

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Hana Říhová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Hana Říhová, DiS.

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU Z POHLEDU
PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Lorenzová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Lorenzové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině, která mě při psaní bakalářské práce podporovala.

Anotace

Příjmení a jméno: Hana Říhová, DiS.

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky

Vedoucí práce: Mgr. Eva Lorenzová

Počet stran: číslované- 77, nečíslované- 28

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: porod, porodní asistentka, nefarmakologické metody, tišení bolesti, porodní bolest

Souhrn:

Tato bakalářská práce pojednává o tématu tlumení porodní bolesti z pohledu porodní asistentky. Teoretická část práce popisuje nefarmakologické a farmakologické metody tlumení porodní bolesti. Součástí této teoretické části je i náhled do historie tlumení porodní bolesti a pojednání o prožívání porodní bolesti z pohledu porodní asistentky. Tato práce zobrazuje přehled metod tlumení bolesti za porodu a jejich využití v praxi. Praktická část mé bakalářské práce má výzkumný charakter a zaměřuje se na využití metod tlumení bolesti za porodu ve velkých a malých porodnicích. Součástí praktické části je i zmapování vztahu porodních asistentek k porodní bolesti v průběhu jejich praxe.

Annotation

Surname and name: Hana Říhová, DiS.

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The control of pain during childbirth the perspective of a midwife

Konsultant: Mgr. Eva Lorenzová

Number of pages: numbered- 77, non numbered- 28

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 30

Key words: childbirth, midwife, non pharmacological methods, pain management, labor pain

Summary:

This bachelor thesis is focused on the control of pain during childbirth from the perspective of a midwife. The theoretical part of my bachelor thesis describes on the control of labor pain nonpharmacological and pharmacological. Part of the theoretical part is a treatise on labor pain control in the history of obstetrics and a treatise on experiencing labor pains from the perspective of a midwife. This work is focused an overview of methods for the control of pain in childbirth and their use in practice. The practical part of my bachelor thesis has the research character and focuses on the use of methods to control pain in childbirth in large and small maternity wards. Part of the practical part is also surveying a relationship midwives to labor in the course of their practice.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PORODNÍ BOLEST	13
1.1 Popis fyziologického porodu	14
1.1.1 První doba porodní	14
1.1.2 Druhá doba porodní	14
1.1.4 Třetí doba porodní	15
1.1.5 Čtvrtá doba porodní	16
1.2 Příčina porodních bolestí	16
1.3 Faktory ovlivňující porodní bolest	17
1.4 Charakteristika porodní bolesti v I., II. a III. době porodní	19
1.4.1 Bolest v I. době porodní.....	20
1.4.2 Bolest ve II. době porodní.....	20
1.4.3 Bolest ve III. a IV. době porodní	21
1.5 Porod jako náročná životní situace	21
2 TLUMENÍ PORODNÍ BOLESTI V HISTORII PORODNICTVÍ	23
2.1 Vývoj porodnické anestezie a analgezie	23
3 TLUMENÍ PORODNÍ BOLESTI V SOUČASNÉM POJETÍ PORODNICTVÍ	27
3.1 Metody tlumení porodní bolesti	27
4 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI	29
4.1 Psychologické metody tlumení porodní bolesti	29
4.1.1 Předporodní příprava	29
4.1.2 Přítomnost blízké osoby u porodu	30

4.1.3 Aromaterapie	32
4.1.4 Muzikoterapie	33
4.1.5 Hypnóza	33
4.2 Fyzikální metody tlumení porodní bolesti	34
4.2.1 Hydroanalgezie	34
4.2.2 Dýchání zmírňující porodní bolesti	35
4.2.3 Vhodné polohy zmírňující porodní bolest	36
4.2.4 Akupresura a akupunktura	37
4.2.5 Teplo a chlad	38
4.2.6 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS	38
5 FARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI	40
5.1 Celková analgezie	40
5.1.1 Inhalační analgezie	40
5.1.2 Injekční analgezie	40
5.2 Regionální analgezie	41
5.2.1 Infiltrační analgezie	41
5.2.2 Pudendální analgezie	41
5.2.3 Paracervikální analgezie	41
5.2.4 Epidurální analgezie	41
5.2.5 Subarachnoidální analgezie	43
6 PORODNÍ BOLEST Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY	44
6.1 Vztah mezi ženou a porodní asistentkou	44
6.2 Přístup porodní asistentky k rodící ženě	44
6.3 Porodní asistentka a porodní bolest	45
PRAKTICKÁ ČÁST	47
7 FORMULACE PROBLÉMU	48
7.1 Hlavní problém	48
7.2 Hlavní cíl	48

7.3 Dílčí cíle a předpoklady.....	48
8 VZOREK RESPONDENTŮ.....	50
9 METODY PRŮZKUMU.....	51
10 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	51
11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	52
12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	72
13 DISKUSE.....	78
14 ZÁVĚR.....	87

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

ÚVOD

Porodní bolest je jedna z mnoha bolestí, kterou žena během svého života prožívá. Je považována za bolest velice silnou a v některých případech až nesnesitelnou. Je pro ni ale bolestí nejvýznamnější. Nejvýznamnější proto, že za její intenzitou a prožitkem se skrývá zcela jedinečný a výjimečný okamžik, jako je narození dítěte. Je velmi důležité, aby negativní vzpomínky z porodu nepřevažovaly nad pozitivními.

Bolest u porodu je v dnešní době vnímána jako něco špatného. Jako něco, čemu jsou ženy během porodu vystavovány naprosto zbytečně. Jako cena, kterou musí zaplatit za to, aby mohly mít děti. Jen málo kdo ji vnímá jako přirozenou součást, která k porodu bezpochyby patří. Domnívám se, že hlavní problém je v přístupu dnešních žen, které očekávají téměř nebo úplně bezbolestný porod a zapomínají na to, že pro ně prožitek z porodu může být nesmírně výjimečný a významný. Ano, tlumení bolestí je určitě v některých situacích mnohdy přímo požehnáním, ale neměli bychom to přehánět. Někdy mohou přinést více škody než užitku. A pro nás zejména to, že mohou znamenat větší zátěž jak pro matku, tak pro dítě. Líbí se mi, když vidím ženy po porodu, do něhož nebylo žádným způsobem zasahováno, jak z nich vyzařuje pocit, že to dokázaly. Když dokázaly porod, dokážou už všechno. Najednou jim to zvýší sebevědomí, posílí je to, mají pocit uspokojení, radosti a sebeocení. Zkrátka si myslím, že bolest hraje během porodu důležitou roli a to především pro psychiku ženy. Myslím si ale, že je dnes upřednostňováno farmakologické tlumení bolestí a to proto, že se snažíme všechno urychlit. Nefarmakologické metody se tak dostávají do pozadí a na porod se nahlíží jako na něco, co je potřeba farmakologicky tišit natolik, aby to by „to“ bylo co nejméně bolestivé.

Ráda bych jednou v praxi měla možnost nabízet nefarmakologické metody rodičkám, mluvit o nich, o jejich výhodách, počínaje tím, že nezatěžují zdraví ani matky ani plodu. Domnívám se, že jde spíše o pokoru a umění dopřát ženě aktivní roli v průběhu porodu. Pochopit porodní proces jako fyziologický jev, který není třeba regulovat farmakologicky a tím ovlivnit celý jeho průběh. Chtěla bych upřednostnit jejich význam, ale zároveň neztracovat metody farmakologické. Neboť vím, že i ty mají v porodnictví mnohdy nezastupitelný význam.

V teoretické části jsem se zaměřila na tlumení porodních bolestí metodami nefarmakologickými a farmakologickými. Její součástí je i pojednání o historii porodnické

analgezie, o porodní bolesti z pohledu porodní asistentky. Zaměřila jsem se i na přístup porodních asistentek k rodícím ženám a na jejich práci s porodní bolestí.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký pohled na tlumení bolesti za porodu mají porodní asistentky pracující ve větších a menších porodnicích. Předpokládám, že se využívání metod ve větších a menších porodnicích bude lišit. Velmi často jsem se totiž během své praxe setkala s tvrzením, že na některé metody není čas nebo že se porodním asistentkám nedostává podpory pro používání některých metod ze strany lékařů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORODNÍ BOLEST

Bolest je nepříjemný a stresující symptom, který je především osobní a subjektivní. Nikdo není schopen cítit intenzitu bolesti druhého člověka, ale empatická ošetrovatelská péče pomáhá bolest zmírnit a tím i klientce bolest překonat. (Ratislavová, 2008, s. 67)

Je známo, že existuje sedm oblastí, do kterých bolest zasahuje. Do oblasti fyzické, psychické, afektivní, behaviorální, spirituální, kognitivní a kulturně sociální. (Murray, 2009, s. 75)

Bolest při porodu je specifickou bolestí, která je součástí přirozeného tělesného procesu. Žena se na ni může připravovat po dobu několika měsíců, je časově omezená, trvá hodiny (ne dny, týdny), přichází pravidelně v rytmu a v intervalech, mezi kterými bolest ustává. Končí porodem novorozence jako emočně kladně nabitým zážitkem a pro ženu velkou odměnou. Bolest jako taková je z fylogenetického pohledu pro ženu prospěšná. Žena pocítuje svoji zranitelnost a vyhledává pomoc, motivuje ji k přerušení všech ostatních aktivit a zaujímání různých poloh, které ji mohou průběh porodu usnadnit. Organismus rodičky reaguje na porodní bolesti vylučováním adrenalinu, který ženě dodává sílu a endorfinů, které tlumí bolest a jejich hladina se při porodu zvyšuje až třicetkrát. Důležitou roli hraje i přirozený Oxytocin, který přispívá ke zlepšení nálady, způsobuje určitý útlum paměťových center a zvyšuje práh bolestivosti. Oxytocin, který je podávaný intravenózně tyto účinky nemá. (Ratislavová, 2008, s. 67)

Tyto „vnitřní opiáty“ fungují jako přirozené léky proti bolesti a navazují všeobecný pocit blaha. Podávat ženám během porodu léky proti bolesti anebo syntetické hormony, jako je například Oxytocin, zničí hormonální rovnováhu, na níž závisí spontánní průběh celého porodního procesu. Je zřejmé, že bolest sama o sobě může porod zpomalit, ale pokud do něj nezasahujeme podáváním léků, tělo se dokáže samo přirozeně a účinně bránit. (Odent, 1995, s. 38)

Dokonce se uvádí, že bolest je pro porod nezbytně nutnou. Vliv porodní bolesti je prospěšný pro matku i pro dítě. Vyplavování hormonů zvyšuje u ženy schopnost pokračovat v porodu, podporuje její pocity zvládnutí a uspokojení. Látky, které se vyplavují do krve dítěte, napomáhají přípravě plic na dýchání, způsobují odliv krve z končetin k srdci a mozku a tím jej ochraňují před nedostatkem kyslíku. Většina žen, které prožívají bolest u porodu, se lépe orientují v porodním procesu a tím dokáží lépe porod rozeznat. Hlavní význam porodní bolesti spočívá v potřebě ženy vědět, že porod začíná.

Může se odebrat na bezpečné místo, kde se cítí příjemně a v klidu, zatímco se porodní proces rozbíhá. Bolest u porodu je ale významná i pro navázání vztahu s dítětem. (Groverová, 2011, 47-48)

M.Odent (1995) učí ženy, jak se přirozeně stát odbornicemi na vlastní porod. Necháává rodičkám volnost a dostatek soukromí na to, aby samy mohly během porodu činit to, co považují za nejvhodnější. Aby se samy do sebe ponořily a soustředily se jenom na potřeby vlastního těla. Porod a porodní bolesti s ním spojené jsou chápány jako přirozený projev organismu ženy, do kterého není nutno jakýmkoliv způsobem zasahovat. Celý průběh porodu je postaven na intuici rodičí ženy. Podporuje svobodu rodičí ženy dělat hluk, rodit v jakékoliv poloze, ke které během porodu spontánně dospěje. Preferuje účinky teplé vody během bolestivých kontrakcí, jako „přirozená analgetika“. Porodní bolest považuje za impuls posílení sebevědomí a sebeocení ženy po porodu, zvyšuje vnímání radosti, podporuje i vztah mezi matkou a dítětem. Je to zcela přirozený a fyziologický proces.

1.1 Popis fyziologického porodu

1.1.1 První doba porodní

První doba porodní začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí, které vedou k evidentnímu rozvíjení dolního děložního segmentu, děložní branky a hrdla. Frekvence otvíracích kontrakcí většinou nepřesahuje 1-2 kontrakce za 10 min. Ke konci I. doby se frekvence kontrakcí pohybuje kolem 4 kontrakcí za 10 minut a neměla by překročit 5 kontrakcí za 10 minut. U prvorodičky vyžaduje celý porod přibližně 110-150 kontrakcí, u vícerodiček 60-80 kontrakcí, včetně II. doby porodní. (Čech, 2006, s. 131-132)

Úkolem porodní asistentky je psychicky podporovat rodičku, snažit se jí zbavit stresu, spolupracovat s otcem, pokud je u porodu přítomen. Také je důležité vytvořit dobrý vztah mezi ní, rodičkou i doprovodem. (Slezáková, 2007, s. 84)

1.1.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní, neboli vypuzovací, začíná okamžikem zániku branky a končí porodem plodu. V této fázi prochází plod porodním kanálem, který tvoří tvrdé i měkké porodní cesty. Děložní kontrakce a jejich intenzita ve II. době vrcholí. Zvyšuje se nitrobřišní tlak. Mechanismus porodu hlavičky ve II. době porodní rozdělujeme do 5 etap:

iniciální flexe a vstup hlavičky do pánve, progresse do pánevní šíře a úžiny, normální anebo abnormální vnitřní rotace, rotace hlavičky kolem dolního okraje spony stydké a zevní rotace. Porodem plodu je ukončena II. doba porodní, která obvykle trvá v průměru okolo 15-20 minut u prvorodičky, u vícero dičky okolo 5-10 minut. (Čech, 2006, s. 132-135)

1.1.4 Třetí doba porodní

Nebo-li doba k lůžku. Začíná porodem plodu a končí porodem placenty. (Zwinger, 2004, s. 132).

Po porodu se děloha přizpůsobí výraznou retrakcí. Fundus děložní je ve výši pupku, zaoblený a děloha má kulovitý tvar. Retrakce probíhá v celé stěně dělohy s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po určité klidové fázi se opět dostaví kontrakční činnost. Zaujímají i stěnu dělohy, kde inzeruje placenta. Mezi placentou a stěnou děložní dochází k tkáňovému posuvu, během kterého se přetrhají uteroplacentární septa a cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. Placenta se odlučuje ve spongiozní vrstvě deciduální sliznice. Po odloučení ještě neporozené placenty se děloha předozadně oplošťuje a fundus děložní je špičatý. Podle lokalizace a způsobu porodu placenty rozeznáváme tři typy mechanismu. Mechanismus dle Baudelocquea-Schultzeho, během kterého se vytváří retroplacentární hematoma a placenta se odlučuje od centra k periferii. Placenta se rodí napřed svojí fetální částí. Druhý typ odlučování placenty je dle Duncana, kdy se placenta odlučuje od distální periferie přes centrum k opačné periferii. Placenta se rodí po hraně svojí mateřskou stranou. Poslední mechanismus odlučování placenty je mechanismus dle Gessnera, při němž se placenta odlučuje od periferie, pak ale sklesne do pochvy, kde se kornoutovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. III. doba porodní trvá přibližně 5-10 minut. (Čech, 2006, s. 135-136)

Vedení III. doby porodní je zásadně konzervativní metodou. Do jeho mechanismu bychom neměli žádným způsobem zasahovat. Pokud rodička nadměrně nekrvácí, můžeme na spontánní porod placenty vyčkat až 1 hodinu. Vedeme-li porod medikamentózně, vyčkáváme 20-30 minut maximálně. Pokud se placenta do té doby neporodí, přistupujeme k manuálnímu vybavení lůžka. (Čech, 2006, s. 358-359)

1.1.5 Čtvrtá doba porodní

Období, které již patří do raného šestinedělí. Trvá 2 hodiny po porodu a označujeme ho poporodním obdobím. (Čech, 2006, s. 136)

V této době probíhá zvýšená děložní činnost, která je nesmírně důležitá pro zástavu krvácení z plochy, kde inzerovala placenta. Rodička většinou zůstává na porodním sále, kde kontrolujeme zejména krvácení, výšku děložního fundu, tonus dělohy a tvar dělohy. Kontrolujeme také krevní tlak, puls a tělesnou teplotu. Rodička je většinou unavená a proto ji nenutíme k aktivitě. (Zwinger, 2004, s. 154)

Celková krevní ztráta, která je fyziologická, by neměla přesáhnout 300 mililitrů. (Čech, 2006, s. 136)

1.2 Příčina porodních bolestí

Porodní bolesti představují zvláštní kategorii bolestí, kde se prolíná její fyziologický význam a patofyziologické mechanismy. Porodní bolesti jsou přirozený stav, který provází téměř každý porod. Porodní bolesti jsou fyziologické, ale pro některé ženy mohou být nesnesitelné. Bolest vzniká na podkladě působení bolestivé stimulace na nocisenzory (nociceptory), které jsou trojího typu. Vysokoprahové mechanické nocisenzory, které jsou drážděny mechanickými podněty a jsou velmi výrazně zapojeny při porodních bolestech. Polymodální nocisenzory reagují zejména na změny tepelné (chlad a teplo). Vlastní nocisenzory, tzv. mlčící – spící nocisenzory, se zapojují při zvýšené bolestivé stimulaci. Také jsou zapojeny při vnímání porodní bolesti. Nocisenzory tedy mohou být podrážděny mechanicky, tepelně, jiným bolestivým stimulem nebo kombinací všech těchto podnětů. Z nocisenzorů je bolestivá informace vedena dvěma skupinami vláken. Nemyelinizovaná vlákna C, jsou vlákna pomalá. Vedou bolest zejména ze specifických nocisenzorů. Slabě nemyelinizovaná vlákna A δ vedou bolestivé podráždění z polymodálních nocisenzorů nebo z vysokoprahových mechanosenzorů. Obě tyto skupiny vláken vedou bolestivou stimulaci z oblasti pánve. Během porodu je stimulována široká oblast především S2-S4 a dále Th10-L1. Je to rozsáhlá stimulace kožních a svalových struktur. Je drážděno příčně pruhované i hladké svalstvo dělohy. Z nocisenzorů vedou vlákna C a A δ bolestivou stimulaci k zadním kořenům míšním a odtud do zadních rohů míšních. Na míšní úrovni se uvolňují specifické bolestivé substance, substance, endorfiny,

enkefaliny, ale i mnoho dalších látek, zejména prekursorů různých genů a jejich produktů, které také ovlivňují další vedení bolesti. (Pařízek, 2002, s. 125-126)

1.3 Faktory ovlivňující porodní bolest

Vnímání porodní bolesti při porodu je naprosto individuální nejen co do její intenzity, ale i co do lokalizace a délky trvání. Často se popisují bolesti jako velmi silné, mučivé i nesnesitelné. Mnohé rodičky a to i ty, které se na porod připravovaly s cílem pokud možno zvládnout porod přirozeně, jsou intenzitou bolesti zaskočeny a popisují ji jako bolest, jakou nikdy nezažily. (Pařízek, 2002, s. 131)

Velmi důležitá je pro průběh porodu **psychická připravenost**. Je podstatné, aby žena byla po dobu těhotenství spojena sama se sebou a s dítětem. Aby si zvykala na novou situaci, kterou těhotenství a porod bezpochyby jsou. Aby o nastávajícím porodu mluvila a udělala si o něm svoji vlastní představu. Dodává jí to odvahu a víru v samu sebe a to je jeden z důležitých faktorů, který ovlivňuje porodní bolest.

Leifer (2004, s. 172) poukazuje na důležitost slov práh bolesti a tolerance bolesti. Práh bolesti popisuje jako nejnižší intenzitu vjemu, který člověk pocítí jako bolestivý. Práh bolesti je konstantní a v různých podmínkách se jen zřídka mění. Tolerance bolesti je míra bolestivosti, kterou je daný člověk ochoten snést. Tolerance bolesti se na rozdíl od prahu bolesti dle okolností mění. Hlavním úkolem porodní asistentky by mělo být ovlivnit co nejvíce faktorů tak, aby žena byla schopna tolerovat porodní bolest.

Mezi faktory, které mohou ovlivňovat intenzitu porodních bolestí, můžeme zařadit ženy s bolestivou menstruací v anamnéze a ženy trpící nadváhou. Ženy, které jsou starší nebo vícerodičky mohou porodní bolesti snášet lépe. Ženy trpící v těhotenství bolestmi v kříži, trpí během porodu nesnesitelnými bolestmi, kdy při kontrakcích nasedá na stálou bolest v této oblasti ještě bolest způsobená napínáním přilehlých neurálních a viscerálních struktur v peritoneu a tlakem na ně. Porodní bolest vyvolává zejména stres. Během porodu se zvyšují plazmatické hladiny stresových hormonů jako je kortizol, adrenalin, noradrenalin, dopamin a jiné. Rozvíjejí se také nežádoucí patologické somatické a psychické reakce. Mezi somatické nežádoucí reakce zařazujeme vyplavování hormonů, změny metabolických funkcí, stimulace vegetativního nervového systému, stimulace imunitního systému a aktivace mediátorů a buňek zánětu. Do psychických reakcí spadá zejména anxiozita a pocit bezmocnosti. (Pařízek, 2002, s. 131)

Dále bolest ovlivňuje zdroj bolesti jako je nepřipravenost hrdla děložního, napětí vagíny a perinea. Důležitý je především i zdravotní stav matky při porodu, připravenost hrdla děložního před porodem, konstituce pánve, intenzita porodu a vyčerpanost rodičky. Naléhání a pozice plodu mohou být důležitým faktorem způsobující intenzivní bolest. Další bolest mohou způsobit i zdravotnické zákroky, které se provádějí především proto, aby se zajistila bezpečnost matky i plodu. Jsou to zejména zákroky jako intravenózní infuze, kontinuální fetální monitoring, zvláště pokud brání mobilitě rodičky, amniotomie, vaginální vyšetření nebo jiné rušivé podněty. Významné pro vnímání porodní bolesti jsou i proměnlivé psychosociální faktory, mezi které řadíme kulturu, která ovlivňuje názory na těhotenství a porod a později i reakci na porodní bolesti. Obavy a strach v některých případech zvyšují citlivost na bolest a snižují schopnost tolerance. Ženu může ovlivnit i předchozí zkušenost s porodem. Nedílnou součástí je i příprava na porod a podpora ze strany ostatních. (Leifer, 2004, s. 172-174)

Velkým přínosem předporodní přípravy je, že je žena po celou dobu těhotenství v kontaktu s porodní asistentkou a popřípadě se svým ošetřujícím gynekologem. Porodní asistentka ženu provází celým těhotenstvím, při kontrolách, navazuje kontakt, provádí nácvik a podává potřebné informace. Je důležité, aby žena byla začleněna i mezi ostatní ženy, kde si mohou vzájemně sdělovat společné obavy, přání a pocity. Porodní asistentka by měla být odborníkem, který citlivě uvede informace na pravou míru a tím si snadněji získá důvěru ženy. Cílem předporodní přípravy by mělo být posílení sebedůvěry ženy a víra v schopnost porodit dítě a následně se o něj postarat. Žena je v častém kontaktu s porodní asistentkou, zná prostředí a personál porodnice, kde bude rodit. Hlavní roli hraje důvěra a pocit bezpečí. Opadnou obavy, strach a nejistota z neznámého prostředí a personálu. Žena se nemusí ohlížet na okolí, cítí se bezpečně a může se plně vcítit do sebe a soustředit se jen na potřeby vlastního těla. Zároveň vnímá porodní bolesti jako něco, co k porodu patří a může se jim oddat. To vše může být velkou výhodou pro průběh porod. (Ratislavová, 2008, s. 26-27).

Významným faktorem pro průběh porodu je také podpora ženy během porodu. Je prokázáno, že individuální podpora rodičky, může mít příznivý vliv na vnímání a prožívání porodu. (Ratislavová, 2008, s. 68).

1.4 Charakteristika porodní bolesti v I., II. a III. době porodní

Bolest je během porodu ovlivněna čtyřmi faktory. Dilatace a zkracování hrdla děložního, snížený přísun krve do dělohy během kontrakcí, tlak plodu na pánevní struktury a napínání vagíny a perinea. (Leifer, 2004, s. 172)

Porodní bolest je způsobena kontrakcemi dělohy. Kontrakce představují práci, z níž vzniklá síla vypuzuje plod, který distenduje tkáň porodního kanálu. Tlak plodu působí na měkké a tvrdé porodní cesty. V první době porodní převládá bolest viscerální, zatímco ve druhé době porodní převládá bolest somatická. (Pařízek 2002, s. 149)

Prožívání porodní bolesti je individuální záležitostí, ale i přesto můžeme vyzorovat okamžiky, které ženy prožívají intenzivněji a označujeme je jako typické emoční mezníky během porodu neboli **emoční krize**. Emoční krizi můžeme rozdělit na čtyři fáze. Počátek porodu, počátek aktivního porodu, přechod z I. do II. doby porodní a vypuzování hlavičky plodu.

