

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Marie Beranová

Studijní obor: Porodní asistentka

**NEFARMAKOLOGICKÉ TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU
PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Lucie Brázdová

Plzeň 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

Marie Beranová

Poděkování

Děkuji Bc. Lucii Brázdové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a především za milý přístup, který provázel celou naší spolupráci.

Dále děkuji všem porodním asistentkám, které se zúčastnily výzkumu za čas, který mi věnovaly.

Také děkuji fakultě zdravotnických studií za nabyté vědomosti a přístup ke studijním materiálům. V nespolední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mě v průběhu celého studia podporovala.

OBSAH

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA.....	11
2 DOBY PORODNÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY.....	12
2.1 První doba porodní.....	12
2.2 Druhá doba porodní.....	12
2.3 Třetí a čtvrtá doba porodní.....	13
3 BOLEST.....	14
3.1 Obecná charakteristika bolest.....	14
3.2 Porodní bolest.....	14
3.3 Stupnice měření bolesti.....	15
4 POHYBOVÁ AKTIVITA ZA PORODU.....	16
4.1 Historie pohybové aktivity.....	16
4.2 Vědecké studie.....	16
4.3 Pohyb v první době porodní.....	17
4.4 Pohyb v druhé době porodní.....	18
5 AROMATERAPIE.....	20
5.1 Historie.....	20
5.2 Pohled vědecké medicíny na aromaterapii.....	20
5.3 Aromaterapie za porodu.....	21
6 AKUPUNKTURA.....	23
6.1 Historie.....	23
6.2 Vědecké studie.....	23
6.3 Mechanismus působení akupunkturního znečitlivění při operativním porodu.....	24
6.4 Akupunktura při vaginálním porodu.....	25
7 DALŠÍ METODY TIŠENÍ BOLESTI.....	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
8 FORMULACE PROBLÉMU.....	28
8.1 Hlavní problém.....	28
8.2 Dílčí problémy.....	28
9 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY.....	29
9.1 Předpokládané cíle práce.....	29
9.2 Výzkumné otázky.....	29
9.3 Hypotézy.....	29
10 VZOREK RESPONDENTŮ.....	30

11 METODY VÝZKUMU	30
12 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ.....	31
13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	32
DISKUZE	57
ZÁVĚR.....	61
LITERATURA A PRAMENY
SEZNAM ZKRATEK.....
PŘÍLOHY

Anotace

Příjmení a jméno: Marie Beranová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu

Vedoucí práce: Bc. Lucie Brázdová

Počet stran – číslované : 51

Počet stran – nečíslované : 16

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: Porod, bolest, nefarmakologický, tišení, rodička

Souhrn:

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala : alternativní medicínou a rolí porodní asistentky za porodu. V dalších kapitolách popisuji různé druhy alternativních metod.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu, který byl zpracován formou dotazníku. Všechna data jsou vyhodnocena a zanesena do grafů.

Annotation

Surname and name: Marie Beranová

Department: of Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Nonpharmacological damping pain during childbirth

Consultant: Bc. Lucie Brázdová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered :16

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 17

Keywords: Birth, pain, nonpharmacological, relief, new moter

Summary:

In the theoretical part of the thesis I focused on: Alternative medicine and the role of midwife for the birth. The following chapters describe various types of alternative methods.

The practical part contains the results of quantitative research, which was prepared using a questionnaire. All data are evaluated and recorded in the charts.

Úvod

V dnešní době, plné farmaceutických produktů, v době, kdy dokáže téměř veškeré životní funkce monitorovat přístrojová technika, si lze jen těžko představit doby, kdy se lidé musely spoléhat jen na sebe a dary přírody. Metody, které se dříve používaly, dnes vnímáme jako zaostalé, ačkoli si neuvědomujeme, že „moderní společnost“ je na světě teprve několik desítek let. Právě s primitivními technikami si naši předkové vystačili tisíce let před tím, než byla vynalezena epidurální analgezie, řada léků se spasmolytickými, analgetickými či kontrakce podporujícími účinky. Nevěřím, že tyto látky porodníci v minulosti nevyhledávali a jejich využívání je pouze záležitostí naší doby. Hlavní rozdíl, který vidím v přístupu dnešní medicíny, oproti staré, klasické, porodnické praxi spočívá v přístupu žen, které od dnešních lékařů očekávají farmakologicky zvládnutý, bezbolestný porod.

Ráda bych při své práci na porodním sále měla možnost mluvit s rodičkami o výhodách nefarmakologického tišení bolesti v průběhu porodu. Vysvětlit budoucím maminkám veškeré výhody, počínaje neovlivňováním plodu, přes nežádoucí utlumení matky přispívající k „neúplnému“ prožití porodu, jakožto jedinečné a přirozené záležitosti v životě každé ženy.

Právě z tohoto důvodu jsem si jako téma, své bakalářské práce vybrala Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu. Věřím, že vypracováním práce získám potřebné informace o této problematice a budu tak mít možnost ovlivnit smýšlení žen o nutnosti využívání farmakologických produktů.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na oblasti alternativní medicíny, roli porodní asistentky v době otevírací, vypuzovací a k lůžku. V dalších kapitolách popisují různé druhy alternativních metod, kterými lze ovlivnit průběh porodu. Cílem praktické části bylo vyzkoumat celkový stav využívání alternativních metod s následným vygenerováním nejčastějších překážek a doporučením vhodného řešení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

„V dnešní době zatím neexistuje všeobecně přijatá definice pro alternativní medicínu. S určitým zjednodušením můžeme alternativní medicínu definovat jako soubor diagnostických a terapeutických postupů, které jsou založeny na iracionálních postupech a/nebo které nerespektují objektivitu a vědecky zdůvodněné zásady v diagnostice a terapii“(5)

Alternativní metody lze rozdělit do tří základních skupin a to na metody fyzikální, psychologické a metody založené na působení přírodních látek. Mezi metody fyzikální řadíme: hydroanalgezi (léčba vodou), léčbu teplem, akupunkturu (stimulace akupunkturních bodů jehlami), akupresuru (stimulace tlakových bodů prsty), dotek, masáž a chiropraxi (léčba mechanicky postižených kloubů).(5,17)

Metody psychologické: placeboefekt, sugesce či autosugesce, hypnóza (v porodnictví používaná především ve formě vizualizace), relaxace a odvedení pozornosti. Dále do této kategorie lze zařadit metody paranormální a některé psychologické metody. Metody zakládající se na přírodních prostředcích: fytoterapie (léčba bylinami), homeopatie (využití minimální dávky léčiva), aplikace Bachovo esencí, aromaterapie atd. Mezi další metody používané v porodnické praxi lze počítat dýchání, pohyb a změny polohy, využití pomůcek jako jsou: gymnastické míče, žebřiny, provazy a porodní vak.(5)

Z hlediska vědecké medicíny, jež se opírá o objektivně prokázané účinky léčebných prostředků, je alternativní medicína spíše metodou ovlivňování psychiky pacienta prostřednictvím placebového efektu. Ten však může zapůsobit až s 30% účinností, proto bychom měli možnost alternativní medicíny znát a informovat o jejích možnostech rodičky.(5)

2 DOBY PORODNÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Při příjmu na porodní sál je důležité, aby porodní asistentka vzbudila v ženě pocit bezpečí, jistoty a lidského, avšak profesionálního přístupu. Porodní asistentky jsou od pradávna ženské pomocnice při porodu. Jejich dovednosti a láskyplný přístup ovlivňuje celý průběh porodu. Právě proto je důležitý způsob navázání komunikace mezi ženou a porodní asistentkou.(10) Během všech činností, které souvisí s příjmem a péčí o rodičku, se musí porodní asistentka pokusit odhadnout její povahu, vyptat se – pokud je to možné, na všechny zásadní události, které by mohly porod zkomplikovat, či naopak povzbudit a v neposlední řadě podat všechny podstatné informace o průběhu hospitalizace.

