Studijní obor: ……...……...……...

Evidenční číslo v knize: ……...…...

Datum odevzdání: ……..…….....

Podpis studijního referenta: ……..…

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Veronika Anna Červenková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Porodní bolest

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

PLZEŇ 2018

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

V Plzni dne 31. 3. 2018 ……

Veronika Anna Červenková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Evě Hendrych Lorenzové za její spolupráci, velkou ochotu a trpělivost, kterou měla při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat porodním asistentkám, které mi poskytly součinnost při tvorbě mé bakalářské práce, zejména při utváření rozhovoru v praktické části. V neposlední řadě patří velké díky mé rodině a partnerovi, kteří mi byli velkou oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Červenková Veronika Anna

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Porodní bolest

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Počet stran: číslované: 60, nečíslované: 21
Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: bolest – analgezie – porod – tišení bolesti – porodní asistence

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá porodní bolestí, metodami jejího tišení a přístupem porodních asistentek k ní. Obsah práce je rozdělen na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se práce zabývá obecnou teorií bolesti a popisem jednotlivých metod jejího tišení a zvládání. Popisuji v ní, jak se v minulost i v současnosti pracuje s porodní bolestí a také objasňuji, jakým způsobem do této záležitosti zasahuje práce porodní asistentky. Pro výzkumnou část mé práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum, který popisuje přístup porodních asistentek k porodní bolesti a jejich volbu metod tišení při práci s ní. Cituji zde také aktuální výzkumy na dané téma.

Annotation

Surname and name: Červenková Veronika Anna

Department: Nursing and midwifery

Title od thesis: Labor pain

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Number of pages: numbered 60, unnumbered: 21
Number of appendices: 6

Number of literature items used: 40

Keywords: pain – analgezia – birth – pain alleviating - midwifery

Summary:

This bachelor thesis deals with labor pain, methods of suppressing it and attitude of midwives to it. Content of the work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part contains a general theory of pain and describes individual methods of coping with it and its suppression. I concentrate here on the way of working with labor pain both in the past and present and I also clarify the way in which the work of the midwife interferes with the matter. For the research part of my thesis I chose a qualitative research which describes the approach of midwives to labor pain and their choice of pain relieving methods while working with it. I also quote selected current research on the topic.

OBSAH

ÚVOD ... 10
TEORETICKÁ ČÁST
1 BOLEST ... 12
1.1 Fyziologie porodní bolesti (a její význam) ... 12
1.2 Porodní bolesti v jednotlivých dobách porodních ... 12
1.2.1 I. doba porodní – doba otevírací ... 12
1.2.2 II. doba porodní – doba vypuzovací ... 13
1.2.3 III. a IV. doba porodní ... 13
2 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K PORODNÍ BOLESTI NAPŘÍČ HISTORIÍ ... 15
2.1 Vývoj analgezie v porodnictví ... 15
2.2 Tišení porodní bolesti dnes ... 16
3 PORODNÍ BOLEST A PRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY ... 18
3.1 Kompetence porodní asistentky ... 18
3.2 Přístup porodní asistentky k rodící ženě ... 19
3.3 Vztah porodní asistentky k porodní bolesti ... 20
3.4 Aktuální tematické výzkumy v porodní asistenci ... 21
4 FARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ BOLESTI ... 25
4.1 Systémová analgezie ... 25
4.1.1 Inhalační analgezie ... 25
4.1.2 Injekční analgezie ... 26
4.2 Regionální analgezie ... 27
4.2.1 Infiltrační analgezie ... 27
4.2.2 Epidurální analgezie ... 28
4.2.3 Subarachnoidální analgezie ... 29
5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI ... 30
5.1 Předporodní příprava ... 30
5.2 Blízká osoba u porodu ... 31
5.3 Audioanalgezie ... 33
5.4 Aromaterapie a homeopatie ... 33
5.5 Hypnoporod jako nový trend ... 34
5.6 Aplikace tepla ... 36

5.7 Hydroanalgezie ... 36
5.8 Polohování rodičky ... 37
5.9 Akupunktura a akupresura v porodnictví ... 38
5.10 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS ... 38
PRAKTICKÁ ČÁST
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ ... 40
6.1 Formulace problému ... 40
6.2 Cíl výzkumu ... 40
6.2.1 Dílčí cíle ... 40
6.2.2 Výzkumné otázky ... 40
6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky ... 41
6.3.1 Metoda ... 41
6.4 Výběr případu ... 41
6.5 Způsob získávání informací ... 42
6.6 Organizace výzkumu ... 42
7 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT ... 43
7.1 Rozhovory ... 43
8 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE ... 60
ZÁVĚR ... 69
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ
SEZNAM PŘÍLOH

ÚVOD

„Porod není něco, čím trpíme, ale něco do čeho jsme povýšeni a na čem aktivně pracujeme.“ Sheila Kitzinger

Dnešní společnost chápe bolest obecně, jako jev, od kterého je potřeba člověku pomoci. Tento etický přístup je určitě zcela správný, pokud však bolest nemá v procesu, který právě v organismu probíhá žádoucí a stěžejní roli, jako je tomu v případě porodu. K porodní bolesti je dnes u nás přistupováno s respektem k její hlavní funkci, to je vypuzení plodu. Oproti minulým letům je možno vypozorovat tendence návratu k co nejpřirozenějšímu vedení porodu s minimální lékařskou intervencí.

Porodní bolest je Biblí pojata, jako trest za prvotní hřích. Kdy Bůh řekla Evě: „roditi budeš v utrpení a bolestech“. Na bolest se lze však dívat jako na skutečný boží dar, neboť obecně nám ve skutečnosti dává vědět o nastávající podstatné změně v našem organismu. Konkrétně porodní bolesti dávají ženě signál o blížícím se porodu, aby žena našla bezpečné a klidné místo. Přístup rodící ženy k bolesti se skrze celou historii lidstva s jistotou měnil. V prvopočátcích byl jistě podobný tomu, jak bolest vnímají všichni ostatní tvorové. Rodící ženy tedy prožívaly porod v maximální spojitosti s přírodou a naslouchaly pouze svým instinktům.

Časový vývoj přinesl první formy empatie s potřebou pomoci ženě od bolesti. Společnost se snažila ulevit rodičce zprvu primitivními rituály či přírodními prostředky, kterou dále vyvíjela až po dnešní širokou škálu, výzkumy podložených dostupných metod. Porodní bolest je do současnosti vnímána v různých kulturách, náboženstvích a zemích světa odlišným způsobem. Pro každou představuje ženu s každým prvním těhotenstvím, více či méně, jakéhosi strašáka, o kterém bylo tolik napsáno a řečeno. Navzdory všem těmto informacím si žena dovede jen těžko představit reálnou intenzitu a charakter porodní bolesti. Obavy zvyšuje fakt, že oba tyto faktory se individuálně liší. Ženy by však neměly zapomínat na bohatou odměnu, která stojí za touto bolestí. Možná z toho důvodu je prožívání porodní bolesti u druhorodiček poněkud jiné

Toto téma jsem si vybrala proto, že jakožto ženu a budoucí porodní asistentku mne zajímají pocity rodících žen i porodních asistentek, jak vnímají porodní bolesti, neboť

zastávám názor, že je to velmi důležité pro danou profesi. Dalším důvodem, proč jsem si zvolila toto téma, je rozšíření mého rozhledu o aktuálně využívaných metodách k tišení porodní bolesti. Ráda bych tyto znalosti dále rozvíjela v mém budoucím zaměstnání na porodním sále.

Hlavním cílem této práce, bylo popsat přístup porodních asistentek, pracujících na porodním sále k porodní bolesti. Na tomto základě dále zjistit, které metody k tišení bolesti porodní asistentky nejčastěji využívají a jakým způsobem s bolestí pracují. Velmi zajímavé bude zkoumat aktuální výzkumy v cizích jazycích provedené na toto téma, jako například míra provedení císařských řezů v USA, který jsem si vybrala proto, že jsem se tam narodila.

Rešerši zdrojů jsem si nechala vyhledat v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Většinu citací a zdrojů v mé bakalářské práci jsem čerpala z jimi doporučených a vyhledaných titulů, které byly vyfiltrovány podle mnou stanovených klíčových slov, jimiž jsou bolest, analgezie, porod, tišení bolesti a porodní asistence. Dalším, mnou velmi využívaným zdrojem při hledání výzkumů byla vědecká databáze Google Scholar.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Porodní bolest primárně nespojujeme s patologií, ani s žádnou chorobou nebo úrazem. Je považována za bolest akutní. Porodní bolest může každá žena vnímat velice odlišně. Jednak jako pozitivní sílu, která je součástí zrození, nebo jako utrpení, kterému se nedá vyhnout. Způsob vnímání této bolesti je dán sociálně-kulturními zvláštnostmi a osobním příběhem rodičky (Takács, 2015, s. 37).

1.1 Fyziologie porodní bolesti (a její význam)

Porodní bolesti jsou zapříčiněny velikostí hlavičky plodu a tvarem ženské pánve. V první době porodní se na bolesti podílí především děložní stahy. Později ji způsobuje napínání děložní branky a v neposlední řadě je bolest zapříčiněna mikrotraumatizací tkáně pánevního dna, hráze a pochvy. Intenzita porodní bolesti je ovlivněna fyzickými, psychickými a sociálními vlivy rodičky. Intenzitu ovlivňuje i plod svou velikostí, uložením a hormonální aktivitou (Pařízek, 2015, s. 147).

Bolest je normální, zdravá a důležitá část porodu. V počátcích porodu upozorňuje na výjimečnost situace a poskytuje signál a čas k přesunu na bezpečné místo. Má ochrannou funkci pro matku i dítě. Podporuje zdraví průběh porodu, chrání porodní cestu i dítě před poraněním a zajišťuje vysokou hladinu oxytocinu a endorfinů. Přirozeně zlepšuje předpoklady pro rychlejší a snazší porod. Její odstranění může mít za následek opak (Lothian, 2005, s. 100 – 101, vlastní překlad).

1.2 Porodní bolesti v jednotlivých dobách porodních

1.2.1 I. doba porodní – doba otevírací

Začíná nástupem pravidelných kontrakcí s efektem na otevírání děložního hrdla a končí spotřebováním (zánikem) porodní branky (Takács, 2015, s. 37). Lze ji rozlišit na tři fáze: latentní, aktivní a přechodnou. V průběhu dochází k postupnému sílení kontrakcí a otevírání porodní branky na 10 cm. První doba porodní je nejdelší z celého porodu a její délka se u prvorodiček a vícerodiček výrazně liší. „U prvorodiček může trvat 10-12 hodin a u vícerodiček 6-8 hodin“ (Bašková, 2015, s. 63 – 65). Organizace WHO v roce 2018

uvedla, že progrese porodního nálezu 1cm za hodinu v aktivní fázi první doby porodní je pouze orientační. Tato hranice by neměla být užívána jako spoušť pro lékařské zásahy (WHO, 2018, online, vlastní překlad). Bolest je popisována jako **viscerální a tupá** a je způsobena rozpínáním vazů a zvyšujícím se tlakem na děložní čípek.

Lokalizace bolesti je v oblasti segmentů Th11-Th12, a v pozdější aktivní fázi první doby porodní se vyskytuje od Th10-L1. Postupem hlavičky plodu pánví dochází k vyvíjení tlaku na lumbosakrální plexus a šíření bolesti do segmentů L2-S1. Čím více je děložní hrdlo dilatované, tím větší je i intenzita porodní bolesti v těchto oblastech (Takács, 2015, s. 38).

1.2.2 II. doba porodní – doba vypuzovací

Začátkem druhé doby porodní je úplné spotřebování hrdla a jejím koncem je porození plodu. Samotná délka trvání této doby je ovlivněna fyzickou a psychickou kondicí rodičky, frekvencí a intenzitou kontrakcí a schopností ženy využít kontrakci na tlačení. U prvorodiček trvá přibližně 1 hodinu a u vícerodiček 20-30 minut. V této době rodička pociťuje velmi silný tlak na konečník a nucení na tlačení. Kontrakce v druhé době porodní se objevují v intervalech 2-5 minut a může dojít i k jejich zpomalení (Bašková, 2015, s. 67 - 71). Bolest v této době porodní je **somatická a ostrá**. Je způsobena tlakem na pánevní dno, pochvu a hráz. Při sestupu plodu porodním cestami, dochází k rozpínání poševního kanálu a z těchto oblastí je bolest vedena přes nervus pudendus do segmentů S2-S4 (Tasács, 2015, s. 38).

1.2.3 III. a IV. doba porodní

Začátek třetí doby porodní nastává ihned po porodu dítěte a končí porozením placenty. Obvykle trvá okolo 5-30 minut. V této době porodní se již dostavuje značná úleva od bolesti. Pouze před a během porodu děložního lůžka (placenty) může dojít k mírné bolesti, která po vypuzení lůžka opět odeznívá. (Tasács, 2015, s. 38). Bolest způsobují kontrakce, které mají výrazně slabší intenzitu a jsou nutné k odloučení placenty od děložní sliznice.

Za čtvrtou dobu porodní, jinak také „včasná doba poporodní“, označujeme první dvě hodiny po porodu placenty. Příčinou bolesti v této době může být vyšetření měkkých porodních cest, nutné pro odhalení porodního poranění a jeho následné ošetření (Bašková,

2015, s. 71). Jinak se v této době, kromě bolesti zad či hlavy, která je způsobená únavou, nevyskytuje žádná spontánní bolest (Tasács, 2015, s. 39).

2 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K PORODNÍ BOLESTI NAPŘÍČ HISTORIÍ

V této kapitole stručně popíši vývoj porodnické analgezie napříč historií. Dále se zde zaměřím na měnící se přístup společnosti k porodní bolesti a jejímu tišení, který se v různých kulturách a v průběhu let postupně měnil.

2.1 Vývoj analgezie v porodnictví

Už odpradávna se lidé snažili ulehčit rodičce od porodních bolestí. Způsoby tlumení bolestí můžeme pozorovat z chování lidských kultur např. v Austrálii nebo v Africe, kde se ženám během porodu poskytovala především pomoc s prvky magie. Bylo totiž známo, že všechno zlé, bolest a nemoc zapříčiňují démoni. Tuto pomoc obvykle zastupovali šamani. V některých komunitách docházelo až k fyzickému násilí, kdy se skákalo rodičce po břiše nebo ji muž při kontrakci patami tlačil na žebra – to přinášelo tlakovou analgezii na tzv. dermatosoy, do kterých se přenáší bolest.

V křesťanském středověku se kolem lůžka rodičky sypala sůl. Ženy, se také často dotýkaly medailonků nebo nosily amulety. Katolická církev považovala bolest za trest boží, z toho důvodu bylo podávání analgezie při porodu rodičce zakázáno. Pro lepší snášení porodní bolesti bylo v Persii povoleno podávat víno. Pařízek ve své knize uvádí, že „bolest při porodu byla dlouho považována za neoddělitelnou součást porodu“. Byl ji přisuzován pozitivní účinek na porod. V druhé polovině 18. století byly přesto zaznamenány pokusy o aplikace nefarmakologické analgezie (Pařízek, 2012, s. 1 - 6).

V zemích, kde se začala oddělovat magie od racionální medicíny, nastal velký zlom v analgezii a tišení bolesti. Farmakologická analgezie se začala postupně vyvíjet s odhalováním účinných léků. **Valerius Cordus** připravil diethylether v r. 1540, ale jeho aplikaci řádně nezdokumentoval, proto se v literatuře uvádí, že první, kdo éter aplikoval, byl zubní lékař **W.T.G. Morton**. Doktor **James Young Simpson** provedl zcela první porodnickou analgezii 19. ledna 1847, při níž aplikoval éter ženě se zúženou pánví, kdy žena pociťovala značnou úlevu od bolesti. Toto datum je považováno za vznik analgezie v porodnictví. Dr. Simpson se ovšem domníval, že éter není vhodné podávat při porodu. Po několika měsících bádání objevil chloroform, který byl u porodu poprvé aplikován 8. listopadu 1847. V r. 1853 porodník královny Viktorie, **Charles Locock** navrhl užití této

analgezie u jejího osmého porodu, při němž inhalovala výpary z chloroformu, kterým byl potřísněn kapesník. S porodnickou analgezií se ve Francii začalo aplikací éterového oleje rektálně. Dnes se tyto látky u porodu neaplikují z důvodu vedlejších účinků na matku i plod. Rus **S. Klikowich** v r. 1880 popsal a poprvé u porodu aplikoval oxid dusný, který se používá v porodnictví dodnes. S podáváním analgetik a sedativ intramuskulární či intravenózní cestou se začalo až v druhé polovině 19. století. Byly zaznamenány pokusy aplikace sloučenin bromidů a opia. Velmi často se s velkým úspěchem podával morfin i přesto, že byly známé jeho nežádoucí účinky na rodičku i plod (Pařízek, 2012, s. 1 - 6).

2.2 Tišení porodní bolesti dnes

Mezi hlavní rysy porodu řadíme porodní bolest. Je jedinou bolestí, která je ve vztahu k lidskému tělu fyziologická. Porodnická analgezie měla až doposud za úkol jen zmírňování intenzity porodní bolesti. Dnes je vše jinak, porodní bolest je respektována jako součást fyziologického procesu s možností využití nových poznatků. Na problematiku tlumení či netlumení porodní bolesti neexistuje jednotný názor. Existují dvě krajní stanoviska. První stanovisko zastává názor netlumit porodní bolesti farmakologickými metodami a to z důvodu respektování porodu jako fyziologického procesu, ke kterému bolest patří a také proto, že léky mohou výrazně ovlivňovat porodní proces. Přijatelné jsou pouze metody nefarmakologické.

Druhý názor poukazuje na to, že analgezie patří k managementu vedení spontánního porodu, protože pomáhá usměrňovat matkou zažívaný stres. Dalším aspektem je tu dnes již velký zájem žen tlumit bolest při porodu. Při výběru vhodné metody je důležité zvolit tu, která udrží somatické, ale i psychické výkyvy ženy ve fyziologickém rozmezí. Ke zmírnění porodních bolestí lze využít řadu metod o různé účinnosti. Co nejširší nabídka metod, by měla být důležitým cílem každého porodnického zařízení. Mezi dnešní největší trendy v tlumení bolesti patří hypnóza nebo transkutánní elektrická nervová stimulace. V případech, kdy si rodička přeje rodit zcela bez analgezie, musíme její rozhodnutí respektovat, ale také zdůraznit, že změnu názoru není třeba vnímat jako osobní selhání.

Hlavními požadavky při podání analgezie během porodu je zachování fyziologie ženy, fyziologie děložní činnosti a fyziologii plodu. Správně podaná a vedená analgezie může přetrhnout bludný kruh „strach – napětí – bolest – strach“ a zlepšit tak ženě prožitek

z porodu. Mnoho žen si představuje, že po podání analgezie jim bude od porodní bolesti ulehčeno, proto je velmi důležité objasnit efektivitu a účinnost metody. Personál nesmí ženě slibovat nemožné a měl by rodičku pravdivě a objektivně informovat. Analgezie by tedy neměla být považována za luxus, zejména tehdy pokud je potřebná a lékařem indikovaná. V dnešní době je její hlavní předností zlepšování péče o matku a dítě a přínos mnoha výhod z lékařského hlediska (Pařízek, 2012, s. 113 - 119).

Hlavním cílem by měl být co nejsnadnější porod při maximální redukci farmakologické asistence. Případ snadného a rychlého porodu je známkou hormonální rovnováhy ženy a bolest je zcela sama řízena tzv. fyziologickým ochranným systémem (Odent, 2014, s. 99).

3 PORODNÍ BOLEST A PRÁCE PORODNÍ ASISTENTKY

3.1 Kompetence porodní asistentky

Mezinárodní definice porodní asistentky

„*Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího program pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky, a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky. Porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámce jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik a zdravotnických středisek.“* (Štromerová, 2010, s. 7).