Ženy většinou bývají poučeny o známkách počínajícího porodu. Když ale cítí, že dochází ke změně, která vede k začátku porodu, najednou znejistí a obávají se toho, na co se tak dlouhou dobu těšily. To může být okamžik, kdy dojde k rozrušení rodičky, někdy i panice, nejistotě zda má vše připraveno, zda už je to okamžik, kdy může odjet do porodnice. V tuto chvíli rodička hledá oporu ve své porodní asistentce, v kamarádce nebo v partnerovi. Úkolem porodní asistentky je, aby se snažila odvést pozornost od prvních kontrakcí, aby ji doporučila odpočívat, být v klidu a pokud možno po boku někoho blízkého.

Ve chvíli, kdy děložní kontrakce sílí a nelze již odvracet pozornost, rodička odjíždí do porodnice. Pociťuje silnější pravidelné bolesti, je otažitá, ztrácí odhodlání a odvahu. Porod je tak v plném běhu a žena si uvědomuje, že ji zbývá ještě velký kus práce. Pod silnou intenzitou kontrakcí většinou nabývá pocitu, že to nezvládne. Je důležité, aby měla velkou podporu okolí, dostatečný pohyb a aby se cítila bezpečně. Porodní asistentka může rodičce nabídnout různé nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. Nefarmakologických metod existuje velké množství a porodní asistentka by měla využít většinu, než přistoupí k farmakologickému tlumení bolestí. Každá rodička je ale individuální a nelze ji odsuzovat za to, že nefarmakologické metody odmítá. Porodní asistentka by její přání měla respektovat, měla by jí vyhovět a především u ní nevyvolávat pocity viny. Naopak by jí měla psychicky podporovat a chválit.

Kontrakce děložní nabývají na intenzitě. Blíží se konec I. doby porodní a rodičky se často cítí vyčerpané a unavené. Pomalu ztrácí trpělivost, propadají zoufalství v pomyslení, že porod ještě není u konce. Je nutné, aby ji porodní asistentka nebo partner povzbudili. Žena instinktivně mění polohu a prodýchává děložní kontrakce. Často se objevuje otázka: „Jak dlouho ještě? “.

Ke konci I. doby porodní rodičky nabývají pocitu kontroly nad situací tím, že se aktivně zapojují do tlačení. Dochází k vzestupu energie, jsou vědomě přítomny a sledují pokyny porodní asistentky. V tuto chvíli doléhá celá situace na partnera rodičky, který bývá psychicky unaven. Úkolem porodní asistentky je, aby zajistila zpětnou vazbu mezi ní a rodičkou. Být s ní neustále v kontaktu, podporovat ji a povzbuzovat.

Během porodu se porodní asistentka snaží udržet klidnou, tichou, příjemnou, intimní atmosféru, poskytující bezpečí a pohodlí. (Ratislavová, 2008, s. 61-62)

1.4.1 Bolest v I. době porodní

V první době porodní se současně dilatuje děložní hrdlo a natahuje dolní děložní segment. Převládají bolesti viscerální, které odpovídají bolestem kolikovitého charakteru dutých orgánů. Jsou to bolestivé kontrakce, při nichž narůstá pnutí a tlak, ale délka svalových vláken se nemění. Jejich intenzita se postupně zvyšuje v souvislosti s pokročilostí dilatace děložní branky. V počátečních fázích I. doby porodní je poměrně dlouhý interval mezi začátkem kontrakce dělohy a pocitem bolesti. Děložní kontrakce nejsou ještě dostatečně silné na to, aby nastalo roztažení dolního děložního segmentu a děložního hrdla. Postupně bolest na kontrakce nasedá stále rychleji.

(Pařízek, 2002, s. 131-132)

Trvání první doby porodní je průměrně u prvorodiček přibližně 6-7 hodin. U vícerodiček 3-4 hodiny. (Čech, 2006, s. 130)

Trvání první doby porodní je ale u každé rodičky individuální a časové ohraničení je tedy spíše orientační.

1.4.2 Bolest ve II. době porodní

Ve druhé době porodní převažují bolesti somatické, které vycházejí převážně z oblasti perineální. Bolest je způsobena aktivací vláken nervus pudendus. (Pařízek, 2002, s. 131-132)

Trvání druhé doby porodní je u prvorodičky v průměru okolo 15-20 minut, u vícerodičky okolo 5-10 minut. (Čech, 2006, s. 135)

Bolest ve druhé době přibližně trvá u prvorodiček asi 50 minut a u vícerodiček 10-15 minut. Pokud ale porod nepokračuje, může mít porodní bolest negativní vliv na matku i na dítě. (Roztočil, 2006, s. 171)

Stejně tak jako u první doby porodní je i u druhé doby porodní trvání velmi individuální a časové ohraničení je spíše orientační.

1.4.3 Bolest ve III. a IV. době porodní

Po porodu se děloha přizpůsobuje výraznou retrakcí. Zavínování dělohy může u vícerodiček pobolívat. Dále mohou pociťovat pobolívání porodního poranění a sutury. (Čech, 2006, s. 141)

1.5 Porod jako náročná životní situace

Porod je situací, na kterou se žena může psychicky připravovat po dobu devíti měsíců. I přesto je situací, která je pro ni nová a složitá. Je neobvyklá i pro ženy, které už rodily a které se s vědomím veškeré své zodpovědnosti snažily co nejlépe připravit. Jak se žena vypořádá s touto zátěžovou situací, kterou porod bezesporu je, to záleží na její osobnosti, vrozených vlastnostech, na její odolnosti vůči zátěžovým situacím, životních zkušenostech a aktuálním stavu organismu i sociálních skutečnostech. Porod jako zátěžovou situaci musíme vždy posuzovat vzhledem k adaptačním silám ženy a jejím možnostem. Musíme si uvědomit, že neexistuje jednotné měřítko, na kterém bychom mohli hodnotit míru zátěže. To, co pro jednu ženu znamená přijatelnou zátěž, pro druhou může znamenat zátěž nad její síly. Většina žen zvládá situaci porodu s vypětím, nebo s krajním vypětím sil, při mobilizaci fyzických i psychických mechanismů, někdy se může objevit i značné rozkolísání fyzických a psychických mechanismů. Vedle přiměřených reakcí se objevují i neadekvátní prvky, různé funkční poruchy, vývojově nižší způsoby chování a obranné psychické mechanismy. Problematika zátěžové situace souvisí s problematikou adaptivního a maladaptivního chování. Adaptivním chováním rozumíme přiléhavou, věcnou a účinnou odpověď na požadavky situace, která vede k reálnému, cílenému a účelnému řešení. Neadaptivní nebo maladaptivní chování je chování, které naopak situaci adekvátně neřeší, ale spíše ji komplikuje. Žena se k takovému chování může uchýlit ve chvíli, kdy je situace nad její síly, potřebuje se bránit a odolávat tlaku dané situace. Součástí osobnosti jsou i jeho obranné mechanismy, které slouží jako ochrana integrace osobnosti ve svízelných životních situacích. Základní a nejstarší způsoby, kterými se

člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi, jsou únik, útok a volání o pomoc. Od nich se potom odvíjí řada dalších obranných mechanismů. Řadíme mezi ně racionalizaci, negativismus, regresi, egocentrismus, identifikaci, projekci, kompenzaci, fixaci, rezignaci, izolaci, represi, vytěsnění, opačné reagování, somatizaci a disociaci.

(Ratislavová, 2008, s. 58)

2 TLUMENÍ PORODNÍ BOLESTI V HISTORII PORODNICTVÍ

2.1 Vývoj porodnické anestezie a analgezie

Pokusy ulevit ženě od porodních bolestí jsou staré jako lidstvo samo. Racionalita a účinnost těchto snah vždy závisely na úrovni myšlení, znalostí a především zkušeností. Informace o porodnické analgezii na nejnižších stupních vývoje člověka lze pozorovat, či spíše vytušit z chování některých lidských kultur, které ještě nedávno žily na úrovni doby kamenné. Během porodu byla ženám poskytována pomoc, ve které se mísily přístupy empiricko-rationální prvky s magickými. Panoval názor, že všechno zlé i bolest a nemoc, způsobují zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové. Odháněním zlých démonů, prováděné šamanem tancujícím okolo ohně, nanášením roští kolem domu, kde měla žena родit, sypáním soli kolem lůžka rodičky, měla v křesťanském středověku nahradit modlitbu k patronkám porodu. Přelom nastal v zemích, ve kterých se s rozvojem poznání začíná oddělovat racionální medicína od magického světa a démonů. Za dob starých Egyptanů, téměř 25 století před Hippokratem, získává lékařství empirický charakter. (Pařízek, 2002, s. 33)

I přes pokroky, ke kterým došlo vyčleněním lékařství od magie, se v některých obdobích vývoje využívaly během porodu až metody brutální. Jednou z takových bylo například skákání na břicho rodičky. Drastické byly také praktiky Apačů, kteří rodičku uvázali v podpaží a po spuštění ze stromu se zavěsili na děložní fundus. Tím se snažili napomoci porodnímu mechanismu. Barbarské a více fyziologické byly metody využívané na ostrovech Pago Pago. Žena klečela, zatímco muž, který seděl za ní, ji tlačil svými patami do žeber během každé kontrakce. Touto cestou bylo také napomáháno porodnímu mechanismu. V perské literatuře se dozvídáme o podávání vína během porodu, které mělo usnadnit zvládnání porodních bolestí. Z čínské literatury se dozvídáme o aplikaci opia podávaným během porodu. Extrakty z konopí a mandragory se buď polykaly, inhalovaly z houby nebo se přikládaly. V zemích jihovýchodní Asie nacházíme informace o akupunktuře. Křesťanství spatřovalo v porodní bolesti boží trest a tak byla analgezii během porodu odpírána.

Do 18. století se porodu lékaři neúčastnili. Ženy si úlevu od bolesti musely najít samy, ve zdrojích pro ně dostupných. Musely spoléhat samy na sebe, některé našly útěchu ve svém okolí. Až v 17. a 18. století se začal utvářet ucelený pohled na porod, porodní

mechanismus a všeobecně na problematiku porodu. Byla popsána flexe hlavičky, vyšetřování podle šípového švu a podle něho pak i vnitřní rotace hlavičky během porodu. V těchto porodnických objevech a prací autorů jako byli například Levret, Baudelocque, Smellie a Stein. V 19. Století pak Michaelis, Naegele. Postupně vznikala ucelený pohled na problematiku porodu, který se využívá ještě v dnešní době. Ve 20. století klasické porodnictví završila „Montevidejská škola“.

V druhé polovině 18. století byly především využívány metody v podobě relaxace u porodu a hypnózy. Farmakologické metody tlumení porodní bolesti zaznamenaly pozvolný vývoj, který byl dán postupným objevováním účinných farmak. Dietyléter, který byl připraven Valeriem Cordusem, byl poprvé podáván Williamem E. Clarkem a zejména pak Crawfordem W. Longem. Výsledky ale nebyly publikovány a proto je prvním lékařem, který éter aplikoval a především řádně dokumentoval William Thomas Green Morton. První porodnická analgezie byla provedena v roce 1847 lékařem Jamesem Youngem Simpsonem z Edinburgu. Simpson si byl vědom toho, že éter není pro porod ideální. Několik měsíců hledal látku, která by byla pro porodnickou analgezii vhodnější. S hledáním a výzkumem mu byli nápomocní i jeho asistenti Matthews Duncan a George Keith. Výsledkem jejich společné práce byl chloroform, který byl při porodu podán poprvé 8. listopadu 1847. Analgezie v porodnictví i přes jeho snahu a pokroky nacházela své místo velmi pomalu a obtížně, neboť mnoho duchovních i soudobých lékařů byli názoru, že porodní bolest je vůlí Boží. Spory J. Y. Simpsona s jeho nesouhlasným okolím trvaly šest let a skončily v okamžiku, kdy James Clark, královský porodník, doporučil Simpsonův objev analgezie královně Viktorii. Simpson díky své metodě získává od královny Viktorie titul „Sir“. Stává se inspirací pro mnoho dalších lékařů a brzy má celou řadu následovníků. Vznikají nová inhalační anestetika jako cyklopropan, methoxyfluran a trichlorethylén. V dnešní době se již neuvžívají kvůli svým vedlejším účinkům na plod a na matku. Jediné používané a povolené inhalační anestetikum, které se používá dodnes je oxid dusný. V druhé polovině 19. Století se u porodu začíná využívat intramuskulární a intravenózní aplikace analgetik a sedativ. Jsou známé pokusy s podáváním opia a sloučenin bromidů. Začínají se podávat barbituráty k navození spánku a Morfin, který se často s úspěchem používal a to i přesto, že byly známy jeho nežádoucí účinky na plod a na matku. V roce 1910 navrhl Jaeger aplikovat u porodu papaverin. Dále se používá směs morfinu se skopolaminem, který navazoval takzvaný šerospánek. Koncem dvacátých let se také se používal hyoscín, ale od něho bylo upouštěno, protože vyvolával u rodiček neklid během

porodu. Pethidin byla nová látka s analgetickými účinky, která byla popsána Benthinem, v Německu. Pethidin se brzy na to začal podávat u porodu a časem se kombinoval s fentiaziny a benzodiazepiny. Jsou to farmaka, která se i přes jejich negativní účinky na matku a plod využívají dodnes. James Young Simpson nadšeně vyjadřoval své hypotézy o lokální anestezii a to ještě desítky let před tím, než se vůbec její účinky začaly aplikovat. Simpson popisoval vlastní neúspěšné experimenty s aplikací nejrůznějších tekutin. Ve svých publikacích tak nejspíš poprvé používá název „lokální anestezie“. O možnosti lokální anestezie se zajímal i viktoriánský Angličan Benjamin Wart Richardson, který předvídal její potenciální výhody oproti anestezii celkové. Alexander Wood byl autorem injekční stříkačky a podkožní jehly, které byly důležitým předpokladem k používání farmak pro výlučně podkožní aplikaci.

Spinální anestezii při operačním vaginálním porodu poprvé popsal A.Kreis v roce 1900 v Německu. Do roku 1901 pak Tuffier rozšířil využití míšní anestezie při břišních operacích. Většina technik regionální anestezie byla popsána až na začátku 20. století. Do praxe se postupně zaváděla paravertebrální, interkostální, pudendální a paracervikální blokáda. I epidurální anestezie a analgezie je objevem ze začátků 20. století. Neurolog Jean Athanese Sicard a urolog Fernand Cathelin, dva na sobě nezávislí lékaři, kteří jako první použili kaudální anestezii. Cathelin předvídal využití kaudální anestezie u bolestivých porodů. A.M.Dogliotti z Turína v roce 1930 rozvinul techniku lumbální epidurální blokádu. V roce 1931 se snažil Eugen Bogdan Aburel dosáhnout kontinuální blokády lumbálních nervových plexů pomocí vzlínání roztoků lokálního anestetika po hedvábné niti. Jeho pokusy byly logické, ale nepřiliš účinné. Kontinuální spinální anestezie byla poprvé popsána Lemmonem v roce 1940, který nechával spinální jehlu zavedenou tak, že po otočení pacienta na záda byla vyvedena operačním stolem. Následně na jehlu byla nasazena dlouhá gumová trubička, kterou byl kontinuálně přidáván prokain. V roce 1944 Edward Boyce Tuohy vynalezl jehlu pro punkci a možnost zavádění katétru do arachnoidálního prostoru.

V letech 1950-1955 došlo k prudkému poklesu popularity neuroaxiální anestezie, obzvláště pak anestezie spinální. Obrovské pokroky naopak zaznamenala celková anestezie. Vznikla domněnka, že regionální techniky jsou pro praxi nepotřebné a navíc v lidech vyvolávala strach z těžkých neurologických následků. V průběhu času se začalo spekulovat o tom, že příčinou komplikací není chyba v používání metod tlumení bolesti, ale v chybné manipulaci s lokálními anestetiky. (Pařízek, 2002, s. 35-42)

Od vzniku prvních farmakologických metod jsme se v současné době posunuli ve vedení porodu mnohem dál. Prvotní myšlenkou farmakologického tišení bolesti bylo usnadnit ženám porod, zajistit, aby byl porod veden téměř bezbolestně. V dnešní době ale víme, že tišení porodní bolesti farmakologickou cestou může ovlivnit porodní proces. Poté již nemůžeme mluvit o přirozeném průběhu porodu a jeho průběh se tak pro nás stává nečitelným. Úkolem porodních asistentek by mělo být, vést porod co nejpřirozenější cestou, bez zásahu medikamentů. Přistupovat k porodní bolesti jako k součásti porodního procesu, která k němu přirozeně patří. Měly by ale znát různé druhy analgetik, jejich účinky a využití, aby s nimi mohly pracovat, pokud si je ženy vyžádají.

3 TLUMENÍ PORODNÍ BOLESTI V SOUČASNÉM POJETÍ PORODNICTVÍ

3.1 Metody tlumení porodní bolesti

Existuje mnoho možností, jak zmírnit bolest při porodu. Většinou ale bolest zcela nevyemizí, ale jestliže se zkombinují různé způsoby tlumení porodní bolesti s láskyplnou a zasvěcenou péčí, dokáže většina žen s bolestí dobře spolupracovat a zároveň jí dobře zvládnout. Zdá se, že střídáním činností tlumící bolest je mnohem účinnější, než abychom zůstali u jediné po celou dobu porodu. (Simkinová, 2000, s. 83-84)

Pro použití metod tlumících porodní bolest platí základní zásady. Metoda tlumení bolesti nesmí ovlivnit zdraví matky ani plodu, nesmí zásadním způsobem ovlivnit děložní činnost a zároveň musí být dostatečně analgeticky účinná. Metody tlumení bolesti rozdělujeme na nefarmakologické a farmakologické. (Čech, 2006, s. 143)

Postup, který bude účinný proti bolestem, dnes očekává většina rodiček, které žádají tlumení porodních bolestí neboli porodnickou analgezií. V současné době je známo mnoho metod tlumení porodních bolestí. Zlepšení techniky porodnické analgezie nabízí široké množství možností. Metody tlumení porodní bolesti se od sebe navzájem odlišují podle svého účinku, délky působení a technické náročnosti. Je-li metoda porodnické analgezie, kterou si žena vybrala správně a ve správný okamžik podána, může tlumení porodních bolestí přispět ke snížení porodnických komplikací jak u matky, tak u dítěte. (Pařízek, 2008, s. 438)

Nefarmakologické metody tišení bolesti mají několik výhod. Nefarmakologické metody neškodí na zdraví ani matky ani dítěte. Nepředstavují ani riziko alergické reakce ani jiný škodlivý účinek. Posilují prožitek z porodu a pocit, že žena porod aktivně zvládla. Nezkreslují průběh porodu a celý porodní proces je tak stále čitelný. Nijak nebrání plynulému tempu porodního procesu, spíše naopak. Abychom dosáhli nejlepších výsledků, je dobré nefarmakologické metody nacvičovat již před počátkem porodu. Úkolem porodní asistentky je dostatečná pomoc rodičce při několika z možných technik tlumení porodní bolesti. Jde především o relaxaci, mentální stimulaci, stimulaci kůže a nácvik dýchání. Je s výhodou, když žena a její partner navštěvovali předporodní kurz a porodní asistentka může v průběhu porodu stavět na jejich získaných znalostech.

Metody farmakologického tlumení bolesti zahrnují analgezii, anestetika, doplňková léčiva, která zlepšují působení analgetik nebo naopak zmírňují jejich vedlejší účinky. Analgetika se řadí mezi systémové léky, které redukují bolestivé podněty bez ztráty vědomí. Anestetika způsobují ztrátu smyslového vnímání a to zvláště bolesti. Dále pak dělíme anestetika na místní, která blokují vnímání v určitých oblastech bez ztráty vědomí a celková, která způsobují ztrátu vědomí a vnímání bolesti. Farmakologické metody patří mezi neúčinnější metody k potlačení bolesti v průběhu porodu. Tyto metody jsou účinné, ale mají také svá omezení. Jakýkoli lék, který podáváme matce, může mít negativní účinek i na plod. Některé farmakologické metody mohou zpomalovat porodní proces, zejména tehdy, pokud se podají příliš brzy. (Leifer, 2004, s. 179-185)

Těhotná žena by měla být včas a pravdivě informována o všech možnostech tlumení porodní bolesti a její rozhodnutí o využití některých z metod by mělo být z pohledu personálu plně respektováno. Stejně tak, pokud se rozhodne родit bez analgezie nebo se její názor na analgezii v průběhu porodu změní. (Pařízek, 2008, s. 140)

4 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI

4.1 Psychologické metody tlumení porodní bolesti

4.1.1 Předporodní příprava

Myšlenka o přípravě žen k porodu vznikla nezávisle v sovětské Ukrajině a v Anglii. Koncepti přirozeného porodu vytvořil anglický porodník Dick-Read. Tento anglický lékař, viděl hlavní zdroj komplikací v úzkosti, kterým podléhají na porod nepřipravené rodičky. Dle jeho pozorování je síla porodních bolestí bezprostředně závislá především na způsobu jejich vnímání rodícími ženami. Proto je velmi důležité zmírňovat porodní napětí a to předem nacvičenou relaxací svalstva a vlídným, vstřícným prostředím porodnice. Je důležité předejít začarovanému kruhu strach-napětí-bolest. Představitel tak zvané „sovětské školy“ Velvovskij, který vycházel z poznatků Pavlovovské fyziologie tvrdí, že špatné snášení porodních bolestí vyplývá z patologické porodní situace rodičky. Ve Francii a Spojených státech je dodnes oblíbená metoda lékaře Lamaze, který zdůrazňuje nutnost podrobného poučení rodičky a vštípit jí pozitivní motivaci. Podobně jako u metody Dick-Readova usiloval o eliminaci strachu z porodu nácvikem dýchání a vhodné relaxace. Jeho cílem je dosáhnout bezbolestného porodu. Laboyer a jeho žák Odent zase zastávají pravidlo, že pokud se ženy připravují na porod, jako na přirozený proces, jejich porody probíhají téměř bez komplikací. (Labusová, 2004, s. 19)

Porod byl vždy vnímán jako velmi náročná životní situace, na kterou je důležité se připravit, byť pouze předáváním ženské životní moudrosti z generace na generaci. (Ratislavová, 2008, s. 49)

Podstatou předporodní přípravy je spojení s těhotenstvím, spojení s porodem a spojení s dítětem. Jde o uvolnění strachu a obav prožitkem, nikoli informacemi. (informace z kurzu Předporodní přípravy od P. Balinta, Praha, 2013)

V dnešní době se profylaktická příprava žen k porodu stává nedílnou součástí péče o těhotnou ženu a tato příprava spadá do kompetencí porodních asistentek. Kurzy předporodní přípravy nabízejí porodnice, ale i soukromé gynekologické praxe. Přípravu k porodu by měla vést vyškolená porodní asistentka, pokud možno s praxí. Programy lekcí by měly obsahovat témata jako je těhotenství, vnímání bolestivosti a její ovlivnění, předporodní období, průběh porodu a všechny doby porodní. Součástí předporodní

přípravy je i příprava na šestinedělí z hlediska matky i dítěte, informace a nácvik kojení, podpora vazby matka a dítě a v neposlední řadě i sexualita po porodu. Je důležité, aby si těhotná žena mohla vybrat z dostatečné nabídky to, co jí nejvíce vyhovuje a co jí zajímá. (Ratislavová, 2008, s. 50)

Předporodní přípravu můžeme vést dle počtu účastníku jako individuální nebo skupinovou. Každá má své výhody a nevýhody. Individuální předporodní příprava tvoří důvěrný vztah mezi těhotnou ženou a porodní asistentkou. Porodní asistentka je tak v roli odborníka, lektora, terapeuta. Tvoří si individuální vzdělávací plán. Zaměřuje se na individuální potřeby těhotné, intimní prostředí, pocit bezpečí a soukromí. Dostává se jí rychleji zpětné vazby. Naopak skupinová předporodní příprava je více informativní a zahrnuje podobné vzdělávací informace. Ve skupině dochází k jejímu vývoji. Identifikace se členy skupiny a přizpůsobení se jí. Výběr předporodní přípravy je zcela individuální. Jedné ženě vyhovuje více skupina, druhé zase individuální přístup a více důvěrnější vztah s porodní asistentkou. Na porod se lze připravit, i když se v předporodní přípravě celou dobu o porodu nezmíníme. Jde především o důvěru ve vlastní tělo a citlivost ke svému instinktu. (informace z kurzu Předporodní přípravy od P. Balinta, Praha, 2003)

4.1.2 Přítomnost blízké osoby u porodu

Žena může být u porodu doprovázena kromě porodní asistentky osobami, se kterými se cítí dobře, spokojeně a kterým důvěřuje. Může to být partner, dula, přítelkyně, matka. Osoba přítomná u porodu může mít pro ženu velmi přínosný vliv a zdravotníci by vždy měli její volbu plně respektovat.