2.1 První doba porodní

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi, jež vedou k postupnému rozevření dolního děložního segmentu, hrdla děložního a dilataci branky. Celý proces otevírání je doprovázen zesilováním porodní činnosti. Stoupá frekvence kontrakcí děložních, z počátečních 1-2/10 minut na 4-5/10 minut, ale i intenzita, jež se na začátku pohybuje okolo 8-12 mmHg a ke konci první doby porodní se zvyšuje až na 50-60 mmHg. Díky tomu se děložní branka otevírá a hlavička vstupuje do malé pánve. U primipar trvá celá první doba porodní 10-12 hodin, u multipar 6-8 hodin.(3)

Cílem porodní asistentky v pasivní fázi první doby porodní je především uklidnit rodičku, podpořit ji, doporučit odpočinek, nabídnout gel k prohrátí dolního děložního segmentu, či celkovou sprchu, vanu. V této fázi probíhá i příprava k porodu, tedy podání klyzma s následnou sprchou a oholení dle zvyklosti oddělení. Již v této fázi můžeme použít například aromaterapii k uklidnění a navození příjemné atmosféry. V průběhu aktivní fáze, když začíná hlavička vstupovat do pánve, rodičku aktivizujeme, vysvětlíme jí výhody vertikální polohy a pohybu. Pomáháme jí s dýcháním, ujišťujeme o naší blízkosti a napomáháme přečkat náročný přechod z první doby do druhé doby porodní. Důležitou součástí práce porodní asistentky je též sledování fyziologických funkcí, natáčení kardiografického záznamu, pravidelný poslech ozev, vyšetření per vagina a plnění ordinací lékaře.(2,3)

2.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní, tedy doba vypuzovací začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. V průběhu této fáze plod prochází porodním kanálem, který je tvořen

měkkými a tvrdými porodními cestami. Kontrakce děložní jsou silnější, častější a trvají déle. Jejich intenzita se pohybuje okolo 80 mmHg. V případě častých kontrakcí je důležité sledovat mezikontrakční období, které by nemělo být kratší než 30 s. Doba vypuzování je u každé ženy různě dlouhá, rámcově se orientujeme dle parity: prvoroďička – do jedné hodiny, multipara 20-30 minut, při podání epidurální analgezie maximálně hodina a půl, vždy je však důležité zhodnotit stav rodičky a plodu.

Porodní asistentka v této fázi nikdy neodchází od ženy. Je jí stále na blízku, podporuje ji, zkouší různé polohy, nabízí alternativy. Důležité je sledovat celkový stav rodičky, ozvy plodu a průběh porodu. Pokud je rodička primipara, uložíme ji do porodní polohy ve chvíli, kdy se hlavičky přestane schovávat v poševním introitu, v případě multipary raději hned, jak hlavičku spatříme. Pokud porod nepostupuje, je vhodné použít některou z vertikálních poloh na porodnickém lůžku.

Komunikace s rodičkou během tlačení probíhá nejčastěji formou příkazů a domlouvání. Porodní asistentka musí mluvit nahlas, jasně, usměrňovat ženu v tlačení a informovat o průběhu porodu. To platí i v případě nástřihu hráze.(2,3)

2.3 Třetí a čtvrtá doba porodní

Třetí doba porodní – k lůžku začíná vypuzením plodu a končí porodem placenty. Vzhledem k aktivnímu vedení dvěma jedničkami oxytocinu by neměla trvat déle, než půl hodiny. Rozeznáváme tři typy odlučování placenty. Dle Baudelocque - Schultze – odlučování centrální, dle Duncana – odlučování hranou a dle Gessnera, jež je kombinací obou předchozích.

Po porodu placenty je zapotřebí pečlivě zkontrolovat celistvost placenty a poporodní poranění. S rodičkou vždy komunikujeme, informujeme o právě prováděné činnosti. Ženu potěší, pokud v okamžiku, kdy má u sebe novorozence a nekrvácí, na chvíli odložíme šití, nebo alespoň poraněné místo řádně znecitlivíme.

Na třetí dobu navazuje čtvrtá doba porodní, která končí dvě hodiny po porození placenty. Jedná se o období, v němž musí dojít k retrakci dělohy a k aktivaci koagulačního systému. Rodička po tuto dobu zůstává na porodním sále pro případné poporodní komplikace. Zde ženu kontrolujeme, měříme fyziologické funkce a to vše jednou po porodu, po půl hodině, poté po hodině a před převozem na oddělení šestinedělí. Pokud je žena v dobrém zdravotním stavu je vhodné si s ní o celém průběhu porodu promluvit a odpovědět jí na případné otázky.(2,3)

3 BOLEST

3.1 Obecná charakteristika bolesti

“Bolest definujeme jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s akutním či potencionálním poškozením tkání. Jde o složitý proces, vzniklý integrací fyziologických, psychologických a sociálních momentů“(13) Jejím účelem je přimět člověka účelně jednat, vyhledat lékaře, odpočinout si při nadměrné únavě či vyhledat úlevovou polohu.(14)

Obecně lze bolest dělit dle délky trvání na bolest akutní, jejíž trvání je maximálně šest měsíců a bolest chronickou, jež trvá déle než šest měsíců. Klient trpící akutní bolestí se potí, zbledne, trpí hypertensí, bradykardií, má strach z pohybu nebo se naopak schoulí do klubíčka a zůstane bez hnutí. Na bolestivé místo si přikládá ruce, sténá a ztrácí zájem o dění kolem sebe. Při chronické a zpravidla dlouhotrvající bolesti klient není schopen plnit své sociální role a zhoršuje se kvalita života. Dochází ke stažení se do sebe, ztrátě zájmu o okolí, izolaci, nechutenství.

Dle charakteru dělíme bolest na povrchovou – jasná, ostrá, lokalizovaná bolest, jež může být bodavá, pálivá, řezavá, palčivá atd. Bolest viscerální, která se šíří ze zdroje po celém těle, je hůře tolerovatelná. Tento typ je charakteristický při otevírání porodních cest. V případě pociťování bolesti na jiném místě, než je vlastní zdroj se jedná o bolest přenesenou, často se vyskytující při dráždění n. phrenicus, jež se projeví bolestí ramen.(14) Fantomová bolest, je bolest části těla a to zejména v končetině, která je pociťována po její amputaci. Vzniká drážděním nervových drah vedoucích vjemy z končetiny do mozku.(8)

3.2 Porodní bolest

“Bolest při porodu je specifickou bolestí, na níž se žena může v průběhu několika měsíců nachystat. Je časově omezená, trvá hodiny (ne dny, týdny), přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimiž bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou.