„*Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a nahrazuje tím Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 Mezinárodní konfederací porodních asistentek, Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní konfederací gynekologů a porodníků“* (Štromerová, 2010, s. 7).

Koordinace právních a správních předpisů, výkonů a činností, které mohou porodní asistentky vykonávat, jsou uvedeny ve Směrnici Rady č. 80/155/EHS ze dne 21. ledna 1980 (Štromerová, 2010, s. 254 – 255).

„Směrnice Rady č. 80/155/EHS stanoví ve svém čl. 4, že členské státy musí zajistit, aby porodní asistentky byly přinejmenším oprávněny zahájit a provozovat následující činnost:

- *poskytovat správné informace a rady k plánovanému rodičovství;*
- *diagnostikovat těhotenství a monitorovat normální těhotenství; provádět vyšetření nezbytná ke sledování průběhu normálního těhotenství;*
- *předepisovat nebo doporučovat vyšetření potřebná pro co nejrychleji možnou diagnózu rizikového těhotenství;*
- *vypracovat program přípravy na rodičovství a dokončit přípravu a narození dítěte; včetně porad o hygieně a výživě;*
- *pečovat o matku a pomáhat jí při začátku porodu a sledovat stav plodu v děloze pomocí vhodných klinických a technických prostředků;*
- *provádět spontánní porody včetně eventuálně potřebné epiziotomie a naléhavých případech i porod plodu v poloze pánevní;*
- *rozpoznávat varovné příznaky abnormality u matky nebo kojence, které si budou vyžadovat odeslání k lékaři a asistovat přitom podle potřeby lékaři; přijímat nezbytná nouzová opatření při nepřítomnosti lékaře, jako je zejména ruční vyjmutí placenty, po němž může následovat ruční vyšetření dělohy;*
- *vyšetřit a pečovat o novorozence; činit všechny nezbytné kroky v případě nutnosti a provádět okamžitou resuscitaci, když to bude nutné;*
- *pečovat o matku v poporodním období a sledovat její vývoj, poskytovat jí potřebné rady k péči o kojence, aby tak matce umožnila zajistit novorozenci optimální vývoj;*
- *uplatňovat léčbu předepsanou lékařem;*
- *vést všechny potřebné evidence.*“

(Štromerová, 2010, s. 254 - 255)

3.2 Přístup porodní asistentky k rodící ženě

Péče porodních asistentek v porodnici bývá často velmi formální s výmluvami „Nejste tady sama‘‘ nebo „Že to bolí? Vždyť je to porod“. Personál tu není za účelem, aby ženě přikazoval co během fyziologického porodu dělat, ale je zde proto, aby ženu podpořil a pomohl ji. Postoj porodní asistentky k porodu hraje velký vliv na jeho samotný průběh. Měla by tedy ženě nabídnout víru v přirozenost porodu a velkou trpělivost. Je velmi

důležité, aby individuálně a s úctou přistupovala k obavám rodičky, vždy si vyslechla její přání a snažila se je plnit. Porodní asistentka je psychickou podporou pro rodící ženu a to především vlídnými slovy, povzbuzováním a radami. Samotný vztah ženy a porodní asistentky je založen na důvěře vytvářené především způsobem, jak s ni hovoříme a jak se ji dotýkáme. Porodní asistentka je tedy člověkem, který se ženu snaží vést, poskytovat ji informace a porozumět ji. „Je matkou pro rodící se matku“. (Štromerová, rok nenalezen, online). Britská studie zabývající se přezkoumáním literatury týkající se emoční práce a identifikací potenciálních zdrojů emocí v práci porodní asistentky zjistila, že je nezbytné, aby porodní asistentky rozvíjely své znalosti emocí při práci s cílem zlepšit jejich vlastní pracovní život a uspokojit potřeby těhotných žen i jejich rodin. Je však zapotřebí více výzkumů v této oblasti, aby se vytvořila celá řada poznatků, které by umožnily informovat o výchově a praxi porodní asistence (Hunter, 2001, online, vlastní překlad).

3.3 Vztah porodní asistentky k porodní bolesti

Přístup porodních asistentek k porodní bolesti je velmi individuální. Mohou ji vnímat jako stresující okolnost, kdy mají nutkání ji tišit a tím ženě ulehčit trápení. Jiné porodní asistentky bolest naopak vnímají jako důležitou a přirozenou součást porodu, která je velmi důležitá pro samotný průběh porodního procesu. Je ale i možné, že na některé asistentky porodní bolest nijak nepůsobí a neovlivňuje. *Můj názor je takový, že samotný přístup porodní asistentky k porodní bolesti může mít výrazný vliv na průběh porodu.* Ten se ovšem postupně během její praxe může zcela změnit a vyvíjet se jiným směrem. Pravděpodobně po několika letech praxe ji začnou brát jako jednoznačně přirozenou a bez diskuzí nepostradatelnou součást porodního procesu, bez které by se „nedalo porodit“. Musíme ovšem myslet na to, že každá porodní asistentka je odlišná svou povahou, charakterem a chováním, které má na přístup k bolesti také vliv. Proto je velmi důležité, aby se porodní asistentka naučila s bolestí spolupracovat a vytvořila si k ni svůj vlastní vztah.

Problematiku této podkapitoly nemohu podložit literaturou, neboť jsem nenašla žádný odpovídající zdroj na toto téma. Vycházela jsem tedy z rozhovorů s porodními asistentkami, obsažených v mé praktické části a dále ze svých pocitů během praxe na porodním sále.

3.4 Aktuální tematické výzkumy v porodní asistenci

V této podkapitole budu pojednávat o aktuálních tematických výzkumech týkajících se porodní bolesti, jejího tišení a samotného vlivu analgezie na matku i plod. Je velmi důležité, aby se porodní asistentka ve své praxi neustále vzdělávala, vyhledávala nové vědecké zprávy a vyznávala praxi založenou na důkazech.

Epidurální analgezie a císařský řez

Oxytocin je velmi důležitý hormon. Nejen že spouští porod, ale ovlivňuje i mateřské chování. Tento fakt byl prokázán u ovcí a krav podáním antagonistů oxytocinu nebo epidurální analgezie. Ve výsledku byl u těchto savčích matek potlačen proces sbližování a vytváření vztahu k mláděti. Obdobně je to i u žen, které porodily císařským řezem nebo s epidurální analgezií. U porodu císařským řezem se uvolňuje buď velmi malá, nebo téměř žádná hladina oxytocinu. Je to jako kdyby žena neprodělala žádný porod. Při podání epidurální analgezie se zablokují i nervy aktivující uvolnění oxytocinu, které se sami automaticky spouštějí při tlaku hlavičky na děložní hrdlo. U těchto matek se mateřská adaptace, závislé na oxytocinu, rozvijí až v průběhu laktace. Role oxytocinu ve vztahu mezi matkou a dítětem je tedy velmi důležitá, jelikož pomáhá ženě i dítěti rozeznat svůj pach, navzájem se rozpoznat a tím si k sobě najít cestu ke sblížení (Moberg, 2016, s. 58 - 61).

Následující výzkumy a studie jsem čerpala z knihy od Sarah J. Buckleyové. Všechny se týkají výhradně vlivu epidurální analgezie na matku a plod.

O účincích epidurální analgezie existuje mnoho provedených studií. Nejen že má vliv na matku a plod, ale i na samotné porodní hormony a porodní procesy. Ovlivňuje stresový **hormon beta-endorfin**, jehož produkce je touto analgezií výrazně omezena. Hladina tohoto hormonu se v průběhu porodu zvyšuje a pomáhá ženě zvládat bolest. Existují již důkazy z testů na zvířatech, že epidurální analgezie a anestetika při ní užívaná mohou mít vliv na svaly dělohy a následně mít za vinu až oslabení kontrakcí.

Tím, že dojde ke zpomalení porodu a k oslabení kontrakcí touto metodou, dochází až k trojnásobně zvýšené potřebě v průběhu porodu podat syntetický oxytocin (Pitocin). Užitím kombinace Pitocinu a epidurální analgezie může dojít k anomáliím srdeční

frekvence dítěte nebo ke zvýšení rizika operativního porodu. Tento fakt potvrdil australský výzkum, který uvádí, že až u dvou třetin prvorodiček proběhl instrumentální porod (Buckleyová, 2016, s. 182 - 188).

Epidurální analgezie má také dopad na **neurobehaviorální procesy** novorozence, jehož matka si zvolila tuto metodu analgezie při porodu. Starší studie, které porovnávaly děti matek po epidurální analgezii s nemedikovanými dětmi, zjistily, že tato metoda má na medikované děti dopad. Současnější studie porovnávající patnáct nemedikovaných dětí a čtyřicet dětí vystavených epidurální analgezii zjistila, že se po dobu prvních dvaceti čtyř hodin vyskytovaly anomálie u druhé skupiny zkoumaných dětí. Tyto děti daleko více plakaly a byly častěji nakaženy novorozeneckou žloutenkou. Ženy, které tlumily bolest epidurální analgezií při porodu, také tvrdily, že jejich děti se hůře přizpůsobovaly a byly velmi náročné. Rosenblat zjistil, že děti po epidurální analgezii celých prvních šest týdnů více plakaly, chvěly se, byly méně čilé a po celou dobu měly silnou odezvu na stres (Buckleyová, 2016, s. 197 - 200).

Velký dopad má tato metoda na **kojení**. Jedna ze studií k měření schopnosti kojení 129 kojených dětí použila nástroj Infant Breastfeeding Assessment Tool (Nástroj na vyhodnocení kojení novorozence). Zjistila, že nejnižší hodnoty tohoto nástroje měly děti narozené pod vlivem epidurální analgezie. Tyto děti byly také odstaveny dříve než ostatní skupiny dětí. Randomizovaný test 177 kojících žen zjistil, že u žen s vyšší podanou dávkou epidurálního analgetika začalo být kojení přibližně okolo šestého týdne komplikovanější a po této době obvykle přestaly kojit. Baumgarder ve své observační studii tvrdí, že u dětí po epidurální analgezii hrozí až dvojnásobná pravděpodobnost krmení těchto dětí kojeneckou mléčnou výživou po propuštění z porodnice. Toto zjištění potvrdila i finská studie, kdy 67 procent matek rodících s touto analgezií přikrmovaly své dítě umělou výživou v prvních 12 týdnech. Ženy také tvrdily, že nemají dostatek mléka, aby mohly kojit.

Randomizovaná australská studie 992 prvorodiček zjistila, že matky rodící pod epidurální analgezií přestaly kojit dříve, něž ženy rodící s jinou metodou úlevy od bolesti. Tento fakt byl potvrzen také americkou observační studií. Švédští výzkumníci vyzkoumaly, že novorozenci pod vlivem analgetik podávaných při epidurální analgezii ztrácejí schopnost se doplazit k bradavce a sami se přisát, projevovali se chaoticky, olizovaly a sáli si ruce a bradavek se pouze letmo dotýkali (Buckleový, 2016, s. 202 - 206).

S epidurální analgezií je často spojována **pozitivní porodní zkušenost** s téměř žádnou bolestí a tím i **spokojenost s porodem**. Opak tohoto tvrzení ovšem vyvrátil britský výzkum, který uvedl, že epidurální analgezie nezlepšuje mateřskou zkušenost i přesto, že kvalitně ulevuje od porodní bolesti. Jiné studie uvádí, že ženy bez jakékoli medikace během porodu jsou se svou porodní zkušeností po půl roce až roce mnohem spokojenější.

Na závěr lze říci, že epidurální analgezie může značnou mírou zásadně narušit porod, kojení a tím ovlivnit i celý zážitek z porodu. Tato metoda nabízí ženám mnoho výhod, ale zároveň vystavuje ženu a její plod velkým rizikům. Je tedy důležité, aby si žena přející si rodit bez epidurální analgezie zvolila takové metody pečování, které podporují v praxi přirozený a nenarušovaný porod (Buckleyový, 2016, s. 206 - 208).

Další výzkumy

Výzkum, který byl proveden v Austrálii roku 2009, v regionální nemocnici Wollongong, byl zaměřen na spokojenost matek s porodní asistentkou a zkoumal, zda je tato spokojenost ovlivněna mírou poskytování kontinuity péče. Podstoupilo ji celkem 174 žen, kterým byla poskytována sekundární péče porodními asistentkami. Výsledky této studie jsou velmi pozitivní. Ženy uvedly, že jejich vztah s porodní asistentkou byl skutečně pečujícím a cenným zdrojem uklidnění a pohodlí během těhotenství, porodu a raného mateřství. Nepřetržitá péče tedy napomáhá rozvoji podpůrných vztahů mezi ženami a jejich porodními asistentkami (Williams, 2009, online, vlastní překlad).

Další studie, která mne zaujala, byla zaměřena na porovnání účinnosti akupunktury a injekcí sterilní vodou na porodní bolesti a na relaxaci během porodu. Tento výzkum proběhl ve Švédsku v roce 2008, které se účastnilo celkem 128 rodiček rozdělených na dvě poloviny. Výsledky přinesly, že injekce sterilní vodou přinesli ženám výraznější úlevu od porodní bolesti a větší relaxaci než akupunktura. Též byly ženy s efektem subkutánních injekcí spokojenější (Mårtensson, 2011, online, vlastní překlad).

V Íránu v roce 2008 byl proveden výzkum zaměřený na efekt levandulové aromaterapeutické masáže. Tato studie měla 60 účastnících se prvorodiček, které byly rozděleny na dvě skupiny. 30 žen dostalo obyčejnou masáž a druhé polovině rodiček byla aplikována masáž s levandulovým olejem. Bylo zjištěno, že druhé polovině žen se díky oleji snížila intenzita bolesti a zkrátila se délka první doby porodní. Z tohoto vyplývá, že

levandulová masáž je efektivní intervence, která může snížit intenzitu bolesti u porodu (Zahra, 2013, online, vlastní překlad).

Studie provedená v Íránu v roce 2011 se zaměřila na efekty lumbální akupresury na bolest u prvorodiček během první doby porodní. Účastnilo se ji 83 rodiček, které byly rozděleny do 3 skupin, kdy první skupině byla aplikována akupresura, druhé běžné doteky a třetí, kontrolní skupině obvyklá péče. Bylo zjištěno, že ženy s akupresurou v první době porodní pociťovaly ihned po aplikaci nižší intenzitu porodní bolesti než ženy v ostatních skupinách. Výsledky této studie tedy zmiňují akupresuru jako vhodnou, jednoduchou a levnou metodu ke zmírnění porodní bolesti, bez vedlejších účinků na matku a plod (Kordi, 2013, online, vlastní překlad).

4 FARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ BOLESTI

V této kapitole se budu věnovat farmakologickému tišení porodních bolestí. Do této skupiny patří systémová a regionální analgezie. Tyto dvě velké skupiny mají každá své zástupce, kterým se budu dále podrobněji zabývat v následujících podkapitolách.

„Cílem analgezie při porodu je regulace porodních bolestí, resp. regulace porodního stresu.“ Analgezie ženě přináší komfort a také redukuje možná rizika hrozící matce a plodu. Bylo zjištěno, že podávání analgezie během porodu může také výrazně snížit dysfunkce kontrakční činnosti, kdy velmi silné bolesti během porodu společně se strachem mohou vést k protrahovanému porodu a k poruchám děložní činnosti, které mohou mít negativní vliv na plod. I během porodu, při kterém se podávají léky či analgezie, je velice nutné dbát na psychickou podporu poskytovanou ženě lékařem i porodní asistentkou, jelikož vhodné psychologické prostředí snižuje míru podávání léků během porodu (Pařízek, 2012, s. 199).

4.1 Systémová analgezie

Systémová analgezie slouží k tišení bolesti tak, že daný lék či analgetikum působí v centrální nervové soustavě, neboli přímo v mozku ženy. Analgetikum je podáváno do těla injekcí podkožně, nitrosvalově nebo přímo do žíly. Další možností je inhalace daného analgetika (Pařízek, 2015, s. 154).

4.1.1 Inhalační analgezie

Už od pradávna lidstvo inhalovalo analgetika, a sice od dob, kdy bylo schopno vytvořit dým z přírodních látek jako například z máků, které obsahovali opium. Do oboru porodnictví byla analgezie a anestezie poprvé zavedena **Jamesem Young Sipsonem**. Tato analgezie se inhalovala. Nejprve měla podobu éteru a později v roce 1847 podobu chloroformu (Mander, 2014, s. 193 - 194). Inhalační analgezie se v porodnictví užívala již v 19. století (Pařízek, 2012, s. 203).

„Inhalační analgezie je vdechování plynu za účelem tlumení bolesti.“ Dnes se v porodnictví užívá kombinace 50% oxidu dusného (N_2O), kterému se jinak říká „rajský plyn“ společně s 50% kyslíku. K tomu účelu byl vytvořen tlakový přístroj, který nazýváme

ENTONOX‘‘ (Pařízek, 2015, s. 155). Podávání oxidu dusného není nijak nepříjemné, neboť nezapáchá a nedochází k dráždění bronchiální sliznice. N_2O se v krvi téměř nemetabolizuje a vylučuje se z organismu převážně plícemi. Nemá tudíž žádný významný vliv na krevní oběh. V krvi je oxid dusný málo rozpustný, což je příčinou velmi rychlého nástupu i odeznění jeho účinku. Délka a hloubka analgezie je také ovlivněna mírou vdechování. Mezi klinické příznaky působení této analgezie může být omámení a u některých žen i „točení hlavy“. Objevují se pocity tepla a euforie. V obličeji rodiček se může objevit flush tzv. začervenání. Dalším klinickým příznakem může být zvýšené sluchové vnímání, častěji i smích nebo pláč. Tento plyn ovlivňuje svalový tonus tím, že mírně klesne a také se při jeho inhalaci může objevit pocit lehkosti v nohách.

U některých rodiček může nastat situace, kdy je inhalace oxidu dusného nedostatečná a proto je možné ho podat v kombinaci s jinými dnes používanými analgetickými metodami. Oxid dusný můžeme podat i ve III. době porodní při ošetření porodního poranění. Nežádoucí účinky jsou minimální. Někdy se mohou objevit bolesti hlavy nebo závratě, které ovšem netrvají příliš dlouho. Ve výjimečných případech se může u citlivých rodiček dostavit nevolnost až zvracení. Tento plyn je kontraindikován z důvodu jeho vlivu na syntézu DNA v I. trimestru (Pařízek, 2012, s. 204 – 205).

Tato metoda je bezpečná a neinvazivní, kdy neohrožuje matku ani plod na jejich zdraví. Velkou výhodou této metody je její jednoduchost neboť ji může provádět porodní asistentka, Její účinnost se ovšem pohybuje pouze okolo 30% (Pařízek, 2015, s. 155). Pařízek uvádí, že se inhalační analgezie v Norsku podává až v 90% (Pařízek, 2012, s. 393).

4.1.2 Injekční analgezie

Nalbuphin je jedno z nejčastěji užívaných opioidních analgetik, která slouží k zmírnění porodních bolestí. „Používá se ke krátkodobému tišení středně silných až silných bolestí.“ Díky tomu, že nepůsobí na hladké svalstvo, nedochází k zadržování moči a k zácpě. Analgetický účinek nastupuje přibližně za 3 – 15 minut a trvá 3 – 6 hodin. Výhodou této metody je její jednoduché použití, kdy ji provádí porodní asistentka nebo porodník a dále její cenová dostupnost. Další velkou výhodou této metody je, že nepůsobí na dechové centrum matky. Účinnost nalbuphinu se pohybuje okolo 50% (Pařízek, 2015, s. 154). Do nevýhod řadíme možný útlum plodu během poporodní adaptace, kdy závisí na

dávce a způsobu podání analgetika rodičce. Utlumena může být i žena, což výrazně ovlivňuje spolupráci s ní (Pařízek, rok nenalezen, online).