Přítomnost partnera (otce) u porodu

Přítomnost partnera u porodu je v dnešní době na porodních sálech samozřejmostí. Některé studie uvádí, že přítomnost partnerů (otců) na porodním sále je dnes až 80-90%. (Ratislavová, 2008, s. 73)

Jednoznačně nejčastěji se objevuje přítomnost otce u porodu. Právě partner ale nebývá vždy tím nejlepším průvodcem k porodu, protože většina partnerů přistupuje k přítomnosti u porodu na žádost, přání rodičky. (Mikulandová, 2004, s. 88)

Je běžně respektováno rozhodnutí partnerů, zda chtějí či nechtějí prožívat porod společně nebo v případech, kdy by si partner nepřál být u celého porodu, je možné účastnit se jenom určitých částí. Porodní asistentka se otázce o přítomnosti partnera u porodu věnuje již v prenatální poradně. Je důležité, aby rozhodnutí pro přítomnost partnera u porodu bylo oboustranné. Celý pár, ale zejména partner, by měl být poučen o průběhu

porodu a možnostech jak rodící ženě aktivně pomoci, o možných komplikacích a o to, jak by se měl v takové situaci zachovat. Samozřejmě vše vyplývá z předporodní přípravy, kde by tyto informace měly být páru sděleny. (Ratislavová, 2008, s. 73)

Mnohdy zapomínáme na to, že pro partnera může být porod stejně tak stresující a náročný podobně jako pro rodící ženu. Během porodního procesu by měl partner také dbát sám na sebe. Pravidelně jíst, pít a být pohodlně oblečený. Neměl by zapomínat na odpočinek, nejlépe v blízkosti rodící ženy, aby měla pocit, že je jí partner neustále na blízku. Partner by se neměl bát požádat o pomoc porodní asistentku, pokud si sám nebude vědět rady, nebude si jistý, bude potřebovat inspiraci nebo pokud se bude chtít jenom ujistit. Měl by mít důvěru v personál a snažit se s nimi vytvořit přátelský vztah.

(Simkinová, 2000, s. 100-101)

Hlavním úkolem porodní asistentky je, aby uměla citlivě reagovat na potřeby celého páru a v některých případech jemně zasáhnout nebo usměrnit pár ve prospěchu průběhu porodu a zajistit tak klidnou a pro všechny příjemnou atmosféru. (Ratislavová, 2008, s. 73)

M. Odent (1995, s. 68), jako zastánce přirozeného porodu se k přítomnosti muže (otce) u porodu jednoznačně nepřiklání. Uznává, že někteří muži mohou mít na rodičku blahodárny vliv, ale popisuje několik typů mužů, které na rodičku nepůsobí příznivě. Jde o muže úzkostlivého, který se svoji nejistotu snaží překrýt přehnanou upovídáností a jeho povídání pak může rodičce ztížit soustředěnost na porod. O muže nadměrně projektivního či vlastnického, který se neustále se svou ženou mazlí, neustále jí masíruje. A o muže pozorujícího, nabádající svou ženu k sebekontrolě. Zdůrazňuje také, že mužům bývá často zatěžko pozorovat, přijmout a pochopit ženino instinktivní chování. Ztěžují jí tak její soustředění na porodní děj a neposkytují jí dostatečný klid. Dokonce tvrdí, že porod za účasti otce může být pro ženu i mnohem bolestivější a delší. Poukazuje na to, že v tradičních společnostech asistují rodícím ženám při porodu nikoli muži, ale jiné ženy, které již předtím měly děti.

Jiná osoba přítomna u porodu

Přítomnost jiné osoby než partnera (otce) u porodu je méně častá. Některé ženy si přejí přítomnost matky, přítelkyně, sestry nebo doly. Může být pro rodící ženu prospěšná, ale i nemusí. Záleží, jaký průběh porodu měla osoba, jenž je jí doprovodem. Ženy, které prožily porod samovolný a bez komplikací, mohou být pro rodící ženu přínosem. Naopak

ženy, které nerodily, nebo byl jejich průběh porodu nějakým způsobem komplikovaný, mohou do porodu vnést především stres, úzkost a strach. (Ratislavová, 2008, s. 73).

4.1.3 Aromaterapie

Aromaterapie je přírodní léčebná metoda, která není v historii lidstva žádnou novinkou. Směsi různých éterických olejů působí jemně, ale zároveň účinně na naše mozková centra, která jsou zodpovědná za vznik našich emocí a tím na uvolňování a tvorbu hormonů. (Samková, Moderní babičství 20, 2011, s. 24)

Vonné oleje se používali k masážím, potíráním již ve staré Číně, ale teprve až ve 30. století byla léčba éterickými oleji znovuoživena pod názvem aromaterapie. Aromaterapie nezahrnuje pouze léčbu vůněmi, ale i různými éterickými oleji, které můžeme použít do koupelí, k masážím, k inhalaci, ale i k ústnímu podání. Hodně se rozšířila ve Francii a v Anglii. Aromaterapie je využívána jak u nemocí psychosomatických, tak orgánových. Fyzických i psychických. Její využití v praxi záleží na způsobu aplikace a především na přístupu lékaře nebo terapeuta. (Heřt, 1995, s. 151)

Co se týče fyzického působení, může nám být aromaterapie užitečná při nevolnosti, může sloužit k tlumení bolestí. Po psychické stránce nám použití olejů pomáhá ke koncentraci, zklidnění, uvolnění ale i osvěžení. Aromaterapie je velice účinná během těhotenství i porodu, protože těhotenství i porod přináší pro ženu řadu fyzických i psychických změn. Během těhotenství může ženě aromaterapie ulevit a pomoci od pocitů nevolnosti, nadýmání, pálení žáhy, bolestí zad, vysokého krevního tlaku a ke konci těhotenství může pomoci při křečových žilách, hemoroidech nebo otocích. Při porodu v první, druhé i třetí době porodní můžeme prostřídat několik vonných směsí. Žena může využít vonné olejíčky pro masáž nebo inhalaci. Pro různé situace se dají využít různé vůně a směsi. (Samková, Moderní babičství 20, 2011, s. 24, 26)

Aromaterapie v první době porodní

První dobu porodní si žena může zpříjemnit aromatickou koupelí nebo inhalací vůně. Lze si do teplé vody přidat pár kapek vonného oleje, nebo si nakapat na kapesníček a v průběhu první doby vůni inhalovat. Některé vonné oleje může použít i pro masáže bederní a křížové oblasti. (Behinová, 2006, s. 131)

Směs pro zmírnění příliš silných kontrakcí obsahuje levanduli, heřmánek v jojobě a citron. Je to směs nejvíce používaná. Může se použít pro masáž bederní a křížové oblasti,

napomáhá k úlevě, uvolnění, napětí ale i omezení stresu i úzkosti. Pro bolesti v kříži můžeme použít směs levandule a rozmarýnu a její účinek umocnit teplým obkladem. Při nepostupujícím porodu, nebo pomalém otvírání lze použít kombinaci růžového dřeva a růži v jojobě. Tyto vůně povzbuzují a odstraňují úzkosti. Kombinaci Geránie a Neroli můžeme použít u úzkostlivých rodiček. Směs jasmínu v jojobě a levandule pomůže zesílit kontrakce děložní. Při vyčerpání rodičky ke konci první doby porodní můžeme použít směs heřmánku, citronu a rozmarýnu.

Aromaterapie ve druhé době porodní

Ve druhé době porodní se někdy může stát, že se porod mírně pozastaví. Velmi často je pozastavení porodu způsobeno únavou a vyčerpáním, ale i strachem rodící ženy. Podpořit kontrakce děložní můžeme směsí jasmínu v jojobě a šalvěje. Jako směs pro inhalaci je výborný citron, který osvěží, povzbudí a zmírní napětí. Směs geránie a rozmarýnu dodá energii a sníží stres.

Aromaterapie ve třetí době porodní

Třetí doba porodní začíná od porodu plodu a končí vypuzením placenty. Někdy se ale stane, že se placenta spontánně neodloučí nebo se odlučuje příliš pomalu. Ve třetí době porodní můžeme lehce pomasírovat podbřišek směsí jasmínu, šalvěje a heřmánku. Účinek této směsi posílíme teplým obkladem. (Samková, Moderní babičství 20, 2011, s. 27-28)

4.1.4 Muzikoterapie

Hudba, kterou žena může poslouchat během porodu, pomáhá k uvolnění a zklidnění. Poslech hudby může snižovat krevní tlak a upravovat frekvenci dýchání. Všeobecně se doporučují hluboké tóny, meditační hudba, relaxační melodie a zvuky, jako například zvuky přírody a vážná hudba. Lze ale využít hudbu, kterou má žena ráda a je jí příjemná. Záleží na její povaze, temperamentu, vkusu. (Čermáková, 2008, s. 98)

Audioanalgezie je metoda, při které se zmírňuje pocit bolesti tím, že se mění aktivita v mozkové kůře. Principem této metody je dráždění centra sluchu během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumivým zvukem, který žena poslouchá pomocí sluchátek. (Pařízek, 2008, s. 442)

4.1.5 Hypnóza

Na prožívání porodu má obrovský vliv mnoho psychických faktorů. Hypnóza v souvislosti s porodem má mnoholetou tradici. (Kratochvíl, 2009, s. 231)

Tato metoda je založena na principu sugesce a izolace od nepříjemného zážitku. Během toho se žena koncentruje na nějaký vnesený příjemnější zážitek. Je to metoda, která je časově náročná a vyžaduje školený personál. (Pařízek, 2008, s. 442)

Do hypnózy se žena může přivést sama, nebo jí může pomoci školený personál, partner, psychoterapeut, zabývající se hypnózou. (Simkinová, 2000, s. 93)

V českém porodnickém prostředí není tato metoda příliš využívána. V posledních letech je její rozvoj ve Velké Británii.

4.2 Fyzikální metody tlumení porodní bolesti

4.2.1 Hydroanalgezie

Metody, při kterých využíváme účinky teplé vody, jsou známé již staletí. Během posledních dvaceti let se koupele, relaxační sprchy, termofory přikládané na bederní oblasti rodičky ukázaly jako neškodné a velmi účinné metody pomáhající tlumit porodní bolesti. Metody, kde používáme účinky vody, rozdělujeme na relaxační koupele, porody do vody a intradermální obstríky. (Zwinger, 2004, s. 439)

Použití teplé vody má mnoho účinků. Při metodě použití hydroanalgezie dochází k uvolnění svalstva a posílení děložní činnosti. Ovlivňuje také psychiku a dochází ke zklidnění. Můžeme využít sprchu nebo vanu. Častěji využíváme sprchu. Používáme porodnické vany a to především v I. době porodní, ale na žádost ženy lze do porodní vany i porodit. Je důležité, aby teplota vody byla 37,0°C s maximem 37,2°C, aby nedošlo k přehřátí těla matky, následně plodu. Při pobytu v teplé vodě by žena neměla zanedbávat přísun tekutin. (Čermáková, 2008, s. 100)

Je známo mnoho důvodů, proč využívat teplou vodu u porodu. Ať již vanu nebo sprchu, obě varianty mohou mít až nečekané účinky. Žena se v malém prostoru vany nebo sprchy cítí v soukromí, příjemné pro ni může být i samotný zvuk vody. Může využít i sprchu, kde její proud použije na masírování bradavek a napomáhá tím tak stimulaci oxytocinu. Může si také pouštět proud vody na záda, zejména na bederní oblast a tím pomáhat tlumení bolesti. (Odent, 2003, s. 113)

Relaxační koupele

Jsou nejčastěji využívány v první době porodní, někdy i v začátcích druhé doby porodní. Používají se speciální porodní vany, sprchy ale i speciální porodní bazénky. Rodička odpočívá v teplé vodě, udávají se relaxační účinky jak somatické tak psychické. Druhá doba porodní, tedy samotné vypuzení plodu probíhá v prostředí mimo vodu. (Pařízek, 2002, s. 216)

Porod do vody

Porod do vody je způsob vedení porodu, při kterém je ve druhé době porodní plod vypuzen pod hladinou vody. Rodička tráví první i druhou dobu ve vodě. Porod do vody není vhodný pro všechny ženy, k tomu aby mohla žena родit do vody je potřeba splňovat několik podmínek, jednou z nich je fyziologická gravidita. (Pařízek, 2002, s. 217)

Intradermální obstříky

Technika, která spočívá v aplikaci vody do oblasti okolo kosti křížové. Většinou se aplikují čtyři pupence, zhruba 0,1 mililitrů sterilní vody. Pocit úlevy zejména od bederních bolestí by měl nastat zhruba do třiceti sekund. (Pařízek, 2002, s. 217).

V dnešní době se ale obstříky pro jejich nadměrnou bolestivost spíše nepoužívají. (Pařízek, 2008, s. 444)

4.2.2 Dýchání zmírňující porodní bolesti

Každá žena si intuitivně najde vlastní dýchání, které jí vyhovuje ve správném rytmu a rychlosti. Není potřeba ženu učit správně dýchat, lze ji však povzbudit pro takzvaný očistný dech. Očistný dech znamená hluboký vdech a hluboký výdech nebo výdech, který je podobný hlubokému vzdechu. Tento očistný dech pomáhá k relaxaci, uvolnění a soustředění. (Pařízek, 2002, s. 181)

Pro porod je dobré, aby se žena soustředila sama na sebe a na svůj dech. Aby se sama se sebou spojila. Když kontrakce zesílí, je pravděpodobné, že žena bude mít tendenci vydávat zvuky jako například vzdychat, křičet, sténat, mručet. Tyto projevy by neměla v žádném případě potlačovat, je to naprosto přirozené. Pomáhá jí to k lepšímu překonání bolestí a uvolnění. Je vhodné, aby se žena nechala vést rytmickými pocity svého těla během porodního procesu. Aby se jim poddala a následovala své tělo. (Balaskasová, 2010, s. 118-130)

Pro uvolnění od bolesti je nejvhodnější dýchání hluboké břišní, při kterém se s výdechem odplavuje veškeré napětí. Je možné použít i imaginativní techniky dýchání, jako je například dýchání do peří.

4.2.3 Vhodné polohy zmírňující porodní bolest

Jde o vhodné a správné využití poloh během porodu, vytváření různých pozic, které mohou pozitivně ovlivnit intenzitu porodních bolestí. (Mikulandová, 2004, s. 130)

Je-li to možné a všechno je v pořádku, může se žena volně pohybovat a nikdo by jí v tom neměl bránit. Dostatek volnosti v pohybu prospívá pocitu bezpečí, vyplavují se endogenní endorfiny a oxytocin. Porod tak probíhá více bez komplikací. Je důležité, aby se žena řídila svým instinktem. Pokud je ale potřeba ze strany porodní asistentky zkorigovat průběh porodu, například pro zadní postavení, nedobrou pozici plodu pro kontakt s pánví a jiné, je její povinností napolohovat rodičku určitým směrem, který bude příznivý pro průběh porodu.

Má-li žena možnost se volně pohybovat, cítí se celkově mnohem lépe a porodu tím může velice prospět a dokonce ho i urychlit. Na změně pozice ale nemusíme nutně trvat, pokud to matce vyhovuje a žádným způsobem to neovlivňuje průběh porodu. (Simkinová, 2000, s. 85)

Můžeme mezi kontrakcemi ženu povzbuzovat ke změně polohy, nesmíme ji ale nutit, pokud to průběh porodu nevyžaduje. Měla by mít svobodu pohybu, neměla by se obávat dostatečně velkého prostoru, vyhovujícího prostředí, zda je lůžko malé či velké, zda je vana úzká či široká, měla by se cítit dobře a bezpečně. Neměla by být omezována žádnou překážkou a strachem. Samozřejmě by měla mít zajištěné soukromí před zraky jiných, nezúčastněných osob. Musí se odstranit veškeré rušivé elementy natolik, aby se žena mohla vcítit sama do sebe, uvolnit se a projevit navenek své nitro. (Stadelmann, 2009, s. 224)

V první době porodní je velice podstatné, aby předčasně nedošlo k vyčerpání rodičky. Jednou z nejčastějších a nejšetnějších poloh využívaných v první době porodní je poloha na boku. V aktivní fázi první doby porodní je účinné sezení na gymnastickém míči. Žena sedí na míči roznožmo, nohy široko od sebe, opírá se o lůžko. Během kontrakcí se může pohupovat nebo kroužit pánví na míči. Výhodou polohy na míči je i to, že si ho žena může přenést do sprchy. Kombinace teplé vody ve sprše a pohupování na míči napomáhá tlumení bolestí a může přispět k urychlení porodu. Během první doby porodní může žena i

stát nebo sedět. Většina žen dává přednost stání nebo chození. Je vhodné se během kontrakcí opřít o zeď, nohy do široka roztáhnout a pohupovat se v bocích nebo v kolenou. V této pozici jí může být oporou partner, o kterého se může zapřít, zavěsit si ruce okolo jeho krku. Může jí být nápomocný i tím, že jí bude masírovat bederní oblast. Další častá poloha je v podřepu, kdy se žena pokrčí v kolenou a zapře se rukama o kolena. Tato poloha se může použít i ke konci první doby porodní, kdy porodní cesty ještě nejsou dostatečně otevřené. Velmi častou polohou je i poloha vkleče. Řada žen většinou preferuje polohu na všech čtyřech. Nohy i ruce dá od sebe, vyvěsí břicho a může se mírně pohupovat v bocích. Tato poloha uleví do bolesti zad. Existuje ještě mnoho poloh jako je například poloha v závěsu, kde můžeme použít žebřiny. Na nic se žena může dobře vyvěsit a uvolnit tak spodní část těla, kterou může pohupovat. Do použití polohy v závěsu je možné zapojit i partnera. (Sikorová, 2006, s. 96-101)

V současném porodnictví se zejména pro druhou dobu porodní používají polohy horizontální, které jsou především prevencí rozsáhlých porodních poranění. Proti poloze na zádech je často namítáno, že není pro porod přirozená a panuje proti ní mnoho pozitivních i negativních názorů. (Pařízek, 2008, s. 445)

Velmi často zaujímá žena polohu na zádech v polosedě, s nohama přitaženými k břichu anebo postavenými na okraji postele. Je to jedna z nejčastějších a nejoblíbenější polohou hlavně pro lékaře a porodní asistentky. Může také zaujmout polohu vleže na boku. Je to poloha, ve které může odpočívat, může zpomalit velmi rychle probíhající porod. Velmi vhodná pro ženy, které trpí na hemoroidy a vysoký krevní tlak. Polohy vkleče nebo na všech čtyřech s oporou můžou ulevit od bolesti zad. Při těžkých porodech nebo porodech vyžadujících méně tlačení, může žena zaujmout polohu ve dřepu na posteli nebo na zemi s oporou i bez. (Simkinová, 2000, s. 87-88)

4.2.4 Akupresura a akupunktura

Akupresura je léčitelská metoda, která vychází z principu yin a yang. Podle tohoto principu probíhá tělem dvanáct meridiánu, podle kterých proudí určitá životní síla. Právě akupresura upravuje nesrovnalosti toku této životní síly. I během porodu můžeme použít akupresuru. Můžeme stlačit takzvaný bod Ho-ku a nebo bod sleziny číslo 6. Oba tyto body jsou bolestivé při stlačení. Bod Ho-ku najdeme na hřbetu ruky mezi záprstními kůstkami palce a ukazováčku. Na tento bod tlačíme proti záprstní kůstce po dobu deseti vteřin alespoň třikrát za sebou. Bod sleziny číslo 6 najdeme na vnitřní straně holenní kosti,

zhruba čtyři prsty nad kotníkem. Mírně tlačíme na bod alespoň po dobu jedné minuty. Není doporučeno používat tyto akupresurní body před termínem porodu, protože by mohlo dojít k vyvolání kontrakcí. (Simkinová, 2000, s. 92)

Její výhoda spočívá v tom, že nevyžaduje přítomnost anesteziologa, ale může jí provádět speciálně vyškolená porodní asistentka. (Delahaye, 2006, s. 139)

Akupunktura je metoda, při které se používají speciální jehličky. Ty mají za úkol ovlivnit jisté body na těle. Tím můžou velmi dobře během porodu působit na bolest a tlumit jí. U nás se tato metoda ale příliš často nepoužívá. (Mikulandová, 2004, s. 135)

Účinky akupunktury lze využít pro indukci a analgezii při vhodném porodnickém nálezu, pro podporu a vyvolání kontrakcí, pro zlepšení dilatace porodních cest a celkově pro tlumení bolesti během celého porodního procesu. Je důležité, aby rodící žena byla dostatečně informována o této metodě. (Pařízek, 2002, s. 214-215)

4.2.5 Teplo a chlad

Účinky tepla nebo chladu mají blahodárný účinek v celém porodním procesu, ale i po porodu. Mohou přispět k omezení mnoha nepříjemných pocitů. Můžeme použít různé druhy termoforů, hřejivých polštářků, hřejivých dek, příkrývek. Stejně tak ledové obklady, pytlíky s rozdrčeným ledem, ale můžeme si poradit i tak, že namočíme mokrou plenu nebo naplníme vodou rukavici a necháme zchladit v ledničce nebo v mrazáku. V první a druhé době porodní především pokládáme teplé obklady, ve třetí době a v poporodním období naopak chladivé obklady. (Simkinová, 2000, s. 89)

Při přikládání obkladů je třeba dodržet takový postup, aby nešlo k popáleninám nebo omrzlinám. (Čermáková, 2008, s. 99)

4.2.6 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS

Princip této metody spočívá v tom, že taktilní vjemy vyvolávají útlum bolestivých impulzů. Uvádí se, že tato metoda je obzvláště vhodná na bolesti v bederní a křížové oblasti. (Zwinger, 2004, s. 439)

Je to metoda, která využívá příruční zařízení na baterie, ze kterého vedou vodiče a nalepovací elektrody, které se přilepí na tělo ženy. Intenzitu proudu si může žena sama regulovat. Může chodit i stát. Elektrické impulzy vyvolají brnění, které zablokují přenos porodní bolesti. (Lees, 2002, s. 151)

Síla těchto elektrických impulzů by se měla pohybovat okolo 0-40 mA a frekvence od 40-15 Hz, nástup účinku této metody není okamžitý a dostavuje se až po 40 minutách působení. (Pařízek, 2008, s. 443)

5 FARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI

Metody využívající použití léků za porodu. Zahrnují analgezii, anestezii a doplňková farmaka, která snižují vedlejší účinky nebo zvyšují analgetické účinky. Tyto metody mezi nejúčinnější k tlumení bolesti v průběhu porodu. (Leifer, 2004, s. 183-185)

Farmakologickou analgezii rozdělujeme na celkovou a regionální. Celkovou analgezii dělíme dále na inhalační a injekční. Regionální na infiltrační, pudendální, paracervikální epidurální a subarachnoidální. Můžeme ale vidět i kombinaci epidurální a subarachnoidální analgezie. (Zwinger, 2004, s. 433-435)

5.1 Celková analgezie

5.1.1 Inhalační analgezie

V průběhu porodu podáváme směs oxidu dusného s kyslíkem v poměru 1:1. Vdechování během porodu je zprostředkováno speciálním tlakovým přístrojem Entonox. (Čech, 2006, s. 145)

Tato metoda pomáhala ženě takzvaně „zlepšit náladu“ tím, že během porodu navazovala příjemné pocity. V současné době tato metoda patří do historie a pro účely porodnické analgezie se téměř nepoužívá. (Chmel, 2008, s. 65)

5.1.2 Injekční analgezie

Nejúčinnější skupinou léků podávaných za účelem tlumení bolesti jsou opiátová analgetika. Ty působí jak na vnímání bolesti, tak na psychiku rodičky. Aplikují se buď intramuskulárně nebo intravenózně. (Chmel, 2008, s. 65)

Nejvíce používaným farmakem během porodu je v současné době Petidin. Petidin je farmakum, které je svými účinky podobné Morfinu. Jeho výhodou je jednoduché podání a cenová dostupnost. Hlavní nevýhodou je, že tlumí dýchání matky i plodu a v některých případech může dojít až ke ztrátě paměti na porod. Jeho zbytky se vylučují mateřským mlékem a tak může u dítěte vyvolat dráždivé reakce. Dalšími analgetiky používané v praxi jsou Tramadol a Nalbuphin. Tramadol je typ analgetika, které neovlivňuje krevní oběh

matky. Nalbuphin se jeví jako vhodné farmakum pro porodnickou analgezi. Na rozdíl od Petidinu je rychleji odbouráván a především méně ovlivňuje dýchání. (Čech, 2006, s. 145)

5.2 Regionální analgezie

5.2.1 Infiltrační analgezie

Řadí se mezi nejčastěji užívanou metodu v porodnické praxi. Podává se pro znečitlivění pochvy a perinea před episiotomií, u operačních porodů nebo při ošetření poporodních poranění. (Čech, 2006, s. 145)

Běžná infiltrační analgetika jsou Mesocain, Lidocain, Chloroprocain, Mepivakain. Není-li rodící žena na lék alergická, nemá tento způsob analgezie žádné vedlejší účinky. (Leifer, 2004, s. 186)

5.2.2 Pudendální analgezie

Metoda analgezie, při které se anestetikum aplikuje ke stydkému nervu. Účinkuje v oblasti perinea a zevní třetiny pochvy. Používá se při spontánním porodu, u předčasného porodu, jako analgezie ve druhé době porodní a u klešťového porodu. Nedostatkem této metody je, že postihuje pouze krátký časový úsek a to druhou porodní dobu. Může vyvolat její prodloužení a ztrátu nutkání na tlačení. (Čech, 2006, s. 145) V současné době se téměř nepoužívá. (Leifer, 2004, 186)

5.2.3 Paracervikální analgezie

Podáním lokálního anestetika přerušíme vedení bolesti v nervových drahách v oblasti hrdla děložního. Pro porod postihuje analgeticky významnou část břišní dutiny a horní část pochvy. Tuto metodu provádí pouze velmi zkušený porodník. Dnes se ale tato metoda používá spíše vzácně. (Čech, 2006, s. 145)

5.2.4 Epidurální analgezie

Typ porodnické analgezie, která patří k nejčastěji podávaným metodám a mezi rodičkami je velmi oblíbená, ale ani v případě této metody nemůžeme mluvit o zcela bezbolestném porodu. Synonymem epidurální analgezie je peridurální analgezie. Tato metoda spočívá v aplikaci místního anestetika, samostatně nebo ve směsi, která je vpravována tenkou jehlou v oblasti bederní páteře do epidurálního prostoru. Tento prostor se nachází v oblasti, která leží uvnitř míšních obalů. (Čech, 2006, s. 146)

Aby analgezie žádným způsobem nenarušovala fyziologický průběh porodu, zejména pohyblivost rodičky, je důležité dodržet aplikaci správné dávky, ve správný čas a na správné místo. Správné místo je hluboké přibližně čtyři milimetry, ale u každé rodičky je to individuální. V dnešní době by se měl podávat Chirocain anebo Naropin a to především z hlediska bezpečnosti. Podávání epidurální analgezie provádí pouze zkušený anesteziolog. Žena leží na boku, udělá takzvaný kočičí hřbet. Anesteziolog odesinfikuje a zakryje bederní oblast sterilní rouškou. V místě vpichu znecitliví kůži a podkoží a podá lokální anestetikum do epidurálního prostoru. Zavede se epidurální katétr, který se poté připevní ženě na rameno.