Organismus rodičky reaguje na porodní bolesti vylučováním adrenalinu (dodává sílu) a endorfinů, jež tlumí bolest a to s několika násobně silnějším účinkem než má morfin. Důležitou roli hraje i přirozený oxytocin, který způsobuje zlepšení nálady, přispívá k utlumení paměťových center a zvyšuje práh bolesti. Oxytocin podávaný intravenózně jako bolus či infuze tyto účinky však nemá.“(13)

Porodní bolesti jsou lokalizovány do kříže, podbříšku nebo obou míst najednou. Příčinou je dilatace branky a zkracování hrdla děložního, snížený přísun krve do dělohy z důvodu kontrakcí, tlak vzniklý naléháním plodu na pánevní struktury, napínání perigea a vagíny.(13) Nositelem informace o bolesti a potenciálním poškození tkání jsou dráhy spinocerebellární, tedy dráhy zadních provazců míšních.(7)

Mezi hlavní faktory vnímání bolesti patří faktory nervového systému to znamená - hladiny hormonů, především endorfinů. Dále stav matky – připravenost porodních cest, prostornost pánve, síla kontrakcí, vyčerpanost. Naléhání a pozice plodu ovlivňuje dráždění nervových zakončení a sílu kontrakcí. K modifikaci intenzity bolesti přispívají i zdravotnické zákroky – poloha vleže při kontinuálním natáčení CTG záznamu, amniotomie a tak dále. V neposlední řadě je důležitým faktorem strach a obavy rodičky z porodu, předchozí zkušenosti, sociální podpora ženy, věk a její vzdělání.(2,3,13)

3.3 Stupnice měření bolesti

„Nejčastěji využívanou analogovou stupnicí intenzity bolesti v porodnické praxi je VAS-Visual Analogue Scale, kterou můžeme zjistit aktuální stav (bolest) rodičky, či umožňuje pozorovat dynamické změny v čase, například v průběhu analgetické terapie. Jedná se o deset centimetrů dlouhou čáru, na níž je vyznačena škála. Žena na ni křížkem zaškrtně úroveň právě pociťované bolesti.

„Ve světě je nejčastěji používán Melzackův dotazník MPQ, který byl vyvinut na základě multidimenzionálního pojetí bolesti a kvantitativně vyjadřuje sensorické, afektivní a kognitivní komponenty alogického syndromu.“(13) Jinou metodou je Slovní-verbální, jež je rovnoměrně rozložena mezi dvěma extrémy, tedy dle Křivohlavého(1992): 0 – žádná bolest, 5 – zcela nesnesitelná bolest. Dalším způsobem diagnostiky bolesti je pozorování chování rodičky – nářky, výraz, hlazení a tření míst podbříšku nebo bederní oblasti.“(13)

4 POHYBOVÁ AKTIVITA ZA PORODU

Pohybová aktivita během porodu je jednou z nejdůležitějších činností, kterou je sama matka schopna průběh porodu ovlivnit. (1)

4.1 Historie pohybové aktivity

V západní Evropě přetrvává představa, že by žena měla родit v leže na zádech, s nohama nahoru. Tato poloha ovšem znemožňuje využití přirozené gravitace. Ve vzpřímených pozicích rodily ženy již od nepaměti. Mezi hlavní polohy patřila poloha – v kleče, ve dřepu, ve stoje nebo vsedě – s mnoha možnostmi a způsoby opory. Již ve starém zákoně, v knize Exodus, kapitola 1, verš 16 se píše: “Když porodní bába pomáhá hebrejským ženám a vidí je na stoličkách.” K narušení tohoto přirozeného přístupu došlo v polovině 17. století, kdy začal být módní porod vleže, jehož využívaly především urozené dámy. S postupnou technizací a zvyšující se odbornou péčí, se ženy přesunuly z porodních stoliček na porodnické křeslo a místo instinktivního jednání ležely pasivně na zádech. Díky tomu vymizel přirozený porod, žena se stala pacientem a těhotenství nikoli záračným, ale život ohrožujícím obdobím. S vymizením přirozeného porodu, jehož metody se předávaly z generace na generaci, došlo k odtržení budoucích matek od vlastního těla a těhotenství. Snaha přesunout zodpovědnost a část práce při porodu na zdravotnický personál způsobila zoufalství a stres rodiček, které v průběhu porodu nejsou schopny své tělo poslouchat a ovládat.(1) Tento syndrom popsal Read jako triádu STRACH – SPASMUS – BOLEST. Strach, jak se domnívá Read, působí na vznik obranných reflexů, které pak znamenají zvýšení svalového tonusu a tím dochází i ke zvětšení bolesti.(15)

4.2 Vědecké studie

“Studie birminghamské porodnice z roku 1977 srovnávala skupinu žen, které se během porodu pohybovaly, se skupinou, která většinu času během porodu ležela na zádech. Výsledky prokázaly, že u skupiny žen v pohybu trval porod výrazně kratší dobu a ženy měly daleko menší potřebu analgetik, navíc u jejich dětí byl prokázán nižší výskyt abnormální srdeční frekvence. Ženy v pohybu měly během stahů menší bolesti a cítily se ve vzpřímených pozicích daleko pohodlněji.“(1) Studie dále potvrdily, že rodičky při porodu ve vzpřímené poloze dospěly k příjemnému pocitu, vyplývajícího ze schopnosti

příspěť něčím ze sebe. Tento fakt pozitivně ovlivňuje bonding a snižuje strach a bolest při dalším těhotenství. Navíc studie prokázaly možnost rozšíření průměru porodních cest, a to až o 30%, přejde-li žena z polohy vleže do polohy ve dřepu. Tím dochází ke snížení tlaku na nervová vlákna, která vedou do pánve z dolní části páteře a křížové kosti, snižuje se odpor práci dělohy, a tím se zmírňuje bolest.(1)

4.3 Pohyb v první době porodní

Každá žena by se měla na příchod svého dítěte předem fyzicky i psychicky připravit. Aby porod mohl probíhat co nejméně bolestivě je zapotřebí, aby rodička přicházela do porodnice již s určitou fyzikou zásobou, kterou mohla načerpat v předporodních kurzech či např. cvičením jógy. Pokud žena takovouto průpravu nemá, je zapotřebí, aby ji porodní asistentka dostatečně informovala o možnostech pohybu při porodu a průběhu porodu samotném. V průběhu porodu lze využít různé polohy – na zádech, polohy kolmé, ve dřepu, boční, na všech čtyřech, asymetrické polohy atd. Pro naši potřebu polohy rozdělím dle průběhu porodu.

V první době porodní, je nejvhodnějším pohybem chůze, pozice vestoje bez opory a vestoje s oporou. Tyto polohy zvyšují kvalitu kontrakcí, napomáhají otevírání hrdla, sestupu dítěte do pánve a snižují bolest. V poloze vestoje s oporou, se žena může zavěsit za provaz nebo kůl. Pokud jako oporu využívá partnera, měl by držet ramena dole, mít mírně pokrčená kolena, zpevnit hýžďové svaly tak, aby nesl váhu rodičky a nebolely ho záda. Tato poloha je obzvláště výhodná u žen, jež mají potřebu blízkého kontaktu. V poloze bez opory se žena může opřít o stěnu a pomoci si rytmickými pohyby pánví – dopředu, dozadu, ze strany na stranu, pomalým kroužením. Tyto pohyby lze využít i při chůzi, kterou lze doplnit předklonem dopředu při kontrakcích.

Obměnou poloh ve stoje může být rovný sed na lůžku, kdy je možné umístit ženě obklady na ramena, což vede k zmírnění stresu a uvolnění. Umístěním kolen níže, než se nacházejí kyčle, docílíme zmírnění sacralgií.(1)

Dalšími vhodnými polohami je sed obkročmo na židli čelem vzad, sed v předklonu a sed ve dřepu. Tyto pozice snižují bolest zad, zlepšují rotaci hlavičky a zvětšují pánevní vchod. Jsou dobře využitelné při nepostupujícím porodu. Sed ve dřepu, ať s oporou či nikoli, je účinný v jakékoli fázi porodu, zvláště potřebujeme-li porod urychlit. „Pozice ve dřepu během stahů stahy posílí. Mezi stahy pomůže rozšířit pánev a povzbuzuje sestup dítěte.“ (1) Polohy v sedě na židli, podporují dobrou kvalitu kontrakcí, po nichž může žena pohodlně odpočívat.