Mezi opioidní analgetika dále řadíme Pethidin, který se dnes už v tak velké míře nevyužívá z toho důvodu, že jeho účinek tišení porodních bolestí není tak vysoký a může ve velké míře negativně působit na plod. U novorozence se po narození může vyskytnout horší poporodní adaptace nebo zarudlá kůže. Jeho účinky mohou stále působit 3-4 dny po jeho podání. U dítěte se později může objevit podrážděnost a to i několik dní po narození, v závislosti na vyplavování metabolitů pethidinu mateřským mlékem (Čech, 2014, s. 200).

Pethidin nejčastěji využíváme v I. době porodní. Aplikujeme ho intramuskulárně, kdy účinkuje za přibližně 5 – 10 minut nebo intravenózně s účinkem nastupujícím za poměrně delší dobu a to za 40 – 50 minut (Pařízek, 2012, s. 201 – 202). Mezi výhody užívání patří jeho jednoduché použití, kdy aplikaci provádí porodní asistentka a dále pak jeho dobrá cenová dostupnost. Analgetická účinnost se pohybuje přibližně okolo 30% (Pařízek, 2015, s. 155).

4.2 Regionální analgezie

„Regionální analgezie představuje soubor způsobů, při němž se podáním místně (lokálně) účinných látek mění vnímání bolesti. Lokální anestetika v nervových vláknech na čas zastaví vedení bolesti z periferie do centrální nervové soustavy“ (Pařízek, 2015, s. 155).

4.2.1 Infiltrační analgezie

U této analgezie se nejvíce provádí infiltrace (obstřik) pochvy a hráze. Jako lokální anestetikum se užívá 1% Mesocain. Indikací k provedení obstřiku je epiziotomie, operační porod nebo ošetření porodních poranění ve III. době porodní (Čech, 2014, s. 200). Snadné provedení a cenová dostupnost patří mezi přednosti této metody. Hlavní nevýhodou této metody je nemožnost jí využit při ošetřování rozsáhlých porodních poranění pro její velmi nízký účinek. Lokální anestetikum je aplikováno v pólu zadní komisury, kde dochází k infiltraci podkoží a svalstva pánevního dna po obou stranách.

Délka působení této metody se pohybuje okolo 45 minut a provádí ji obvykle porodní asistentka nebo lékař (Pařízek, 2012, s. 207).

4.2.2 Epidurální analgezie

Tuto analgezii řadíme mezi metody, které nejlépe ovlivňují porodní bolesti. V naší republice se epidurální analgezie začala používat na začátku 90. let 20 století (Roztočil, 2008, s. 316). Podstatou této metody je aplikace lokálního anestetika a opioidu do epidurálního prostoru za pomoci jehly. „Zde se na čas přeruší vedení bolesti z porodních cest do míchy a následně do centra bolesti v mozku“ (Pařízek, 2015, s. 159).

Pro prevenci narušení fyziologie porodu, je velmi důležité aplikovat lokální anestetikum ve správné dávce a především do správného místa. Tato metoda je rodičkami velice vyhledávána a patří mezi jednu z nejvíce užívaných metod k tišení bolesti v porodnictví. Musíme ale upozornit na to, že i po podání této analgezie nemůžeme prohlásit porod za zcela bezbolestný. V tomto případě se „ponechává zbytek bolesti“, zejména v oblasti hráze. Díky této bolesti je rodička schopna spolupracovat při tlačení a používat břišní svalstvo**.** Indikacemi k této analgezii jsou především porodnické či zdravotní problémy ženy. Řadíme mezi ně např. plicní či kardiovaskulární onemocnění, DM, epilepsie, preeklampsie, porod dvojčat či konce pánevního. Dnes se epidurální analgezie volí často u porodu mrtvého plodu a ukončení těhotenství po I. trimestru.

Mezi kontraindikace patří alergie ženy na dané lokální anestetikum, poruchy krevní srážlivosti matky, překotný porod a také nesouhlas rodičky s výkonem. Velkou výhodou této metody je její účinek během všech dob porodních, dále vlastnost neprodlužovat porod a také je prevencí porodnických operací jako např. porod kleštěmi, vakuumextrakcí nebo císařský řez. Mezi nedostatky této metody patří její náročnost na organizaci i provedení a také finanční nákladnost. U epidurální analgezie existují určitá rizika, jako oslabení děložních kontrakcí a riziko poškození míšních obalů, které může způsobit bolesti hlavy tzv. postpunkční cefaleu (Čech, 2014, s. 201-202). Rizikem je i velký pokles tlaku, který může způsobit nedostatek kyslíku pro plod, což mu může uškodit (Rusová, 2010, online). Vhodný porodnický nález pro podání je u prvorodiček branka 4 a u vícerodiček jsou to 3 cm. Epidurální analgezii podáme vždy až po odtoku vody plodové (Pařízek, 2012, s. 262).

Tuto metodu provádí vždy velmi zkušený anesteziolog. Analgetická účinnost této metody se pohybuje okolo 90% (Čech, 2014, s. 201-202). Tato analgezie je nejvíce užívaná v USA a to až v 84% všech spontánních porodů. V Evropě je nejvíce zastoupena ve Švédsku a to v 28% (Pařízek, 2012, 393 - 393).

4.2.3 Subarachnoidální analgezie

U této analgezie se místní anestetikum podá do mozkomíšního moku, který se nachází v subarachnoidálním prostoru. Anestetikum přeruší vedení vzruchů v nervových drahách a v míše (Pařízek, 2015, s. 160). Mezi výhodu této analgezie patří snadnější punkce subarachnoidálního prostoru než prostoru epidurálního. Další výhodou je zachování funkce příčně pruhovaného svalstva a tím možnost pohybu rodičky během porodu. Tato analgezie představuje menší riziko utlumení plodu a to díky nižším dávkám podávaného anestetika. Můžeme ji aplikovat u žen, které mají určité komplikace nebo onemocnění, u kterých není možné podat analgezii epidurální.

Velkou nevýhodou během provedení je jehla, která proniká nejen tvrdou plenou, ale i pavučnicí. Tím se zvyšuje riziko vstupu infekce a dále riziko postpunkční cefalei (Pařízek, 2012, s. 280). Nástup subarachnoidální analgezie je téměř okamžitý a její účinek se pohybuje okolo 90%. Tuto metodu provádí anesteziolog (Pařízek, rok nenalezen, online).

5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI

V této kapitole budu popisovat jednotlivé nefarmakologické metody dostupné k tišení porodní bolesti, které se užívají nejčastěji. Tato skupina má mnoho zástupců. K jejich popisu bude přistoupeno v následujících podkapitolách, přičemž podrobnější prezentace bude věnována předporodní přípravě, přítomnosti blízké osoby u porodu, aromaterapii a metodě hypnoporodu, neboť mě tyto metody zaujaly.

5.1 Předporodní příprava

Porod a období po něm lze označit za náročné životní situace. Předporodní příprava, by tedy měla být neodmyslitelnou součástí prenatální péče. Pozitivní naladění rodičky a předání co možná nejvíce praktických nácviků, informací a vědomostí o porodu, které mají za úkol matce a otci dítěte pomoci lépe zvládat těhotenství, porod a šestinedělí. Předporodní příprava zahrnuje i metody, kterými lze ulehčit porod a zmírnit porodní bolesti. Vnímání bolesti snižuje zaměstnáním mysli rodičky, například soustředěním se na správné dýchaní, relaxací a představou příjemné myšlenky nebo opakované provádění stejných pohybů.

Předporodní příprava původně vznikla začátkem 20. století na Ukrajině a v Anglii jakožto jedna z psychologických metod porodnické analgezie, s cílem snížit porodní bolesti. Na Ukrajině ji uvedl do praxe psychiatr **Velvovskij**, který tvrdil, že správně vedenou přípravou těhotné lze docílit bezbolestného porodu. Další zakladatel psychoprofylaxe, anglický lékař **Dick-Read** zastával myšlenku, že nevědomost a nedostatečná informovanost rodičky je hlavní příčinou strachu, který vede k prodlužování porodu. „Popsal bludný kruh strach – spazmus – bolest.“

Fernand Lamaze, francouzský porodník, měl též za cíl bezbolestný porod, jehož lze docílit tím, že rodička vnímá porod jako pozitivní zážitek a s bolestí pracuje pomocí dechových a relaxačních technik. Přítomnost partner u porodu považoval za nutnost. Jeho hlavním cílem byl pozitivní a intenzivní zážitek z porodu, proto nezavrhoval ani aplikaci prostředků tišení bolesti.

Velmi známou odbornicí na psychoprofylaktickou přípravu byla angličanka **Sheila Kitzinger**. Její metoda byla taktéž zaměřena na nácvik dýchání a doporučovala masáž

hráze, která může být prevencí jejího nástřihu. Její práce posilovala sebedůvěru a osobnosti těhotných žen i jejich partnerů.

U nás se předporodní příprava začala šířit po roce 1949, ale v sedmdesátých letech došlo k výraznému poklesu zájmu, z důvodu prokázání nízké analgetické účinnosti. Později **PhDr. Marie Pečená a MUDr. Pavel Čepický** vytvořili nový koncept předporodní přípravy. Vznikly tedy nové kurzy, které měly připravit ženu na porod a novou životní roli matky. Dnes přípravné kurzy pořádají nemocnice, nestátní gynekologická zařízení, mateřská centra nebo porodní asistentky. Ženy kurzy navštěvují samostatně, s partnerem nebo jinou blízkou osobou. Kurzy mají dvě části: psychickou a fyzickou přípravu.

Psychická příprava zahrnuje poskytování informací ženám i jejich partnerům v oblastech týkajících se těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o dítě. Během fyzické přípravy se nacvičují odlehčovací polohy, technika tlačení, typy dýchání pro jednotlivé fáze porodu a relaxační techniky, které pomáhají ženám zvládnout zátěžovou situaci. Žena se zde učí přijmout porodní bolest jako důležitou součást porodu (Bašková, 2015, s. 32 – 38). **Patrik Balint** na kurzu předporodní přípravy řekl: že v předporodní přípravě jde především o spojení s těhotenstvím, porodem a dítětem, nikoli o míře podávaných informací (Balint, 2013, informace z kurzu předporodní přípravy v Praze).

Velkým významem psychofyzické přípravy je snížení strachu a úzkosti, získání informací a reálného postoje k porodu. Mezi výhody předporodní přípravy patří především snížení vnímání porodní bolesti a tím i podávání léků, redukce pocitu úzkosti a zkrácení délky porodu (Bašková, 2015, s. 32 – 38).

5.2 Blízká osoba u porodu

K porodu může ženu doprovázet osoba, které plně důvěřuje a cítí se s ní dobře, což může být partner, přítelkyně nebo dula. Ženy cítí potřebu přítomnosti této osoby z důvodu například častého střídání personálu na porodním sále.

Nejčastější takovou osobou bývá parter, otec dítěte, jehož přítomnost u porodu byla zavedena v 60. letech v USA. Jeho přítomnost měla zajistit příznivý průběh porodu, posílení citových vztahů a navázání časného vztahu otec-dítě. Výsledky výzkumů ukázaly, že otcové, kteří byli přítomni u porodu, měli i po roce častější tělesný kontakt s dítětem. Ne vždy má však přítomnost partnera u porodu na rodičku blahodárný vliv. Muži úzkostliví,

nadměrně ochraňující nebo vlastničtí, pozorující nebo muži zakrývající svoji nejistotu přílišnou upovídaností narušují průběh porodu, ruší ženu v soustředění se na porodní děj a tím ho zpomalují. Přítomnost otce dítěte u porodu je dnes již samozřejmostí, kdy se hodnoty pohybují okolo 88 – 91%. Je velmi důležité, aby otcova přítomnost byla příjemná pro oba partnery. Přítomnost partnera u porodu, by však měla být oboustranně dobrovolná. Velmi vhodné je absolvování předporodní přípravy obou partnerů, během kterých se otec dozví o jeho možnostech pomoci. V opačném případě mohou pociťovat neschopnost partnerce pomoci od bolestí, a proto sami velmi často potřebují podporu a vedení. Zde může poskytnout páru oporu právě porodní asistentka.

Podporu během porodu mohou poskytovat i rodinní příslušníci nebo přátelé. U nás je to méně časté. Nejvíce se hovoří o přítomnosti matky rodičky u porodu. Prokázalo se, že i když ženy často volají po své matce, její přítomnost si doopravdy nepřejí (Ratislavová, 2008, s. 72 - 73). Doprovod sestry, matky nebo přítelkyně je prospěšný pouze tehdy, pokud sama měla nekomplikovaný porod bez lékařských zásahů. V případě opaku může do atmosféry okolo porodu vnést strach a úzkost (Odent, 2011, s. 68).

Častěji využívaný doprovod je dula (doula). Dnes se za dulu označuje žena, která doprovází rodičku k porodu a poskytuje poporodní péči v domácím prostředí (Goer, 2002, s. 248). Svojí přítomností, chováním a utěšujícím dotykem vytváří klidnou atmosféru a základ pro uvolnění. Dodává jistotu vysvětlováním co se děje v daném okamžiku (Klaus, 2004, s. 27-28). Přítomnost duly, zkušené ženy, může zkrátit délku porodu a snížit užívání léků na bolest. Rodičky, které měly u porodu dulu, prožívaly méně bolesti a úzkosti, pociťovaly větší uspokojení a naplnění a zažívaly méně poporodních depresí. Poskytuje rodičce emocionální podporu a stává se z ni tlumočnice ženiných přání. Přítomnost duly u porodu má pozitivní vliv i na partnera. Díky ni, pociťovali větší schopnost poskytnutí emocionální podpory partnerce. Dula na rozdíl od otců doopravdy ví, jak těžký může porod být, má s ním spoustu zkušeností a většinou je sama matkou. Důvěryhodnost proto řadíme mezi její největší přednosti (Goer, 2002, s. 249 - 255).

Česká asociace dul (ČAD) je v České republice největší a nejstarší profesní organizací, která vznikla v roce 2001. „Tato organizace uvedla profesi dul na českou scénu a rozšířila povědomí o jejich práci. Sdružuje duly a usiluje o oficiální uznání této profese v ČR.“ Vede spolupráci se zahraničními organizacemi, které mají podobné cíle a s těmito organizacemi si vyměňuje zkušenosti. Tato organizace dlouhodobě podporuje činnost dul a

zajišťuje jejich vzdělávání. Je jedním ze zakládájících členů Doula Europe a v roce 2011 potvrdila svoje členství v Evropské síti dul (EDN), která sdružuje duly z 21 evropských zemí (Jirásková, 2017, online).

5.3 Audioanalgezie

Hudba je na porodních sálech pouštěna poměrně často, ale v jejím případě se nejedná o využití metody k tišení bolesti, nýbrž k překrývání jiných nepříjemných zvuků (Mander, 2014, s. 187). Tato metoda účinkuje na principu změny aktivity mozkové kůry, kde dochází k dráždění sluchového centra (Čech, 2014, s. 199). Hudba pomáhá ženě lépe pracovat s porodní bolestí na základě rozptýlení pozornosti, kdy rodička přestává sledovat čas. Velkou výhodou může být rytmus či tempo hudby, které nabádá ženu správně regulovat dýchání nebo se pohybovat a tím podpořit postup porodu. Byl proveden výzkum, kde ženy, které si tuto metody vybraly, prožívaly méně bolesti a byly jí mnohem méně stresovány (Mander, 2014, s. 187).

Nejčastěji se užívá tzv. bílý šum, který se pouští do sluchátek. Tento šum obsahuje zvuky o různé frekvenci, které ve výsledku zní jako zurčící voda. Rodička si během kontrakcí hlasitost zvuku reguluje sama dle svých pocitů. Tato metoda nijak neohrožuje matku ani plod na zdraví. Metoda audioanalgezie je považována za doplňující k ostatním metodám tišení bolesti v porodnictví. Můžeme ji využít i v případě operativního porodu, kdy je žena při vědomí a díky hudbě neslyší personál ani ostatní zvuky přítomné na operačním sále (Pařízek, 2012, s. 196).

Nevýhodou této metody je její nízká analgetická účinnost. Provádí ji sama rodička za pomoci porodní asistentky (Pařízek, 2015, s. 151).

5.4 Aromaterapie a homeopatie

Metoda využívající směsi éterických olejů se nazývá aromaterapie. Jedná se o přírodní léčbu. Éterické oleje jemně dráždí mozková centra, které vytvářejí naše emoce a na jejich základě dochází k tvorbě a uvolňování hormonů v těle. Tyto oleje účinkují na dvou úrovních: fyzické a psychické (Samková, 2011, s. 24 - 25).

Oleje jsou vstřebávané sliznicí a pokožkou a působí přes čichový systém. Metodu lze aplikovat do aromalampy, do koupele, při masážích nebo inhalací. Před aplikací éterických olejů na kůži je nutné jej smíchat s emulgátorem a tímto způsobem na tělo

zapůsobí během několika minut. Do koupelí se éterické oleje přidávají rozmíchané v emulgátoru, např. v mléce či medu (Stadelmann, 2005, s 439 - 443). Pro úlevu od silných bolestí v zádech, v průběhu první doby porodní lze využít směs rozmarýnu a levandule aplikovanou tepelným obkladem. Ve třetí době je na uvolnění od napětí a osvěžení ideální citron a pro dodání energie můžeme použít geránium s rozmarýnem (Samková, 2011, s. 27 - 28). Porodní vůně poskytují rodičce pocity bezpečí, vyvolávají naději a klid. Mezi nejvhodnější vůně patří: jasmín, růže, levandule extra nebo ylang-ylang (Stadelmann, 2005, s. 241). Aromaterapie může být metodou „jak pomoci ženám, aby své dítě porodily spontánně a bez větších jizev ať na těle nebo na duši“ (Samková, 2011, s. 29).

Homeopatie je další přírodní léčebnou metodou, pro kterou platí pravidlo „podobné se léčí podobným“. Člověkem se zabývá jako celkem, kdy sleduje jeho tělesné i duševní potíže. V porodnictví je hojně využívaná samostatně i v kombinaci s aromaterapií (Stadelmann, 432 - 436). Mezi známá homeopatika patří např. Belladona, která je vhodná při silných bolestech, kdy žena odmítá veškeré doteky. Chamomilla je vhodná pro netrpělivou rodičku, vnímající stahy jako nesnesitelné a požaduje lék na bolest. Homeopatie je považována za účinnou léčebnou metodou (Stadelmann, 2005, s. 239 – 240).

5.5 Hypnoporod jako nový trend

„Hypnoporod je stejnou měrou filozofie rození a technika či metoda porodu.“ Hypnoporod má za cíl pomoci ženám k tomu, aby během porodu opět získaly právo reagovat dle přirozených instinktů. Pomáhá jim také využít jejich přírodou svěřenou schopnost porodit klidně, mírně, s přirozenou silou a především s radostí. Není alternativní metodou a nevylučuje medicínský zásah. Ženy se v programu naučí během porodu uvolnit a spolupracovat se svým tělem a svým dítětem (Monganová, 2010, s. 41-43).

Metoda hypnoporodu využívá čtyři základní techniky, kterými lze připravit mysl i tělo na úspěch a proces porodu. Jedná se o dýchání, relaxaci, vizualizaci a prohlubování.

Hypnoporod využívá tři typy jemného dýchání. První je obdobný jako **dýchání ve spánku**, který má za cíl uvést ženu do uvolněného stavu, ve kterém lze pokračovat ve vizualizacích či představách. Dá se také využít pro obnovení uvolnění mezi kontrakcemi. Druhá dechová technika je **pomalé dýchání**, které je nejdůležitější. Jeho cílem je co nejvíce prodloužit nádech do břicha a následný výdech. Tento typ se využívá během

děložní kontrakce. Poslední typ se nazývá **porodní dýchání**. Uplatňuje se v závěrečné fázi porodu a jeho cílem je napomoci přirozenému vypuzovacímu reflexu. Tento typ dýchání není tlačení. Během nuceného tlačení se žena dostává do stresu a to zapříčiní, že se uzavře vaginální svěrač a tím se porod prodlužuje. Například ženy, které rodí v s epidurálem, nemohou tlačit a tělo samo dítě vypudí. „Uvolněné tělo se přirozeně otevře." Díky tomuto dýchání není třeba při sestupování dítěte nuceně tlačit (Monganová, 2010, s. 111 - 120).