Celý tento proces trvá zhruba 5-10 minut a většina rodiček ho popisuje jako bezbolestný. Podmínkou pro použití epidurální analgezie je porodní branka 3-4 cm u prvorodiček, 2-3 cm u vícerodiček, vedoucí část plodu by měla být vstouplá v pánevním vchodu, 30 minut před nebo 30 minut po dirupci vaku blan. V první ani ve druhé době by rodička neměla ležet na zádech a měla by být podrobně seznámena s metodou a s možnými komplikacemi. Pro provedení epidurální analgezie je nutné podepsat informovaný souhlas. (Čech, 2006, s. 146)

Epidurální analgezie se doporučuje podávat v případech, když má žena zdravotní nebo porodnické problémy jako například kardiovaskulární onemocnění, plicní onemocnění, jaterní onemocnění, oční choroby, epilepsii, preeklampsii, diabetes mellitus. Nebo v případech, kdy jí hrozí fyzická a psychická vyčerpanost. Stejně tak se epidurální analgezie volí u samovolného porodu dvojčat, u předčasného porodu, u porodu koncem pánevním, v případech selhávání funkce placenty nebo u potermínové gravidity. Lze také podat epidurální analgezi u porodů, které trvají déle, když předpokládáme, že porod skončí operačně. Epidurální analgezie má tu výhodu, že se může plynule přejít k lokální anestezii a pak bez toho, aby byla žena usnána, provést císařský řez nebo manuální vybavení placenty. Epidurální analgezi nemůžeme podat při projevech alergie na lokální anestetikum, infekci v místě vpichu, když rodička s výkonem nesouhlasí, při poruchách krevní srážlivosti, při překotném porodu, při předčasném odlučování placenty, při krvácení a akutním nedostatku kyslíku u dítěte. (Pařízek, 2008, s. 454)

5.2.5 Subarachnoidální analgezie

Spinální nebo lumbální analgezie jsou synonymy této analgezie. Při této metodě se anestetikum nebo opioid aplikuje do mozkomíšního moku, tím se ovlivní šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách a přímo v míše. (Čech, 2006, s. 147)

Výhodou subarachnoidální analgezie je oproti epidurální analgezii okamžitý nástup účinku podaného analgetika nebo opioidu. Indikace, kontraindikace, nevýhody a technické provedení je shodné jako u epidurální analgezie. (Zwinger, 2004, s. 444)

6 PORODNÍ BOLEST Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

6.1 Vztah mezi ženou a porodní asistentkou

Porodní asistentka by měla být pro ženu v tak náročném období jako je těhotenství a samotný porod osobou, která je jí oporou a které důvěřuje. Porodní asistentka by měla u ženy svým jednáním a chováním podporovat její psychiku a pomáhat stabilizovat její somatickou nebo psychickou zátěž. Je důležité, aby mezi sebou vytvořily přátelský vztah, příjemnou atmosféru, důvěru. K tomu, aby mezi nimi vznikly takové podmínky, využívá porodní asistentka především psychologické prostředky, jako je otevřená komunikace, akceptace klientky, empatie, autenticita projevu, profesionalita, respekt a úcta, rovnocenné partnerství, individuální přístup, ocenění, nedirektivní přístup, učení a úprava prostředí. (Ratislavová, 2008, s. 47)

6.2 Přístup porodní asistentky k rodící ženě

Chování a přístup porodní asistentky k rodící ženě by se měl vyznačovat zejména vysokou mírou empatie, respektem a tolerance k jejímu přání a projevům. Měla by být pro ženu oporou. Měla by vytvářet prostředí, ve kterém rodička může naplno důvěřovat jejím profesionálním dovednostem. Ve své praxi využívá především nedirektivní přístup, zjišťuje představy rodící ženy o porodu a snaží se přispět k jejich realizaci. Během porodu by porodní asistentka měla zajistit intimní prostředí, pohodlí a bezpečí. Porodní asistentka by jí měla dávat najevo, že ví, jak jí je. Měla by vyjádřit pochopení jejích pocitů, avšak příliš nelitovat. Mohlo by to vést k určité nadřazenosti porodní asistentky a tím oslabit sebejistotu rodící ženy. Péče a přístup k rodičce by měl být vždy vysoce individuální. Je prokázáno, že **individuální přístup** a podpora rodičky má příznivý vliv na průběh, vnímání a trvání porodu. Porodní asistentka nesmí v žádném případě bagatelizovat bolesti rodičky, neměla by jí nic rozmlouvat nebo ji naopak do něčeho nutit.

(Ratislavová, 2008, s. 65-70)

6.3 Porodní asistentka a porodní bolest

Pro porodní asistentky pracující na porodním sále je velmi složité hlouběji se s ženou seznámit a navázat důvěrný kontakt, když ženu vidí poprvé až v průběhu kontrakcí. Měla by se tedy snažit v rámci možností ženu poznat, pochopit její očekávání od porodu a podpořit ji v jeho průběhu. To vše samozřejmě při maximálním respektu ženy. Mnohdy je těžké poznat ženinu spiritualitu, i když právě ta do určité míry ovlivňuje očekávání a přístup k porodu. Dále je pro ženu důležité, aby byla seznámena s porodním přáním. Porodní asistentka by se na něj měla ptát a pokud možno, ženě vyjít vstříc. Měla by její přání plně respektovat a splnit. Každá žena je individuální a individuální je i její přání a její přístup k porodu.

Porodní asistentka může ve své praxi využít mnoho metod k tlumení bolestí. Je důležité, aby nefarmakologické metody byly v popředí a farmakologické metody byly použity až tehdy, když jsou vyčerpány všechny ostatní možnosti. Je vhodné, aby se porodní asistentka snažila zajistit odpočinek rodičky. Měla by zajistit intimní atmosféru a prostředí, ve kterém se bude žena cítit příjemně a bezpečně. Měla by jí zajistit soukromí, přítomí a dostatek klidu. Měla by se snažit vcítit se do jejích pocitů a dle toho poznat kdy potřebuje podporu zvenčí. Měla by jí dát najevo, že je s ní, že se na ni může spolehnout. (<http://normalniporod.cz/o-porodu/pro-porodni-asistentky/zvladani-bolesti/>, 2012).

Stejně tak, jako rodičky prožívají porod individuálně, tak i porodní asistentky vnímají porod a zejména porodní bolest každá jinak. Některé porodní asistentky porodní bolest stresuje a mají nutkavé pocity bolest regulovat. Jiné ji zase chápou jako přirozenou součást porodního procesu a považují ji jako osobní zdroj síly ženy. Jsou ale i porodní asistentky, které porodní bolest nijak neovlivňuje. Domnívám se, že to jak prožívají porodní asistentky bolest a jak jí vnímají, může velmi ovlivnit průběh celého porodu. Je důležité, aby se porodní asistentka naučila s porodní bolestí pracovat, aby se její vztah k porodní bolesti rozvíjel. Je možné, že se jejich vztah k porodní bolesti v průběhu praxe mění. Že v začátcích práce na porodním sále vnímají porodní bolest spíše jako něco stresujícího. Přistupují k ní s tendencí ji regulovat a ženě rychle pomoci od bolesti, která ji ovlivňuje. Myslím, že v začátcích na porodním sále takto vnímá porodní bolesti většina porodních asistentek. Až v průběhu praxe na porodním sále se vztah k bolesti mění. Porodní asistentky ji berou jako přirozenou součást podrodu, která k němu bezpochyby patří a bez ní se „nedá porodit“. Troufám si ale říci, že se toto tvrzení nedá paušálně použít.

Každá porodní asistentka je jiná. Jiná svým charakterem, chováním, povahou. Každá má jiný přístup k bolesti. Některou neovlivňuje a některou zase naopak příliš. Je ale velice důležité, aby si každá porodní asistentka k porodní bolesti našla „svůj“ vztah a postoj a naučila se s ní pracovat.

Bohužel se mi na toto téma nepodařilo nalézt žádný zdroj, který by se tímto tématem zabýval a ze kterého bych mohla čerpat. Proto jsem později v praktické části vycházela pouze z dosavadních zkušeností z vlastní praxe a z konzultací s vedoucí práce, paní Mgr. Lorenzovou.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

7.1 Hlavní problém

Problematika mé bakalářské práce spočívá v přístupu porodních asistentek k metodám tlumení bolesti. Myslím si, že v dnešní době plné farmak, v době, kdy se spíše spoléháme na přístrojovou techniku, zapomínáme na metody nefarmakologického tlumení bolesti, které se díky tomu dostávají do pozadí. A to především ve větších porodnicích, kde je většina porodních asistentek pracovně vytížena natolik, že na tyto metody nezbývá čas. Několikrát jsem se setkala s tvrzením: málo času nebo nedostatek podpory ze strany lékařů. Domnívám se, že v porodnicích menších nejdříve využívají více nefarmakologické metody a po vyčerpání všech možností přistupují k metodám farmakologickým. Právě z tohoto důvodu jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky.

Prokáže se, že se liší využívání metod tlumení porodní bolesti v menších a větších porodnicích?

7.2 Hlavní cíl

Zjistit, jaký pohled na tlumení bolesti v průběhu porodu mají porodní asistentky pracující ve větších a menších porodnicích.

7.3 Dílčí cíle a předpoklady

Cíl 1: Zjistit, jak se liší využívání metod tlumení porodní bolesti porodních asistentek pracujících ve větších a menších porodnicích.

Předpoklad 1: Předpokládám, že personál z menších porodnic využívá více nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti.

Předpoklad 2: Předpokládám, že porodní asistentky z větších porodnic nemají dostatek podpory ze strany lékařů pro využívání nefarmakologických metod.

Předpoklad 3: Předpokládám, že porodní asistentky z menších porodnic se více vzdělávají v používání nefarmakologických metod.

Předpoklad 4: Předpokládám, že většina porodních asistentek z větších porodnic se dále vzdělává v oblasti farmakologických metod tlumení porodní bolesti.

Kritérium: většina = více než 50%

Otázky č. 3, 4, 5, 6

Cíl 2: Zmapovat, jaké metody tišení bolesti během porodu porodní asistentky používají.

Předpoklad 5: Předpokládám, že z nefarmakologických metod bude porodními asistentkami nejčastěji používána hydroterapie.

Předpoklad 6: Předpokládám, že pro většinu porodních asistentek bude využití nefarmakologických metod tišení porodní bolesti první volbou.

Kritérium: většina = více než 50%

Otázky č. 7,8

Cíl 3 : Zjistit, podle čeho porodní asistentky vybírají metody tišení porodní bolesti.

Předpoklad 7: Předpokládám, že většina porodních asistentek vybírá nefarmakologické metody tišení porodní bolesti zejména proto, že nijak nezatěžují zdraví matky ani plodu.

Předpoklad 8: Předpokládám, že většina porodních asistentek z menších porodnic si v průběhu své praxe osvojila alespoň tři nefarmakologické metody, které pravidelně využívá.

Předpoklad 9: Předpokládám, že většinu porodních asistentek v menších porodnicích učí práci s bolestí zkušenější porodní asistentky.

Kritérium: většina = více než 50%

Otázky č. 9, 10, 11

Cíl 4: Zjistit, jaký je rozdíl ve vztahu k porodní bolesti u zkušených a začínajících porodních asistentek.

Předpoklad 10: Předpokládám, že zkušené porodní asistentky přistupují k porodní bolesti jako k přirozené součásti porodního procesu.

Předpoklad 11: Předpokládám, že začínající porodní asistentky přistupují k porodní bolesti s tendencí regulovat její intenzitu.

Otázky č. 12, 13, 14, 15

Operacionalizace:

- malá porodnice: 0-800 porodů/1 rok
- velká porodnice: nad 1000 porodů/1 rok

Kritéria jsem si stanovila sama pro větší kontrast.

- zkušená porodní asistentka: 6 a více let
- nezkušená porodní asistentka: 0-5 let

Kritéria jsem si stanovila sama pro větší kontrast.

8 VZOREK RESPONDENTŮ

Cílovou skupinou mého výzkumu byly porodní asistentky, které aktuálně pracují na porodním sále. Porodnice, ve kterých jsem výzkum prováděla, byly vybírány záměrně. V práci jsem se snažila porovnat využívání metod tišení porodní bolesti v menších a větších porodnicích. Pro zpracování praktické části své bakalářské práce jsem využila kvantitativního výzkumného šetření formou anonymního dotazníku. Cílem, bylo dosáhnout co nejvyrovnanějšího počtu respondentů z obou kategorií. Celkem bylo rozdáno 123 dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 81,3 %, tedy 100 dotazníků. Z celkového počtu všech dotazníků nebyl žádný vyřazen pro neúplné vyplnění. Do porodnice U Apolináře bylo rozdáno 25 dotazníků, do porodnice Podolí 20 dotazníků, do porodnice Motol 20 dotazníků. Do porodnice Tábor 15 dotazníků, Slaný 15 dotazníků, Ostrov 13 dotazníků, do porodnice Prachatic 5 a do porodnice Vrchlabí 10 dotazníků. Návratnost z porodnice U Apolináře byla 20 dotazníků (80%). Z porodnice Podolí 15 (75%). Z porodnice Motol 15 dotazníků (75%). Dohromady se mi vrátilo 50 dotazníků. Z porodnice ve Slaném byla návratnost 12 dotazníků (80%), v Ostrově 13 dotazníků (100%), v Táboře 15 dotazníků (100%) a v Prachaticích byla návratnost 5 dotazníků (100%). Z porodnice ve Vrchlabí byla návratnost 5 dotazníků z 10 (50%). Dohromady 50 dotazníků. Celková návratnost z větších i z menších porodnic byla dohromady 100. Z obou

typů porodnic se mi vrátil stejný počet dotazníků. 50 a 50 dotazníků. Samotnou mě překvapilo, že jsem nemusela žádný dotazník vyřazovat, aby jsem dosáhla vyrovnaného počtu respondentů. Veškeré získané údaje od porodních asistentek byly navzájem porovnány a zaneseny do grafů, které jsou doplněny průvodním textem.

9 METODY PRŮZKUMU

Pro zpracování praktické části své bakalářské práce jsem využila kvantitativního výzkumného šetření formou anonymního dotazníku, protože pro získání potřebných informací pokládám tuto metodu za nejvhodnější. Strukturovaný dotazník obsahuje 15 otázek, které byly sestaveny tak, aby pomocí odpovědí bylo možné potvrdit nebo naopak vyvrátit stanovené předpoklady. Dotazník obsahuje otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. V závěru dotazníku jsem požádala porodní asistentky o několik rad pro začínající porodní asistentky, jak přistupovat a porozumět porodní bolesti.

- uzavřené – otázky: 1, 2, 3, 5, 11, 13
- polouzavřené – otázky: 4, 6, 7, 9, 12, 14
- otevřené – otázky: 8, 10, 15

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro výzkum ke své bakalářské práci jsem si vybrala záměrně několik porodnic. Výzkum probíhal v době od 24. 2. – 15. 3. 2014. Porodnice, ve kterých jsem výzkum prováděla, byly vybírány záměrně. V práci jsem se snažila porovnat využívání metod tišení porodní bolesti v menších a větších porodnicích. Mezi větší porodnice jsem si zařadila: Porodnici U Apolináře, Porodnici Motol, Porodnici Podolí. Mezi menší porodnice: Porodnici Slaný, Porodnici Tábor, Porodnici Vrchlabí, Porodnici Ostrov, Porodnici Prachatice. Cílem bylo dosáhnout co nejvyrovnanějšího počtu respondentů z obou kategorií.

11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Filtrující otázky:

Pro přehlednost a následné rozdělení jsem si jako první dvě zvolila otázky, týkající se počtu porodů za rok a počet let praxe pracujících na porodním sále. Sama jsem si zvolila kritéria, která se týkala počtu porodů i délky praxe na porodním sále. Podle těchto kritérií jsem si pak rozdělila porodnice na menší (0-800 porodů/rok) a větší (nad 1000 porodů/rok) a na porodní asistentky zkušené (6 a více let) a méně zkušené (0-5 let). Počet respondentů byl vyrovnaný z menších porodnic (50), z větších porodnic (50).

Otázka č. 1: Pracujete na pracovišti, kde probíhá za rok:

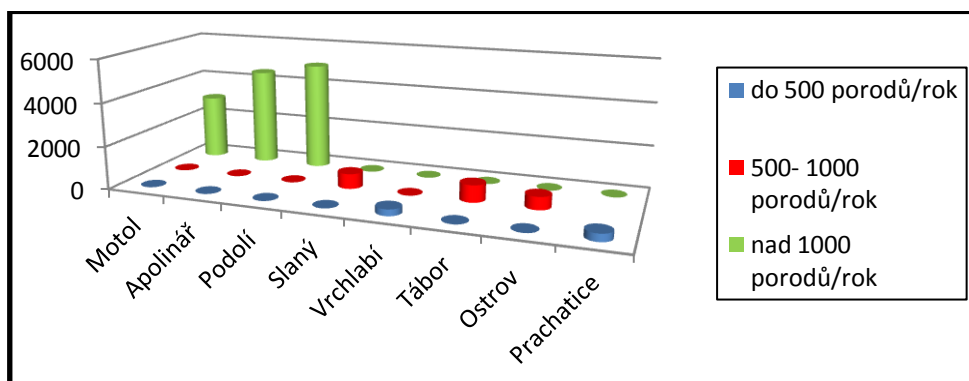
Tabulka 1 Počet porodů

Pracoviště	Počet porodů za rok
Motol	3000
Apolinář	4500
Podolí	5000
Slaný	700
Vrchlabí	300
Tábor	800
Ostrov	600
Prachatice	350

Z menších i větších porodnic jsem měla vyrovnaný počet respondentů (50 a 50)

Zdroj: vlastní

Graf 1 Počet porodů



Zdroj: vlastní

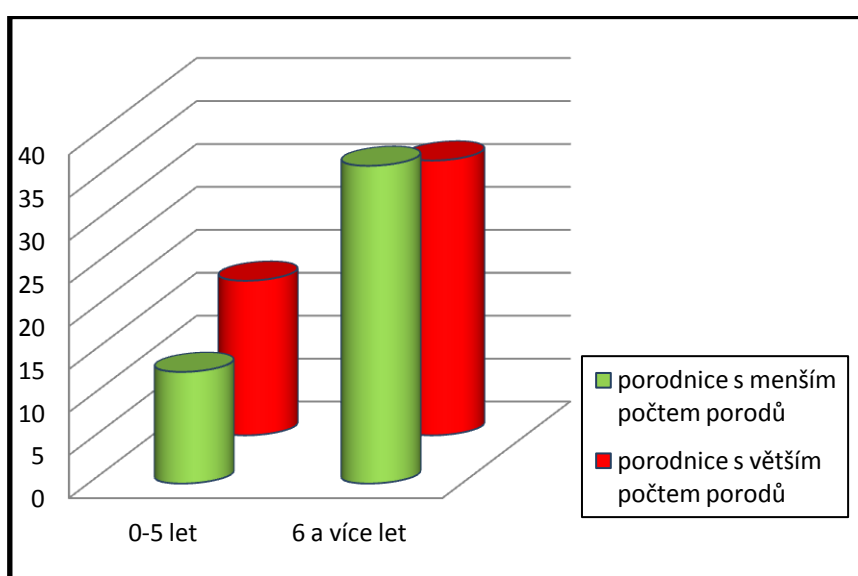
Otázka č. 2: **Jak dlouho pracujete na porodním sále jako porodní asistentka**

Tabulka 2 Délka praxe na porodním sále

odpověď	Počet porodních asistentek		
	MENŠÍ PORODNICE	VĚTŠÍ PORODNICE	celkem
0-5 let	13 13%	18 18%	31%
6 a více let	37 37%	32 32%	69%
celkem	50 50%	50 50%	100 100%

Zdroj: vlastní

Graf 2 Délka praxe na porodním sále

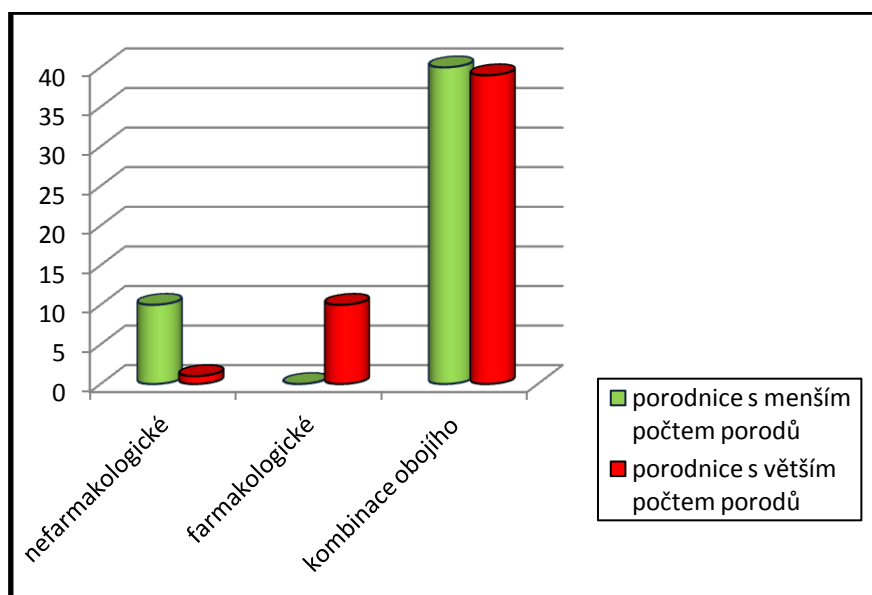


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných respondentek odpovídalo z menších porodnic 13 a z větších 18, tedy 31%, které pracují jako porodní asistentky na porodním sále 0-5 let. Tyto porodní asistentky jsem si označila jako méně zkušené. 6 a více let pracuje v menších porodnicích 37 respondentek a ve větších porodnicích 32 respondentek, tedy 69%.

Otázka č. 3: **Které metody tišení porodní bolesti ve své práci více využíváte?**

Graf 3 Využití metod tišení porodní bolesti v praxi



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 3 zkoumám, které metody tišení porodní bolesti ve své praxi porodní asistentky nejvíce využívají. V porodnicích s menším množstvím porodů používá 10 respondentek (20%) nefarmakologické metody, farmakologické metody 0 (0%). V porodnicích s větším množstvím porodů využívá nefarmakologické metody pouze 1 (2%), farmakologické metody využívá 10 respondentů (20%). Největší zastoupení měla odpověď kombinace obojího, kterou v menších porodnicích využívá 40 (80%) respondentek a ve větších porodnicích 39 (78%) respondentek.

