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego. [w:] Kobieta i jej rodzina. Profesjonalny poradnik dla położnych. Warszawa 2010, 29 – 51.
11. Kowalik I. Łagodzenie bólu porodowego przy zastosowaniu naturalnych metod. W cieniu czepka; 2009;6:20.
12. Witkiewicz M. Znaczenie bólu porodowego. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nr 1-2/2011.
13. Heimrath T. O bólu porodowym. Przegląd Lekarski 2000; 57 (1), 70-72.
14. Iwanowicz-Palus G., Stobnicka D., Ćwiek D. Psychoprofilaktyka porodowa. [w:] Alternatywne metody radzenia sobie z bólem. Iwanowicz-Palus G. (red.), PZWL, Warszawa 2012, 164- 186.
15. Kubicka – Kraszyńska M. Oleś K., Otffinowska A., Pietrusiewicz J. O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa 2010: 13-46.
16. Datta S. Metody łagodzenia bólu podczas porodu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 8-10, 17.
17. Fijałkowski W. Szkoła Rodzenia. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1977,135,138, 146.
18. Słomko I. Szkoła rodzenia. [w:] Położnictwo. Bręborowicz G. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 458- 464.
19. Mayzner – Zawadzka E. Ból w okresie porodu. Ból 2002; 3(4), 35-37.
20. Puszczalowska-Lizis E., Mokrzycka K., Jandziś S. Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu, 2016; 22(4): 264-269.

21. Iwanowicz- Palus G., Jędrzejewska L. Czy warto certyfikować szkoły rodzenia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2016; 11: 33-35.
22. Piziak W. Wpływ przygotowania psychicznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2009; 3: 282-292.
23. Sadowska M., Kędzierska A., Wdowiak A., Brześcińska A. Efektywność funkcjonowania szkół rodzenia w opinii kobiet. *European Journal of Medical Technologies* 2013; 1 (1): 39-47.
24. Berkau A. Wpływ wsparcia i obecności partnera na samopoczucie kobiety rodzącej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 2 (43) : 71-75.
25. Iwanowicz–Palus G., Stobnicka D. Metody łagodzenia bólu porodowego. [w:] *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Iwanowicz–Palus G. (red.). Warszawa, PZWL 2012, 192, 198, 219.
26. Guzikowski W. Imersja wodna w czasie porodu i poród w wodzie. *Family Medicine Primary Care Review* 2009; 11:2, 163 – 167.
27. Andruszkiewicz A., Wróbel B. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008; 16: 237-240.
28. Baczewska B., Kropornicka B., Dobrzyński K., Block B., Krzyżanowska E., Łuszczuk R., Olszyk C., Nowicka E., Lorencowicz R., Muraczyńska B. Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6 (1): 281-298.
29. Maszke A.W. *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów

Tekst złożony w redakcji: 21.04.2021 r.

Przyjęto do druku: 10.05.2021 r.