Poloha v kleče se využívá v přechodné fázi porodu při otevření děložního hrdla na 7-10cm. Tato poloha ulevuje od sacralgií a při zadním postavení plodu se je možné pokusit kývavými pohyby převrátit dítě do předního postavení. Jedná se o polohu gravitačně neutrální, kterou je možné použít v první i druhé době porodní. Nejčastěji ženy vyhledávají pozici koleno-prsní, jež jim umožňuje vejít do hlubšího stavu vědomí. Pokud by žena sama tuto polohu nevyhledala, doporučily bychom ji při špatném naléhání plodu, bolestivých hemoroidech, pokud má rodička tendenci předčasně tlačit, při oteklé brance, kolapsu pupečníku, příliš rychle postupujícím porodu či přetrvávajícím lemu.

Pokud chce žena odpočívat, doporučíme polohy na boku. Je důležité, aby si trup podepřela polštáři, které vloží i mezi kolena. Tím nezabrání vstupu dítěte do pánve. Mezi kontrakce odpočívá, relaxuje. V této fázi mají rodičky tendenci k panice, chce se jim křičet, sténají. Je na porodní asistentce, aby vycítila její potřeby a zajistila ji vše důležité, tedy klid, podporu a vlastní blízkost.(1)

4.4 Pohyb v druhé době porodní

Pro druhou dobu porodní jsou vhodné všechny vzpřímené polohy až do období prořezávání hlavičky, kdy je dobré zaujmout polohu k porodu.

Stoj v mírném podřepu s oporou umožňuje široké rozevření pánve. Je vhodný při náročném a dlouhém porodu, při nepravidelných polohách plodu – konec pánevní, zadní postavení, makrosomii plodu nebo při podezření na nitroděložní tíseň plodu. Poloha v mírném podřepu urychluje druhou fázi porodní, zvyšuje kvalitu kontrakcí a snižuje jejich bolestivost.

Sed ve dřepu s oporou dvou lidí je ideální pro ženu, která tuto polohu trénovala nebo nemá se setrváním v této poloze problém. Během stahů si rodička sedne do dřepu a každý z asistentů dá pod její hýždě svoje koleno. Zároveň ji mohou zezadu podpírat rukama. Mezi kontrakcemi si může maminka opět stoupnout, nebo může v této poloze setrvat i pro samotný porod. Výhodou této polohy je, že žena dobře vidí, jak dítě přichází na svět. Obměnou této polohy je sed ve dřepu s pomocí židle, kdy partner sedí na jejím okraj, žena klečí před ním a pohodlně se opírá o jeho tělo.

Polohy vleže na boku se často využívá pro dorotování hlavičky plodu. V případě použití za účelem dorotování se poloha rodičky řídí vždy dle postavení plodu – pravé postavení – pravý bok. Tato poloha není vhodná při nepostupujícím porodu. Při ukládání rodičky do této pozice je dobré ženě podložit horní polovinu těla. Nohu pak ukládá do šaltu nebo si ji přidrží sama.

Poloha na všech čtyřech (v kleče) je často používána v klasickém porodnictví jako porodní poloha. Zpomaluje rychle probíhající porod, dává ženě pocit větší kontroly a snižuje pocit tlaku. Též ji můžeme použít při zadním postavení plodu.(1)

5 AROMATERAPIE

“Aromaterapie je holistickou léčbou, která bere v úvahu stav mysli, těla a ducha osoby, jež hledá pomoc, i její životní styl, dietní návyky, vztahy atd.“(4) Jedná se o techniku, při níž se používají éterické a rostlinné oleje, masťové a krémové základy, které se následně míchají pro danou situaci. Takto vzniklé směsi je možno používat k inhalaci, mazání, na obklady, koupele či je rozprašovat po místnosti. K přenosu dochází především prostřednictvím čichových nervů a transdermálně. Silice jsou schopny se skrze krevní řečiště dostat ke všem orgánům v těle.(16)

5.1 Historie

Slovo aromaterapie bylo poprvé použito ve 20. Století našeho letopočtu francouzským chemikem René-Mauricem Gattefossem, v originálu psáno aromathérapie. Jedním z prvních způsobů využívání aromaterapie bylo vykuřování. Tato technika se donedávna využívala i ve francouzských nemocnicích, kde se k dezinfekci používal kouř z tymiánu a rozmarýnu. Cesta k aromaterapii a to především k destilaci a tvorbě éterických olejů vede přes Egyptany, kteří používali různé látky k výrobě parfémů a balzamifikačních látek přes staré Řeky a mnohé další, včetně myslitelů jako byl Hippokrates atd. Po pádu Říma se veškeré vědění přesunulo do Arábie, odkud se k nám ve 12. stol. dostaly první aromatické oleje. Vzhledem k absenci aromatických stromů v Evropě docházelo k destilaci a tvorbě olejů např. z levandule, rozmarýnu a tymiánu. V 16. stol. se díky knihtisku veškeré vědění rozšířilo, ženy začaly vyrábět pro domácí potřeby vonné pytlíky jednak k ochraně oděvu, ale především jako ochranu před morem.(4)

K nám pronikly první informace o aromaterapii po roce 1989 díky překladu pár článků a dvou knih od Tisseranda, který vlastnil v Anglii několik továren na výrobu éterických olejů. V dnešní době se připravují oleje především lisováním, extrakcí nebo destilováním z různých rostlin. Mezi nejznámější patří fenykl, heřmánek, šalvěj, rozmarýn, eukalyptus, zázvor a mnoho dalších. (5)

5.2 Pohled vědecké medicíny na aromaterapii

Jedno z největších úskalí aromaterapie z pohledu vědecké medicíny se skrývá v jejím doporučení k léčbě onemocnění jak psychosomatických, tak orgánových. Způsob aplikace se odvíjí nejen od charakteru onemocnění, ale především od přístupu terapeuta. Například holistická aromaterapie využívá předpokládaného kombinovaného lokálního

a psychotherapeutického účinku masáže, působení vůně na čichový orgán a mozek, vstřebávání olejů kůží a jejich transport krví k danému orgánu. „Mechanismus účinku jednotlivých složek těchto olejů na jednotlivé orgány nebo patologické děje však studován nebyl.“(5) Dle Tisseranda ani léčebný efekt nelze vysvětlit působením chemických látek. Hlavní efekt údajně spočívá v jakési nespecifické, velmi jemné léčebné energii.

Iracionální představy o principu působení látek obsažených v oleji vedou aromaterapii na post těžkou obhajitelných metod. Další iracionální úvahou z pohledu vědecké medicíny je ovlivňování buněčného magnetického pole elektrickým nábojem aromatických molekul. Dalším problémem je „příliš jednoduchá“ indikace léčiv, jež je pro stejnou rostlinu v rozporu s herbalisty. Příklad indikací: na holohlavost a hadí uštknutí-levandule, diabetes mellitus – blahovičnick atd. V neposlední řadě je doporučení řídit se při volbě léku i astrologickými a taoistickými principy.