Po technice dýchání se trénuje **relaxace**. V této oblasti se využívá několik metod. Mizející písmena je jedna z nejjednodušších. Lze s ní navodit hlubokou relaxaci. Žena si při této technice vizualizuje písmena a při výdechu si v duchu předříkává AAA-BBB... atd. Relaxaci lze navodit i masáží jemnými dotyky, kterou obvykle provádí partner.

Třetí základní technikou metody Hypnoporodu je **vizualizační cvičení**. Ty mají za úkol zklidnit mysl a uvolnit tělo během porodu. Nejzákladnějším cvičením je tzv. Duhová relaxace. Žena i partner doprovázející k porodu se naučí posloupnost barev duhy. Doprovod poté ženě předříká barvy a svým hlasem přivádí ženu do hluboké relaxace. Přitom ženě hladí ruku a paži zdola nahoru a tím napodobuje tok uvolnění. Rozvíjející se květ je jedna z nejjednodušších a nejúčinnějších vizualizací. Rodička si při zavřených očích představuje, jak se hráz pozvolna a jemně otevírá, jako okvětní lístky růže. Užívá se během fáze otevírací a při samotném porodu (Monganová, 2010, s. 124 - 129).

Čtvrtou a zároveň poslední technikou je **prohlubování**. Dochází při ní až k takovému prohloubení uvolnění, až je tělo ženy zcela ochablé. Nejvíce se využívá v závěrečné fázi porodu při provádění šetrného porodního dýchání. Tato metoda umožňuje rodící ženě poddat se vlastnímu tělu a stáhnout se do sebe. Nejzákladnější technikou je metoda tzv. relaxační rukavice. Principem je představa ženy, jak si nasazuje na pravou ruku měkkou stříbrnou rukavici z přirozených endorfinů. Rodička pocítí zvětšení prstů na ruce a jejich brnění, téměř až jejich ztuhnutí. Prsty a končetiny se budou zdát bez života a necitlivé. Tento pocit znecitlivění může žena přenést kamkoli pouhou představou, jak pokládá ruku na jinou část těla. Ženino tělo na tento stav poté reaguje klidem, kdykoli ucítí pohlazení na ruce či paži (Monganová, 2010, s. 135 - 136).

V dnešní době se metoda Hypnoporodu nejvíce rozšiřuje ve Spojených státech amerických, kdy již mnoha porodnic nabízí pokyny k Hypnoporodu ve svých předporodních kurzech. Poptávka po této metodě ovšem roste po celém světě a proto se rozšiřuje i síť certifikovaných praktiků na tuto metodu (Monganová, 2010, s. 41).

5.6 Aplikace tepla

Další velmi účinnou metodou pro zmírnění bolesti je teplo. Řadíme sem i teplotu místnosti, ve které se žena během porodu vyskytuje. Ta by měla být vyhřátá na optimální teplotu a také větratelná. Lokálně aplikované teplo je v porodnictví hojně využíváno. K aplikaci suchého tepla lze přiložit elektrickou deku nebo nahřátý látkový šatek, naplněný pohankou nebo častěji peckami z třešní. Nejčastěji zahříváme oblast zad, ramen, šíje, oblast kosti křížové a podbřišek. Dlouhodobým zdrojem suchého tepla je termofor – placatá gumová láhev, která se naplní horkou vodou (Štromerová, 2010, s. 107- 108).

5.7 Hydroanalgezie

Mezi metody tlumení porodní bolesti za užití vody patří relaxační koupele a sprchy, intradermální injekce sterilní vodou a porody do vody (Čech, 2014, s. 199).

Rodička je během relaxační koupele ve vaně vodou nadnášena, což ji umožňuje snadnější měnění poloh, dále dochází ke snížení tlaku na pánev a k podpoření flexi hlavičky plodu. Teplá voda také pozitivně ovlivňuje svalové křeče, čímž je docíleno mírnějších porodních bolestí (Mander, 2014, s. 166). Výhodou této metody je snížení aplikace analgetik. Tato metoda je vhodná jen pro fyziologické porody (Pařízek, 2012, s. 192). Koupel je velmi vhodná v aktivní fázi, při níž prohřívá porodní cesty, které se díky teplé vodě snadněji otevírají. Pro pozitivní efekt je nutné, aby koupel trvala alespoň 30 minut. Podobného účinku lze dosáhnout sprchováním oblasti podbřišku a kosti křížové. (Štromerová, 2010, s. 106 - 107).

Další již zmíněnou metodou patřící do hydroanalgezie jsou injekce (obstřiky) sterilní vodou (ISW). Mají za úkol zmírnit bolesti v oblasti zad způsobené silnými kontrakcemi. Aplikují se nejčastěji intradermálně (Mander, 2014, s. 168). Intradermální injekce fyziologického roztoku se aplikují do oblasti beder nebo v okolí os sacrum (kost křížová). Účinek nastupuje přibližně 30 sekund po aplikaci. Nevýhodou této metody je její nízká analgetická účinnost. Výhodou ISW je jednak její jednoduchost, kdy ji může provádět porodní asistentka a dále možnost zopakování procedury (Pařízek, 2012, s. 193).

Do hydroanalgezie lze zařadit i porod do vody, který u nás není příliš častý. Žena se v první době porodní ponoří do teplé lázně a v době přechodu porodu do druhé doby porodní se pro příjemné uvolnění odmítá zvednout z vany. Odent ve své knize uvádí, že v městečku Pithiviers ve Francii proběhne porod do vody přibližně 20 – 30x do roka. Ženy,

jakoby zde instinktivně věděly, že porod do vody není pro ně ani plod nebezpečný. Jednu skupinu žen to k vodě táhne po celou dobu těhotenství a v průběhu porodu se tato touha ještě zvyšuje. Druhá skupina vodu odmítá, bojí se ji nebo neumí plavat, ale jakmile jim začnou porodní bolesti, jejich první kroky směřují právě k bazénku s vodou. Výhodou je, že porod ve vodě bývá snazší, plynulejší a méně bolestivý. Soukromí, teplo, intimita, přítmí a klid jsou jedny z nejdůležitějších potřeb žen během porodu (Odent, 2011, s. 70 – 75).

Donnellan říká, že voda umožňuje mnohým ženám se lépe vyrovnat se silnými prožitky porodu (Fernandez Donnellan, 2011, online, vlastní překlad).

5.8 Polohování rodičky

U porodu je často zapomínáno na význam polohy rodící ženy. Je známo, že pokud rodička leží dlouhou dobu na zádech, může docházet k poruchám prokrvení dělohy, placenty a zásobení plodu okysličenou krví. Může také dojít k nepravidelnosti pohybu a sestupu plodu (Čech, 2014, s. 199). Měněním poloh lze přispět k lepšímu postupu porodu a zároveň k zmírnění bolesti (Mander, 2014, s. 170 - 171). Každá rodička intuitivně mění a zaujímá úlevové polohy během porodu (Štromerová, 2010, s. 102). Pozicí v sedě či vestoje dosáhneme změny anatomických poměrů pánve, čímž se zvětší prostor pro plod sestupující porodními cestami. Dojde také ke snížení tlaku vyvíjeného hlavičkou plodu na nervy a svaly v pánvi rodičky. K odstranění výše uvedených nepravidelností a zmírnění porodní bolesti lze využít sed na relaxačním balonu či chůze (Čech, 2014, s. 199). Vestoje je vhodné, aby žena vrtěla a kroužila pánví pro uvolnění křížové oblasti páteře a pro hladký průchod miminka porodními cestami. Další vhodnou úlevovou polohou je klek s oporou, při němž se žena může opřít o míč. Výhodou je, že míč je pohyblivý a lze se na něm kývat nebo houpat do všech směrů (Štromerová, 2010, s. 102 – 104). Světová zdravotnická organizace v letošním roce uvedla, že každá rodička by během porodu měla mít volnost v pohybu a ve výběru úlevové polohy. Dále by měla mít možnost si sama zvolit polohu v aktivní fázi druhé doby porodní na tlačení (WHO, 2018, online, vlastní překlad).

Švédská randomizovaná studie zabývající se možností volby polohy při porodu zjistila, že ženy rodící ve vzpřímené poloze referovaly o větším pocitu vlastního rozhodování, kontroly, důvěry ve vlastní schopnosti a celkového uspokojení. Závěr studie

doporučuje porodním asistentkám podporovat ženy v samorozhodování při volbě polohy na základě objektivních informací (Thies-Lagergren, 2013, online, vlastní překlad).

5.9 Akupunktura a akupresura v porodnictví

„Akupunktura je metoda, která pracuje s bioenergiemi či vitální silou, která se v čínské medicíně nazývá čchi.“ Hlavním cílem je normalizovat a harmonizovat tok energie po akupunkturních drahách. Tato metoda má analgetický a sedativní efekt, na jehož základě může dojít k urychlení porodu, zmírnění porodních bolestí nebo bolestivosti výkonů během porodu (epiziotomie, ošetření poranění). Nevýhodou je nutná přítomnost akupunkturisty. Hlavní výhodou této metody je větší bezpečnost pro plod oproti užívání farmak. Tato metoda se u nás příliš nepoužívá (Pařízek, 2012, s. 190 - 191). Její analgetická účinnost se u bílé rasy pohybuje okolo 5% (Čech, 2014, s. 199).

U nás v ČR se akupunktuře věnuje již od roku 2001 **MUDr. Komárková**. Ta uvádí, že akupunktura může v průběhu těhotenství zmírnit potíže, které se objevují (zvracení, nevolnost, nadýmání). Dále je možné napichovat body, pro správný vývoj a růst plodu. Pomocí akupunktury lze i vyvolat porod v případě že maminka přenáší. Začíná se již po termínu těhotenství a vše je podporováno podáváním homeopatik. Miminku nechávají čas, aby samo určilo, kdy přijde na svět. Obvykle se narodí do pěti dní od zahájení této metody (Komárková, rok nenalezen, online).

Akupresura je jinými slovy masáž. Provádí se především špičkami prstů v jednotlivých akupunkturních bodech. Tato metoda je během porodu volena mnohem častěji než akupunktura a to z důvodu snadného provádění rodičkou samotnou nebo jejím doprovodem. Masáž je považována za nejprimitivnější úlevu od bolesti. Účinek masáže působí pouze během jejího provádění, poté se bolest opět zvyšuje (Mander, 2014, s. 172 - 176). Pro zefektivnění masáže je vhodné předem zahřát masírovanou část těla. Sílu tlaku během masírování určuje vždy rodička sama. Je však důležité myslet i na to, že některým rodičkám doteky během porodu nemusejí být příjemné (Štromerová, 2010, s. 108).

5.10 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS

Jedná se o jednoduchou analgetickou metodu, která má somatický a psychologický účinek (Pařízek, 2012, s. 195). Tato metoda využívá proměnlivé elektrické stimuly na dolní hrudní a bederní páteři (Pařízek, 2015, s. 150). Do těchto oblastí se přikládají

elektrody, které se lepí párově podél páteře, kde v místě aplikace elektrod žena cítí příjemné brnění. Stimulace je ovládána ženou samotnou v závislosti na děložních kontrakcích. V případě nedostatečnosti lze TENS kombinovat s dalšími nefarmakologickými či farmakologickými metodami. Ovlivnění kardiotokografické monitorace plodu sakrálními stimulacemi, patří mezi velkou nevýhodu této metody (Pařízek, 2012, s. 194 - 195). TENS také podněcuje vyplavování endorfinů, které vede ke zvyšování prahu bolesti, k euforii a k vytváření sedativního efektu. Výhodou této metody je její neinvazivnost pro matku a plod, cenová dostupnost a minimum vedlejších účinků (Mander, 2014, s. 181). Analgetický účinek této metody nastupuje do 40 minut po zavedení a pohybuje se pouze okolo 15%. Metodu provádí rodička za pomoci porodní asistentky (Pařízek, 2015, s. 150).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Formulace problému

Problematika mé bakalářské práce se zabývá přístupem porodních asistentek k porodní bolesti a metodám jejího tišení. V dnešní době se více spoléháme na přístrojovou techniku a léky. Proto se méně využívají nefarmakologické metody k tlumení bolesti. Dále se v této velmi uspěchané době příliš nesoustředíme na prožívání porodní bolesti spolu s rodičkou, jinak řečeno se o ni příliš nemluví. Přístup k bolesti se může u každého výrazně lišit, stejně tak i práce s ní. Na základě této reality se tedy ptám: Jak v dnešní době porodní asistentky vnímají porodní bolest a jak s ni pracují?

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je popsat přístup porodních asistentek pracujících na porodním sále k porodní bolesti.

6.2.1 Dílčí cíle

Dle hlavního cíle jsem stanovila dílčí cíle, související s oblastí výzkumného šetření.

- Zjistit jaké metody používají porodní asistentky k tišení porodní bolesti při porodu.
- Zjistit dle čeho si porodní asistentky dané metody vybírají.
- Zjistit jaké zkušenosti mají porodní asistentky s jednotlivými metodami.
- Zjistit vývoj osobního přístupu porodních asistentek k porodní bolesti v průběhu praxe, a jak se v této oblasti dále vzdělávají.

6.2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení uvedených dílčích cílů jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

1. Jaké možnosti tišení porodní bolesti mají porodní asistentky na svém pracovišti?
2. Jak se porodní asistentky v oblasti tišení porodní bolesti dále vzdělávají?
3. Jak porodní asistentky vnímají význam porodní bolesti?
4. Jaké zkušenosti mají porodní asistentky s jednotlivými metodami?

6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro výzkumnou část mé práce jsem si vybrala kvalitativní formu výzkumu, právě proto, že mi šlo o porozumění, pochopení, vidět věci více v souvislostech a více do hloubky. Miovský (2006) ve své knize uvádí, že tato forma umožňuje popis, analýzu a interpretaci nekvalifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů. Je k tomu využíváno několik principů, kdy první z nich je princip jedinečnosti a neopakovatelnosti, který poukazuje na to, že určité fenomény mohou lidé vnímat odlišně. Dalším využívaným principem je kontextuálnost, který zohledňuje skutečnost, že jen málo zákonitostí v psychologii platí obecně. Posledním je princip procesuálnosti a dynamiky, jenž souvisí s vývojem, rozvojem, průběhem a popřípadě i zánikem daného zkoumaného fenoménu.

6.3.1 Metoda

Pro tento výzkum jsem využila jako výzkumnou metodu tzv. případovou studii. Jako výzkumnou techniku jsem pak zvolila rozhovor. Hendl (2005, s. 104) ve své knize uvádí, že se jedná o studii jednoho nebo několika málo případů, kde sbíráme velké množství dat a informací pouze od jednoho nebo málo respondentů. Říká, že „v případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů a jejich celistvosti.“ Kvalita a hodnota takového výzkumu je závislá na tom, jak přesně je zaměřená na daný problém. Předpokládáme tedy, že pokud dopodrobna a pečlivě prozkoumáme jeden případ, porozumíme tak i dalším podobným případům obsahující danou problematiku. V mém výzkumu se budu věnovat a následně zhotovím dvě případové studie.

6.4 Výběr případu

Pro můj výzkum jsem si zvolila dvě porodní asistentky. Je nutné, aby obě respondentky splňovaly mnou stanovená kritéria. Moje kritéria výběru respondentek tedy byla: práce na porodním sále, rozdílná délka praxe a pravděpodobně rozdílný přístup k práci s porodní bolestí. Vybrala jsem si tedy začínající porodní asistentku se 2,5 roční praxí a zkušenější porodní asistentku s 22 lety praxe, kterou jsem již znala ze své studijní praxe. Druhou respondentku mi doporučila má vedoucí bakalářské práce, se kterou se osobně zná.

6.5 Způsob získávání informací

Svůj výzkum provádím způsobem rozhovoru pomocí návodu, kterým je seznam mnou stanovených otázek, které souvisejí s mým stanoveným tématem. Tyto otázky je nutné probrat v rámci rozhovorů s vybranými respondenty (Hendl, 2012, s. 174). S oběma porodními asistentkami jsem se setkala jednou přibližně na 1,5 hodiny. Respondentky mi podepsaly informované souhlasy, které jsou vložené v příloze, a souhlasily s anonymním zpracováním dat pro mou bakalářskou práci. Rozhovory jsem natáčela na diktafon a následně informace zaznamenala do mé bakalářské práce. Pozorování respondentů během rozhovorů, pro mě bylo též velkým přínosem informací.

6.6 Organizace výzkumu

Oba rozhovory probíhaly v soukromém a klidném prostředí, kde jsme byly jen já a respondentka. Pro upřesnění některých otázek jsem respondenty dodatečně oslovila prostřednictvím emailu, kde jsem je poprosila o rozsáhlejší a podrobnější odpověď.

Jednotlivé rozhovory se uskutečnily v listopadu 2017 a případné doplnění údajů v únoru 2018.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

7.1 Rozhovory

Rozhovor č. 1 Hedvika
– 48 let, 22 let praxe na porodním sále, porodnice s 3000 porodů/rok

Kolik Vám je let a jak dlouhou máte praxi?

„Je mi 48 let. (směje se) Pracuji od roku 1989 s 3 roční přestávkou na mateřskou dovolenou. Po ni jsem na 2,5 roku nastoupila na interní oddělení. Na porodním sále pracuji 22 let. Jeden rok jsem pracovala v menší nemocnici. Tato nemocnice byla štědře sponzorována a velmi moderně zařízena. Dostali se do ní jen „VIP" rodičky. Po mateřské jsem nastoupila do jiné, menší nemocnice s úplně novou porodnicí. Díky sponzorovi zde byly větší možnosti v lécích proti bolesti."

Kde pracujete a kolik porodů je u Vás v porodnici za rok?

„Posledních 10 let pracuji na porodním sále ve větší porodnici. Máme zde přibližně 3000 porodů za rok, kdy za poslední rok se počet porodů lehce zvýšil." (usmívá se a má radost)

Vyprávějte, kde jste studovala a jaký byl váš přístup k porodní bolesti během studia.

„Studovala jsem obor ženská sestra v letech 1987 – 1989. Bylo to nástavbové studium, kdy se obor porodní asistentka dal studovat pouze po gymnáziu. Přístup k bolesti jsem v letech studia úplně nevnímala. Nedokázala jsem si totiž představit, jaká porodní bolest doopravdy je. Z důvodu krátké praxe jsem se spíše soustředila na sbírání zkušeností, a proto jsem nad důvodem a úlohou porodní bolesti příliš nepřemýšlela."(zvedá ramena v nevědomosti)

Vyprávějte, jaký byl váš vývoj v přístupu k porodní bolesti v průběhu Vaší praxe.

„V případě, že maminka chtěla něco na bolest, mohli jsme ji dát lék pouze podle ordinace lékařů. Jako studentky jsme nemohli a báli jsme se nutit či hlásit lékaři, že to rodičku bolí, a že bychom ji chtěli dát něco na bolest. Jak jsem k bolesti přistupovala v té době, si úplně nepamatuji, ale bylo nám maminek líto. Brala jsem bolest tak, že k porodu

patří a toto jsem říkala i maminkám samotným. Vždy jsme se snažili, aby to maminky tolik nebolelo.“ (úsměv)

Rozveďte, jaký máte postoj k porodní bolesti, vnímáte ji jako potřebnou nebo ji tlumíte? A proč?