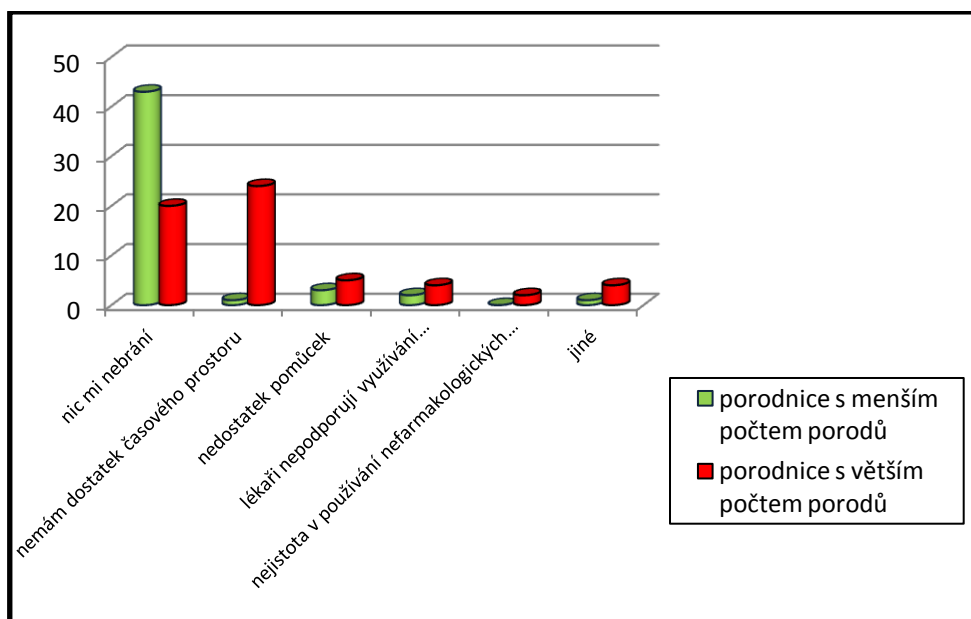
Otázka č. 4: Co Vám brání v běžném používání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti? Možnost zakroužkovat více možností.

Tabulka 4 Co ovlivňuje používání nefarmakologických metod

Odpověď	Počet porodních asistentek	
	MENŠÍ PORODNICE	VĚTŠÍ PORODNICE
Nic mi nebrání	43 86%	20 40%
Nemám dostatek časového prostoru	1 2%	24 48%
Nedostatek pomůcek	3 6%	5 10%
Lékaři nepodporují využívání nefarmakologických metod	2 4%	4 8%
Nejistota v používání nefarmakologických metod	0 0%	2 4%
Jiné:		
Stav rodičky nedovoluje použití nefarmakologických metod	1 2%	0 0%
Rodička odmítá použití nefarmakologických metod	0 0%	2 4%
Rodičky často preferují farmakologické metody	0 0%	2 4%

Zdroj: vlastní

Graf 4 Co ovlivňuje používání nefarmakologických metod

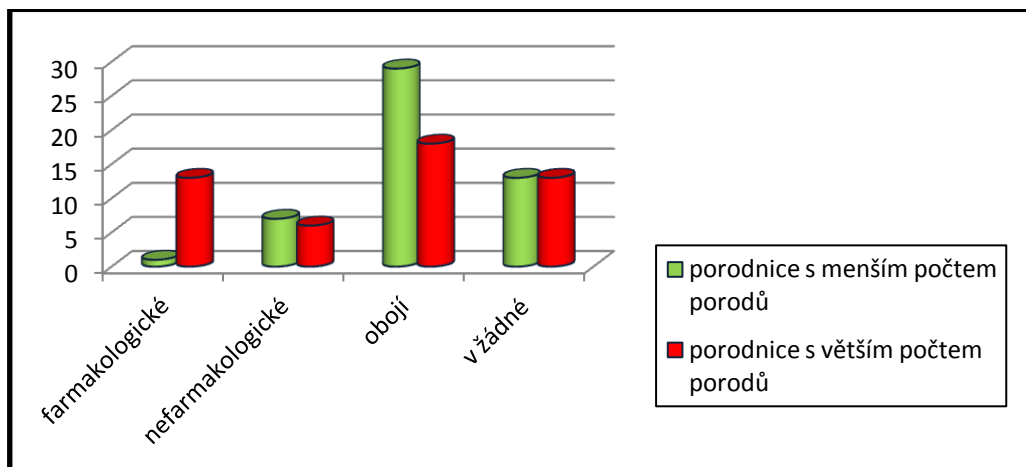


Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 4 jsem chtěla zmapovat, co ovlivňuje porodním asistentkám používání nefarmakologických metod v praxi. V porodnicích s menším počtem porodů odpovědělo 43 (86%) respondentek, že jim v používání nefarmakologických metod v praxi nic nebrání. Ve větších porodnicích v jejich používání nic nebrání 20 (40%) respondentkám. Nedostatek časového prostoru má v menší porodnici pouze 1 (2%) respondentka. Naopak ve větší porodnici je důvodem nepoužívání nefarmakologických metod nedostatek časového prostoru až 48%, tedy 24 respondentek. Za nepoužívání nefarmakologických metod může v několika případech i nedostatek pomůcek, to uvedlo v menších porodnicích 3 (6%) a ve větších 5 (10%) respondentek. 2 (4%) respondentky z menších porodnic a 4 (8%) respondentky z větších porodnic udávají, že jim v používání nefarmakologických metod brání lékaři, kteří používání nefarmakologických metod nepodporují. Nejistotu v používání nefarmakologických metod mají pouze 2 (4%) respondentky z větších porodnic. Součástí otázky byla i možnost, kde respondentky mohly uvést jiné důvody, které jim brání v používání nefarmakologických metod v praxi. 1 (2%) respondentka z menších porodnic uvedla, že v používání nefarmakologických metod ji brání stav rodičky, kdy není možné nefarmakologické metody využívat. Například kontinuální kardiografický záznam. Z větších porodnic 2 (4%) respondentky uvedly situaci, kdy rodička preferuje spíše farmakologické metody. 2 (4%) respondentky z větších porodnic uvedly, že se mnohdy stává to, že si rodička nefarmakologické metody nepřeje, jelikož jim nevěří.

Otázka č. 5: V jaké oblasti tišení porodní bolesti se dále vzděláváte?

Graf 5 Vzdělávání porodních asistentek v oblasti tišení porodní bolesti

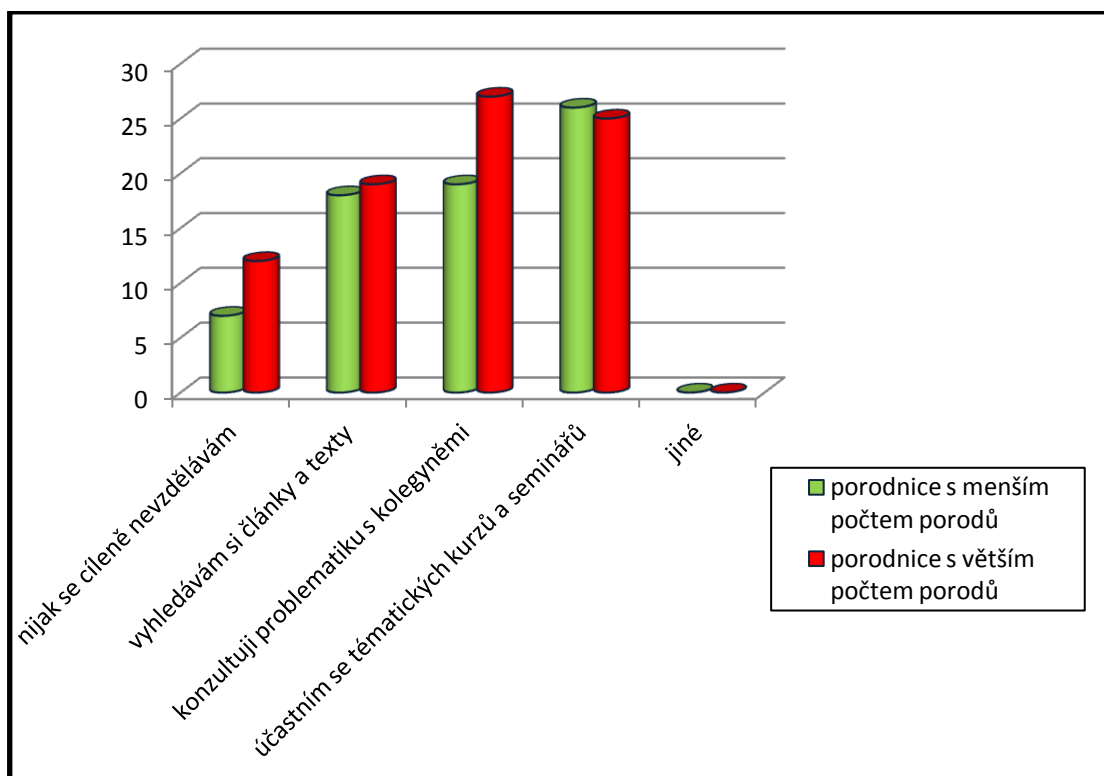


Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 5 jsem chtěla zmapovat, v jaké oblasti tišení porodní bolesti se porodní asistentky dále vzdělávají. V menších porodnicích se dále vzdělává v oblasti farmakologické pouze 1 respondentka (2%). Ve větších porodnicích se naopak v oblasti farmakologické vzdělává 13 respondentek (26%). V oblasti nefarmakologické se vzdělává v menších porodnicích 7 (14%) respondentek a ve větších porodnicích 6 (12%). Největší zastoupení měla možnost vzdělávání se v obou oblastech, a to v menších porodnicích 29 (58%) a ve větších porodnicích 18 (36%). V menších porodnicích je ale i 13 (26%) respondentek, které se nevzdělávají v žádné oblasti tišení porodní bolesti. Stejně tak 13 (26%) respondentek je i ve větších porodnicích.

Otázka č. 6: **Jakým způsobem se dále vzděláváte v oblasti využívání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti?** Možnost zakroužkovat více možností.

Graf 6 Způsoby vzdělávání v oblasti tišení porodní bolesti

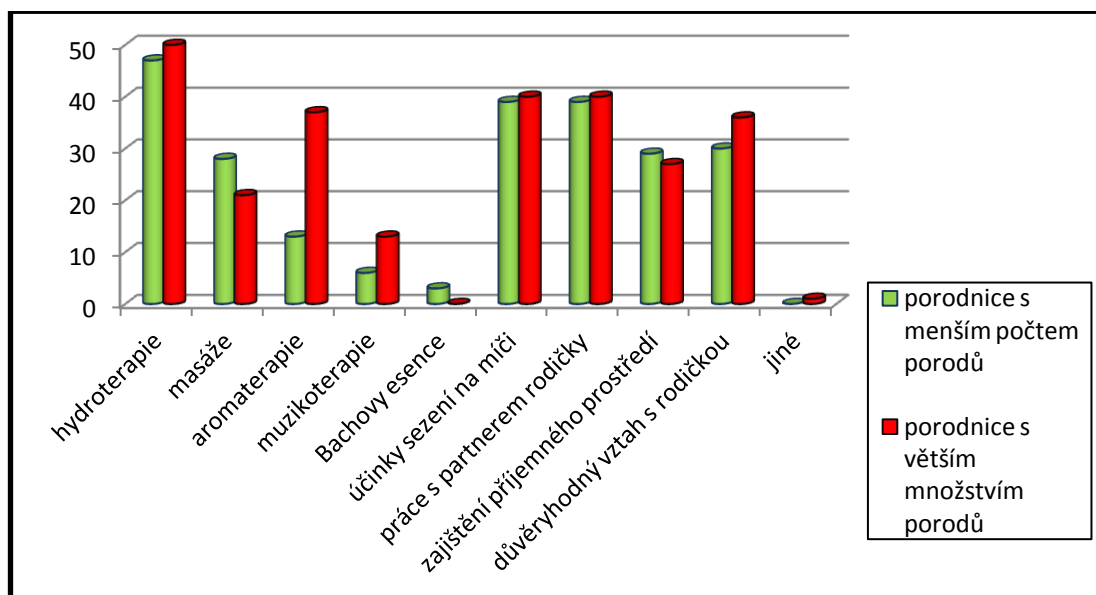


Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jakým způsobem se porodní asistentky vzdělávají v oblasti využívání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. Nijak se nevzdělává v menších porodnicích 7 (14%) respondentek, ve větších porodnicích se v oblasti nefarmakologických metod nevzdělává 12 (24%) respondentek. Články a texty si vyhledává 18 (36%) respondentek z menších porodnic a 19 (38%) z větších porodnic. Problematiku nefarmakologických metod tišení bolesti konzultuje s kolegyněmi 19 (38%) v menších porodnicích a 27 (54%) respondentek ve větších porodnicích. Tematických kurzů a seminářů se v menších porodnicích účastní 26 (52%) respondentů a ve větších porodnicích 25 (50%) respondentů. 0% respondentek jiný způsob nezmínila.

Otázka č. 7: **Jakých 5 nefarmakologických metod tišení porodní bolesti nejčastěji využíváte ve své praxi?** Možnost zakroužkovat více možností.

Graf 7 Nejčastěji využívané nefarmakologické metody tišení bolesti

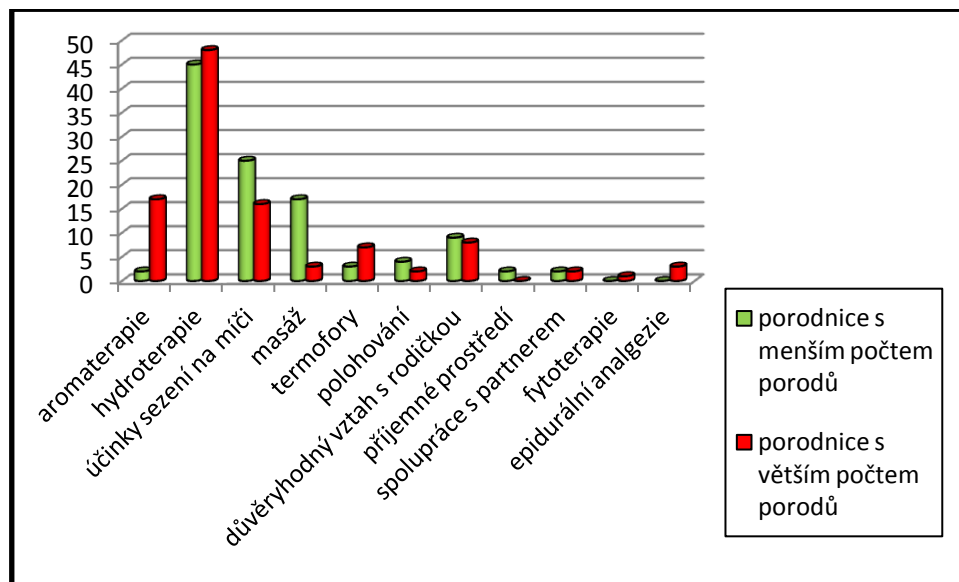


Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 7 jsem chtěla zmapovat nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, které porodní asistentky nejčastěji využívají ve své praxi. Největší zastoupení měla jak v menších porodnicích, tak ve větších porodnicích hydroterapie, kterou ve své praxi v menších porodnicích nejčastěji využívá 47 (94%) respondentek a ve větších porodnicích 50 respondentek (100%). V menších porodnicích se v 78% (39) využívá účinků sezení na míči a v 80% (40) se sezení na míči využívá i ve větších porodnicích. 37 (74%) respondentek z větších porodnic využívá ve své praxi aromaterapii, naopak v menších porodnicích aromaterapii využívá pouze 13 (26%) respondentek. 28 (56%) respondentek z menších porodnic a 21 (42%) z větších porodnic využívá v praxi masáže. Častou odpovědí bylo i vytvoření důvěryhodného vztahu s rodičkou a to v menších porodnicích 30 (60%) respondentek a ve větších 36 (72%). V praxi porodní asistentky často zajišťují příjemné prostředí pro rodičky, v menších porodnicích 29 (58%) a ve větších 27 (54%). Často využívají i muzikoterapii v menších porodnicích 6 (12%) respondentek a ve větších 13 (26%). Využití Bachových esencí se objevilo pouze v menších porodnicích u 3 (6%) respondentek. Jako možnost jiné uvedla 1 (2%) respondentka homeopatii.

Otázka č. 8: **Jaké metody tišení porodní bolesti bývají pro Vás v počátcích práce s rodičí ženou první volbou?** Otevřená otázka, možnost vypsát více odpovědí.

Graf 8 První volba ve výběru metod tišení porodní bolesti

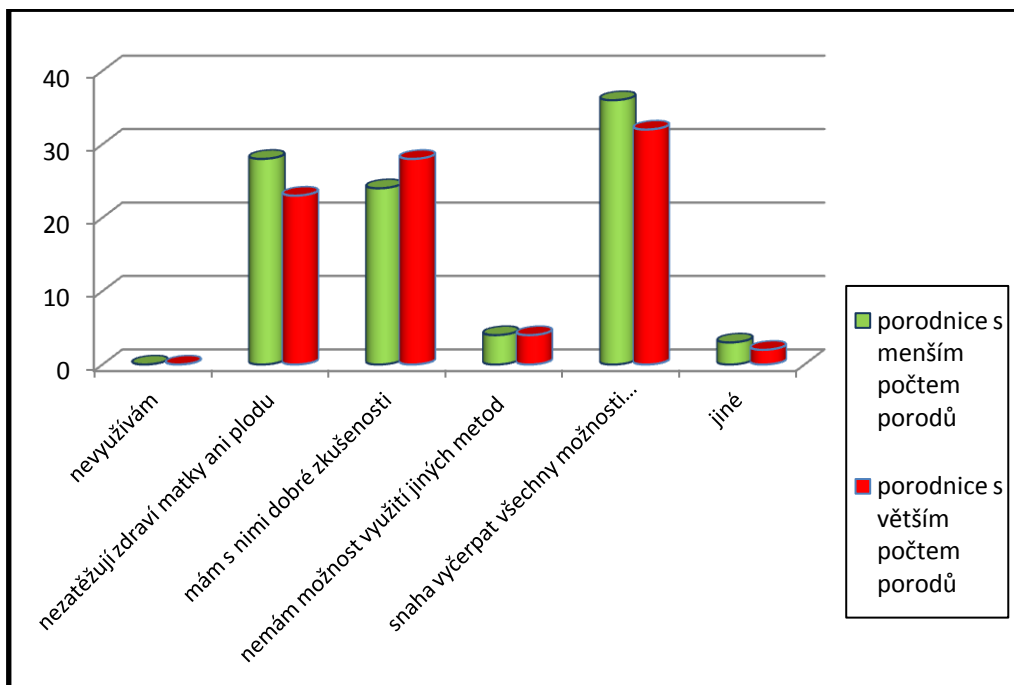


Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 8 jsem chtěla zjistit, jaké metody tišení porodní bolesti bývají pro porodní asistentky v počátcích práce s rodičí ženou první volbou. Jednoznačně nejčastěji pro ně první volbou bývá hydroterapie. A to u 45 (90%) respondentek v menších porodnicích a u 48 (96%) respondentek ve větších porodnicích. V menších porodnicích odpovědělo 25 (50%) respondentek, že pro ně první volbou bývá využití účinků sezení na míči a ve větších porodnicích tak odpovědělo 16 (32%) respondentek. 17 (34%) respondentek z menších porodnic uvedlo, že mezi prvními využívá masáž. Ta se ve větších porodnicích objevila pouze u 3 (6%) respondentek. 17 (34%) respondentek z větších porodnic uvedlo aromaterapii, naopak z menších porodnic uvedly aromaterapii pouze 2 (4%) respondentky. V menších porodnicích se také objevily v počtu 3 (6%) termofory, 4 (8%) polohování, navázání důvěryhodného vztahu 9 (18%). 2 (4%) respondentky uvedly zajištění prostředí a 2 (4%) spolupráci s partnerem. Ve větších porodnicích se polohování objevilo u 2 (4%) respondentek, termofory 7 (14%), navázání důvěryhodného vztahu u 8 (16%), spolupráce s partnerem u 2 (4%) respondentek. Jedna 1 (2%) respondentka z větších porodnic uvedla, že mezi prvními využívá fytoterapii a 3 (6%) respondentky uvedly epidurální analgezii.

Otázka č. 9: Pokud využíváte nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, z jakého důvodu? Možnost zakroužkovat více možností.

Graf 9 Důvod využívání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti



Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 9 jsem chtěla zmapovat nejčastější důvody, proč porodní asistentky využívají nefarmakologické metody tišení porodní bolesti. Ani jedna respondentka (0%) neodpověděla, že by nefarmakologické metody v praxi nevyužívala. Nejčastěji se objevila odpověď, kdy se snaží vyčerpat všechny možnosti před zásahem farmakologických metod tišení porodní bolesti, a to v 72% (36) v menších porodnicích a 64% (32) ve větších. Velké zastoupení měla i odpověď, že tyto metody nezatěžují zdraví matky ani plodu. V menších porodnicích tak odpovědělo 28 (56%) respondentek a ve větších 23 (46%) respondentek. 24 (48%) respondentek z menších porodnic a 28 (56%) z větších porodnic používá nefarmakologické metody tišení porodní bolesti zejména proto, že s nimi mají dobré zkušenosti. Stejný počet respondentek 4 (8%) z větších a 4 (8%) z menších porodnic nemají možnost využití jiných metod tišení porodní bolesti. Situace, kdy si rodička přeje nezasahovat žádným jiným způsobem než nefarmakologickými metodami do porodu, toto uvedly 3 (6%) respondentky z větších porodnic. Nefarmakologické metody nezkreslují pocit osobního zrání 1 (2%) a pomáhají překonání porodního procesu 1 (2%). Obě tyto odpovědi byli od respondentek z menších porodnic.

Otázka č. 10: Vypište, jaké nefarmakologické metody tišení porodní bolesti pravidelně používáte ve své praxi? Otevřená otázka, možnost vypsát více odpovědí.

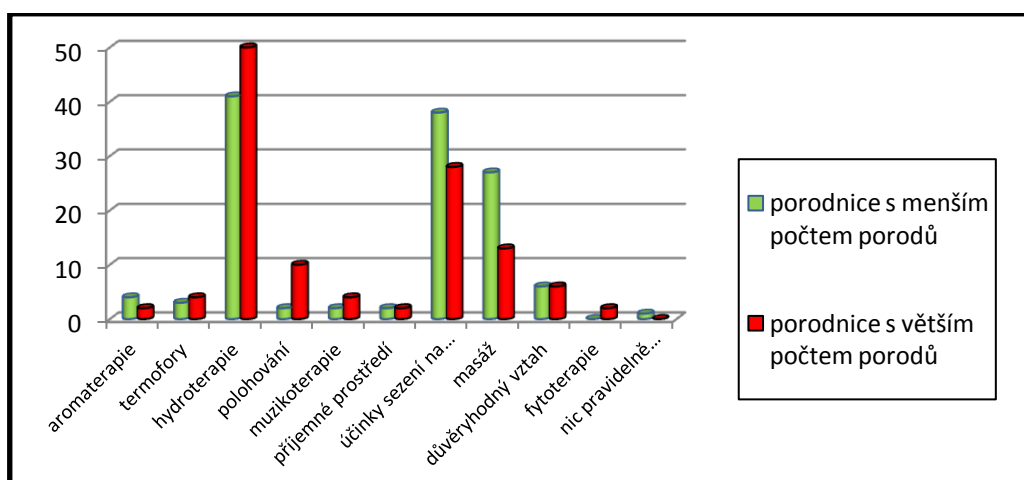
Operacionalizace: pravidelně – používání nefarmakologických metod alespoň 20x/měsíc

Tabulka 10 Pravidelně používané metody tišení porodní bolesti

odpověď	Počet porodních asistentek	
	MENŠÍ PORODNICE	VĚTŠÍ PORODNICE
Aromaterapie	4 8%	2 4%
Termofory	3 6%	4 8%
Hydroterapie	41 82%	50 100%
Polohování	2 4%	10 20%
Muzikoterapie	2 4%	4 8%
Příjemné prostředí	2 4%	2 4%
Účinky sezení na míči	38 76%	28 56%
Masáž	27 54%	13 26%
Důvěryhodný vztah	6 12%	6 12%
Fytoterapie	0 0%	2 4%
Nic pravidelně nedělám	1 2%	0 0%

Zdroj: vlastní

Graf 10 Pravidelně používané metody tišení porodní bolesti

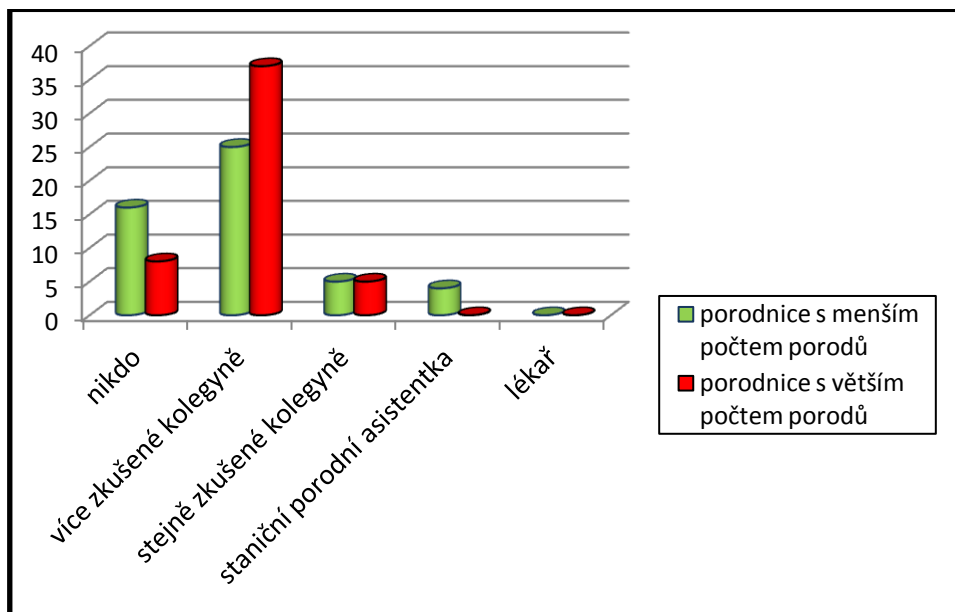


Zdroj: vlastní

V otázce číslo 10 jsem se snažila zmapovat, které nefarmakologické metody tišení porodní bolesti pravidelně využívají porodní asistentky ve své práci. Nejpravidelněji využívanou nefarmakologickou metodou tišení porodní bolesti se objevila hydroterapie. V menších porodnicích ji využívá 41 (82%) respondentek a ve větších porodnicích 50 (100%) respondentek. V menších porodnicích se ve vysokém počtu objevil účinek sezení na míči a to u 38 (76%) respondentek a masáž u 27 (54%) respondentek. I u větších porodnic se objevil účinek sezení na míči u 28 (56%) respondentek. Masáž se ve větších porodnicích objevila u 13 (26%). Metodu aromaterapie využívají v menších porodnicích 4 (8%) respondentky a ve větších 2 (4%). Zajištění příjemného prostředí pravidelně používá jak ve větších porodnicích 2 (4%) respondentky, tak v menších 2 (4%) respondentky. V menších porodnicích se také pravidelně využívá polohování rodiček a to ve 4% (2), ve větších porodnicích se polohování využívá ve 20% (10). Účinky termoforů v praxi pravidelně používají 3 (6%) respondentek v menších porodnicích a 4 (8%) ve větších porodnicích. O důvěrné navázání vztahu s rodičkou se snaží 6 (12%) respondentek z větších i menších porodnic. U větší porodnice uvedly 2 (4%) respondentky použití fytotherapie. Pravidelně žádnou metodu nefarmakologického tišení porodní bolesti používá pouze 1 (2%) respondentka z menších porodnic.