Údajně se aromaterapií vyléčí 70- 85% pacientů, toto číslo ovšem nebylo nikdy řádně potvrzeno.(5)

5.3 Aromaterapie za porodu

“V dnešní době existuje řada esenciálních olejů, které mohou velmi pomáhat při porodu, protože zesilují kontrakce a současně mají analgetický účinek.“(4) Mezi jedny z nejpoužívanějších patří olej jasmínový a levandulový. V některých zdrojích se uvádí využívání šalvěje muškátové, která však na některé ženy může působit příliš silně a zesílit kontrakce až do nežádoucí intenzity.(4) Před prvním použitím vonné esence by se měla žena i partner s danou vůní seznámit a to nejlépe od porodní asistentky, která pak snáze odhadne potřeby rodičky a může tak lépe vybrat vhodnou esenci.(2)

Základním způsobem, jakým může porodní asistentka v průběhu porodu aplikovat aromaterapii, je vtírání olejů do kůže na břicho či v křížové oblasti. Vtírat oleje můžeme již několik dní před porodem, nikoli však dříve, než jeden týden před termínem porodu. Mohli bychom tak způsobit předčasný nástup kontrakcí. Do aplikace aromaterapie je dobré zapojit partnera rodičky nebo přítele/přítelkyni. Otázku, kdo bude při porodu ženě asistovat, je dobré rozhodnout ještě před samotným porodem. Důvodem je zběžné poučení o nanášení olejů dlouhými hladkými pohyby, pokud možno doprovázeny poměrně pevným tlakem. Velmi uklidňujícím dojmem působí krouživé pohyby na spodní části zad. Rodička vždy musí dotyčnou osobu informovat o úrovni intenzity a druhu pohybů, které jí vyhovují.

Na porodním sále, ale i při porodu doma je dobré si nějakou dobu předem namíchat oleje, které chceme použít. Jakmile porodní bolesti začnou, nebude nejspíše dostatek času je odměřit. V případě přípravy oleje narychlo, hrozí rozlití lahvičky, což může velice zahustit atmosféru, nehledě na dráždivost velice silné vůně, která může v takto vysoké koncentraci způsobit nevolnost.

Během posledního týdne těhotenství můžeme ženě doporučit, aby vyzkoušela teplé koupele s až šesti kapkami jasmínového, nebo levandulového oleje. Tato koupel je vhodná i na počátku porodních bolestí, protože pomáhá uvolnit a připravit svaly dělohy na silnou kontrakční činnost.

Využití levanduli v průběhu porodu lze několika způsoby. Pár kapek levandule rozmíchané ve studené vodě vytvoří pro rodičku, které je velké horko osvěžující směs. Touto směsí můžeme za porodu potírat ženě obličej, ale i celého tělo. Osvěžení vzduchu docílíme nakapáním několika kapek na lampičku určenou na esenciální oleje, či tomuto účelu vyrobenou žárovku. Hlavními účinky levandule jsou: účinky analgetické, antidepressivní, sedativní, baktericidní a antiseptické. Dále funguje jako anxyolitikum – tiší, zklidňuje a harmonizuje. Z chemického hlediska je olej tvořen estery linalynu a geranylu. Dalšími složkami jsou: geraniol, linalol, cineol, d-borneol, limonen, l-pinen, karofylen, estery kyseliny máselné a kyseliny valerianové a kumarin.(4).

Jasmín, který je účinným děložním tonikem pomáhá vyloučení placenty a je tedy vhodné použít jej až po porodu. Údajně podporuje tvorbu mateřského mléka, ale to výzkumy prozatím neprokázaly. V první době porodní zeslabuje porodní bolest a zesiluje kontrakce. Mezi další vlastnosti jasmínu patří zmírnění poporodních depresí, menstruačních bolestí a křečí, je účinný proti prsním infekcím a funguje jako afrodiziakum při sexuálních problémech. Jasmín je účinný jak na rovinu mentální, emoční tak i na rovinu fyzickou. Proto se doporučuje ke zmírnění strachu, úzkosti a při nedostatku sebevědomí. Hlavními složkami oleje jsou: metylantranilát, indol, benzylalkohol, benylacetát, linalol a linalylacetát.(4,11)

6 AKUPUNKTURA

Akupunktura je stará čínská metoda, jež je v současnosti jednou z nejpoužívanějších metod nekonvenční medicíny. Sám název je evropského původu a pochází z 16. Století. Její princip spočívá v dráždění určitých bodů na těle jehlami či požehováním. Vychází z mystického výkladu života, životních funkcí a staré čínské filozofie. (5,6)

6.1 Historie

První jasné zmínky o akupunktuře se datují do prvního tisíciletí před naším letopočtem. Zprvu šlo nejspíše o empirickou metodu, při níž se krvácejícím otvorem měl umožnit odchod zlého ducha z těla nemocného. V roce 762 našeho letopočtu, vyšla do té doby největší práce, kterou Wang Bing shrnul jako osmnácti svazkové dílo o vnitřních orgánech. V této knize jsou položeny základní myšlenky, které se zachovaly dodnes. „Wang Bing zde popisuje princip léčby jehlami, představu o existenci speciálních bodů a meridiánů s individuálním vztahem k orgánům, víru v životní sílu čchi a existenci pěti základních elementů a ve dvě protisíly – princip jang-jin, které řídí svět“. (6)

Až do 20. století nehrála v Evropě významnější roli. Teprve s příchodem informace o výborných anesteziologických účincích akupunktury, která pronikla na svět v 70. letech se rozšířila. Byly popisovány operace, při nichž lékaři pacientům operovali mozkové nádory, štítnou žlázu či plíce, a to za plného vědomí. Díky tomu, se akupunktura rychle ujala po celém Sovětském svazu, západní Evropě, ale i samotné Číně. V české republice používal jako první akupunkturu profesor Cmunt ve 20. letech k léčbě revmatických onemocnění. K největšímu rozmachu došlo po stáži českých lékařů v Číně v roce 1960. (6)

6.2 Vědecké studie

Na rozdíl od Čínské akupunktury, jež se snažila potvrdit tradiční principy, hledala západní medicína vědecké podklady, jež by dokázaly logickou podstatu metody. (6)

Meridiány (dráhy). Přes veškeré úsilí se vědcům nepodařilo prokázat existenci meridiánů a to ani vědeckými, anatomickými či funkčními metodami. Podle výzkumů neexistuje cévní ani nerovové spojení mezi jednotlivými body.

Existence aktivních bodů opět není příliš reálná a nesporná. Dle Kellnerovy práce z roku 1996, v níž sériově analyzoval 34 vzorků kůže se skutečně podařilo najít v některých bodech větší nakupení nervových zakončení. Podle některých autorů je ovšem toto tvrzení podloženo malým množstvím kontrolních vzorků. „Dále bylo zjištěno,

že odpověď na dráždění bodů je stejná, ať už je bod drážděn jakýmkoli způsobem, jehlou, teplem či elektrinou.“(5) Závěrem vyplívá, že existují místa, jež mohou ovlivnit fyziologické funkce těla, avšak se neshodují s čínskou koncepcí.

Používání akupunkturních jehel je opět neprozkoumané a efekt jejich aplikace není potvrzen. Proti je zasahování bodů o velikosti 0,5-0,2 mm a to v hloubce několika centimetrů s technikou měření dle tzv. cunů (délka středního článku prostředního prstu) atd. Dle posledních studií se proto přikládá léčebný efekt dvou činitelům, a to reflexní reakci na vpich a působení psychiky.(5)

6.3 Mechanismus působení akupunkturního znečitlivění při operativním porodu

Teorií na účinnost akupunktury existuje řada. Většina odborníků (nealternativních) se shoduje na vlivu tří faktorů - neurofyziologický mechanismus, neurohumorální a psychický mechanismus.