„Dnes již k porodní bolesti přistupuji s velkou vážností. Teď po mnoha letech praxe jsem si na ni udělala obrázek a vím, že má bolest při porodu velkou úlohu. Bez ní by matky nebyly schopny ani zatlačit, když nic necítí. (pokyvuje hlavou) Pravidelně bolest netlumím a v případě, kdy si žena nepřeje nic proti bolesti, její přání respektuji, ale proti aplikaci metod na tlumení bolesti nic nemám.“

Popište, jaké pocity ve vás vyvolává, když má žena porodní bolesti.

„Když žena pociťuje bolest a určitým způsobem ji dává najevo, je mi ji vždy velice líto. Někdy si ovšem myslím, že mohou před partnery bolest přehrávat, aby přivolaly větší pozornost. Po odchodu partnera si někdy všímám, že se projevy žen zmírnily. Vím, jak porodní bolest opravdu bolí, sama jsem si ji prošla, a proto se nyní dokážu dobře vžít do role rodičky. (usmívá se) Soucítím s ní a tím způsobem s rodičkou také jednám. Většinou je konejším slovy „Vím, jak moc to bolí, ale to časem přejde. Vy to zvládnete, stejně jako všechny ostatní maminky.“ Sama moc dobře vím, jak zoufale se maminky mohou během porodu cítit.“

Rozveďte, jaké možnosti tišení porodní bolesti máte na svém pracovišti.

„Farmakologické. Spasmopanový čípek, nebo lékaři často předepisují Buscopan, i když můj názor na něj je, že na bolest nezabírá. V posledních 5 letech se hojně využívá rajský plyn – Entonox. Epidurální analgezie se zde moc nedává, kvůli nutnosti aplikace anesteziologem, omezení tlačení a imobility rodičky – Lineomat. Podává se pouze u mrtvých plodů. Nalbupin, ½ ampule do infuze a ½ ampule injekčně intramuskulárně. Dle toho jak rodička bolest snáší, lze použít i obě tyto varianty najednou. Dále Plegomazin, v případě poslíčků nebo bolestí v podbřišku, které zatím nevedou k porodu. Nefarmakologické. Teplá voda, sprcha, termofor, olejíčky – u kterých moc nevěřím na jejich účinnost a polohování rodičky.“ (smích)

Dáváte přednost farmakologickým nebo raději nefarmakologickým metodám tišení bolesti a z jakých důvodů?

„Výhradně vždy začínám nefarmakologickými, méně invazivními metodami, protože je to všeobecně doporučeno. Vždy může být hůře, abychom měli něco efektivnějšího a silnějšího v zásobě. V první řadě využívám teplou vodu, kdy rodičky posílám do sprchy, aby si nahřály bříško, popřípadě aplikuji termofor na záda či podbřišek. Též velmi doporučuji vydržet co nejdéle přikrytá peřinou.“

Jaká je vaší praxí osvědčená metoda k tišení porodní bolesti?

„Dle mého názoru neexistuje žádná ověřená metoda, protože na každou ženu zabírá něco jiného. Je to velmi individuální. Jediná, která mě napadá, je celková narkóza, ta zabere vždy. (smích) Na každého působí něco jiného a je to závislé na mnoha faktorech – konstituci maminky, síle kontrakcí, na subjektivním vnímání bolesti a na míře návyku na léky. Pokud bych si měla vybrat jednu z nefarmakologických metod, uvedla bych především teplo. Velmi dobře působí na lepší snášení bolesti u většiny rodiček a má vliv i na rychlejší průběh porodu.“

Popište, jakou metodu k tišení porodní bolesti používáte nejčastěji a proč?

„Vždy začínám sprchou nebo vanou, protože se mi v praxi již několikrát osvědčilo, že rodičkám pomáhá a uleví od bolesti. Rodičkám vždy vyjmenuji možnosti tišení porodní bolesti a zdůrazním, ať dělají to, co je jim nejvíce příjemné.“

Vysvětlete, jak si ověřujete účinnost jednotlivých metod.

„Účinnost si ověřuji zpětnou vazbou. Rodiček se vždy po aplikaci metody ptám, zda došlo k úlevě. Také se to velmi dobře dá poznat na projevu rodičky. Pokud je rodička klidná, popřípadě lehce pospává, je mi jasné, že daná metoda zabrala – např. po Nalbuphinu. Vždy je nutné s rodičkou komunikovat a ptát se na její subjektivní pocity. Pouze tak zjistíme opravdovou účinnost metody.“

Na jakém základě odhadujete ze svých zkušeností, zda zvolená metoda bude pro rodičku vhodná?

„Na základě chování a na porodnickém nálezu. Pokud pozoruji, že je rodička hysterická a nedůvěřivá v účinnost sprchy či vany (obecně nefarmakologickým metodám) a jasně ji odmítá, nebudu ji do toho nutit. Prodiskutuji tedy s lékařem jiné, účinnější farmakologické možnosti metod k tišení bolesti. Někdy prostě ztratím trpělivost a ženě ihned dám farmakologickou metodu.‘‘

Můžete uvést příklady, kdy se určitá metoda pro určitou rodičku nehodí? (hlavně u nefarmakologických metod)

„Zde se orientuji podle zdravotního stavu rodičky. V případě, že je pozitivní gram-negativní streptokok v pochvě, nemohu pacientku uložit od vany, ale spíš ji doporučím sprchu. U farmakologických metod jsou důvodem zamítnutí aplikace možné alergie na léky a u epidurální analgezie může být kontraindikací onemocnění páteře.“

Popište, jak reagujete, zjistíte-li, že zvolená metoda k tišení porodní bolesti nemá na rodičku žádoucí efekt.

„Pokud toto zjistím a žena je ochotna vyzkoušet něco jiného, navrhnu jinou nefarmakologickou metodu. Samozřejmě jí po prvním neúspěchu ihned neaplikuje injekci proti bolesti. Budu hledat jinou, méně invazivní alternativu a vyzkouším vše, co je k dispozici, abych ženě pomohla. Já osobně prvně použiji aplikaci tepla, poté rajský plyn a nakonec přistupuji k Nalbuphinu.“

Jaký přístup k rodící ženě by, podle Vás, měli zdravotníci zaujímat? (více profesionální, osobní)

„Je to hodně individuální. Na jednu stranu je důležité být k ženám empatičtí, ale na druhou stranu jim nemůžeme tolik podléhat.“ (rázně řečeno)

Pracuje se Vám lépe s určitou skupinou rodiček? (např. po absolvování předporodní přípravy – má to na spolupráci vliv, věk, etnika, vzdělání, sociální třída)

„Po zamyšlení bych uvedla rodičky, které nepožadují nic. Jsou to ženy, které to mají v hlavě srovnané a přijdou s tím, že prostě porodí a nepotřebují nic na bolest. Berou

bolest jako součást porodu. Řekla bych, že se jedná o střední sociální třídu. V tomto případě si myslím, že nejlépe rodí mladé holky a je vždy lepší pokud maminky nejsou pře-informované a příliš sečtělé. Samozřejmě něco málo o problematice porodu by vědět měly. S rodičkami, které přicházejí s porodním plánem, které mají o svém porodu představu, se také dobře spolupracuje. Nejhůře se mi kooperuje s učitelkami a partnery z oboru informační techniky, protože mají vše kolem porodu nalinkované a stojí si za svou představou, proto je občas velmi těžké s nimi vyjít. Co se týká věku, je ideální na spolupráci věk okolo třiceti let a méně. Předporodní příprava je velmi vhodná ohledně základních informací. Rodičky, které ji absolvují, si nacvičí techniku správného dýchání a poté předpokládají, že jim tato technika výrazně pomůže. Není tomu tak, protože spousta rodiček během porodu zjistí, že to v situaci nezvládnou ani udýchat. Blízká osoba u porodu je užitečná. Pomáhá mírně proti bolesti tím, že svou přítomností mírní strach a vede k lepšímu snášení bolesti. Ženy potřebují zkrátka podržení ruky a pohlazení. (úsměv) Nejhůře se spolupracuje s drogově závislými rodičkami, které bolest snáší velmi špatně. Nemohou se jim příliš podávat opiáty, právě z důvodu závislosti a proto se zde využívají především nefarmakologické metody, které ovšem často nemají tak uspokojivý účinek. Ženy jsou tudíž nespokojené a ještě ovlivněné svou potřebou a nutkáním po další dávce drogy."

Jaká je informovanost rodiček o možnostech tlumení porodní bolesti na vašem pracovišti?

„Informované jsou velmi dobře. (smích) Například druhorodičky mohou mít zkušenosti z předchozího porodu a ví, jaké mají možnosti. Také si ženy velmi často předávají informace mezi sebou. Možnosti metod na tišení bolesti jsou i hojně vyjmenované na sociálních sítích. Dále předporodní příprava, kterou pořádáme u nás na klinice, je dobrým zdrojem možností metod, které se u nás užívají. Ženy ovšem musí být reálně informované o účinnosti těchto metod, protože spousta maminek si myslí, že po aplikaci dané metody již nic neucítí. Bez bolesti by to ale nešlo." (pokyvuje hlavou)

Vyjmenujte, jaké možnosti dalšího vzdělávání v této oblasti využíváte.

„Jezdíme s kolegyněmi na semináře, kde jsou přednášky na téma Porodní bolest a uvádějí se zde nové trendy v této oblasti, kdy nejnovějším hitem je právě Enthonox. Dále se

pořádají setkání gynekologů Plzeňského kraje. Na seminářích jsou různé workshopy, které jsou též velmi zajímavé. Také využívám knihy a brožury dostupné k této problematice.“

Rozveďte, jak se přizpůsobujete novým trendům a možnostem v tišení porodní bolesti v průběhu vaší praxe.

„Přizpůsobuji se velmi dobře. Jsem vždy ráda, když se objeví nějaká další metoda proti bolesti, která je účinná a zabírá. Jsem otevřena každé možnosti, která se naskytne.“ (usmívá se)

Popište, jak se v průběhu vaší praxe měnily možnosti metod k tišení porodní bolesti. (dostupnost, oblíbenost, efektivita)

„Zde záleželo především na financích. V začátcích mé praxe (r. 1997) jsme podávali ve vojenské nemocnici DHRO ergotoxin a Dolsin. Dále také epidurální analgezii, která se podávala nejčastěji – tehdy byl velký „boom“ této metody. Měli jsme tehdy v nemocnici přibližně 700 porodů za rok a z toho 1/3 rodila s epidurálem. V roce 1997 byl stále k dispozici i Dolsin. V těchto letech se začal ve vojenské nemocnici používat Nalbuphin, právě díky financím. Ten se dovážel z daleka a následně došlo k jeho velkému výpadku v celé České republice na několik let. Byl tedy nedostupný. V té době jsme neměli k dispozici vany, ale hojně se využívala sprcha. Termofor jsme příliš nevyužívali.‘‘

SHRNUTÍ ROZHOVORU:

- **Průběh rozhovoru**

Porodní asistentku jsem již znala z mé odborné praxe na porodním sále, kde jsem ji oslovila a domluvila si s ni setkání. Rozhovor s porodní asistentkou Hedvikou proběhl v nemocničním prostředí, v místnosti staniční sestry. Byla ve velmi dobré náladě. Celý čtyřiceti minutový rozhovor jsem nahrávala na mobilní telefon, abych posléze mohla zpracovat data. Ochotně odpovídala na všechny otázky, i na ty, které mne napadaly v průběhu rozhovoru. Některé její odpovědi se mi zdály být ovšem strohé a okrajové. Musela jsem ji vybízet k hlubším a rozsáhlejším popisům. Nemyslím si, že by porodní bolest bylo její téma.

- **Obsahová analýza rozhovoru**
  - pracuje v porodnice, kde je přibližně 3000 porodů/rok
  - v průběhu studia příliš nevnímala svůj přístup k porodní bolesti
  - pracovní zkušenost s porodnicí pro „VIP“ rodičky, kde byla větší možnost v nabídce léků proti bolesti
  - v průběhu studia pociťovala lítost k rodičkám, které měly bolesti a jako studentka měla strach nahlásit lékaři, že by ráda doporučila ženě něco na bolest
  - přístup k bolesti: jako studentka pociťovala lítost X dnes již přístup s vážností
  - pravidelně bolest netlumí – ženy by nebyly schopny bez bolesti ani zatlačit
  - již si dokáže představit, jak moc to bolí a dokáže se vžít do role rodičky
  - jako první začala vyjmenovávat farmakologické možnosti tišení bolesti
  - má nedůvěru v aromaterapii
  - začíná vždy nefarmakologickými metodami, protože je to všeobecně doporučeno – teplem, sprchou a vanou
  - na začátku ženě vyjmenuje všechny možnosti tišení bolesti X v případě odmítnutí, metodu nevnucuje
  - v případě neklidných a nedůvěřivých rodiček občas ztratí trpělivost a ihned dá ženě farmakologickou metodu proti bolesti
  - efekt metody si ověřuje komunikací a pozorováním rodičky
  - empatický přístup k rodící ženě, ale na druhou stranu se jim nesmí tolik podléhat
  - nejlépe se ji spolupracuje s rodičkami, které nepožadují nic proti bolesti, nebo mají porodní plán X nejhůře s pře-informovanými ženami a drogově závislými
  - informovanost žen o možnostech tišení bolesti na jejím pracovišti je velmi dobrá
  - dále se vzdělává na seminářích a využívá brožury a knihy
  - otevřenost ke každé další účinné metodě proti bolesti

- **Diskuze**

Porodní asistentka Hedvika má již rozsáhlou praxi na porodním sále. Pracuje zde již 22 let a má proto mnoho zkušeností. V počátcích své praxe pracovala v menší porodnici

pro „VIP“ rodičky, kde díky sponzorům byla velká nabídka léků k tišení porodní bolesti a velmi moderní zařízení. To se odehrávalo v letech 1989 – 2007. Nyní pracuje v porodnici, kde mají přibližně 3000 porodů/rok.

Porodní asistentka se mi přiznala, že během studia oboru ženská sestra se na úlohu porodní bolesti příliš nesoustředila a její přístup k ni se v podstatě nevyvíjel. Jejím hlavním cílem v té době byl sběr zkušeností. Rodiček prožívajících bolest ji bylo přesto velmi líto a nejraději by jim chtěla dát nějaký lék a osvobodit je od ní. Na druhou stranu ale věděla, že bolest k porodu patří. Dnes, již po mnoha letech strávených na porodním sále, přistupuje k bolesti s velkou vážností a z toho důvodu pravidelně bolest netlumí, jelikož ví, že bez ni by ženy nebyly schopny ani zatlačit. V případě že má žena přání aplikovat lék proti bolesti, nic proti tomu nemá.

Hedvika si jíž jedním vlastním porodem sama prošla a ví, jak moc to bolí. Právě toto ji umožňuje se vžít do role rodičky a soucítit s ní. Na otázku „Jaké možnosti tišení porodní bolesti máte na svém pracovišti?“ začala Hedvika automaticky vyjmenovávat farmakologické metody. Z tohoto mám pocit, že v podvědomí raději dává přednost a větší důvěru právě v tyto metody. Uvádí, že se v její porodnici nejvíce užívá Entonox. Naopak nefarmakologických metod uvedla podstatně méně, kdy u aromaterapie přiznala, že v její účinnost příliš nevěří.

Tato porodní asistentka uvedla, že výhradně vždy začíná metodami nefarmakologickými, jelikož je to všeobecně doporučováno. „Vždy může být hůř“, říká. Její první volbou je teplo, ve formě teplé sprchy, koupele ve vaně nebo nejjednodušší přikrytí přikrývkou. Ženám, o které pečuje, z pravidla vyjmenuje veškeré možnosti tišení bolesti, ale nikdy žádnou nevyzdvihuje či ženám nevnucuje. Také jim zdůrazňuje, aby dělaly to, co je jim nejvíce příjemné. Pokud je rodička neklidná nebo nedůvěřivá v neinvazivní metody, Hedvika přiznává, že občas ztratí trpělivost a ženě rovnou dá účinnou farmakologickou metodu proti bolesti. Na druhou stranu, pokud dojde k neúspěchu metody a žena je ochotna vyzkoušet jinou nefarmakologickou metodu, vyčerpá veškeré dostupné možnosti a až poté aplikuje farmaka. Prodiskutování dalšího postupu s lékařem nikdy nevynechává (dává tedy více na doporučení lékaře nebo na své pocity a instinkty?). Opravdový požadovaný efekt dané metody si aktivně ověřuje dotazováním rodičky, řádnou komunikací a také pozorováním jejích projevů. To jediné je pro ni platný důkaz o účinnosti metody.

Názor porodní asistentky Hedviky na přístup zdravotníků k rodící ženě je jednoznačný. Měl by být rozhodně individuální, protože každá žena je jiná a vše vnímá odlišně. Rázně ovšem podotýká, že se ženám nemůže tolik podléhat. Hedvika uvádí typy žen, se kterými se jí nejlépe a naopak nejhůře spolupracuje. S rodičkami, které přijdou na porodní sál s myšlenkou, že prostě porodí, nepožadují nic a přijímají bolest jako součást porodu, se Hedvice kooperuje nejlépe. Tvrdí, že porodní plán je také velkou výhodou ve spolupráci s rodičkami. Naopak nejhůře se ji spolupracuje s drogově závislými, z důvodu nemožnosti podání opiátů a nedostatečného efektu nefarmakologických metod. Podobné je to s rodičkami a jejich partnery, kteří mají okolo porodu vše nelinkované a stojí si za svými představami. Hedvika uvádí, že pře-informovanost rodiček a přílišná sečtělost je u porodu kontraproduktivní.

Informovanost rodiček o možnostech metod k tišení porodní bolesti v porodnici, kde Hedvika pracuje, je velmi dobrá. V dané nemocnici se pořádají předporodní kurzy, které ženy seznámí s chodem porodnice, čímž se informovanost výrazně zvyšuje. Porodní asistentka ovšem zdůrazňuje, že je velmi důležité, aby byly rodičkám podávané reálné informace o účinnosti těchto metod a především o důležitosti a roli bolesti během porodu. „Bez bolesti by to nešlo."

Hedvika se v oblasti porodní bolesti a možnostech managementu s ní vzdělává společně s kolegyněmi na různých seminářích. Také se účastní setkání, které pořádají gynekologové Plzeňského kraje. Občas si Hedvika přečte knihy nebo brožury dostupné v této oblasti. Novým trendům v metodách tlumení porodní bolesti se porodní asistentka přizpůsobuje velmi dobře a je otevřená každé další, která je účinná a spolehlivě zabírá.

Rozhovor č. 2 Jindřiška

– 24 let, 23 měsíců praxe na porodním sále, porodnice s 800 porodů/rok

Kolik Vám je let a jak dlouhou máte praxi?

„Je mi 24 let a mám praxi dlouhou 2,5 roku – z toho 1 měsíc na oddělení šestinedělí, poté 6 měsíců na operační gynekologii a rizikových těhotných. Zbytek až doposud na porodním sále (23 měsíců)."

Kde pracujete a kolik porodů je u Vás v porodnici za rok?

„Nyní pracuji na porodním sále menší porodnice, kde máme na 800 porodů ročně.“

Vyprávějte, kde jste studovala a jaký byl váš přístup k porodní bolesti během studia.

„Studovala jsem na úžasné škole pro porodní asistentky na ZČU v Plzni. Můj přístup k bolesti byl od počátku velice empatický. Jelikož mám před vysokou školou vystudovanou střední zdravotnickou školu, vím, že bolest potkává lidi v každém věku, ale ne každá bolest je žádoucí. Je velice důležité se zabývat tím, jaká ta bolest je. U lidí nemocných se snažíme bolest tišit co nejvíce, aby jejich utrpení nebylo tak veliké, ale u porodu to dle mého názoru zas tak úplně na místě není. Na pracovišti nám visí indiánské přísloví: „Kde není bolesti, nic se nenarodí.“ Mně toto přísloví přirostlo velice k srdci. Nemyslím tím, že není dobré ženě od bolesti pomáhat, to samozřejmě ano. Nikdo nevidí rád, když druhý trpí, ale absolutně bezbolestné porody nejsou pro správný nástup hormonů dobré. Kdyby příroda věděla, že se potomek dokáže matce narodit i bez nutnosti bolestí, tak by to tak zařídila. Proto jsem od počátku svého studia ve zdravotnictví k bolesti přistupovala jako k žádoucí, ale zároveň jsem velmi obezřetně zkoumala její míru u jednotlivých žen.“

Vyprávějte, jaký byl váš vývoj v přístupu k porodní bolesti v průběhu vaší praxe.