Otázka č. 11: Kdo Vás nejvíce učí pracovat s porodní bolestí?

Graf 11 Práce s bolestí



Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kdo nejvíce učí porodní asistentky pracovat s porodní bolestí. Nejvíce respondentek se učí pracovat s porodní bolestí od více zkušených kolegyní. V menších porodnicích 25 (50%) respondentek a ve větších 37 (74%). 16 (32%) respondentek z menších porodnic a 8 (16%) respondentek z větších porodnic uvedlo, že je s bolestí neučí pracovat nikdo. 5 (10%) z menších i 5 (10%) z větších porodnic se učí pracovat s porodní bolestí od stejně zkušených porodních asistentek. Pouze 4 (8%) respondentky z menších porodnic se učí od staniční porodní asistentky. Od lékaře se s porodní bolestí neučí pracovat žádná z respondentek (0%).

Otázka č. 12: **Jak jste vnímala porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále?**

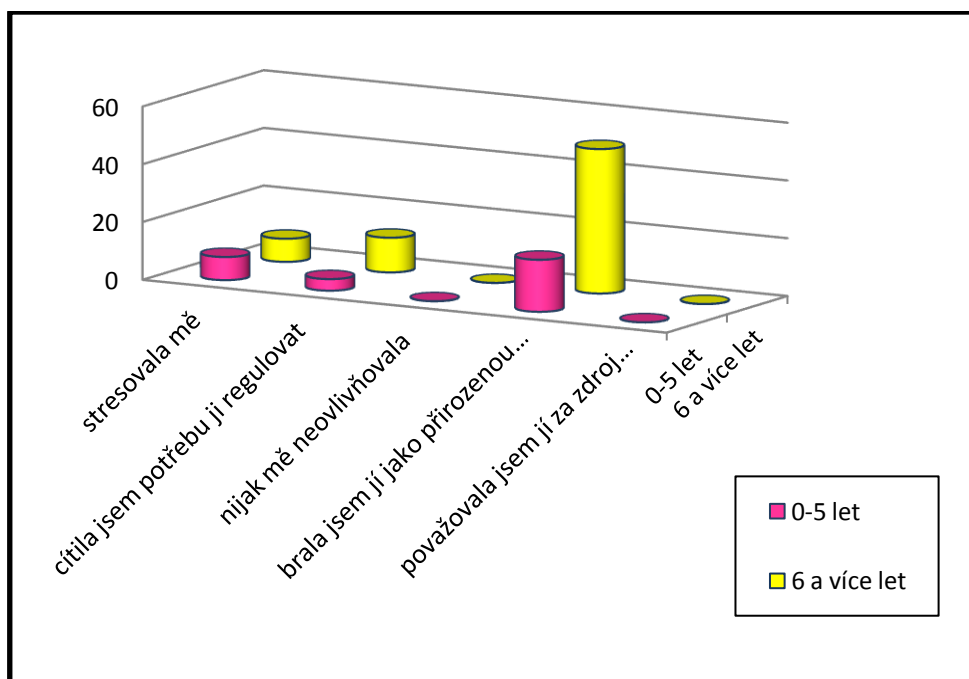
Pro přehlednost jsem si stanovila škálu od 1 do 5, na které porodní asistentky mohly znázornit, jak se jejich vztah k porodní bolesti změnil nebo naopak nezměnil.

Tabulka 12 Vnímání porodní bolesti v začátcích praxe

Odpověď	Počet porodních asistentek (velká i menší porodnice)		Celkem
	0-5 let	6 a více let	
Stresovala mě (1)	8 8%	8 8%	16%
Cítila jsem potřebu ji regulovat (2)	4 4%	12 12%	16%
Nijak mě neovlivňovala (3)	0 0%	0 0%	0%
Brala jsem ji jako přirozenou součást porodního procesu (4)	18 18%	50 50%	68%
Považovala jsem ji za zdroj osobní síly ženy (5)	0 0%	0 0%	0%
Celkem	30%	70%	100%

Zdroj: vlastní

Graf 12 Vnímání porodní bolesti v začátcích praxe



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 12 mě zajímalo, jak porodní asistentky vnímaly porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále. To, že je porodní bolest v začátcích praxe stresovala, uvedlo 8 (8%) respondentek pracujících na porodním sále 0-5 let, stejně tak 8 (8%) respondentek pracujících na porodním sále 6 a více let. Celkem tedy 16%. Potřebu porodní bolest regulovat cítily 4 (4%) respondentek, pracujících na porodním sále 0-5 let. 12 (12%) respondentek, pracujících 6 a více let na porodním sále taktéž v začátcích své praxe cítily porodní bolest regulovat. Dohromady mělo potřebu regulovat porodní bolest 16% respondentek. Nejčastěji se objevila odpověď, že porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále braly respondentky jako přirozenou součást porodního procesu. Respondentky pracující na porodním sále 0-5 let 18 (18%), respondentky pracující na porodním sále 6 a více let, považují porodní bolest za přirozenou součást až v 50% (50). Dohromady takto vnímá porodní bolest 68% respondentek.

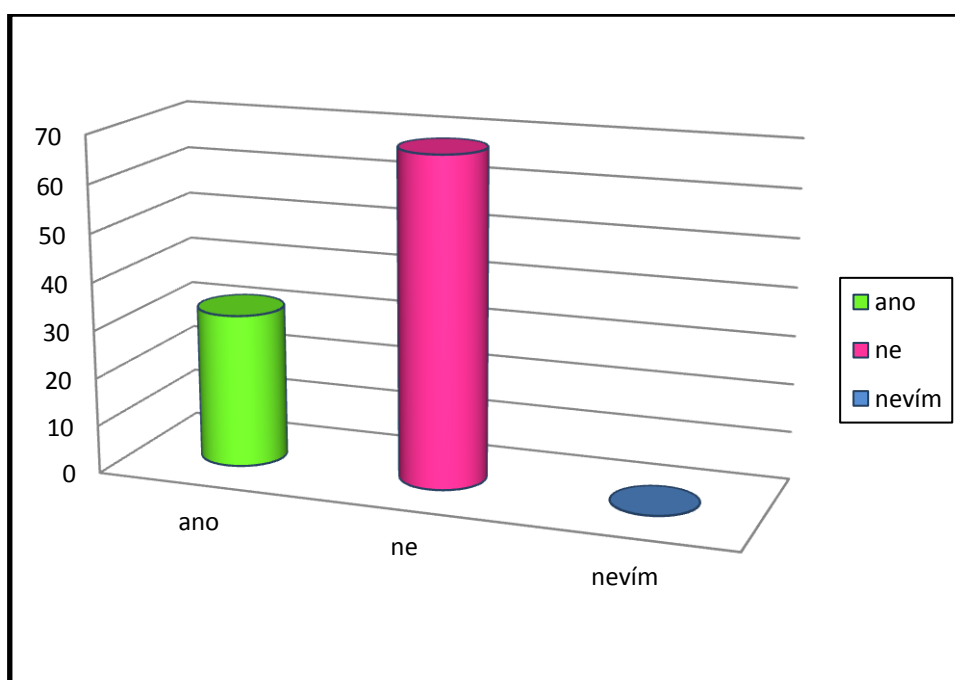
Otázka č. 13: **Myslíte si, že se Váš vztah k porodní bolesti v průběhu Vaší praxe mění nebo změnil?**

Tabulka 13 Vztah k porodní bolesti

odpověď	Počet porodních asistentek (z větších i menších porodnic)	celkem
ano	32	32%
ne	68	68%
nevím	0	0%
celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Graf 13 Vztah k porodní bolesti



Zdroj: vlastní

Otázkou číslo 13 jsem chtěla zjistit, zda se vztah porodních asistentek k porodní bolesti v průběhu jejich praxe mění nebo změnil. Spojila jsem odpovědi z menších i větších porodnic. Že se vztah k porodní bolesti v průběhu jejich praxe změnil, uvedlo 32 (32%) respondentek. Vztah k porodní bolesti se nezměnil u 68 (68%) respondentek. Ani jedna 0 (0%) respondentka neuvedla odpověď nevím.

Otázka č. 14: **Pokud jste uvedla, že se Váš vztah k porodní bolesti změnil, jakým způsobem?** + otázka 13 a 14

Pro přehlednost jsem si stanovila škálu od 1 do 5, na které porodní asistentky mohly znázornit, jak se jejich vztah k porodní bolesti změnil nebo naopak nezměnil.

Tabulka 14 Změna vztahu k porodní bolesti

odpověď	V ZAČÁTCÍCH PRAXE			ZMĚNA (nyní)		
	0-5 let	6 a více let	celkem	0-5 let	6 a více let	celkem
Stresuje mě (1)	8 (8%)	8 (8%)	16 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cítím potřebu ji regulovat (2)	4 (4%)	12 (12%)	16 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Nijak mě neovlivňuje (3)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Beru ji jako přirozenou součást porodního procesu (4)	18 (18%)	50 (50%)	68 (68%)	12 (12%)	20 (20%)	32 (32%)
Považuji ji za zdroj osobní síly ženy (5)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
celkem	68 (68%) vztah k porodní bolesti se nezměnil – beru ji jako přirozenou součást porodního procesu			32 (32%) vztah k porodní bolesti se změnil – nyní ji beru jako přirozenou součást porodního procesu		

Zdroj: vlastní

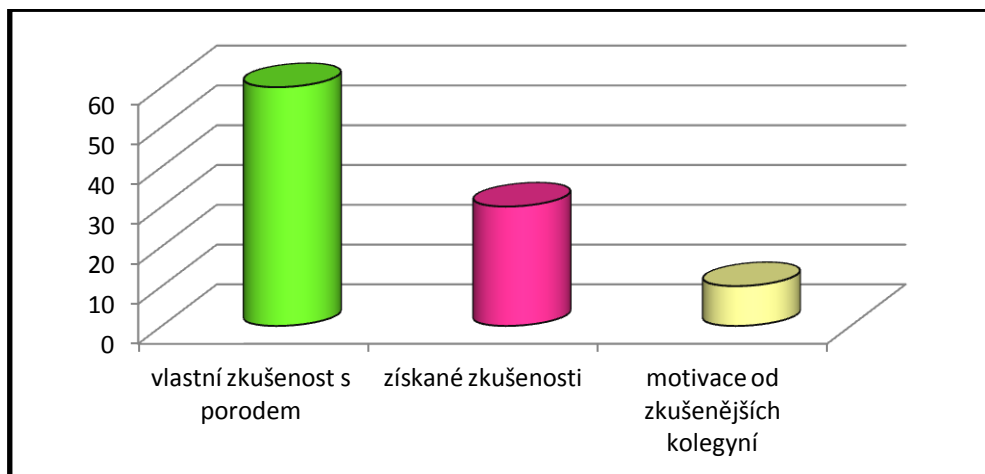
Otázkou číslo 14 jsem chtěla zmapovat, jakým způsobem se vztah porodních asistentek k porodní bolesti změnil. Tato otázka měla souvislost s otázkou číslo 12 a 13. U této otázky odpovědělo 18% (18) respondentek pracujících 0-5 let tak, že porodní bolest považují za přirozenou součást porodu. Respondentky, které pracují na porodním sále 6 a více let, také odpověděly, že považují porodní bolest za přirozenou součást porodního procesu a to až v 50 % (50). Dohromady na tuto otázku odpovědělo 68% (68) respondentek tak, že porodní bolest berou jako přirozenou součást porodu. Jejich vztah k porodní bolesti se od začátku praxe na porodním sále doposud nezměnil.

Souvislost otázky 12, 13 a 14.

8 (8%) respondentek, které pracují na porodním sále 0-5 let uvedlo u otázky 12, že je porodní bolest v začátcích praxe stresovala, ale jejich vztah k bolesti se změnil natolik, že ji nyní považují jako přirozenou součást porodního procesu. Stejně tak 8 (8%) respondentek pracujících 6 a více let na porodním sále uvedlo, že je porodní bolest v začátcích praxe stresovala. I ony uvedly, že nyní považují porodní bolest jako přirozenou součást porodu. Potřebu porodní bolest v začátcích praxe regulovat uvedly 4 (4%) respondentky pracující 0-5 let a 12 (12%) respondentek pracujících 6 a více let. Všechny tyto respondentky uvedly, že nyní považují bolest za přirozenou součást porodu. Celkově se tedy vztah k porodní bolesti změnil u 32 (32%) respondentek. To znamená 12 (12%) respondentek pracujících 0-5 let a 20 (20%) respondentek pracujících 6 a více let. Největší zastoupení měly respondentky, u nichž se vztah k porodní bolesti nezměnil vůbec. U 18 (18%) respondentek 0-5 let pracujících na porodním sále a u 50 (50%) respondentek pracujících na porodním sále 6 a více let. V celkovém počtu u 68% (68) respondentek. Tyto respondentky považovaly porodní bolest v začátcích praxe jako přirozenou součást porodního procesu a nyní ji vnímají stejně.

Otázka č. 15: Pokud si myslíte, že se Váš vztah k bolesti v průběhu praxe změnil, můžete se k tomu vyjádřit. Možnost volného vyjádření.

Graf 15 Příčiny změny vztahu k porodní bolesti – volná odpověď



Zdroj: vlastní

U této otázky jsem nechala volný prostor k vyjádření. V otázce znělo, aby se vyjádřily ty porodní asistentky, které si myslí, že se jejich vztah k porodní bolesti změnil. Odpovědělo mi na ní i několik respondentek, u kterých se vztah k porodní bolesti nezměnil. Ze 100 (100%) respondentek odpovědělo 60 (60%) respondentek, že se jejich vztah změnil až po zkušenosti s vlastním porodem. Naopak ty, kterým se vztah k porodní bolesti nezměnil, odpověděly, že jejich vlastní porod ovlivnil přístup a pohled na porodní bolest, ale vztah k ní se žádným způsobem nezměnil. Další odpovědí, kterou respondentky uvedly v počtu 30 (30%) bylo, že se jejich vztah k porodní bolesti změnil až získanými zkušenostmi. Objevila se i odpověď (10%), že je ve vztahu k porodní bolesti ovlivnily zkušenější kolegyně, které je motivovaly k tomu, chápat bolest jako přirozenou součást porodu.

V závěru mého dotazníku jsem požádala porodní asistentky o několik rad pro začínající porodní asistentky, jak přistupovat a porozumět porodní bolesti. Porodní asistentky byly velmi vstřícné, a proto v příloze č. 1 uvádím několik rad pro začínající porodní asistentky.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, jak se liší využívání metod tlumení porodní bolesti porodních asistentek pracujících ve větších a menších porodnicích.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jak se liší využívání metod tlumení porodní bolesti mezi porodními asistentkami v menších a ve větších porodnicích. Zda upřednostňují nefarmakologické nebo farmakologické metody tlumení porodní bolesti, co jim brání v běžném používání nefarmakologických metod a v jaké oblasti a jakým způsobem se dále vzdělávají v oblasti metod tlumení porodní bolesti.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 1**: Předpokládám, že personál z menších porodnic využívá více nefarmakologické metody tišení porodní bolesti.

Předpoklad 1 jsem si ověřila otázkou č. 3, kde jsem zjišťovala, jaké metody tišení porodní ve své práci využívají porodní asistentky. Celkem 80% (40) respondentek z menších porodnic odpovědělo, že ve své práci využívají kombinaci obojího. 20% (10) respondentek z menších porodnic odpovědělo, že více využívají nefarmakologické metody tišení porodní bolesti. Farmakologické metody tišení porodní bolesti využívá v menších porodnicích 0% (0) respondentek, naopak v počtu 20% (10) se ve větších porodnicích objevila odpověď, že více využívají farmakologické metody. 78% (39) respondentek z větších porodnic uvedlo, že také používají kombinaci obojího. Pouze jedna 1 (2%) respondentka z větších porodnic uvedla, že více využívá nefarmakologické metody tišení porodní bolesti.

Předpoklad 1 se mi potvrdil.

Předpoklad 2: Předpokládám, že porodní asistentky z větších porodnic nemají dostatek podpory ze strany lékařů pro využívání nefarmakologických metod.

Předpoklad 2 jsem si ověřila otázkou č. 2, kde jsem se porodních asistentek ptala, co jim brání v běžném používání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. U této otázky byla možnost označit více odpovědí. V menších porodnicích se v 86% (43) a ve 40% (20) ve větších porodnicích se objevila odpověď, že porodním asistentkám nic nebrání v běžném používání nefarmakologických metod. Pouze 1 (1%) respondentka zde uvedla, že k používání nefarmakologických metod nemá dostatek časového prostoru.

Naopak ve větších porodnicích uvedlo tuto možnost 48% (24). To, že by porodní asistentky neměly dostatek podpory ze strany lékařů, uvedlo 4% (2) respondentek z menších porodnic a 8% (4) z větších porodnic.

Předpoklad 2 se mi potvrdil.

Předpoklad 3: Předpokládám, že porodní asistentky z menších porodnic se více vzdělávají v používání nefarmakologických metod.

Předpoklad 4: Předpokládám, že většina porodních asistentek z větších porodnic se dále vzdělává v oblasti farmakologických metod tišení porodní bolesti.

Předpoklad 3 a 4 jsem si ověřila otázkou č. 5 a 6. Otázkou číslo 5 jsem zjišťovala, v jaké oblasti se porodní asistentky dále vzdělávají. V menších porodnicích uvedlo 14% (7) respondentek, že se dále vzdělávají v oblasti nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. Ve větších porodnicích se v oblasti nefarmakologických metod vzdělává 12% (6). V oblasti farmakologických metod se v menších porodnicích vzdělávají pouze 2% (1) respondentek, zatímco ve větších porodnicích 26% (13). Nejvíce respondentek uvedlo, že se vzdělávají v obou oblastech metod tišení porodní bolesti a to v počtu 58% (29) v menších porodnicích a 36% (18) ve větších porodnicích. 26% (13) a 26% (13) z menších i větších porodnic uvedlo, že se nevzdělávají v žádné oblasti metod tišení porodní bolesti.

Otázkou číslo 6 jsem zkoumala, jakým způsobem se porodní asistentky vzdělávají v oblasti nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. U této otázky byla možnost označit více odpovědí. V menších porodnicích se největší počet 52% (26) účastní tematických kurzů a seminářů, ve větších porodnicích naopak nejvíce respondentek 54% (27) konzultuje problematiku s kolegyněmi. Ve větších porodnicích se kurzů a seminářů účastní 50% (25) respondentek a problematiku konzultuje s kolegyněmi 38% (19) v menších porodnicích. 14% (7) respondentek z menších porodnic a 24% (12) respondentek z větších porodnic uvedlo, že se nijak cíleně nevzdělávají. Texty a články si vyhledává 36% (18) z menších porodnic a 38% (19) z větších porodnic.

Předpoklad 3 a předpoklad 4 se mi potvrdil.

Cíl 2: Zmapovat jaké metody tlumení bolesti během porodu porodní asistentky používají.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 7 a 8. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jaké nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti nejčastěji využívají ve své praxi a jaké metody tlumení porodní bolesti pro ně bývají první volbou v počátcích práce s rodící ženou.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 5**: Předpokládám, že z nefarmakologických metod bude porodními asistentkami nejčastěji používaná hydroterapie.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 7, kde jsem se porodních asistentek ptala, jaké nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti nejčastěji využívají ve své praxi. Měly možnost označit pět metod. Nejčastější odpovědi jak v menších porodnicích, tak ve větších byla hydroterapie. Ta se objevila u menších porodnic v 94% (47) a ve větších 100 % (50). U menších porodnic se v 78% (39) objevily účinky sezení na míči, které se v 80% (40) objevily i ve větších porodnic. Dále se v menších porodnicích objevila v 56% (28) a ve větších ve 42% (21) masáž. Aromaterapii využívá v menších porodnicích 26% (13) respondentek a ve větších až 74% (37) respondentek.

Předpoklad 6: Předpokládám, že pro většinu porodních asistentek bude využití nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti první volbou.

Tento předpoklad jsem si ověřila v otázce č. 8, kde jsem zjišťovala, jaké metody tlumení porodní bolesti jsou pro porodní asistentky první volbou v počátcích práce s rodící ženou. Nejčastější odpovědi byla hydroterapie, v počtu 90% (45) v menších porodnicích a 96% (48). V menších porodnicích bývá v počtu 25% (50) a ve větších 32% (16) první volbou využití účinků míče. V menších porodnicích uvedlo 34% (17), že využívá mezi prvními i masáž, ve větších porodnicích ji využívají pouze v 6% (3). Tam naopak 34% (17) respondentek využívá aromaterapii, zatímco v menších porodnicích pouze 4% (2). 6% (3) respondentek z větších porodnic uvedlo epidurální analgezi. Z těchto udávaných odpovědí vyplývá, že porodní asistentky nejdříve využívají metody nefarmakologické, neboť jejich počet je ve výsledku vyšší než u farmakologických metod tlumení porodní bolesti.

Předpoklad 5 a předpoklad 6 se mi potvrdil.

Cíl 3 : Zjistit, podle čeho porodní asistentky vybírají metody tišení porodní bolesti.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 9, 10, 11. Tyto otázky zjišťovaly, z jakého důvodu porodní asistentky využívají nefarmakologické metody tišení porodní bolesti. Jaké nefarmakologické metody tišení porodní bolesti pravidelně používají ve své praxi a kdo je s porodní bolestí nejvíce učí pracovat.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 7**: Předpokládám, že většina porodních asistentek vybírá nefarmakologické metody tišení porodní bolesti zejména proto, že nijak nezatěžují zdraví matky ani plodu.

Tento předpoklad jsem si ověřila pomocí otázky č. 9, ve které jsem se ptala porodních asistentek, z jakého důvodu využívají nefarmakologické metody. U této otázky byla možnost označit více odpovědí. Největší zastoupení měla odpověď, že nefarmakologické metody tišení porodní bolesti využívají respondentky ve snaze vyčerpat všechny možnosti před zásahem farmakologických metod tišení porodní bolesti a to v počtu 72% (36) v menších porodnicích a 64% (32) ve větších porodnicích. V menších porodnicích uvedlo 56% (28) respondentek, že tyto metody využívají z důvodu, že nezatěžují zdraví ani matky ani plodu. Tuto odpověď zvolilo i 46% (23) respondentek z větších porodnic. 48% (24) respondentek z menších porodnic a 56% (28) respondentek z větších porodnic volí nefarmakologické metody, protože s nimi mají dobré zkušenosti.

Předpoklad 7 se mi nepotvrdil.

Předpoklad 8: Předpokládám, že většina porodních asistentek z menších porodnic si v průběhu své praxe osvojila alespoň tři nefarmakologické metody, které pravidelně využívá.