Neurofyziologický mechanismus pracuje s principem přenosu vzruchu z místa podráždění do mozkových center. Tak dojde k reflexní odpovědi. Základním mechanismem je nejspíše řízení vstupu bolestivých podmětů do míchy na úrovni segmentu. Podrobněji tuto teorii rozpracoval Melzack v 70. letech jako vrátkovou teorii.

Neurohumorální mechanismus. Mnohé experimenty potvrdily uvolňování látek tlumících bolest drážděním kožních receptorů při akupunktuře. Jedná se především o uvolňování endogenních opioidů jako jsou: endofriny, enkefaliny a dynamorfíny. Další látkou je serotonin. To je ovšem jen jedna z možných hypotéz, stojící vedle hypotézy histaminové, kapilární a tak dále.(5)

Psychický mechanismus. Pravděpodobněji nejvlivnější mechanismus působení akupunktury. Samotná procedura zavádění jehel a manipulace s nimi vede k velice silnému duševnímu dojmu a snadnému navození placebového efektu. Nezanedbatelný je i samotný výběr pacientů, povětšinou zklamaných vědeckou medicínou, labilních, se silnou vírou v léčivou moc akupunktury. (5)

Samotné operativní znečitlivění tedy vyplívá z největší pravděpodobností ze silné sugesce a hypnózy. Pro dobrý účinek je důležité, aby pacient v akupunkturu opravdu věřil, dále premedikace tlumivými látkami a psychická příprava. Večer před výkonem se aplikuje fenobarbital, a přímo před výkonem trankvilizér a atropin. Během operace musí být jehly trvale drážděny, nejčastěji elektrickým proudem. Jednou z nevýhod, kromě neúplného znečitlivění, kdy pacient pociťuje mírnou bolest a tah, je i neuvolnění svalů, což

komplikuje operaci. Dalším úskalím je krátký účinek analgezie, proto je zapotřebí operovat co nejrychleji a z co nejmenšího přístupu. S postupným zjištěním všech nevýhod akupunktury při operaci byla tato metoda povolna odstraněna z chirurgické praxe a dnes se v západních zemích ani u nás nepoužívá.(5)

6.4 Akupunktura při vaginálním porodu

Pokud by chtěla porodní asistentka využít akupunkturních bodů při porodu, nemusí používat jehly. Všechny akupunkturní body lze stimulovat akupresurou, tedy tlačáním prsty na akupunkturní body.

Body lze dráždit pouze při jasném porodním nálezu (dilatace hrdla do branky čtyři centimetry společně s kontrakcemi), jako indukci k porodu a porodní analgezi. V tomto případě použijeme body s analgetickým a sedativním účinkem. Dále se můžeme pokusit o podpoření či vyvolání kontrakcí. Existují též body se spasmolytickými účinky pro zlepšení dilatace porodních cest. V poloze na boku jsou doporučovány body v oblasti křížové. Dobrý efekt má i masáž éterickými oleji v této oblasti. Z ušních bodů jsou nejčastěji uváděny body s analgetickými účinky.

Pokud bude přítomen akupunkturista, nejspíše ponechá jehlu až do vypuzovací fáze. Efektivní účinek má akupunktura u dobře poučených a spolupracujících rodiček, přičemž žena i porodník s metodu vždy musí souhlasit. Kontraindikací k použití akupunktury jsou kožní infekce, celkové infekční onemocnění, nekompensovaný diabetes mellitus, poruchy koagulace, závažné kardiovaskulární onemocnění, akutní psychózy a nesouhlas rodičky či porodníka.(12)

7 DALŠÍ METODY TIŠENÍ BOLESTI

„*Hydroanalgezie* vychází z relaxačních účinků teplé vody na tělo. Voda tělo nadlehčuje a ulevuje od bolesti, stresu, napětí a nepříjemných pocitů. Žena se v teplé vodě lépe uvolní a tak přispívá k rychlejšímu a snazšímu otevírání porodních cest. Během porodu se využívají tři metody hydroanalgezie: relaxační koupel, možnost porodu do vody a intradermální injekce sterilní vodou.“(9)

„*Homeopatie* je jednou z nejvíce rozšířených metod alternativní medicíny. Jejím principem je podávání vysoce naředěné dávky, jež vyvolává ve vyšší koncentraci příznaky podobné právě léčené nemoci (princip minimální dávky a princip podobné léčí podobné – tzv. Arndt Schulzův zákon).“ Homeopatie podporuje obrané mechanismy, napomáhá uzdravovacím pochodům v těle. Vždy léčí komplexně, přičemž má každý pacient léčbu sestavenou právě podle svých problémů a potřeb. Výhodou homeopatik je jejich neškodlivost, neboť neobsahují žádné škodlivé látky. Před porodem lze homeopatika využít například k zmírnění úzkosti z porodu (*Gelsemium sumpervirens*), za porodu při nepoddajnosti děložního hrdla (*Caulophyllum thalictroides*), či v poporodním období ke zlepšení hojení (*Arnica montana*). (5,9)

Akupresura je podobně jako akupunktura tisíce let stará metoda, jež se zakládá na dráždění specifických bodů. Díky věcnému popisu bodů na těle ji mohou praktikovat jak laici k samoléčbě, tak specialisté s hlubokou znalostí metody. Masážním nástrojem při akupresuře jsou prsty či celá ruka, jež vytváří tlak na daný bod. Tento tlak lze vytvářet tlačáním, hnětením popřípadě hlazením. Tím docílíme lepšího prokrvení a současně jsou stimulována nervová zakončení. Tlak na body dle filozofie jinu a jangu, napomáhá proudění energie a ovlivňuje čchi a meridiány, jak již bylo popsáno v kapitole akupunktura.

„*Hypnóza* je metoda založená na kombinaci silné sugesce a distrakce. Podstatou je, aby rodička zapoměla na bolest a zaměřila se na jiný, příjemný zážitek. Tato metoda je časově náročná, vyžaduje senzitivní ženu a musí být vedena pod dohledem zkušeného odborníka – hypnotizéra. Účinnost této metody při porodu se uvádí u pětadvaceti procent rodiček.“(9)

Hudba. Vnímání hudby je ovlivněno charakterem a náladou ženy. Při správném výběru a použití má zklidňující účinky. Nejeefektivnější je, pokud si žena hudbu sama vybere. V takovém případě žena ví, co od dané hudby očekávat, má ji spojenou s určitým prostředím, emocemi a napomáhá ji uvolnit se v cizím prostředí, které je pro ni neosobní.

Vzhledem k tomu, že je dnes většina žen operována ve svodné anestezii, je možné použít hudbu i na operačním sále při císařském řezu.