„Když jsem nastoupila na porodní sál a věděla, jakým směrem se tato porodnice ubírá, čekala jsem ženy, podobné rodícím doma, silné a odhodlané porod zvládnout bez sebemenšího tišení bolesti. Mé mínění se změnilo s počtem porodů, u kterých jsem ženy doprovázela. Zjistila jsem, že nestačí být jen rozhodnutá přirozeně porodit, ale také umět velice dobře pracovat se svým tělem a umět zpracovávat bolest a přijímat ji a ne jít proti ní. Protože ne všechny ženy tyhle schopnosti mají, začala jsem do svého obzoru zahrnovat i farmakologické metody, i když ve velice malé míře. Vždy jsem začínala tím, aby se žena v prostředí cítila dobře, bezpečně a uvolněně, snažila jsem se v ní probudit vzájemnou důvěru a dle jejích projevů volit co nejméně intervencí. Vše je o pozorování. Již během masáže oleji pozoruji ženy, jak to na ně působí. Stejné je to s vodou. Některá žena miluje proud teplé vody, jiná se dokáže zcela uvolnit ve vaně. Hodně žen k nám chodí s porodním plánem, kde mají uvedeno, že preferují nefarmakologické metody tišení bolesti. Respektuji

toto jejich přání do fáze, kdy vidím, že si žena umí bolest zpracovat pomocí nefarmakologických metod. Pokud se mi jeví unavená, či mezi kontrakcemi v křeči, i přes dosud použité metody, navrhnu jí tu nejméně invazivní farmakologickou metodu a nechám na ženě, zda si jí vybere, či nikoliv. Tento přístup mi nedělalo problém si osvojit. Dlouho mi však trvalo zpracovat si případ odteklé vody s neúčinnými bolestmi a aplikaci Plegomazinu či nepostupující porod na větším nálezu a epidurální analgezii. Obě situace chápu, ale nedokážu přijít na jinou variantu než farmakologickou a velice mě to trápí. Domnívám se, že oba případy mají špatné kořeny v tom, že v České republice chybí kontinuita v péči o ženu od raného těhotenství. Díky absolvovaným seminářům a kurzům vím, že je tato péče velice důležitá a ženy se chovají u porodu zcela jinak, když jste pro ně známá osoba, tak trochu ženu též znáte, stejně jako její obavy a slabá místa."

Rozveďte, jaký máte postoj k porodní bolesti, vnímáte ji jako potřebnou nebo ji tlumíte? A proč?

„Jak jsem již psala výše, u porodu je potřeba bolesti. Je však potřeba vypozorovat, kdy to žena zvládá přirozeně a kdy je jí potřeba pomoci. Ženy velice pozitivně reagují na hydroanalgezii, aromaterapii, suché teplo či jen intimní prostředí s klidným hlasem a muzikoterapií. Některé ženy však na tohle naladěné nejsou a my musíme být velice flexibilní, abychom se ženu nesnažily směřovat někam, kam ona sama vůbec nechce a je to pro ní neznámé, jelikož ji to nebude připadat jako bezpečné prostředí a nebude nám důvěřovat. Většina žen si nechá ráda poradit, ale některé opravdu chtějí rychlý a bezbolestný porod – to jsou typy, které neumějí s bolestí pracovat jinak než pomocí tišících medikamentů. I těmto ženám však doporučuji si jít před injekcí nahřát bříško a záda na dvacet minut do teplejší sprchy, aby jí injekce lépe zabrala. Je jen jediný případ, kdy se mi velice osvědčil placebo efekt a to je na velkém nálezu u krásně běžícího porodu, kdy se žena zalekne změny pocitů a ví, že již není cesty zpět a bude se její miminko muset narodit s její pomocí. V této fázi není dobré bolest tišit ani kvůli ženě ani kvůli děťátku."

Popište, jaké pocity ve Vás vyvolává, když má žena porodní bolesti.

„*S každou ženou, s kterou se u porodu setkávám, její porod do určité míry prožívám s ní. Je to důležité, abyste se dokázali na ženu „nacítit". Lépe tak chápete její potřeby. Nyní je to ještě intenzivnější, jelikož jsem těhotná. Mé vnímání vůči ostatním je*

intenzivnější a zřejmě takhle nějak i reaguje žena při porodu. Vše je intenzivní a vše vnímají citlivěji. I to je jistá obrana těla. A konkrétně bolest žen při porodu ve mně vyvolává soucit a taktéž bolet. O to intenzivněji hledám pomoc, jak jí její bolest pojmout, jako věc nezbytnou při porodu a zároveň jí pomoci ji zvládat.‘‘

Rozveďte, jaké možnosti tišení porodní bolesti máte na svém pracovišti.

„*Máme nefarmakologické a farmakologické. První volba je vždy nefarmakologická. Aromaterapie – esenciální olej plus olej nosný, masáž, difuzér, směs olejů v mléce do vody. Hydroanalgezie – sprcha – na sakralgie, silné děložní kontrakce, vana při pomalém otevírání nebo pevném vaginálním nálezu. Masáže – teplým olejem s nebo bez esenciálních olejů. Suché teplo – nahřívací polštářek či termofor. Homeopatie – po předchozí domluvě s ženou máme nachystané balíčky homeopatik. Muzikoterapie – naše smyčka, či ženin vlastní mix.*

Spasmopanové čípky. Buscopan, který působí jako silnější spasmolytikum. Plegomazin – aplikován při poslíčkách nebo první volba po spasmopanu. Nalbuphin, který ovlivňuje ženu, ale ještě více dítě, podáváme pouze na menších nálezech, děti pak mívají dechové a adaptační problémy po porodu. Entonox, který si žena hradí, má vcelku dobré výsledky, ale malý zájem u žen. Epidurální analgezie – při dlouhých porodech, nepostupujícím porodu, když žena odmítá císařský řez – příliš často ji nepodáváme.“

Dáváte přednost farmakologickým nebo raději nefarmakologickým metodám tišení bolesti a z jakých důvodů?

„Já preferuji nefarmakologické metody, ale vždy se vše snažím dělat dle přání ženy. Je dobré začít nefarmakologickými metodami a postupně přidávat, jelikož to má lepší účinek. Když dáte ženě hned např. Nalbuphin, nebude pak schopna jít do sprchy, ale opačně to má příjemné výsledky. Porod je citlivý proces a je dobré do něj co nejméně zasahovat, abychom v něm ještě dokázali číst. Jakmile ženě dáte jakýkoliv lék, už to není přirozený porod, ale sprchou, masáží nebo homeopatií přirozený proces neovlivníte.“

Jaká je vaší praxí osvědčená metoda k tišení porodní bolesti?

„*Pokud je žena naladěná i vnitřně na přirozený porod, tak obvykle stačí nefarmakologické metody.“*

Popište, jakou metodu k tišení porodní bolesti používáte nejčastěji a proč.

Nejlépe se mi pracuje s hydroanalgezií, suchým teplem a aromaterapií ve všech formách. Ženám je to příjemné a zároveň s nimi navážete vztah skrz dotek a tlumený hlas a dá se do toho zapojit i doprovod. Ve sprše či vaně je ženám ve většině případech velice dobře, pokud se jim ovšem dělá mdlo, tráví tam méně času nebo volíme suché teplo.‘‘

Vysvětlete, jak si ověřujete účinnost jednotlivých metod.

„Komunikace! Vše je o komunikaci s ženou nebo jejím doprovodem. Nám práci velice ulehčují porodní plány, kde víme, na co je žena zvyklá nebo naladěná a v druhé řadě pak pozorování. Někdy vidím jak mi žena „taje“ pod rukama při masáži, jindy pozorováním zjistím, že vana zpomaluje kontrakce děložní. Chce to cvik a trpělivost.“

Na jakém základě odhadujete ze svých zkušeností, zda zvolená metoda bude pro rodičku vhodná?

„*Na základě praxe, odhadu ženy, porodního přání a komunikace s ženou. Popravdě někdy je to pokus omyl.“*

Můžete uvést příklady, kdy se určitá metoda pro některou rodičku nehodí? (hlavně u nefarmakologických metod)

Žena, která nevěří například homeopatii, na ni nezareaguje.
Rodička alergická na éterické oleje.
Žena, která přišla za účelem porodit rychle, bezbolestně a klidně s nástřihem hráze.
Žena, která často inklinuje k analgetikům v průběhu svého života.
Žena „bebíčko“ – tyto ženy často mají organismus otupělý a příroda na ně nezabírá.‘‘

Popište, jak reagujete, zjistíte-li, že zvolená metoda k tišení porodní bolesti nemá na rodičku žádoucí efekt.

„*Snažím se to na sobě nedat moc znát a spíše se ženy ptám, zda pociťuje úlevu nebo změnu vnímání. Někdy ženy nevnímají úlevu od bolesti, ale hned se jim změní vnímání tlaku na konečník nebo se jim začne chtít zvracet, změní vokalizaci atd.“*

Jaký přístup k rodící ženě by, podle Vás, měli zdravotníci zaujímat?

„Od každého něco, určitě však empatický a pro každou ženu velice individuální. Jelikož každá žena i porod jsou jiné.“

S jakou skupinou rodiček se Vám nejlépe spolupracuje při volbě metody k tišení porodní bolesti?

„*Na tuhle otázku nemám zřejmě úplně jednoznačnou odpověď. Mně se nejlépe pracuje s ženou, se kterou si sednu typově. Nemusí mít ani titul, ani nejlepší předporodní přípravu, ale někdy jen stačí, že je tzv. moje krevní skupina. Vzhledem k mému naladění se mi lépe pracuje s ženami alternativními, ale dokáži se přizpůsobit i ženě „klasické“.“*

Jaká je informovanost rodiček o možnostech tlumení porodní bolesti na vašem pracovišti?

„*Vysoká. Leckdy si říkám, že ženy mají více znalostí než my, ale jak se říká méně je někdy více. V určitých případech bych zakázala google vyhledávač na porodnici, aby si žena dala říci, když lék opravdu potřebuje a neplašila se všemi možnými nežádoucími účinky.“*

Vyjmenujte, jaké možnosti dalšího vzdělávání v této oblasti využíváte.

„*Hodně čtu. Knihy, články, zkušenosti žen v různých diskuzích a občas se vypravím na nějaký kurz. Své zkušenosti a nové informace se snažím sdílet s ostatními kolegyněmi.“*

Rozveďte, jak se přizpůsobujete novým trendům a možnostem v tišení porodní bolesti v průběhu vaší praxe.

„*Snažím se být flexibilní vůči novinkám, ale beru si z trendů jen to, co uznám za vhodné a ono se mi časem připlaví další potřebné, jako třeba napářka ze senných květů od ženy z mé poslední asistence u krásného porodu.“*

Popište, jak se v průběhu vaší praxe měnily možnosti metod k tišení porodní bolesti.

„*Já jsem zatím žádný vývoj nepocítila, jelikož tam, kde jsem měla možnost nakouknout či pracovat, jsem shledala výbornou dostupnost tišení bolesti léky či přírodně a pokud měla žena nějaké jiné přání, přinesla si pomůcky s sebou. Např. TENS,*

akupunkturní jehličky, které aplikovala vyškolená dula, nebo se snažila dostat do hypnózy a prožít tak hypnoporod.“

SHRNUTÍ ROZHOVORU:

- Průběh rozhovoru

Na porodní asistentku Jindřišku jsem dostala kontakt od mé vedoucí práce. Oslovila jsem ji prostřednictvím emailu. Jindřiška souhlasila a následně jsem ji zaslala připravené otázky na vybrané téma. Porodní asistentka byla nadšená. Musela jsem ji ovšem velmi často pobízet, zda už je s otázkami hotová. Výsledný rozhovor jsem získala přibližně až po dvou měsících. Její odpovědi na otázky byly velmi rozsáhlé a rozebrané do hloubky. Bylo vidět, že Jindřiška o této problematice velmi ráda hovoří.

- Obsahová analýza
  - pracuje v porodnici s přibližně 800 porody/rok
  - od začátku empatický a pozitivní přístup k bolesti
  - při nástupu do praxe čekala ženy odhodlané zvládnout porod bez tišení bolesti
  - snaží se vytvořit bezpečné a uvolněné prostředí, probudit důvěru
  - vyjmenuje ženě dostupné metody a nechá rodičku si samotnou vybrat
  - domnívá se, že v ČR chybí kontinuita péče již od raného těhotenství
  - je flexibilní a netlačí ženu tam, kam sami nechtějí – respekt k přáním ženy
  - prožívá bolest společně s ženou a vyvolává v ní soucit
  - první volbou jsou nefarmakologické metody – hydroanalgezie, teplo, aromaterapie
  - uvádí porod jako citlivý proces, do kterého je zapotřebí co nejméně zasahovat
  - efekt metody si ověřuje komunikací s rodičkou a partnerem, dále pozorováním
  - má empatický a individuální přístup ke každé ženě
  - nejlépe se jí spolupracuje s ženami, které jsou tzv. její krevní skupinou a dále s alternativními rodičkami
  - vysoká informovanost žen o možnostech tišení bolesti na jejím pracovišti
  - dále se vzdělává na kurzech, čte knihy, články a sbírá zkušenosti žen v diskuzích

- je flexibilní vůči novinkám v metodách tišení bolesti, ale vybere si jen to, co uzná za vhodné
- možnost žen si přinést s sebou vlastní pomůcky do porodnice – možnost duly přivést ženu do hypnózy

- **Diskuze**

Druhá porodní asistentka, Jindřiška, v současnosti pracuje na porodním sále v porodnici, kde mají přibližně 800 porodů za rok. Délka její praxe na porodním sále je 23 měsíců. Obor porodní asistentka studovala na škole, kterou popsala jako „úžasnou" univerzitu, kde ji učili báječní profesoři, kteří ovlivnili směr, podle kterého si vybrala danou porodnici. Její postoj k bolesti byl od počátku studia velmi empatický a to proto, že má před vysokou školou vystudovanou střední zdravotnickou školu. Jindřiška popisuje bolest u porodu jako žádoucí, s vlastním významem a důležitostí. Dle ní je velmi důležité, aby obezřetně zkoumala její míru a druh bolesti. Když nastoupila na své současné působiště, čekala, že do této porodnice budou přicházet ženy silné a odhodlané porod zvládnout bez jakékoli nutnosti bolest tišit. Vypozorovala, že je velmi důležité, aby žena uměla pracovat se svým tělem, uměla zpracovávat bolest a přijímat ji. Řídí se svým oblíbeným příslovím že, kde není bolest, nic se nenarodí. Rodičkám se během porodu vždy snaží vytvořit prostředí, kde by se cítily bezpečně a uvolněně a zdůrazňuje nutnost vytvoření si důvěry mezi ženou a porodní asistentkou. Jednotlivé intervence zaměřené proti bolesti zvažuje podle projevů rodičky a především dle jejího přání, např. v porodním plánu a toto přání respektuje. Jindřiška se snaží být velmi flexibilní v práci s ženou a její bolestí. Nemělo by se stát, že by ženu směřovala někam, kam rodička sama nechce. Z toho důvodu ženě vždy navrhne tu nejméně invazivní metodu a nechá na rodičce, zda si ji vybere, či nikoli.

Jindřiška se mi přiznala, že každou bolest prožívá do určité míry společně s rodičkou a je velmi důležité, aby se na ženu „nacítila". Nyní je její vnímání a pochopení ještě intenzivnější, protože je těhotná. Bolest rodiček v ni vyvolává soucit a taktéž bolest. K jejímu velkému úsilí patří vysvětlení ženě pojmutí její bolesti jako důležitou věc během porodu a zároveň se snaží ji pomoci v jejím zvládání.

První volba v metodách k tišení porodní bolesti je vždy nefarmakologická. Uvádí, že porod je velmi citlivý proces, do kterého je zapotřebí co nejméně zasahovat. Právě proto

zpravidla začíná svými nejoblíbenějšími metodami, kterými jsou hydroanalgezie, suché teplo a aromaterapie. Po aplikaci metody si jejich účinnost a požadovaný efekt ověřuje komunikací s rodičkou a jejím doprovodem. Pozorování je též jejím velkým pomocníkem. Jaká metoda bude pro rodičku vhodná, posuzuje na základě své praxe, odhadu ženy, jejího porodního přání a především dle komunikace s ženou. O tom, zda daná metoda bude mít kýžený efekt na ženu, rozhoduje i víra a důvěra rodičky ve vybranou metodu. V případě nedůvěry v metodu, je velká pravděpodobnost, že na ni rodička nezareaguje. Porodní asistentka Jindřiška zaujímá k ženám empatický a velmi individuální přístup, který by dle ní měli zaujímat všichni zdravotníci.

Jindřišce se nejlépe spolupracuje s takovou rodičkou, se kterou si sedne typově, dle jejích slov tzv. „její krevní skupina“. Jsou to především alternativní ženy. Je však schopna se přizpůsobit i ženě „klasické“. Jindřiška mi prozradila, že informovanost žen je velká a někdy má pocit, že vědí více než samotné porodní asistentky. Jednoznačně tvrdí, že by v porodnici zakázala Google vyhledávač, aby se ženy zbytečně neděsily zveřejněnými, ne vždy věrohodnými informacemi.

Jindřiška se ve svém oboru velmi ráda a se zájmem dále vzdělává. Čte spousty knih, článků a čerpá zkušenosti žen z internetových diskuzí. V případě možnosti se zúčastní i kurzů. Poté velmi ráda sdílí načerpané informace se svými kolegyněmi. Novým trendům a možnostem v metodách tišení porodní bolesti se snaží být flexibilní, ovšem bere si z nich pouze to, co uzná za vhodné.

Za celý průběh své praxe měla možnost na svém dosavadním pracovišti shledat výbornou dostupnost tišení bolesti léky či přírodně. V případě zájmu či přání rodičky o metodu, která nebyla možná ženě nabídnout, měla rodička možnost si pomůcky přinést do jejich porodnice s sebou. Jako příklad uvádí TENS nebo doprovod vyškolené duly, která aplikovala akupunkturní jehličky či se snažila přivést ženu do hypnózy a tím prožít hypnoporod.

8 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

Nyní jsem na toto místo zařadila komparační tabulku, kde pro přehlednost porovnávám vybrané zkoumané oblasti.

Zkoumaná oblast:	**Hedvika** – 48 let, 22 let praxe na porodním sále, porodnice s cca 3000 porody/rok	**Jindřiška** – 24 let, 23 měsíců praxe na porodním sále, porodnice s cca 800 porody/rok
Jaké možnosti tišení porodní bolesti mají na svém pracovišti?	*Farmakologické:* - Spasmopanové čípky - Buscopan - Nalbuphin - Plegomazin - Entonox – často užívaný - Epidurální analgezie *Nefarmakologické:* - Teplá voda (sprcha, vana) - Termofor - Aromaterapeutické oleje - Polohování rodičky	*Farmakologické:* - Spasmopanové čípky - Buscopan - Plegomazin - Nalbuphin - Entonox – malý zájem žen - Epidurální analgezie *Nefarmakologické:* - Aromaterapie – na masáž, do difuzéru, aplikace do vody - Hydroanalgezie – teplá vana či sprcha - Masáže – s olejem i bez - Nahřívací polštářek či termofor (suché teplo) - Homeopatie – po domluvě se ženou - Muzikoterapie – jejich smyčka, či ženin vlastní mix
Jak se dále vzdělávají v oblasti tišení bolesti?	- semináře - setkání gynekologů Plzeňského kraje - workshopy - knihy - brožury	- knihy – velmi využívá - články - čerpá zkušenosti žen z diskuzí na internetu - občas se vydá na kurz + sdílí informace s kolegyněmi
Jak osobně vnímají význam a úlohu porodní bolesti?	*V letech studia:* - nevnímala její význam a ani nad ním nepřemýšlela - vyvolávala v ní lítost *Nyní:* - přístup s velkou vážností - ženy by bez ní nebyly schopny ani zatlačit	*V letech studia:* - empatický přístup - kde není, bolest nic se nenarodí *Nyní:* - ví, že bolest je u porodu potřeba, bez ní by to nešlo

Jaké zkušenosti mají s jednotlivými metodami? Se kterou metodou se jim pracuje nejlépe?	- nejvíce se jí osvědčila práce s teplem ve formě vany a sprchy	- nejraději pracuje s hydroanalgezií, suchým teplem a aromaterapií - v případě vnitřního naladění ženy na přirozený porodu, jsou pro ní osvědčené obecně nefarmakologické metody

DÍLČÍ CÍL 1: Zjistit jaké metody používají porodní asistentky k tišení porodní bolesti při porodu.