Předpoklad 8 jsem si ověřila otázkou č. 10, kde jsem požádala porodní asistentky, aby vypsaly, jaké nefarmakologické metody tišení porodní bolesti používají pravidelně ve své praxi. Nefarmakologickou metodou, kterou porodní asistentky pravidelně využívají ve své praxi, byla hydroterapie. Hydroterapii uvedlo 82% (41) respondentek z menších porodnic a 100% (50) respondentek z větších porodnic. Další nejvíce pravidelně používanou metodou bylo v menších porodnicích využití účinků sezení na míči 76% (38) a masáže 54% (27). Ve větších porodnicích se také jako druhou pravidelně používanou nefarmakologickou metodou používá účinků sezení na míči 56% (28) a masáž 26% (13). Z výsledků je zřejmé, že porodní asistentky z menších porodnic si osvojily v průběhu své

praxe tři nefarmakologické metody, které využívají pravidelně. Hydroterapii, účinky sezení na míči a masáže.

Předpoklad 8 se mi potvrdil.

Předpoklad 9: Předpokládám, že většinu porodních asistentek v menších porodnicích učí práci s bolestí zkušenější porodní asistentky.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 11, kde jsem chtěla zjistit, kdo nejvíce učí porodní asistentky pracovat s porodní bolestí. 32 % (16) respondentek z menších porodnic a 16% (8) z velkých porodnic odpovědělo, že je pracovat s bolestí neučí nikdo. V menších porodnicích uvedlo 50% (25) respondentek, že je nejvíce učí pracovat s bolestí více zkušené kolegyně. Od více zkušených kolegyní se učí i respondentky z větších porodnic a to až v 74% (37). Od stejně zkušených kolegyní se učí 10% (5) respondentek z menších i z větších porodnic. Od staniční porodní asistentky se učí pouze 8% (4) respondentek. Od lékaře se neučí pracovat s porodní bolestí žádná 0% respondentek.

Předpoklad 9 se mi potvrdil.

Cíl 4: Zjistit, jaký je rozdíl ve vztahu k porodní bolesti u zkušených a začínajících porodních asistentek.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 12, 13, 14, a 15. V těchto otázkách jsem chtěla zmapovat, jak porodní asistentky vnímaly porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále. Ptala jsem se, jestli si myslí, zda se jejich vztah k porodní bolesti v průběhu praxe mění nebo změnil a pokud ano, aby uvedly jakým způsobem. Pokud se jejich vztah k porodní bolesti změnil, mohly se k tomu i volně vyjádřit.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 10:** Předpokládám, že zkušené porodní asistentky přistupují k porodní bolesti jako k přirozené součásti porodního procesu.

Předpoklad 11: Předpokládám, že začínající porodní asistentky přistupují k porodní bolesti s tendencí regulovat její intenzitu.

Předpoklad 10 a předpoklad 11 jsem si ověřila otázkami 12, 13, 14 a 15. V otázce č. 12 jsem zjišťovala, jak porodní bolest vnímaly porodní asistentky v začátcích své praxe.

Respondentky pracující 0-5 let na porodním sále v 8% (8) odpověděly, že je porodní bolest v začátcích praxe stresovala a 4% (4), že měly potřebu ji regulovat.

Respondentky pracující 6 a více let uvedly v 8% (8), že je v začátcích praxe porodní bolest stresovala a 12% (12) respondentek uvedlo, že měly potřebu ji regulovat. Nejvíce respondentek odpovědělo, že porodní bolest braly jako přirozenou součást porodního procesu. V počtu 18 % (18) pracujících 0-5 let a 50% (50) pracujících 6 a více let.

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, zda se vztah porodních asistentek k porodní bolesti mění nebo změnil. Celkem 68% respondentek uvedlo, že se jejich vztah k porodní bolesti nezměnil a jak v začátcích praxe na porodním sále, tak i nyní ji berou jako přirozenou součást porodního procesu. Vztah k porodní bolesti se tedy změnil u 32% respondentek.

Otázkou č. 14 jsem zjišťovala, jakým způsobem se vztah porodních asistentek k porodní bolesti změnil. V celkovém počtu 32% respondentek, u kterých se vztah k porodní bolesti změnil, ze stupňů stresovala mě a cítila jsem potřebu ji regulovat, na stupeň beru ji jako součást porodního procesu.

V otázce č. 15 jsem nechala prostor pro volné vyjádření k tomu, jak nebo proč se vztah porodních asistentek změnil. Na tuto otázku odpověděl největší počet respondentek (60%) tak, že jejich vztah k porodní bolesti ovlivnila jejich osobní zkušenost s porodem.

Předpoklad 10 se mi potvrdil a předpoklad 11 se mi nepotvrdil.

13 DISKUSE

V bakalářské práci se zabývám tématem tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. K průzkumu této problematiky jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníky jsem rozdávala v několika záměrně vybraných porodnicích. Celkem jsem rozdala 123 dotazníků a vrátilo se mi 100 dotazníků, tedy 81,30%. Naprosto vyrovnaný počet 50 dotazníků z menších porodnic a 50 z větších.

Dotazník jsem začínala filtrujícími otázkami, tedy otázkou č. 1 a 2. V otázce č. 1 jsem zjišťovala, na jakém pracovišti porodní asistentky pracují podle počtu porodů za rok a následně jsem si tak pro zpracování výsledků dle svých kritérií rozdělila porodnice na menší a větší. Otázkou č. 2 jsem zjišťovala, jak dlouho pracují porodní asistentky na porodním sále. Podle délky práce na porodním sále jsem si rozdělila dle svých kritérií porodní asistentky na zkušené a méně zkušené. Tyto kritéria měly souvislost především s otázkami 12, 13 a 14, kde jsem zjišťovala, zda se vztah porodních asistentek k porodní bolesti v průběhu jejich praxe změnil či nezměnil.

První dílčí cíl měl za úkol zjistit, jak se liší využívání metod tlumení porodní bolesti porodních asistentek pracujících ve větších a menších porodnicích. Pro zjištění tohoto cíle jsem využila otázky č. 3, 4, 5 a 6.

Otázkou č. 3 jsem si ověřila, jaké metody tlumení porodní bolesti ve své práci porodní asistentky více využívají. Předpokládala jsem, že porodní asistentky z menších porodnic využívají více nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti. To se mi potvrdilo. Ve větších porodnicích využívají porodní asistentky častěji metody farmakologické. Ve vysokém počtu se objevila i odpověď, že porodní asistentky využívají v praxi často kombinaci obojího. Jedním z důvodů, proč nefarmakologické metody využívají spíše porodní asistentky z menších porodnic je to, že porodní asistentky z větších porodnic jsou natolik pracovně vytížené, že jim na nefarmakologické tlumení porodní bolesti „nezbývá“ času a bolest tak řeší primárně farmakologicky. Nebo využijí pouze jednu nefarmakologickou metodu a poté přistoupí k farmakologické.

Otázka č. 4 zkoumala, co porodním asistentkám brání v běžném používání nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti. Z výsledku vyplývá, že v menších porodnicích 86% porodním asistentkám nebrání v používání nefarmakologických metod vůbec nic. Zatímco ve větších porodnicích 48% porodních asistentek uvedlo, že jim

v používání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti nejvíce brání nedostatek časového prostoru, což jako důvod v menších porodnicích uvedly pouze 2%. Myslím si, že tyto výsledky poukazují na to, že ve větších porodnicích jsou porodní asistentky více časově zaneprázdněny a tím dochází k minimálnímu využívání nefarmakologických metod. Rozhodně si ale nemyslím, že farmakologicky vedený porod je rychlejší a snazší. Podle mého názoru je mnohem náročnější sledovat průběh farmakologicky vedeného porodu než průběh porodu vedeného přirozeně. Přijde mi zvláštní, že se ve větších porodnicích farmakologicky vedené porody preferují. Myslím si, že ne vždy nám pomohou farmaka porod „zrychlit“, naopak si myslím, že nám ho mohou pozastavit nebo zkomplikovat. To, že porodní asistentky na využití nefarmakologických metod tišení porodní bolesti nemají dostatek času, nepovažuji za vhodný argument. Spíše si myslím, že si na ně porodní asistentky nechtějí čas udělat. Dle mého názoru není účelem porod „rychle odvést“, ale nechat mu čas a prostor, nechvátat. Což si jistě v mnoha porodnicích neuvědomují. Já osobně bych řekla, že zkoušení různých nefarmakologických metod může mít na porod mnohem více pozitivní vliv než-li jedno aplikované farmakum. Předpokládala jsem také, že častým tvrzením bude i nedostatek podpory ze strany lékařů, což se mi nepotvrdilo.

Otázkou číslo 5 jsem zjišťovala, v jaké oblasti tišení porodní bolesti se porodní asistentky dále vzdělávají. Největší zastoupení měla odpověď, že se porodní asistentky dále vzdělávají v obou oblastech, tedy v nefarmakologické i farmakologické. Dle předpokladu mi vyšlo, že porodní asistentky z větších porodnic se více vzdělávají ve farmakologických metodách. Naopak v menších porodnicích se více vzdělávají v nefarmakologických metodách. Domnívám se, že tyto výsledky mohou souviset s předchozí odpovědí: nedostatek časového prostoru. Ve větších porodnicích je mnohdy větší provoz a proto se tam nejspíše porodní asistentky vzdělávají více v metodách farmakologických. Možná by mohlo být příčinou i to, že je zvykem oddělení preferovat farmakologické metody a porodní asistentky tak nemají možnost více se vzdělávat v nefarmakologických metodách. Zkrátka se přizpůsobí rutině oddělení a nehledí na svůj „osobnostní rozvoj“. Myslím si, že by se porodní asistentky měly vzdělávat více v metodách nefarmakologických, ať už ve větších i v menších porodnicích, protože ty jsou v jejich kompetencích a měly by pro ně být první volbou. Především to má vliv jak na celý porodní proces, na psychiku rodičky a také na porodní asistentku, protože jen tímto způsobem se naučí pracovat s porodní bolestí a lépe ji pochopí jako přirozenou součást

porodu. Samozřejmě by měla znát i farmakologické metody, ale ty by pro ni neměly být v praxi prioritou.

Otázkou číslo 6 jsem chtěla zjistit, jakým způsobem se porodní asistentky dále vzdělávají v oblasti nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. V menších porodnicích odpovědělo 14% a ve větších porodnicích 24% respondentek, že se v oblasti nefarmakologických metod nijak nevzdělávají. Myslím, že si některé porodní asistentky osvojily několik nefarmakologických metod, které paušálně využívají a pokud nejsou dostatečně efektivní, přistoupí se k farmakologickým metodám. Některé porodní asistentky si samy vyhledávají články a texty a některé navštěvují různé kurzy a semináře. Je důležité se více vzdělávat, a to zejména v této oblasti, protože vědět kdy jakou metodu použít a kdy ne, patří podle mého názoru mezi základní znalosti porodní asistentky. Častou odpovědí ve větších porodnicích v 54% a v menších porodnicích v 38% bylo, že problematiku nefarmakologických metod tišení porodní bolesti porodní asistentky konzultují s kolegyněmi. Domnívám se, že otevřenost v komunikaci a důvěra ve své kolegy, je v týmu porodního sálu jeden z nejdůležitějších faktorů pro spolupráci a posléze i úspěch.

Druhý dílčí cíl měl za úkol zmapovat, jaké metody tlumení porodní bolesti během porodu porodní asistentky používají. Pro zjištění tohoto cíle jsem využila otázky č. 7 a 8.

Otázkou číslo 7 jsem zjišťovala, které nefarmakologické metody tišení porodní bolesti v praxi porodní asistentky nejčastěji využívají. Největší zastoupení měla v menších porodnicích 94% a ve větších 100% hydroterapie. I z vlastní praxe vím, že nejčastěji nabízenou metodou je právě hydroterapie, ať už formou sprchy nebo vany. Tato metoda se zdá být nabízena prioritně ve všech porodnicích, bez ohledu na počet porodů. Pařízek (2002, s. 216) uvádí, že relaxační koupele navodí rodičce příjemný pocit, pomáhají ji nadlehčovat, zejména při změně polohy. Při koupeli dochází jak k psychické, tak k somatické relaxaci. Ve vysokém počtu používají porodní asistentky často i účinky sezení na míči. A to v 78% v menších porodnicích a v 80% ve větších porodnicích. Myslím si, že sezení na míči bývá často používáno v kombinaci s hydroterapií. Několikrát jsem se v praxi setkala s tím, že si rodička vzala do sprchy míč a zároveň spojila účinky sezení na míči s teplou vodou. Kombinace těchto dvou metod, nebo každé zvlášť se zdá být velice účinná. Víím, že si často rodičky tyto metody chválí a porodní bolesti jsou pro ně tak snesitelnější. V praxi se využívají často i masáže. V praxi jsem si všimla, že masáže obzvláště bederní oblasti provádí rodičce většinou partner, který je u porodu přítomen. Domnívám se, že porodní asistentky tuto metodu samy v praxi moc nepoužívají, i přesto,

že se o ní zmínily ve vysokém počtu. 60% porodních asistentek z menších porodnic a 72 % porodních asistentek z větších porodnic uvedly, že je pro ně důležité vytvoření důvěryhodného vztahu s rodičkou. Myslím, že důvěra mezi porodní asistentkou a rodičkou je prospěšná především pro psychiku rodičí ženy. Ratislavová (s. 70, 2008) říká, že by porodní asistentka měla vždy vytvářet takové prostředí, ve kterém rodička může důvěřovat jejím profesionálním dovednostem. Důvěřovat jak zdravotníkům, tak i celému zařízení. Důvěřovat pocitům, které žena během porodu má. To vše přispívá pozitivně porodu a rodička se s porodní asistentkou cítí bezpečně. Pokud se ženy nachází v klidném, důvěrném a bezpečném prostředí, dokáží mnohem lépe překonávat bolesti. (Stadelman, s. 199, 2009). Z výsledků mě upřímně překvapilo, že ve větších porodnicích používají často aromaterapii 74%, zatímco v menších porodnicích pouze ve 26%. Podle mě je aromaterapie vhodnou metodou kdekoliv a kdykoliv, pokud ženě nevádí a je jí příjemná. Čermáková (s. 98, 2008) popisuje účinek vonných esencí tak, že na nás působí přes čichové centrum nebo přes kůži. Ať už masáží nebo vonnou lázní. Jsou to vonné těkavé látky, které mají schopnost ovlivňovat tělesné funkce a působit na náš psychický stav a emoce.

Otázkou číslo 8 jsem zjišťovala, jaké metody tišení porodní bolesti bývají pro porodní asistentky první volbou v počátcích práce s rodičí ženou. Shodně s otázkou číslo 7 se nejčastěji objevila metoda hydroterapie. V 90% v menších porodnicích a v 96% ve větších porodnicích. Tato odpověď mě příliš nepřekvapila, neboť vím, že v praxi je to opravdu první volba téměř každé porodní asistentky. Pařízek (s. 216, 2002) uvádí, že hydroterapie vychází z relaxačních účinků teplé vody na tělo a rodičce tak pomáhá ulevit od bolesti. Dochází při ní k rychlejší dilataci děložní branky, pomáhá uvolňovat stažené svalstvo, napomáhá k psychickému uvolnění rodičky a především napomáhá k urychlení samotného porodu. Dále se jako první volba využívá účinků sezení na míči a masáž. Na porodním sále se míč využívá současně s hydroterapií. Žena tak sedí na míči, nohy do široka, má odlehčenou pánev. Může se pohybovat v bocích a tím lépe zvládat kontrakce. Masírovat jí může partner, který je u porodu přítomen nebo porodní asistentka. Nefarmakologické metody tišení porodní bolesti můžeme v praxi kombinovat a provádět současně. Sezení na míči, hydroterapie a masáže, s nimi spojena přítomnost blízké osoby u porodu může mít velmi pozitivní vliv na porodní proces.

Třetí dílčí cíl měl za úkol zjistit, podle čeho porodní asistentky vybírají metody porodní bolesti. Pro zjištění tohoto cíle jsem využila otázky č. 9, 10 a 11.

Otázkou číslo 9 jsem zjišťovala, z jakého důvodu porodní asistentky využívají účinky nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. Nejčastější odpovědí bylo, v menších porodnicích 72% a ve větších porodnicích 64%, že se porodní asistentky snaží využít všechny možnosti před zásahem farmakologických metod tišení porodní bolesti. Tak by to samozřejmě mělo být. Myslím si, že je prioritou využít metody nefarmakologické metody tišení bolesti než přistoupíme k farmakologickým. Ze zkušeností z praxe si ale myslím, že mnohdy porodní asistentky využijí hydroterapii a účinky sezení na míči a pokud tyto metody nejsou „v nejkratší době“ dostatečně efektivní, přistoupí se k metodám farmakologickým. V menších porodnicích 56% a ve větších 46% volí nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, protože nezatěžují zdraví matky ani plodu. Tento důvod i já sama považuji za jednu z mnoha výhod nefarmakologických metod tišení porodní bolesti. Nefarmakologické metody využívá ve své praxi i určité množství porodních asistentek právě z důvodu, že s nimi mají dobré zkušenosti. Myslím, že právě zkušenost je to, co nám intuitivně napovídá, co, kdy a jak použít. Nesmíme přitom ale zapomínat, že každá žena je individuální a to, co pomohlo jedné, nemusí pomoci druhé. Stejně tak to, co vyhovuje jedné, nemusí vyhovovat druhé. Mikulandová (s. 134, 2004) popisuje, že výhodou nefarmakologických metod tišení porodní bolesti je, že nejde o žádné užívání léků, které by mohli negativně ovlivnit plod. Podle mého názoru by mělo být hlavním důvodem pro využívání nefarmakologických metod především to, že dopřejeme ženě být při porodu v aktivní roli. Snažit se tak, aby žena brala porod jako fyziologický jev, který není třeba farmakologicky regulovat a který je potřeba si dostatečně prožít z mnoha důvodů.

Otázkou číslo 10 jsem zjišťovala, jaké metody tišení porodní bolesti používají porodní asistentky pravidelně ve své praxi. Stejně tak jako u otázky číslo 7 se nejčastěji objevilo pravidelné využívání hydroterapie, účinků sezení na míči a masáž. U této otázky jsem předpokládala, že porodní asistentky z menších porodnic si v průběhu své praxe osvojily alespoň tři nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, které pravidelně využívá. Nejčastěji se tyto tři metody objevily jak v menších tak ve větších porodnicích. Myslím si, že porodní asistentky využívají tyto metody paušálně téměř v každé porodnici. Na druhou stranu je dobré, že vyzkouší nejdříve tyto metody, než přistoupí k metodám farmakologickým.

Otázkou číslo 11 jsem chtěla zmapovat, kdo nejvíce učí porodní asistentky pracovat s porodní bolestí. Nejčastěji se objevila odpověď, že nejvíce se porodní asistentky učí od

více zkušených kolegyní. 32% porodních asistentek z menších porodnic uvedlo, že je s porodní bolestí neučí pracovat nikdo, naopak ve větších porodnicích pouze 16%. Myslím si, že tato odpověď souvisí s tím, že porodní asistentky s menších nemocnic přistupují k porodní bolesti jiným způsobem, více ji řeší, více si s ní „hrají“, využívají více nefarmakologických metod a určitě na tom má velký podíl i více časového prostoru, oproti porodním asistentkám z větších porodnic. Co mě ale překvapilo, že se porodní asistentky téměř vůbec neučí od staniční porodní asistentky. Domnívám se, že by staniční porodní asistentka měla být tak trochu vzorem pro svůj tým a motivovat svoje spolupracující kolegyně k lepší práci. Myslím si, že staniční porodní asistentka by měla svůj tým vést a kolegyně by k ní měly chovat důvěru natolik, aby s ní kdykoliv mohly něco konzultovat. Myslela jsem si, že lékaři nepodporují nefarmakologické metody, ale doufala jsem, že se od nich alespoň trochu porodní asistentky učí pracovat s porodní bolestí. Tuto možnost nezvolila žádná z porodních asistentek. Musím uznat, že mě tato odpověď poměrně zaskočila. Domnívám se, že by porodní asistentky měly mít důvěru i v lékaře, spolupracovat s ním. Jedině tak, že bude celý tým fungovat, dosáhneme nejlepších výsledků. Z praxe ale vím, že lékaři mají mnohdy „svoji hlavu“ a porodní asistentky tak jejich rozhodnutí i přesto, že nesdílí stejný názor, musí respektovat.

Čtvrtý dílčí cíl měl za úkol zmapovat, jaký je rozdíl ve vztahu k porodní bolesti u zkušených a začínajících porodních asistentek. U tohoto cíle pro mě hrály důležitou roli kritéria, která jsem si sama stanovila u porodních asistentek zkušených a méně zkušených. V dotazníku jsem si stanovila škálu od 1 do 5, kde porodní asistentky měly možnost zvýraznit, jak vnímaly porodní bolest v začátcích praxe a poté u otázky číslo 14, jak se jejich vztah k porodní bolesti v průběhu praxe změnil či naopak nezměnil. K zjištění tohoto cíle jsem využila otázky č. 12, 13, 14, 15.

Otázkou číslo 12 jsem zjišťovala, jak porodní asistentky vnímaly porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále. Předpokládala jsem, že porodní asistentky v začátcích praxe na porodním sále porodní bolest stresuje a mají potřebu ji regulovat. Na tuto otázku jsem se záměrně ptala, protože já ve své praxi často pociťuji potřebu porodní bolest regulovat. A to i přes to, že vím, že bolest k porodnímu procesu bezpochyby patří. Zajímalo mě, zda takový pocit mělo v začátcích své praxe více porodních asistentek, nebo naopak. Z výzkumu vyplývá, že pouze 16% porodních asistentek porodní bolest stresovala. 8% pracujících 0-5 let na 8% pracujících 6 a více let. Potřebu porodní bolest regulovat mělo v začátcích své praxe také 16% porodních asistentek. Z toho 4% pracujících 0-5 let a

12% 6 a více let na porodním sále. Největší zastoupení měla odpověď, kdy porodní asistentky v začátcích své praxe na porodním sále vnímaly porodní bolest jako přirozenou součást porodního procesu. Přiznám se, že sama nevím. I já sama se jí tak snažím brát, ale i tak mě mírně stresuje. Věřím, že postupem času v praxi ji budu brát pouze jako přirozenou součást. Myslím si ale, že když porodní bolest porodní asistentku mírně stresuje a má potřebu ji regulovat, tím více ji to nutí používat nefarmakologické metody, zkrátka zkoušet něco, co porodní bolesti ovlivní a budou pak lépe snesitelné.

Otázkou číslo 13 jsem se porodních asistentek ptala, zda se jejich vztah k porodní bolesti v průběhu praxe mění nebo změnil. Že by se vztah k porodní bolesti změnil, uvedlo 32 porodních asistentek. Více mě překvapilo, že se vztah porodních asistentek k porodní bolesti vůbec nezměnil a to až v 68%. Domnívám se, že to, zda se vztah k porodní bolesti změnil v průběhu praxe, je značně individuální záležitostí. Myslím, že roli zde hraje i porodnice, ve které porodní asistentka pracuje. Zda jsou jí nabídnuty možnosti se nějakým způsobem vzdělávat, rozvíjet, více se soustředit na práci s rodící ženou a nejen na výkony, které je nutno vykonat. Zdá se ale, že velkou roli zde hraje i povaha porodní asistentky, odhodlání a chuť nějakým způsobem porodní bolest prožívat, pochopit ji a do jisté míry ji i ovlivňovat. Porozumět jí a naučit se s ní lépe pracovat.

Otázkou číslo 14 jsem zjišťovala, jakým způsobem se vztah porodních asistentek k porodní bolesti změnil. Tato otázka měla souvislost s otázkou č. 12 a 13. Všechny porodní asistentky, které uvedly, že se jejich vztah k porodní bolesti změnil, vyznačily na škále, kterou jsem si stanovila, že se jejich vztah k porodní bolesti změnil na stupeň: beru ji jako přirozenou součást porodního procesu. Myslím si, že tak to má být. Že by se vztah k porodní bolesti měl rozvíjet, měnit a ve výsledku bychom ji měly chápat jako přirozenou součást porodu, která k němu patří. Bolest má u porodu opodstatnění a svůj účel. Groverová (s. 47, 2011) uvádí, že bolest je dokonce pro porod nezbytně nutnou. Je prospěšná jak pro matku, tak i pro plod.

V otázce číslo 15 jsem nechala volný prostor pro vyjádření porodních asistentek k tomu, jak se jejich vztah k porodní bolesti v průběhu praxe změnil. Nejčastěji porodní asistentky psaly, že nejvíce je ve vztahu k porodní bolesti ovlivnila zkušenost s vlastním porodem. Až když zažily vlastní porod, pochopily účel porodní bolesti a zároveň věděly, jaká je její intenzita. Některé porodní asistentky doslova napsaly, že až když zažily vlastní porod, pochopily porodní bolest a poté přestaly rodící ženy „litovat“. Věděly, že ony samy to zvládly a tak přistupovaly i ostatním rodícím ženám. Souhlasím, jen s výjimkou, že když

ony to zvládly, zvládnou to i jiné. Zvládnou, ale každá jinak. Každá žena je totiž jiná a proto také potřebuje individuální přístup. Myslím si, že porodní asistentky, které mají vlastní zkušenost s porodem, mají obvykle větší schopnost vcítění se do rodící ženy, ale zároveň to může vést určitým způsobem i k rutinnímu pohledu na danou problematiku. Další častou odpovědí bylo tvrzení, že pochopit porodní bolest je naučily „léta praxe“. Zkušenosti. Domnívám se, že v tom je podstata vztahu k porodní bolesti. Čím více zkušeností, tím jiný úhel pohledu. Některé porodní asistentky uvedly, že je nejvíce ke změně vztahu k porodní bolesti motivovaly zkušenější kolegyně. Já osobně když vidím zkušenou porodní asistentku, tak ji považuji za osobnost, která na porod nahlíží již úplně jinak než já, líbí se mi to a obdivuji ji. Ale myslím si, že k tomu aby se vztah k porodní bolesti změnil, nebo nezměnil, musí člověk „vyzrát“ sám. Pokud tedy chce.