„*Imaginace* při porodu má za úkol přivést ženu na jiné, pozitivní vlny. Mezi klasický příklad patří představa velkého pytle naplněného spoustou kontrakcí. Rodička by si měla uvědomit, že se během porodu jejich počet nezvýší a s každou další kontrakcí se pytel o něco zmenší.“(9)

Vlastní rituály si vyvíjí každý pár samostatně. Napomáhají přečkat kontrakce a soustředit se na jejich zvládnutí. Nelze je předem nacvičit. Většinou vznikají spontánně jako nejvhodnější způsob obrany proti bolesti. Rituály rodičku ujišťují a uklidňují v tom, že zvládne náročnou aktivní část porodu. Partner ji v rituálu může aktivně napomáhat nebo ho připomínat.(9)

Dechové vzory pro porod. Jedná se o určitý druh dýchání, jež rodičce napomáhá k uvolnění. Pro získání dobré techniky dýchání je vhodná pravidelná návštěva předporodních kurzů, kde se rodička dozví dostatek informací o technice a druzích dýchání. Pro první dobu porodní jsou tři druhy dýchání – pomalé, lehké a takzvané „funění“, jež žena využívá nejčastěji v aktivní fázi porodu. Každá žena si vždy individuálně volí způsob dýchání, jež jí vyhovuje se správným rytmem a rychlostí. Od špatného a neefektivního dýchání ke správnému, by měla ženu navést porodní asistentka, která napomůže rodičce k tomu, aby dýchání při kontrakci nevedlo k hypoxii plodu, respirační acidóze a zároveň umožnilo ženě vnořit se do dýchání a tak přečkat kontrakci.
(9)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Ve zdravotnictví jsou díky rozvoji vědy a techniky velmi dobře dostupné látky, které nám umožňují jednoduchým způsobem ovlivnit průběh porodu. Tyto jednoduché cesty, jak se domnívám, ne vždy pomáhají zcela jednoznačně a bez následků, jak si většina rodiček představuje. Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla věnovat bakalářskou práci alternativním metodám. Mojí snahou je zjistit aktuální využívání a zájem porodních asistentek o nefarmakologické metody a zároveň zhodnotit podporu ze strany zdravotnického zařízení a lékařů k praktikování těchto metod.

8.1 Hlavní problém

Jako hlavní problém považuji časté používání farmakologických produktů na porodních sálech za účelem urychlení porodu.

8.2 Dílčí problémy

1. Porodní asistentky nemají dostatečné znalosti v oblasti nefarmakologického tišení bolesti v průběhu porodu.
2. Porodní asistentky nepodávají dostatečné množství informací o nefarmakologickém tišení bolesti v průběhu porodu.
3. Porodní asistentky mají zájem o metody nefarmakologického tišení bolesti při porodu.
4. Porodní asistentky považují alternativní tlumení bolesti při porodu za neefektivní.
5. Porodní asistentky nemají ze strany zdravotnického zařízení podmínky k praktikování alternativních metod.
6. Porodní asistentky nejsou podporovány ze strany lékařů v aplikaci nefarmakologických metod tišení bolesti v průběhu porodu.
7. Nevyužívání alternativních metod související s náročností povolání porodní asistentky.

9 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

9.1 Předpokládané cíle práce

1. Zjistit úroveň znalostí porodních asistentek v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti.
2. Zjistit, zda porodní asistentky podávají dostatečné množství informací o možnostech nefarmakologického tlášení bolesti.
3. Zjistit, zda mají porodní asistentky zájem o metody nefarmakologického tlášení bolesti.
4. Zjistit, zda porodní asistentky považují alternativní tlášení bolesti za efektivní.
5. Zjistit, zda mají porodní asistentky ze strany zdravotnického zařízení podmínky k praktikování alternativních metod.
6. Zjistit, zda lékaři podporují porodní asistentky v praktikování nefarmakologických metod tlášení bolesti.
7. Zjistit, zda frekvence využívání nefarmakologických metod souvisí s náročností zaměstnání porodní asistentky.

9.2 Výzkumné otázky

1. Jakou úroveň znalostí mají porodní asistentky v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti?
2. Podávají porodní asistentky dostatečné množství informací o možnostech nefarmakologického tlášení bolesti?
3. Mají porodní asistentky zájem o nefarmakologické metody tlášení bolesti při porodu?
4. Považují porodní asistentky alternativní tlášení bolesti za efektivní?
5. Mají porodní asistentky ze strany zdravotnického zařízení podmínky k aplikaci nefarmakologických metod?
6. Podporují lékaři porodní asistentky v aplikaci nefarmakologických metod při porodu?
7. Souvisí frekvence využívání nefarmakologických metod při porodu s náročností povolání porodní asistentky?

9.3 Hypotézy

1. Domnívám se, že porodní asistentky nemají dostatečné znalosti v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti
2. Domnívám se, že porodní asistentky nepodávají ženám dostatek informací o možnostech

nefarmakologického tišení bolesti

3. Domnívám se, že porodní asistentky mají zájem o nefarmakologické tišení bolesti při porodu.
4. Domnívám se, že porodní asistentky považují alternativní tlumení bolesti za efektivní.
5. Domnívám se, že porodní asistentky nemají podmínky ze strany zdravotnického zařízení k praktikování alternativních metod.
6. Domnívám se, že porodní asistentky nejsou podporovány v aplikaci alternativních metod lékaři.
7. Domnívám se, že neužívání alternativních metod souvisí s nedostatkem času a náročností povolání porodní asistentky.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Cílovou skupinou mého výzkumu byly porodní asistentky, které aktuálně pracují na porodním sále. Nemocnice, v nichž jsem výzkum prováděla, byly vybírány záměrně, čemuž odpovídá i menší vzorek respondentů. V práci jsem se snažila porovnat využívání nefarmakologických metod mezi třemi malými nemocnicemi: Rokycanská nemocnice, Mulačova nemocnice a nemocnice Strakonice, s velkými nemocnicemi, jako jsou Fakultní nemocnice Plzeň a Fakultní nemocnice Motol. Cílem bylo dosáhnout co nejvyrovnanějšího počtu respondentů z obou kategorií.

11 METODY VÝZKUMU

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem využila kvantitativního výzkumného šetření formou dotazníku, který vychází ze sedmi hypotéz. Vyšším počtem hypotéz jsem se snažila obsáhnout všechny okolnosti, které mohou ovlivňovat využívání nefarmakologických metod tišení bolesti v průběhu porodu tak, abych získala co nejobjektivnější výsledek šetření.

Dotazník celkem obsahuje 24 otázek, které byly rozděleny do těchto okruhů:

1. Obecné informace o respondentovy – otázky č. 1-3
2. Informovanost porodních asistentek v oblasti nefarmakologického tišení bolesti v průběhu porodu – otázka č. 4-7
3. Podávání informací rodičkám – otázka č. 8-10
4. Zájem porodních asistentek o nefarmakologické tlumení bolesti za porodu – otázka č. 11-12

5. Názor porodních asistentek na efektivnost nefarmakologických metod – otázka č. 13-14
6. Podmínky ovlivňující aplikaci nefarmakologických metod za porodu – otázka č. 15-18
7. Podpora porodních asistentek v aplikaci nefarmakologických metod v průběhu porodu ze strany lékařů - otázka č. 19-21
8. Náročnost povolání porodní asistentky jako faktor ovlivňující využívání nefarmakologických metod - otázka č. 22-24

12 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Výzkum probíhal v době od 20.2.2012 do 15.3.2012. Celkem bylo rozdáno 63 anonymních dotazníků. Celková návratnost byla 76,4 %, tedy 46 dotazníků. Z celkového počtu všech dotazníků nebyl žádný vyřazen pro neúplné vyplnění.