Možnosti metod k tišení porodní bolesti jsou v dnešní době již velmi rozsáhlé a je z čeho si vybírat. Je tedy jen na samotné porodní asistentce, aby si vybrala tu, se kterou se jí nejlépe pracuje, nebo tu, která se jí nejvíce osvědčila.

Obě porodní asistentky začínají v první řadě výhradně nefarmakologickými, méně invazivními metodami. Jakožto důvod pro toto rozhodnutí uvádí Hedvika především to, aby měla vždy nějakou jinou, efektivnější metodu v záloze pro případ, že by to bylo potřeba. Jindřiška, na obhajobu své odpovědi, uvedla výhodu postupného přidávání účinnějších léků, což má na samotný porod a ženu lepší efekt. Hedvika ze všech metod nejvíce užívá teplou vodu ve formě vany či sprchy pro nahřátí bříška, lepší uvolnění svalů, u některých žen i k urychlení porodu a především na úlevu od bolestí, které způsobují děložní kontrakce. Metodu tzv. hydroanaglezie doporučila i porodní asistentka Jindřiška. Můj názor na aplikaci tepla během porodu je rozhodně pozitivní. Již mohu říci, že z pozorování v průběhu mé odborné praxi při studiu jsem zjistila, že vana či teplá sprcha ženám dělá ve většině případů dobře a dokáže je výrazně zklidnit. V tomto názoru se shoduji s oběma porodními asistentkami.

Porodní asistentka Hedvika také hojně aplikuje termofor na podbřišek nebo do oblasti zad při křížových bolestech, které ženy velmi často trápí. Efektivitu této metody potvrzuje i porodní asistentka Jindřiška. Ta ovšem využívá i jiné nefarmakologické metody oproti Hedvice. Jindřiška zařazuje mezi své oblíbené nefarmakologické metody ještě aromaterapii, kterou užívá ve všech formách. Jako příklady uvedla aplikaci esenciálního oleje do teplé vany, difuzéru, nebo provedení aromaterapeutické masáže. Těmto metodám dává přednost z toho důvodu, že sprchou nebo homeopatií tolik neovlivní přirozený proces

porodu a lze poté lépe číst jeho průběh. Její názor na okamžitou aplikaci silného léku proti bolesti, kterým je např. Nalbuphin, je jednoznačný – ovlivní to celý porod. V tomto názoru se s ní shoduje i porodní asistentka Hedvika.

Pro rozsáhlejší porovnání jsem vyhledala jiné práce a výzkumy zaměřující se na tuto oblast. Hana Říhová se prostřednictvím rozhovoru ve své bakalářské práci ptá porodních asistentek na stejně znějící otázku. Jejím zjištěním bylo, že v porovnání menší a větší porodnice posuzovaných dle počtu porodů za rok, užívají porodní asistentky v 78-80% kombinaci nefarmakologických a farmakologických metod. Pouze 1% porodních asistentek v porodnici s menším počtem porodů za rok, užívá jen nefarmakologické metody (Říhová, 2014, s. 54). V bakalářské práci, kterou napsala Marie Beranová, jsem se dočetla, že v nemocnicích, které si ona sama vybrala, byl zájem porodních asistentek o nefarmakologické metody 100%, zjistila, že i na 100% tyto metody využívají (Beranová, 2012, s. 42). Dle jejích výsledků, které jsou srovnatelné s mými, lze důvodně předpokládat, že by výsledky v jiných nemocnicích České republiky byly podobné.

Můj názor na volbu metod k tišení porodní bolesti, je tedy takový, že by se mělo vždy využít co největší množství nefarmakologických metod před užitím invazivních farmakologických, jimž by se nemělo dávat přednost.

DÍLČÍ CÍL 2: Zjistit dle čeho si porodní asistentky dané metody vybírají.

Lze předpokládat, že hlavním faktorem ovlivňujícím volbu metody porodními asistentkami je rozhodně jejich dostupnost na daném pracovišti. Obě porodní asistentky mají podobný rozsah možných metod.

Volba porodní asistentky Hedviky je závislá na mnoha faktorech. V první řadě se vždy snaží řídit dle ženiných přání, kdy rodičce vyjmenuje veškeré možnosti tišení bolesti a poradí jí, aby dělala to, co je jí nejvíce příjemné. Dle jejího názoru ovšem neexistuje žádná ověřená metoda na tišení porodních bolestí. S tím mohu jen souhlasit. Na tomto faktu se shodla i s porodní asistentkou Jindřiškou, která také tvrdí, že ke každé ženě se v tomto ohledu musí přistupovat velmi individuálně. Hedvika volbu metody dále orientuje dle konstituce rodičky, síle kontrakcí, subjektivního vnímání bolesti rodičkou a také zvyklostmi v užívání léků. Porodní asistentka Jindřiška se také zmínila, že na tzv. ženu „bebíčko“ nebudou zabírat nefarmakologické metody z důvodu otupělosti organismu.

Takové rodičky obvykle potřebují silnější léky. Jindřiška říká, že jsou to obecně ženy, které v průběhu života často inklinují k analgetikům. V tomto se tedy shodly Hedvika i Jindřiška. Rozhodujícím faktorem na výběru metod jsou pro Jindřišku také alergie např. na éterické oleje.

Obě dvě porodní asistentky svůj výběr orientují dle přání ženy nebo informací, které mají ženy uvedené v případném porodním plánu. Zkušenosti z praxe jsou také velkým přínosem při jejich rozhodování o volbě metody, kdy obě porodní asistentky berou zřetel i na účinnost a sílu děložních kontrakcí. Hedvika se často řídí se porodnickým nálezem a jako příklad uvedla nemožnost uložení ženy do vany při porodnické brance 8 cm, kdy hrozí riziko porodu do vody. V tomto případě by zvolila jinou metodu porodní analgezie a to například velmi hojně užívaný Entonox. Jindřiška i Hedvika se při zvolení metody řídí i chováním ženy. V případě, že vypozorováním zjistí, neklidnou rodičku s nedůvěrou v nefarmakologické metody, domnívají se, že na takový typ nebudou přírodní metody účinkovat. Hedvika se tedy v tomto případě poradí s lékařem o podání silnějšího léku proti bolesti. Jindřiška také uvedla, že se řídí odhadem ženy a pokud vypozoruje, že rodička např. nemá důvěru v homeopatii, je ji jasné, že na ni nezaúčinkuje. Vyzkouší tedy jinou možnou nefarmakologickou metodu. V případě zjištění, že na ženu nedostatečně zabírají alternativní metody a rodička je např. mezi kontrakcemi unavená a v křeči, nabídne Jindřiška ženě tu nejméně invazivní farmakologickou metodu a nechá na rodičce, zda si ji vybere či nikoliv. Volbu metody řídí dle toho, jakým způsobem umí rodící žena zpracovávat bolest. Ani jedna z porodních asistentek nikdy nenutí rodičku do metody, kterou odmítá. Respektují tedy její rozhodnutí.

I já si stojím za tím, že přání rodičky je jeden ze stěžejních faktorů, kterým je vhodné se řídit při volbě metody pro tišení porodních bolestí. Ovšem před přáním hraje mnohem důležitější roli zdraví matky a plodu, proto v případě, že je matka nebo dítě ohroženo na životě a rodička lék opravdu potřebuje, měla by si nechat od porodní asistentky poradit a měla by ji důvěřovat. Proto zastávám názor, že by se porodní asistentka měla co nejvíce vzdělávat v oblasti tišení porodní bolesti a uměla danou metodu aplikovat ve správnou, žádoucí dobu a na „vhodnou“ rodičku, aby došlo k očekávanému efektu.

DÍLČÍ CÍL 3: Zjistit jaké zkušenosti mají porodní asistentky s jednotlivými metodami.

Obě dvě porodní asistentky mají své zkušenosti z praxe velmi bohaté. Jsou přesvědčené, že každá metoda má jiný efekt na každou ženu a ne vždy účinnost metody na ženu zapůsobí. Pro získání těchto zkušeností uvádí porodní asistentka Jindřiška nutnost zjišťování si efektivnosti a účinnosti dané aplikované metody od žen, popřípadě i od jejího partnera. Vše je o komunikaci, tvrdí. Účinnost si Jindřiška ověřuje také pozorováním, ale zdůrazňuje, že v tomto případě je nutná velká trpělivost a cvik. Porodní asistentka Hedvika má stejný názor na důležitost komunikace s rodící ženou a zjišťováním jejích subjektivních pocitů. Prozradila mi, že jen tak se dá zjistit opravdová účinnost aplikované metody.

Porodní asistentky Hedvika i Jindřiška se shodly v názoru, že hydroanalgezie, neboli práce s vodou během porodu, je velmi užitečnou a efektivní nefarmakologickou metodou, ať ve formě sprchy či vany. Je ovšem nutné zdůraznit, že ne všem ženám může tato metoda být na 100% příjemná. Některé ženy milují proud teplé vody, jiné se dokážou zcela uvolnit ve vaně, říká Jindřiška. Jsou ženy, kterým se v teplé vaně dělá mdlo. V tomto případě Jindřiška uvádí jako spolehlivou metodu suché teplo ve formě termoforu. Hedvika také velmi ráda pracuje s touto alternativou tepla, která se ji osvědčila v úlevě od bolestí v zádech. Hedvika velmi spoléhá na výborný efekt sprchy a vany, kdy se jí již několikrát v praxi osvědčilo, že rodičkám pomáhá a uleví od bolesti. Dále také doporučuje, aby ženy vydržely co nejdéle pod vyhřátou peřinou. Teplo je tedy první volbou obou porodních asistentek. Pravděpodobně z toho důvodu, že s ní mají tak dobré zkušenosti a v praxi se jim osvědčila.

Pro Jindřišku jsou osvědčené obecně nefarmakologické metody. Jednou z nich je masáž, se kterou má v praxi velmi dobré zkušenosti. Může se jednat o obyčejnou masáž nebo aromaterapeutickou s esenciálními oleji. Jindřiška ze svého pozorování zjistila, jak rodičky při aplikaci tají pod jejíma rukama. Výhodou této metody je možnost navázání vztahu skrz dotek a tlumený hlas. Dobré zkušenosti má i se zapojením partnera do masírování rodičky. Aromaterapie se Jindřišce v praxe také velmi osvědčila. Říká, že na tuto metodu většina rodiček reaguje velmi pozitivně. Hedvika ovšem v tuto metodu velkou důvěru neuchovává, což může mít pravděpodobně prameny v tom, že s ni nemá tolik zkušeností a nebyla tedy šance, aby si její efekt ověřila. Oblíbenou a Jindřišky praxí ověřenou metodou je muzikoterapie, která na rodičky také dokáže velmi silně působit. Má

zkušenosti s vlastními smyčkami hudby či těmi, které si přinese k porodu sama rodička. V neposlední řadě Jindřiška uvádí, dle ní velmi důležitou a ověřenou „metodu“, kterou je intimní prostředí a klidný hlas. Hedvika ironicky uvádí, že jedinou na 100% ověřenou metodou k úlevě od bolesti celková narkóza.

Touto otázkou se zabývala i Hana Říhová ve své bakalářské práci, kde zjistila, že 56% porodních asistentek z velkých porodnic užívá nefarmakologické metody především proto, že s nimi mají dobré zkušenosti. Také uvádí, že první volbou jejích respondentek, ve výběru metody tišení porodní bolesti je hydroanalgezie (Říhová, 2014, s. 60 - 61).

Dovoluji si tedy předpokládat, že s hydroanalgezií má dobré zkušenosti velké množství porodních asistentek. Toto zjištění ve mne ještě více utvrzuje její pozitivní efekt.

Myslím si, že pro získání zkušeností s jednotlivými metodami je velmi důležitá praxe. Je tedy dle mého názoru nezbytné, aby porodní asistentky přistoupily na veškeré dostupné metody a zkoušely jejich účinek. Na efektivnosti jednotlivých metod se nepodílí pouze správná volba metody či čas, ve kterém je nevhodnější ji podat, ale velmi stěžejní je i důvěra rodičky v její účinnost. V případě, že budu chovat nedůvěru například v aromaterapii a stále si budu opakovat, že na mě nebude mít požadovaný efekt, pravděpodobně doopravdy nezabere. Mým názorem tedy je, že ve zvládání a v práci s bolestí je velmi důležitá důvěra rodiček v účinek dané metody a vyrovnaná psychika.

DÍLČÍ CÍL 4: Zjistit vývoj osobního přístupu porodních asistentek k porodní bolesti v průběhu praxe a jak se v této oblasti dále vzdělávají.

Dovolím si říci, že v práci porodní asistentky je velmi důležitý samotný přístup k porodní bolesti. Od způsobu, jakým je vnímána její úloha v porodním procesu, se dále odvíjí i přístup k jejímu tišení.

Přístup k porodní bolesti porodních asistentek Hedviky a Jindřišky, byl v letech studia velmi rozdílný. Hedvika, jakožto studentka oboru porodní asistence, úlohu bolesti a její přístup k ní úplně nevnímala. Tvrdila, že to bylo z toho důvodu, že si nedokázala představit, jaká porodní bolest doopravdy je. Dalším důvodem, proč bolesti nevěnovala takovou pozornost, byla krátká délka praxe, při které se soustředila co nejvíce na sbírání zkušeností. Nepřemýšlela do hloubky nad úlohou bolesti, ale brala ji jako součást porodu. Tento fakt se snažila vysvětlit i maminkám, které bolesti prožívaly. Hedvice bylo rodiček

vždy líto a chtěla jim od porodní bolesti ulevit. Dnes má Hedvika úplně jiný pohled na porodní bolest. Po mnoha letech praxe k ní začala přistupovat s velkou vážností. Její úloha je jí naprosto jasná. V případě, že by se bolest úplně odbourala a ženy by nic necítily, nebyly by poté schopny ani zatlačit. V tomto s Hedvikou sdílím její názor.

Hedviky současné pocity při pohledu na ženu prožívající porodní bolesti jsou lítostivé. Porodní asistentka Hedvika si již sama jedním porodem prošla a ví, jak moc porod doopravdy bolí. Tento fakt jí velmi pomáhá vžít se do role rodičky. Hluboce s nimi soucítí a snaží se jim od bolesti pomoci, ale pravidelně ji netlumí. V oblasti tišení porodní bolesti a práci s ní rozšiřuje Hedvika své vzdělání prostřednictvím seminářů a přednášek. Dále využívá dostupné knihy a brožury týkající se tohoto tématu.

Jindřiška pohlížela na význam porodní bolesti v začátcích své praxe velmi odlišně než Hedvika. Tento přístup byl výrazně ovlivněn jejím předchozím vzděláním na střední zdravotnické škole. Od počátku k ní přistupovala empaticky a pozitivně. Vnímala ji jako potřebnou věc u porodu, bez které by se dítě nenarodilo. Inspirovala se indiánským příslovím, „kde není bolesti, nic se nenarodí“. Zastává tedy názor, že bolestí je u porodu třeba, je ale důležité obezřetně zkoumat její míru. Lze jednoznačně říci, že Jindřiščin přístup k úloze bolesti se od studie nezměnil. Jindřiška se mi svěřila, že každý porod prožívá společně s rodící ženou. Její vnímání je nyní vystupňováno tím, že je sama těhotná, a lépe se dokáže na ženu „naladit“. Bolest žen při porodu v ní vyvolává soucit a taktéž bolest. Snaží se tedy rodičkám být nápomocna v pojmutí jejich bolesti, jako věci nezbytné pro porod, ale zároveň jim pomoci ji zvládat.

V této oblasti se Jindřiška dále vzdělává především prostřednictvím četby knih, článků a diskuzí žen na internetu. V případě možnosti navštíví i kurz, který se týká tématu porodní bolest. Své nově načerpané informace velmi ráda sdílí se svými kolegyněmi, stejně jako porodní asistentku Hedvika. Jaký přístup zaujímaly porodní asistentky v začátcích své praxe, zkoumala i Hana Říhová ve své bakalářské práci. Podle mých osobních pocitů nyní, v začátcích své praxe, mám na porodní bolest dva rozdílné pohledy. Vnímám ji jako velmi stresující záležitost, od které bych ženě chtěla rychle pomoci, ale na druhou stranu chápu důležitost bolesti při porodu.

Jaký přístup k porodní bolesti mají rodící ženy v USA, mne velmi zaujal v článku Mary Ann Stark, kde zkoumá postoj rodících žen k epidurální analgezii, z demografického hlediska. Ve Spojených státech amerických se zvyšuje podíl žen, které využívají tento druh

analgezie. Z celkového počtu přibližně 4 milionů žen, které každoročně v USA porodí, se odhaduje, že tuto metodu zvolí přibližně 1,6 milionu rodiček. Největší preference se objevují u žen s vyšším vzděláním, příjmem a u těch, které rodí podruhé.

Zaujal mne také fakt, že těhotné ženy, které navštěvují předporodní přípravu, jsou předem ovlivněny informacemi o výhodách a nevýhodách epidurální analgezie. Tyto informace jsou zajisté velice užitečné, ale často mohou vést, k předem plánované epidurální analgezii, bez ohledu na okolnosti porodu. Certifikované porodní asistentky (CNM) se tradičně zaměřují spíše na klientskou podporu a pohodlí, než na technologická opatření. Více než polovina (53%) asistentek, která reagovala na tento celostátní průzkum, měla negativní postoj k růstu užívání epidurální analgezie v praxi, přičemž 64% vyjádřilo obavy z rostoucí poptávky po epidurální analgezii a cítí zvyšující se tlak ze strany klientek. Ženy a jejich partneři přicházejí na předporodní kurzy, buď s pouze limitovanými znalostmi, či naopak s obsáhlejšími z různých zdrojů. Školitelé by měli tyto informace pečlivě posoudit, tak aby ve výsledku byly správné a objektivní, neboť klíčově ovlivňují rozhodnutí ženy pro porod s medikací, či bez ni (Stark, 2003, online, vlastní překlad).

Moji pozornost také upoutal výzkum o prudkém vzrůstu císařský řezů v USA, který se v roce 2014 pohyboval okolo 32% a vzrostl tak sedmkrát od roku 1965. Ačkoli přední porodnické asociace posuzují nadměrné užívání císařského řezu, jako neprospívající, ani ženám, ani novorozencům, přesto jedna ze tří žen nyní rodí císařským řezem. Tento fakt je mi znám, ale vždy jsem se domnívala, že tento vzrůst souvisí se strachem rodiček z bolesti během porodu. Výzkum ovšem uvádí následující vzájemně propojené důvody, které se zdají být přispívající k tomuto vzestupu.