Kdybych měla říci, zda se můj vztah k porodní bolesti za dobu, co jsem v praxi změnil nebo nezměnil, řekla bych, že ano. Rozhodně ale nemůžu tvrdit, že by mne v začátcích porodní bolest stresovala a nyní ji naprosto jednoznačně beru jako přirozenou součást porodu. V začátcích mne bolest stresovala, cítila jsem potřebu ji regulovat a rodičkám tak ulevit od bolesti. A stresuje mě i nyní, někdy. Ale méně. A to i přesto, že vím, že k porodu patří a je jeho přirozenou součástí. Věřím ale, že se u mě vztah k porodní bolesti během praxe bude neustále rozvíjet. A určitě dospěji i do fáze, kdy ji budu brát pouze jako přirozenou součást porodu.

Doporučení pro praxi

Mým doporučením pro praxi by byla především velká podpora pro využívání nefarmakologických metod. Vyzdvihla bych především bezpečnost těchto metod, úctu a podporu vůči rodičce, která tak během porodu může být aktivní a vnímat celý průběh porodu jako přirozený jev. Myslím si, že by bylo vhodné apelovat na jejich pozitiva a to nejen během porodu, ale i po něm. Zdůraznit především pozitivní vliv na psychiku a sebevědomí ženy. Myslím si, že by porodní asistentky měly využívat nefarmakologické metody tlášení porodní bolesti bez ohledu na pracoviště, kde vykonávají svou činnost. Porodní asistentka by podle mého názoru neměla k rodičkám přistupovat pouze profesionálně, ale také empaticky a chápavě. Uvědomuji si, že to jaká metoda bude v praxi rodičím ženám porodní asistentkou nabídnuta, závisí především na porodnici, ve které pracuje. Také si myslím, že by se porodní asistentky měly více v této oblasti vzdělávat.

Možná by uvítaly nějaké kurzy a semináře, které se budou zaměřovat spíše na nefarmakologické metody, na jejich využití v praxi. Z výzkumu vyplývá, že staniční porodní asistentky nepatří mezi ty, od kterých se ostatní učí pracovat s porodní bolestí. Troufám si říci, že staniční porodní asistentka by měla být spíše vzorem pro ostatní personál a vést spolupracovníky k tomu, aby chápali porodní bolest jako přirozenou součást porodního procesu. Otázkou ale je, zda některé staniční porodní asistentky tak samy porodní bolest vnímají. Co se týče vztahu k porodní bolesti, nedovolují si nikomu radit. Myslím si, že každá porodní asistentka si k ní musí v průběhu praxe najít svoji cestu. Za nedostatečné považuji, že na téma tlumení porodní bolesti z pohledu porodní asistentky není dostatečné množství odborné literatury. Spíše najdeme literaturu o metodách tlumení porodní bolesti obecně, než literaturu týkající se práce s bolestí ze strany porodní asistentky.

14 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodních asistentek. Práce se dělí na teoretickou a praktickou. Nejobsáhlejším tématem v teoretické části byl přehled metod tlumení porodní bolesti. Zaměřila jsem se na metody nefarmakologické i farmakologické. Jejich využití a možnosti. Zmínila jsem se o porodní bolesti jako takové a krátce jsem zde popsala fyziologický porod. Zaměřila jsem se na jednotlivé porodní doby a na vnímání bolesti v každé z nich. Krátce jsem zde zmapovala tlumení porodní bolesti v historii a v současném pojetí porodnictví. V poslední kapitole jsem se zaměřila na porodní bolest z pohledu porodní asistentky. V této kapitole jsem se zabývala přístupem porodních asistentek k rodícím ženám, vztahem mezi porodní asistentkou a rodící ženou a v neposlední řadě porodní asistentkou a porodní bolestí.

Praktickou část tvořily informace, které jsem zjistila pomocí dotazníkového šetření. Mým hlavním cílem bylo zjistit, jaký pohled na tlumení bolesti v průběhu porodu mají porodní asistentky pracující ve větších a menších porodnicích. Z mého výzkumu vyplývá, že porodní asistentky z menších porodnic využívají více nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti na rozdíl od porodních asistentek z větších porodnic, které více využívají farmakologické metody tlumení porodní bolesti. Velkou roli v méně častém využívání nefarmakologických metod ve větších porodnicích hrál nedostatek časového prostoru. Zároveň jsem zde zjišťovala, od koho se porodní asistentky učí pracovat s porodní bolestí, v jaké oblasti tlumení porodní bolesti se dále vzdělávají a jaké metody nejčastěji a pravidelně používají ve své praxi. Součástí mého výzkumu tvořila i část, kde jsem chtěla zmapovat, jestli se u porodních asistentek v průběhu praxe změnil nebo naopak nezměnil vztah k porodní bolesti. V mém výzkumu porodní asistentky uvedly, že se jejich vztah k porodní bolesti příliš nezměnil a porodní bolest od začátku praxe doposud považují za přirozenou součást porodního procesu. Závěrem svého dotazníkového šetření jsem požádala porodní asistentky o několik rad pro začínající porodní asistentky, jak přistupovat a porozumět porodní bolesti.

Z mého šetření vyplývá, že nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti se méně využívají ve větších porodnicích a to právě z důvodu časového presu.

Na závěr by se dalo konstatovat, že nefarmakologické metody zřejmě nezaznamenaly výrazného rozšíření v porodnické praxi, kromě některých menších porodnic, které se tímto typem tlumení porodní bolesti spíše zabývají. Porodní bolest a práce

porodní asistentky s ní, je dle mého názoru velmi aktuální téma, které by se v porodnictví mělo více zkoumat, ověřovat a zjišťovat různé typy jejího ovlivňování.

Bakalářská práce mě obohatila o mnoho informací k dané problematice. Domnívám se a doufám, že zjištěné informace mi později pomohou ve výkonu mé profese. Především bych ráda ve své praxi využívala nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, nabízela je rodícím ženám a vyzdvihovala jejich pozitiva. Chtěla bych se naučit pracovat s porodní bolestí a chápat ji jako velmi potřebnou a přirozenou součást porodu. A to bez ohledu na to, na jakém pracovišti budu svoji profesi vykonávat.

„Porod je otevření. Otevírá ženino tělo, ale i mysl a srdce.“

Laurie Fremgenová

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALASKASOVÁ, J. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-802-5701-782.

BEHINOV, M., KAISEROVÁ, K., KARGER, P. *Velká kniha o mateřství: Připravená s předními českými lékaři a časopisem maminka*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2006. 328 s. ISBN 80-204-1526-2.

ČECH, E. *Porodnictví 2*. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 527s. ISBN 80-247-1313-9.

ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. 1. vydání. Brno: Era group, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.

DELAHAYE, M. C. *Praktický průvodce těhotné ženy*. Z francouzského originálu přeložila Lázňovská M. 1. vydání. Praha: Portál, 2006, 173 s. ISBN 80-7367-073-9.

GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy k lepšímu porodu*. 1. vydání. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

GROVEROVÁ, L., SUCHÝ GROVER R. *Aby porod nebolel: těhotenství a porod jako příležitost k práci na sobě*. Davle: Kernberg, 2011, 192 s. ISBN 978-80-87168-17-2.

HEŘT, J., a kol. *Alternativní medicína: Možnosti a rizika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995, 208 s. ISBN 80-7169-151-8

CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, 116 s. ISBN 80-247-1124-9.

KRATOCHVÍL, S. *Klinická hypnóza*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2549-9.

LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi ČR*. 1. vydání. Praha: Aperio, 2002, 216 s. ISBN 80-903087-0-8.

LEES, Ch., REYNOLDSOVÁ, K., MCCARTANOVÁ, G. *Těhotenství v otázkách a odpovědích*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2002, 240 s. ISBN 80-249-0017-3.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 80-251-0205-X.

MURRAY, M. a G. HUELSMANN, c2009. *Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-1803-5.

ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vydání. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-85794-69-1.

ODENT, M. *Matka země*. Z anglického originálu přeložil Florian, J. 1. vydání. Praha: Rodiče s.r.o., 2003, ISBN 80-86695-05-0.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005, 425 s. ISBN 80-7262321-4.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní ateliér Area s.r.o., 2008, 106s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A., a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996, ISBN 80-7013-230-2.

SAMKOVÁ, A. Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. In. *Moderní babičtví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. 2011, č. 20., s. 62, ISSN

SIKOROVÁ, L. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. 1. vydání. Brno: Computer press, 2006, 126 s. ISBN 80-251-1202-0.

SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2002, 245 s. ISBN 80-7203-308-5.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. 3. vydání. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978–80-8356–50-1.

ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. Praha: Galén 2004, 511 s. ISBN 80-7262-257-9.

Aperio. Společnost pro zdravé těhotenství. [online] *Pomůcky a polohy pro normální porod*. 2011 [cit. 2011-03-18]. Dostupný z WWW: <http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod>

Normální porod. [online] *Zvládání bolesti*. 2011 [cit. 2011-10-14]. Dostupný z WWW: <http://normalniporod.cz/o-porodu/pro-porodni-asistentky/zvladani-bolesti/>

Porodnice Benešov. [online] *Fotogalerie*. 2011 [cit. 2011-11-14]. Dostupný z WWW: <http://www.porodnice-bn.cz/fotogalerie.html>

Porodní dům U čápa. [online] *Bolest v souvislosti s porodem*. 2009 [cit. 2009-11-9]. Dostupný z WWW: <http://www.pdcap.cz/Texty/JakRodi/Bolest.html>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet porodů.....	52
Tabulka 2 Délka praxe na porodním sále	53
Tabulka 4 Co ovlivňuje používání nefarmakologických metod	55
Tabulka 10 Pravidelně používané metody tišení porodní bolesti.....	62
Tabulka 12 Vnímání porodní bolesti v začátcích praxe	65
Tabulka 13 Vztah k porodní bolesti	67
Tabulka 14 Změna vztahu k porodní bolesti	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Počet porodů	52
Graf 2 Délka praxe na porodním sále	53
Graf 3 Využití metod tišení porodní bolesti v praxi	54
Graf 4 Co ovlivňuje používání nefarmakologických metod	55
Graf 5 Vzdělávání porodních asistentek v oblasti tišení porodní bolesti	57
Graf 6 Způsoby vzdělávání v oblasti tišení porodní bolesti.....	58
Graf 7 Nejčastěji využívané nefarmakologické metody tišení bolesti	59
Graf 8 První volba ve výběru metod tišení porodní bolesti.....	60
Graf 9 Důvod využívání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti.....	61
Graf 10 Pravidelně používané metody tišení porodní bolesti.....	62
Graf 11 Práce s bolestí	64
Graf 12 Vnímání porodní bolesti v začátcích praxe	65
Graf 13 Vztah k porodní bolesti	67
Graf 15 Příčiny změny vztahu k porodní bolesti	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Několik rad pro začínající porodní asistentky

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Bolest v souvislosti s porodem - Zuzana Štomerová

Příloha č. 4 Polohování v průběhu porodu

Příloha č. 5 Ukázka alternativního porodního boxu porodnice Benešov

Příloha č. 1

Několik rad od dotazovaných porodních asistentek pro začínající porodní asistentky, jak přistupovat a porozumět porodní bolesti.

- ✓ *„Naslouchejte radám starších a zkušenějších kolegyní, naslouchejte veškerým potřebám rodičky, komunikujte s ní a snažte se zapojit partnera, pokud je u porodu přítomen.“*
- ✓ *„Porozuměla jsem porodní bolesti až tehdy, kdy jsem sama porod zažila. Zatím nemohu nic doporučit, samy si na to musíte přijít praxí a zkušenostmi.“*
- ✓ *„Porod je přirozený jev, který musíte tak respektovat a nebrat ho jako něco, co by rodička nemohla „přežít“.“*
- ✓ *„Buďte kolegiální, naslouchejte zkušeným porodním asistentkám, snažte se vydržet velikou psychickou i fyzickou zátěž. Snažte se porodní bolest pochopit jako přirozenou věc.“*
- ✓ *„Především buďte velice empatická, respektujte přání rodičky. To je základ, od kterého se všechno odvíjí.“*
- ✓ *„Snažte se nabízet rodičce všechny nefarmakologické metody, které Vám pracoviště umožní. Nezapomeňte, že každé rodičce vyhovuje něco jiného. Zvažte, jak porodní bolesti rodička snáší a podle toho zasáhněte. I kdyby to mělo být farmakologicky.“*
- ✓ *„Vždy je dobré citlivě probrat s rodičkou, jak bolesti snáší. Nepoužívat slovo bolest, ale spíše mluvit o kontrakcích, děložních stazích. Využívejte teplou vodu, sprchu, vanu. Vždy berte na zřetel individualitu rodičky.“*

- ✓ *„ Budte milá, vstřícná, komunikujte. Zapojte partnera.“*
- ✓ *„ Nestresujte se, nestresujte ani rodičku, ani partnera, pokud je u porodu přítomen. Snažte se vytvořit pohodu a bezpečí. Uklidňujte rodičku. Nezapomeňte na empatii.“*
- ✓ *„ Budte citlivá k prožitku bolesti u ženy, ale i u sebe. Sledujte, jak porodní bolest ovlivňuje vaše chování a snahu o vedení porodu.“*
- ✓ *„ Vzdělávejte se, abyste uměla číst porod. Nejlépe se naučíte tím, že budete porod pozorovat a co nejméně do něj zasahovat.“*
- ✓ *„ Zachovejte klid a určitý „odstup“ od porodní bolesti.“*
- ✓ *„ Najít si na rodičku čas, věnovat se jí, nabízet jí všechny nefarmakologické metody. Berte porod jako pozitivní proces. Za jeho úsilím stojí dokonalý život. Zdůrazňujte to rodičkám.“*
- ✓ *„ Budte trpělivá. Trpělivost je v práci porodní asistentky velmi důležitá. Snažte se s rodičkou navázat důvěryhodný vztah. Ubezpečte jí, že se jí snažíte pomoci. Bohužel ne každá rodička vaši snahu pochopí.“*
- ✓ *„ Je důležité, abyste se snažila navázat pozitivní vztah s rodičkou. Jen tak dosáhnete spolupráce a příjemné atmosféry. Také nezapomínejte na empatii a mnohdy na sebeovládání. Pokud tuto práci vykonáváte od srdce ráda, půjde Vám to samo.“*
- ✓ *„ K pochopení porodní bolesti Vám pomůže, když si sama sebe představíte v této situaci a budete se snažit empaticky jednat.“*

- ✓ *„ Snažte se pochopit, pomoci, poradit a především myslete na to, že jsme každá jiná.“*

- ✓ *„ Podle mého názoru je bolest velmi důležitá. Po porodu posiluje sebevědomí ženy. Sama s tím mám vlastní zkušenosti. Myslím, že to, že mi do vlastního porodu nebylo zasaženo, mi pozdvihlo sebevědomí o sto procent. Alespoň to tak vnímám.“*

- ✓ *„ Nikdy neodsuzujte prožívání porodní bolesti předem. Myslete na to, že každá rodička je jiné povahy. Nebagatelizujte její pocity. Věřte jí, ona sama nejlépe ví.“*

- ✓ *„ Přistupujte k porodům tak, jak kdyby to byl Váš první. Nezapomínejte na to, že víte, že rodička není primipara, musíte ji vše vysvětlit. Komunikace a empatie, to nejdůležitější.“*

- ✓ *„ K pochopení porodní bolesti Vám nejvíce pomůže praxe a získané zkušenosti. Časem na to přijdete určitě sama.“*

- ✓ *„ Vzdělávejte se v nefarmakologických metodách. Respektujte přání rodičky. Pokud budete mít možnost pracovat někde, kde si budete moci vést své porody naprosto sama a používat nefarmakologické metody, nejvíce se o bolesti naučíte.“*

Příloha č. 2

DOTAZNÍK

TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Dobrý den, vážené porodní asistentky,

jmenuji se Hana Říhová a jsem studentkou třetího ročníku Západočeské univerzity v Plzni, studijního oboru porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který použiji jen pro výzkumnou část své bakalářské práce na téma: Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. Dotazník je zcela anonymní, Vaše odpovědi budou použity pouze pro moji bakalářskou práci. Prosím tedy o co nejpřesnější informace. Vybrané možnosti zakroužkujte. U některých otázek můžete odpovědět pouze ano nebo ne, u některých lze označit více odpovědí a u některých vás prosím o vaše slovní vyjádření. V případě dotazů se na mě můžete obrátit na email: rihovahana88@seznam.cz

Děkuji za Váš čas strávený dotazníkem a ochotu odpovídat. S pozdravem Hana Říhová

1. Pracujete na pracovišti, kde probíhá za rok:

- a) do 500 porodů
 - b) nad 1000 porodů
- pokud víte kolik přesně, můžete doplnit:

2. Jak dlouho pracujete na porodním sále jako porodní asistentka?

- a) 0-5 let
 - b) 6 a více let
-

3. Které metody tišení porodní bolesti ve své práci více využíváte?

- a) nefarmakologické
- b) farmakologické
- c) kombinace obojího

4. Co Vám brání v běžném používání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti?

Můžete zakroužkovat více možností.

- a) nic mi nebrání
 - b) nemám dostatek časového prostoru
 - c) nedostatek pomůcek
 - d) lékaři nepodporují využívání nefarmakologických metod
 - e) nejistota v používání nefarmakologických metod
 - f) jiné:
-

5. V jaké oblasti tišení porodní bolesti se dále vzděláváte?

- a) farmakologické
- b) nefarmakologické
- c) obojí
- d) v žádné

6. Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti využívání nefarmakologických metod tišení porodní bolesti?

Můžete zakroužkovat více možností.

- a) nijak se cíleně nevzdělávám
- b) vyhledávám si články a texty
- c) konzultuji problematiku s kolegyněmi
- d) účastním se tematických kurzů a seminářů
- e) jiné:

7. Jakých 5 nefarmakologických metod tišení porodní bolesti nejčastěji využíváte ve své praxi?

- | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hydroterapie | <input type="checkbox"/> aromaterapie |
| <input type="checkbox"/> masáže | <input type="checkbox"/> muzikoterapie |
| <input type="checkbox"/> Bachovy esence | <input type="checkbox"/> zajištění příjemného prostředí |
| <input type="checkbox"/> účinky sezení na míči | <input type="checkbox"/> důvěryhodný vztah s rodičkou |
| <input type="checkbox"/> práce s partnerem rodičky | <input type="checkbox"/> jiné:..... |

8. Jaké metody tišení porodní bolesti bývají pro Vás v počátcích práce s rodící ženou první volbou?

.....
.....

9. Pokud využíváte nefarmakologické metody tišení porodní bolesti, z jakého důvodu?

Můžete zakroužkovat více možností.

- a) nevyužívám
- b) nezatěžují zdraví matky ani plodu
- c) mám s nimi dobré zkušenosti
- d) nemám možnost využití jiných metod tišení porodní bolesti
- e) snaha vyčerpat všechny možnosti před zásahem farmakologických metod tišení porodní bolesti
- f) jiné:

10. Vypište, jaké nefarmakologické metody tišení porodní bolesti pravidelně používáte ve své praxi?

.....
.....
.....

11. Kdo Vás nejvíce učí pracovat s porodní bolestí?

- a) nikdo
- b) více zkušené kolegyně
- c) stejně zkušené kolegyně
- d) staniční porodní asistentka
- e) lékař

12. Jak jste vnímala porodní bolest v začátcích své praxe na porodním sále?

Vyznačte prosím na škále.

1	2	3	4	5
stresovala mě	cítila jsem potřebu jí regulovat	nijak mě neovlivňovala	brala jsem jí jako přirozenou součást porodního procesu	považovala jsem jí za zdroj osobní síly ženy

13. Myslíte si, že se Váš vztah k porodní bolesti v průběhu Vaší praxe mění nebo změnil?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Pokud jste uvedla, že se Váš vztah k porodní bolesti změnil, jakým způsobem?

Vyznačte prosím na škále.

1	2	3	4	5
stresuje mě	cítím potřebu jí regulovat	nijak mě neovlivňuje	beru ji jako přirozenou součást porodního procesu	považuji jí za zdroj osobní síly ženy

15. Pokud myslíte, že se Váš vztah k bolesti v průběhu praxe změnil, můžete se k tomu volně vyjádřit.

.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas.

Závěrem bych Vás ráda požádala o několik rad pro začínající porodní asistentky, jak přistupovat a porozumět porodní bolesti. Děkuji Vám.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Příloha č. 3 Bolest v souvislosti s porodem - Zuzana Štomerová, BSc.



Začátek porodu – období posličeků

Jdete krásným údolím zalitým sluncem, okolo jsou louky plné květin, jen na cestě je občas kámen, o který můžete škobrtnout. Celkově se vám daří dobře a chůze vám nečiní sebemenší potíže.

Začátek porodu – počáteční fáze první doby porodní

Pokračujete v chůzi. Porodní proces je dlouhá cesta. Je třeba se vybavit trpělivostí a po cestě také jíst a pít. Vyhladovělý a vysušený člověk se mnohem rychleji unaví. Louky jsou vystřídány lesy, vonící květiny mizí, a vy se dostáváte z prosluněné louky do stínu stromů. Cesta vede mírně do kopce. Máte pocit, že si potřebujete občas odpočinout a vydechnout si. Stále ještě zvládáte bez problémů, i když začínáte pociťovat mírnou únavu.

Začátek porodu – aktivní fáze první doby porodní

Stoupáte na vysokou horu. Stromy okolo mizí a nad vámi visí těžký mrak nebo hustá mlha. Nevidíte vrchol kopce, nevíte, jak dlouho ještě budete muset šlapat. Cítíte se udýchání a unavení. Chvillemi začínáte pochybovat o tom, zda dojdete až na vrchol. Zda to zvládnete. A přitom jste si tolik přáli stanout vítězně nahoře a zažít ten krásný pocit, že jste to dokázali sami, bez cizí pomoci, rozhlédnout se kolem po krajině a mít nádherný pocit uspokojení.

Stále stoupáte a únava se zvětšuje. Ted' máte tři možnosti...

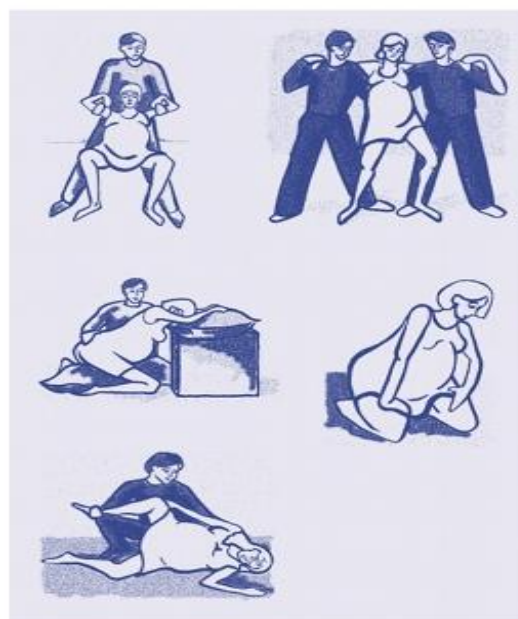
- 1. Pomocí blízkých (partner, porodní asistentka) obtíže překonáte. Posadíte se na chvíli na spadlý strom (gymnastický balón) osvěžíte se ve studánce (příjemná lázeň nebo alespoň sprcha), napijete se osvěžujícího nápoje, trochu něčeho sníte (ovoce, kousek čokolády) a půjdete dál po svých. Vrcholu jste dosáhli díky vaší aktivitě. Prožili jste **PŘIROZENÝ POROD**.*
- 2. Pomocí profesionálních nosičů se necháte na kopec vynést. Cíle dosáhnete také, ale úsilí vyvinuli ti druzí, ne vy. Vy jste byli převážně pasivním účastníkem, vaše aktivita byla minimální. Pocit vašeho vnitřního uspokojení je menší. Použili jste **EPIDURÁLNÍ ANALGEZII**.*
- 3. Na vrchol vás dopraví lanovka nebo helikoptéra. Vaše aktivita byla zcela nulová, ale na vrchol hory jste se bezpečně dostali. Byl proveden **CÍSAŘSKÝ ŘEZ**.*

Příloha č. 4 Polohování v průběhu porodu

První doba porodní (doba otevírací)



Závěr první doby porodní (doba přechodná)



Druhá doba porodní (doba vypuzovací)



Zdroj: <http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod>

Příloha č. 5

Ukázka alternativního porodního boxu Benešov



Zdroj: <http://www.porodnice-bn.cz/>