Prvním důvodem je nízká podpora žen ve schopnosti přirozeně porodit. Je doporučována kontinuální podpora porodní asistentkou nebo dulou. Dalším důvodem jsou důsledky vedlejších účinků běžných intervencí během porodu, jako například indukce porodu u prvorodiček, při nepřipraveném porodnickém nálezu, při nedostatečné dávce oxytocinu při epidurální analgezii, či dlouhodobá poloha na zádech. Dále ženám není často poskytnuto dostatečné množství informací o možnosti vaginálního porodu po císařském řezu, nebo v případě pozice plodu koncem pánevním, z důvodu neochoty poskytovatelů péče. Tento fakt souvisí s obecným postojem k chirurgickému zákroku, který se dosti liší v jednotlivých regionech spojených států a souvisí se stylem odborné praxe. Kromě tohoto existuje pouze omezené povědomí o rizicích spojených s císařským řezem. Prokázané jsou

i ekonomické a organizační důvody, kdy především nemocnice benefitují z vyšších plateb za císařský řez, a lékaři a rodičky, pak z možnosti plánování porodu mimo víkendy a svátky. A posledním uváděným důvodem, je nekritická důvěra žen v poskytovatele mateřské péče. Závěr výzkumu doporučuje bezpečné a vhodné prevence nadužívání císařského řezu a celkově prozíravější přístup (Childbirth Connection fact sheet, 2016, online).

Pařízek tvrdí, že hlavní rozhodující faktor volby císařského řezu rodičkami v ČR, je strach z porodních bolestí, který pramení např. z nedostatečné předporodní přípravy. Procento císařských řezů se u nás pohybuje kolem 24% (Pařízek, 2017, online).

Vztah porodní asistentky k porodní bolesti je v její práci nezbytný a stěžejní. Dle mého názoru lze její přístup výrazně ovlivnit průběh porodu. Je tedy velmi důležité, aby se porodní asistentky v této oblasti dále vzdělávaly a rozšiřovaly své znalosti. Také bych doporučila, aby mentorky na odborných praxích vedly studentky k budování respektu k porodní bolesti a zdůrazňovaly její významnou úlohu v porodním procesu. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že se tomuto tématu na odborné praxi nepřikládá dostatečná váha. Samotným studentkám bych doporučila, aby se porodní bolesti nebály a nevnímaly ji jako stresující faktor, při péči o rodící ženu. Ztotožňuji se, s tvrzením Chery van Hoover, že posláním porodních asistentek, je pokusit se povědět celou pravdu o zrození, pravdu která zahrnuje transformaci, překonání, uspokojení, osobní sílu a rozdíl mezi bolestí a utrpením. Problematika vztahu a přístupu porodních asistentek k porodní bolesti je dle mého názoru málo probádaná, proto bych doporučila provedení širších a do hloubky zaměřených výzkumů. Tato práce by mohla být přínosem pro studentky tohoto oboru v porozumění významu porodní bolesti.

Psaní této bakalářské práce mne velmi naplňovalo a přineslo mi mnoho obohacujících informací. Znalosti, které jsem v průběhu načerpala, bych v budoucnu ráda dále rozvíjela a využila v mém budoucím zaměstnání na porodním sále. Výběr tématu této práce, byla tedy záměrný. Vyhledávání potřebných zdrojů nebylo těžké, jelikož na toto téma existuje mnoho dostupných knih a článků. Nejzajímavější pro mne ovšem bylo bádání a zpracovávání výzkumů v angličtině, které pocházely z různých zemí po celém světě. Tato práce mi značně rozšířila rozhled o problematice týkající se porodní bolesti a přesvědčila mne o nutnosti přikládání většího důrazu na její úlohu.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat přístup porodních asistentek, pracujících na porodním sále k porodní bolesti. V teoretické části mé práce jsem se v první kapitole věnovala fyziologii porodní bolesti, tak i popisu bolesti v jednotlivých dobách porodních. V další kapitole porovnávám přístup společnosti k porodní bolesti napříč historií. Následující kapitola pojednává o porodní bolesti v souvislosti s prací porodní asistentky, do které jsem zahrnula kompetence porodní asistentky, přístup k rodící ženě a vztah porodní asistentky k porodní bolesti. Do této kapitoly jsem také zařadila aktuální tématické výzkumy v porodní asistenci. Poslední dvě kapitoly teoretické části obsahují popis farmakologických a nefarmakologických metod tišení bolesti, které jsem zvolila dle mé vlastní domněnky, o nejčastějším užívání.

V praktické části mé bakalářské práce zpracovávám výzkumné šetření. V případové studii jsem pomocí rozhovorů pátrala po metodách, které porodní asistentky používají k tlumení bolesti při porodu a jaké s danými metodami mají zkušenosti. Dále jsem zkoumala, dle čeho si metody vybírají. V neposlední řadě mne zajímal vývoj osobního přístupu porodních asistentek k porodní bolesti, a jak se v této oblasti dále vzdělávají. Mojí snahou bylo porovnat dopodrobna provedené rozhovory a do hloubky je rozebrat. Myslím si, že se mi to během šetření povedlo.

Každému rozhovoru jsem věnovala samostatnou diskuzi, ze které jsem vyfiltrovala a rozsáhleji popsala zjištěné údaje. Jednotlivé diskuze u rozhovorů jsem následně porovnávala v závěrečné diskuzi. Údaje zjištěné z výzkumného šetření jsem v rámci diskuze dále porovnávala s odbornou literaturou a jinými bakalářskými pracemi, které se zabývali stejnou problematikou. V diskuzi také uvádím mé doporučení do praxe, ze kterého vyplývá, že přístup porodních asistentek k bolesti je velmi důležitým aspektem, od kterého se dále odvíjí jejich práce s porodní bolestí. Můj výzkum tedy potvrzuje, že je důležité brát porodní bolest, jako věc významnou pro porodní proces, tlumit ji s velkou obezřetností a také, že přístup porodní asistentek k porodní bolesti je ovlivňován nejen délkou praxe, ale i dalšími faktory. Je žádoucí, aby se porodní asistentky, v průběhu celé své praxe vzdělávaly v oblasti metod tlumení porodní bolesti a byly otevřené všem dostupným metodám.

V průběhu zpracovávání mého výzkumu jsem postupně zjišťovala, že mnou stanovené jednotlivé cíle byly dosaženy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum.: základní metody a aplikace. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

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

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

GOER, Henci. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2002. 550 s. ISBN 80-86356-13-2.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvídavé rodiče). 1. vyd. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

JUDITH LOTHIAN & CHARLOTTE DEVRIES. The Official Lamaze Guide: giving birth with confidence. New York: Meadowbrook Press, 2005. 307 s. ISBN 0684031744.

PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2.

PAŘÍZEK, Antonín. Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

MONGANOVÁ, Marie F. Hypnoporod. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 243 s. ISBN 978-80-7387-364-6.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

ODENT, Michel. Porod a budoucnost homo sapiens: první kniha o evoluci člověka v souvislosti s tím, jak přicházíme na svět. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2014. 164 s. ISBN 978-80-7500-052-1.

MANDER, Rosemary. Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 320 s. ISBN 978-80-7387-810-8.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SAMKOVÁ, A. Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. In. Moderní babictví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii. 2011, č. 20., 56 s. ISSN 1214-5572.

PAŘÍZEK, Antonín. Tlumení bolestí u porodu. [online]. [cit. 26. 11. 2017]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/clanky/tlumeni-bolesti-u-porodu

RUSOVÁ, Monika. 2010. Analgezie v porodnictví. [online]. 7. 9. 2010 [cit. 12. 2. 2018]. Časopis: Sestra 7. 9. 2010. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/analgezie-v-porodnictvi-453239 ISSN 1210-0404.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Přirozený porod. [online]. [cit. 2. 2. 2018]. Dostupné z: http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html

KLAUS, Marshall H. Porod s dulou. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 277 s. ISBN 80-86356-34-5.

FERNANDEZ DONNELLAN, Roz. 2011. Birthing in Water. [online]. 2011 [cit. 12.2.2018]. Dostupné z: http://www.pregnancy.com.au/midwifery/midwifery-resources/midwifery-articles/birthing-in-water.shtml

JIRÁSKOVÁ, Vlasta. 2017. O české asociaci dul. [online]. květen 2017 [cit. 12.2.2018]. Dostupné z: http://www.duly.cz/o-nas/

MOBERG, UVNAS, Kerstin. Hormón blízkosti: Rola oxytocínu ve vzťahoch. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2016. 178 s. ISBN 978-80-88952-88-6.

KOMÁRKOVÁ, Dagmar. Akupunktura v těhotesntví a vyvolání porodu. [online]. [cit. 23.2.2018]. Dostupné z: http://www.miluju-akupunkturu.cz/akupunktura/tehotenstvi/ a http://www.miluju-akupunkturu.cz/akupunktura/vyvolani-porodu/

BUCKLEYOVÁ, J. Sarah. Jemný porod, jemné mateřství. Praha: Maitrea a.s., 2016. 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.

WHO. Intrapartum care. [online]. 2018 [cit. 5.3.2018]. Dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/intrapartum-care-infographics/en/

Pinterest.com [online]. [cit. 5. 3. 2018] Dostupné z: https://cz.pinterest.com/search/pins/?rs=ac&len=2&q=birth%20affirmations&eq=birth%20afir&etslf=10681&term_meta[]=birth%7Cautocomplete%7Cundefined&term_meta[]=affirmations%7Cautocomplete%7Cundefined

WILLIAMS, Kathryn. 2009. Mothers‘ views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. [online]. 2009 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné z: http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(09)00012-6/fulltext

MÅRTENSSON, Lena. 2011. Acupuncture versus subcutaneous injections of sterile water as treatment for labour pain. [online]. 31. 12. 2011 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340701797799/full

ZAHRA, Abbaspoor. 2013. Lavender aromatherapy massage in reducing labor pain and duration of labor: A randomized controlled trial. [online]. 28. 2. 2013 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné z:
http:// www.academicjournals.org/journal/AJPP/article-abstract/58FFBA730239

KORDI, Masoumeh. 2013. Effect of L/4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor in Nuliparous Women. [online]. 19. 8. 2013 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné z: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-83-en.html

HUNTER, Billie. 2001. Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. [online]. 20. 12. 2001 [cit. 10. 3. 2018].
Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01772.x/full

THIES-LAGERGREN, Li. 2013. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. [online]. 10. 1. 2013 [cit. 10. 3. 2018]. Dostupné z: http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(13)00072-3/abstract

ŘÍHOVÁ, Hana. Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce. Mgr. Eva Lorenzová.

BERANOVÁ, Marie. Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce. Bc. Lucie Brázdová.

STARK, Mary Ann. 2003. Exploring Women's Preferences for Labor Epidural Analgesia. [online]. 2003 [cit. 15. 3. 2018] Dostupné z:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595147/#citeref16

PAŘÍZEK, Antonín. 2017. Lékař: Ženy by si neměly přát rodit císařským řezem. [online]. 10. 10. 2017 [cit. 16. 3. 2018] Dostupné z: http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/lekar-zeny-by-si-nemely-prat-rodit-cisarskym-rezem/1536584

Childbirth Connection fact sheet, National Partnership for Women & Families. Why is the U.S. Cesarean Section Rate So High?. [online]. březen 2016 [cit. 16. 3. 2018] Dostupné z: http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/why-is-the-c-section-rate-so-high.pdf

ODENT, Michel. Znovuzrozený porod. Praha: Argo, 2011. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Rozhovor s odbornicí na Hypnoporod
Příloha č. 2 Informovaný souhlas
Příloha č. 3 Afirmační karty nakreslené podle afirmačních vět
Příloha č. 4 Afirmační obrázky k porodu
Příloha č. 5 Program INKA – porodní analgezie „na míru“
Příloha č. 6 Infografie – WHO

Do příloh jsem zahrnula rozhovor s odbornicí na Hypnoporod, který jsem se rozhodla provést na základě mé zvědavosti a také kvůli tomu, že se jedná o momentálně nový trend. Dále jsem do příloh vložila afirmační karty, které ilustrovala Kateřina Čechová dle afirmačních vět, na jejichž tvorbě jsem se podílela.

Příloha č. 1

Rozhovor s odbornicí na Hypnoporod

Kolik je Ti let a jak dlouhou máš praxi v oboru porodní asistence?

„Je mi 54 let a praxi v oboru mám celkem 5,5 roku.“

Vyprávěj, jak jsi se k metodě hypnoporodu dostala a jak dlouho se metodou zabýváš?

„K této metodě jsem se dostala při psaní bakalářské práce, když jsem četla knihu Hypnoporod a s touto metodou pracuji 2 roky.“

Co Tě na ni zaujalo a přesvědčilo, že se ji budeš dále zabývat?

„Tato metoda je velmi jednoduchá, velmi příjemná a přináší prokazatelné výsledky. Ženy, které měly možnost porovnat předchozí porody s porodem po kurzu hypnoporodu mi dávají vynikající zpětnou vazbu.“ (je dojatá)

Co Tě na této metodě baví?

„Tato metoda využívá přirozené mechanismy a procesy při porodu a podporuje je, pomocí této metody se ženy zbavují strachu a obav a tak mohou dát průchod přirozenému procesu porodu.“

Popiš prosím blíže metodu hypnoporodu.

„Metoda a filozofie hypnoporodu je založena na jednoduchých technikách: dýchacích, relaxačních, afirmačních, vizualizačních, ukotvovací technice.... ,které vedou ke klidu a odbourání negativních pocitů a emocí strachu. Vše se ukládá v našem podvědomí a my ho můžeme vlastně ovlivnit tak, aby s námi spolupracovalo a ne nás traumatizovalo – strach nahrazujeme klidem.“ (usmívá se)

Jaká je náplň kurzů, které pořádáš?

„Náplň kurzů je teoretická i praktická. V teoretické části se rodiče dozvídají o prenatálním období, termín porodu, 4 dobách porodních, období šestinedělí a kojení, o lécích podávaných při porodu, o invazivních zákrocích při porodu, o porodním přání a výběru vhodné porodnice a v praktické části procvičujeme dýchání, relaxace, vizualizace, afirmace, ukotvovací techniku, ukazujeme si jak uvolnit nejvíce namáhané partie během těhotenství a porodu, polohy v 1. 2. době porodní, masáže.…“

Jak na tuto metodu při jejím výběru reagují rodičky, vyhovuje jim?

„Ano, maminky si tuto metodu velmi chválí.“ (velmi se usmívá)

Jak přijímají rodičky možnost této metody? (skepse, či nadšení, důvěra/nedůvěra)

„Maminky po kurzu s nadšením hovoří o tom, že se na porod začínají těšit.“ (usmívá se)

Je tato metoda vhodná pro všechny rodičky?

„Tato metoda je vhodná pro maminky, které mají především cíl porodit přirozeně, ale může pomoci i maminkám, které rodí pomocí císařského řezu.“

Která skupina rodiček se rozhoduje pro tuto metodu nejčastěji? (věk, etnika, sociální třída, výše vzdělání apod.)

„Věk absolutně nehraje roli, já pořádám kurzy pro Češky, ale moje kolegyně i pro cizince, kteří o tuto metodu jeví také zájem, sociální třída není to rozhodující, spíše naladění na přirozený životní styl, zdravý životní styl, výše vzdělání také nerozhoduje…“ (usmívá se).

Z jakého důvodu si rodičky tuto metodu vybírají, co od ni očekávají?

„Maminky si tuto metodu vybírají pro to, že je jim často doporučena od jejich kamarádek nebo známých, které už ji měly možnost vyzkoušet osobně při svém porodu, očekávají možnost jak se vyhnout vnitřnímu neklidu, strachu a obavám v době porodu.“

Proč či z jakých důvodů bys doporučila rodičkám tuto metodu k tišení porodní bolesti?

„Je to naprosto neinvazivní metoda, která nikterak nezatěžuje organismus matky ani dítěte, je velmi lehce dostupná, velmi snadná k praktickému využití a přitom velmi spolehlivá a účinná.“ (směje se)

Jaký je zájem této metody u nás a v zahraničí?

„U nás jsme trochu průkopníky této metody, snažíme se ji spolu s mými kolegyněmi představit široké veřejnosti a aplikovat ji v praxi po celé ČR, v zahraničí se jedná o vyhledávanou metodu již několik let.“

Jak sleduješ úspěšnost této metody, a jaké jsou výsledky?

„Po ukončení kurzu zůstávám v kontaktu s mými absolventy kurzu, obracejí se na mne stále s případnými dotazy i v době porodu a po něm a dávají mi zpětnou vazbu o svém porodu a využití hypnoporodu. Výsledky mi dělají stále větší a větší radost spolu s přibývajícím množstvím spokojených rodičů, část z nich doprovázím i při porodu, tak to mám možnost posoudit i z vlastní zkušenosti“ (usmívá se a je dojatá)

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PORODNÍ BOLEST

STUDENT
Veronika Anna Červenková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail ronniecer@hotmail.com

VEDOUCÍ BP:
Mgr. Eva Hendrych Lorenzová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail elorenzo@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE
Hlavním cílem je popsat přístup porodních asistentek pracujících na porodním sále k porodní bolesti a jejímu tišení.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.
Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

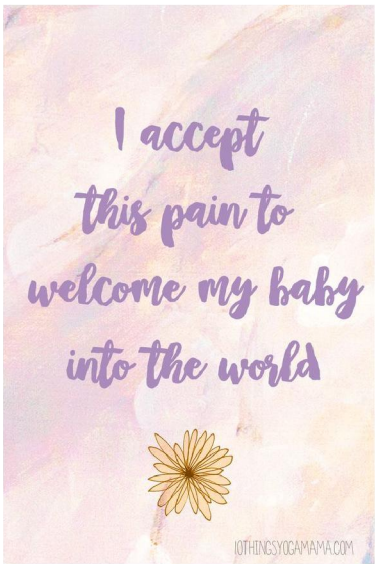
Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

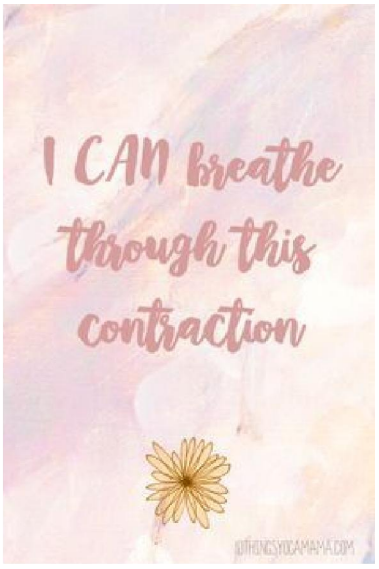
Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 3 Afirmační karty pro období těhotenství, porod a šestinedělí

(Malba Bc. K. Čechová/ spolupráce V. Červenková)

Příloha č. 4 Afirmační obrázky k porodu





(Pinterest.com, online)

Příloha č. 5 Program INKA – porodní analgezie „na míru“

Program INKA – Porodní analgezie na míru

Předpovídání intenzity bolesti u porodu je velmi obtížné. Ženě může pomoci jednoduchá technika nebo naopak je třeba užít léky. Vždy by ale měl výběr metody záviset na rozhodnutí rodičky. V roce 2013 byl v ČR založen **Program INKA** (I jako informovaná rodička, N jako nabídka služeb, K jako kvalita poskytovaných služeb a A jako analýza systému poskytované péče). Cílem tohoto programu je co nejvíce rozšířit informovanost populace těhotných žen o současných možnostech tlumení porodní bolesti. Jsou v něm srozumitelně popsány jednotlivé výhody a nevýhody všech dostupných metod. Ovšem žádnou z nich neodsouvá do pozadí či neprosazuje. Tyto metody jsou ženám nabízeny jako adekvátní pomoc, jestliže se porod zkomplikuje nebo požadují-li ženy prostředek k zmírnění porodní bolesti (Pařízek, rok nenalezen, online).

PAŘÍZEK, Antonín. 2014. Program INKA – porodní analgezie „na míru“ [online]. 2014 [cit. 19. 2. 2018]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/program-inka-porodni-analgezie-na-miru-50152

Příloha č. 6 Infografie WHO

(WHO, 2018, online)