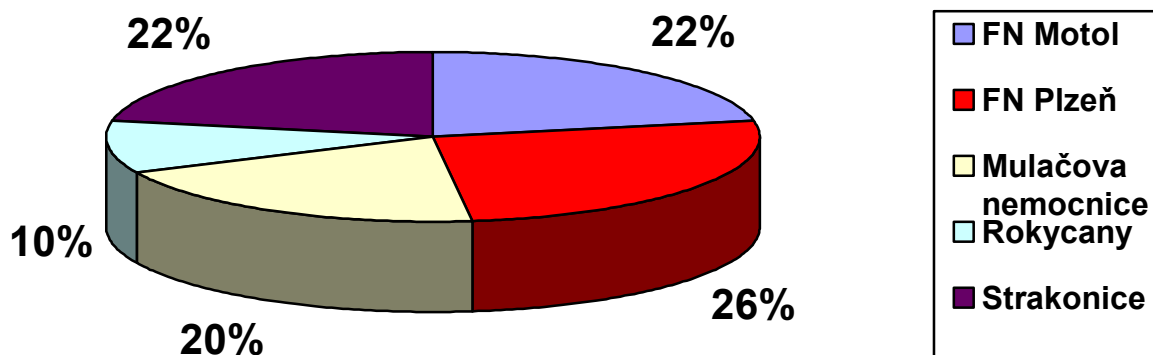
Do Fakultní nemocnice Plzeň bylo odevzdáno 18 dotazníků, Fakultní nemocnice Motol 18, do Mulačovy nemocnice Plzeň 10, Strakonické nemocnice 10 dotazníků a do Rokycanské nemocnice 7 dotazníků. Návratnost z Fakultní nemocnice Plzeň byla 12 dotazníků, tedy 66 %, z Fakultní nemocnice Motol 10 – 55%, z Mulačovy nemocnice se navrátilo 9 dotazníků, tedy 90%, ze Strakonické nemocnice 10 – 100% a z nemocnice Rokycany 5 dotazníků, tedy 71 %.

Všechny získané údaje od porodních asistentek byly navzájem porovnány a zaneseny do grafů, které jsou doplněny průvodním textem.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

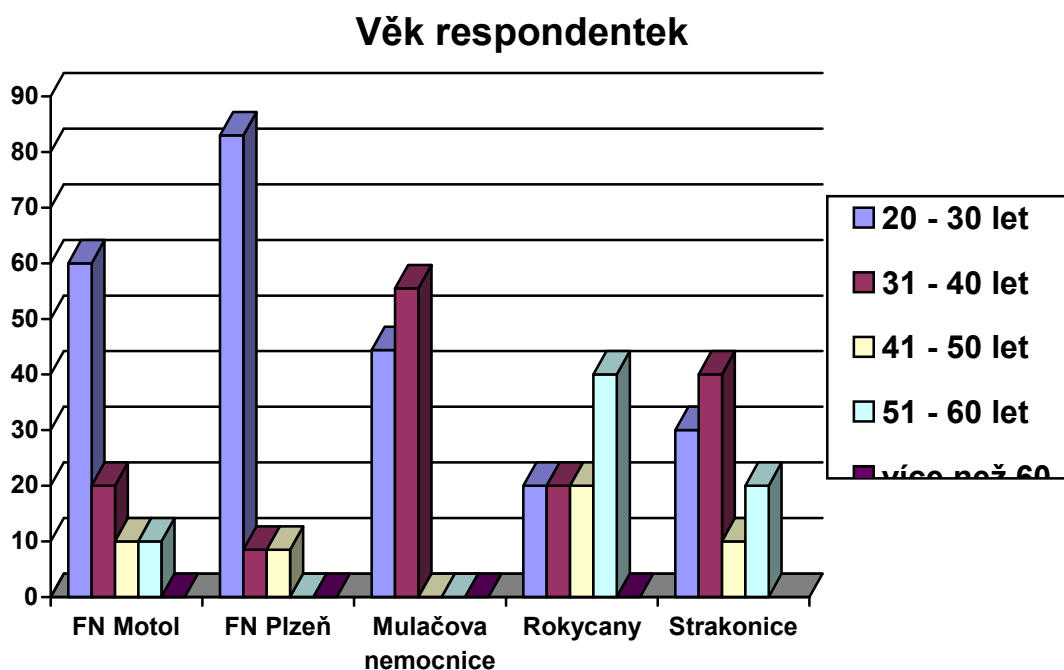
Otázka č.1: Napište, prosím, město a nemocnici, v níž momentálně pracujete:

Pracoviště respondentů



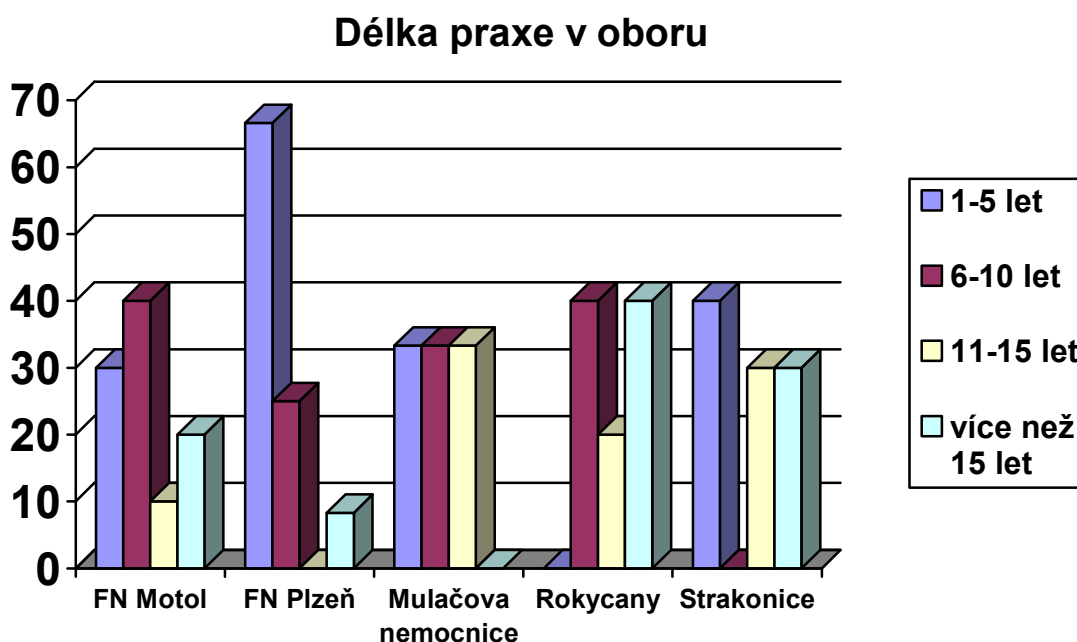
Z 46 respondentek, které odpověděly pracuje 22% (10) ve FN Motol, 26% (12) ve FN Plzeň, 20% (9) v Mulačově nemocnici Plzeň, 10% (5) v Rokycanské nemocnici a 26% (10) v nemocnici ve Strakonících.

Otázka č. 2 : Uved'te, prosím, svůj věk:



Ve Fakultní nemocnice Motol je 60% (6) porodních asistentek ve věku 20-30let. 20% (2) ve věku 31-40 let, 10% (1) porodní asistentka ve věku 41-50let a 10% (1) ve věku 51-60 let. Ve Fakultní nemocnici Plzeň jsou nejpočetnější skupinou respondenty ve věku 20-30 let – 83% (10), dále 8,5 % tvoří porodní asistentka ve věku 31-40 let a 8,5% (1) ve věku 41-50 let. V Mulačově nemocnici Plzeň je 44,4% (4) ve věku od 20-30 let a 55,6% (5) respondentek ve věku 31-40 let. Rokycanská nemocnice má 20%(1),porodních asistentek ve věku od 20-30 let, 20%(1) ve věku 31-40 let, 20%(1) ve věku 41-50 let a 40%(2) ve věku od 51- 60 let. Respondenty z nemocnice ve Strakonících jsou ve věkovém zastoupení 30% (3) ve věku 20-30 let, 40% (4), ve věku 31-40 let,10%(1) ve věku 41-50 let a 20% ve věku 51-60 let.

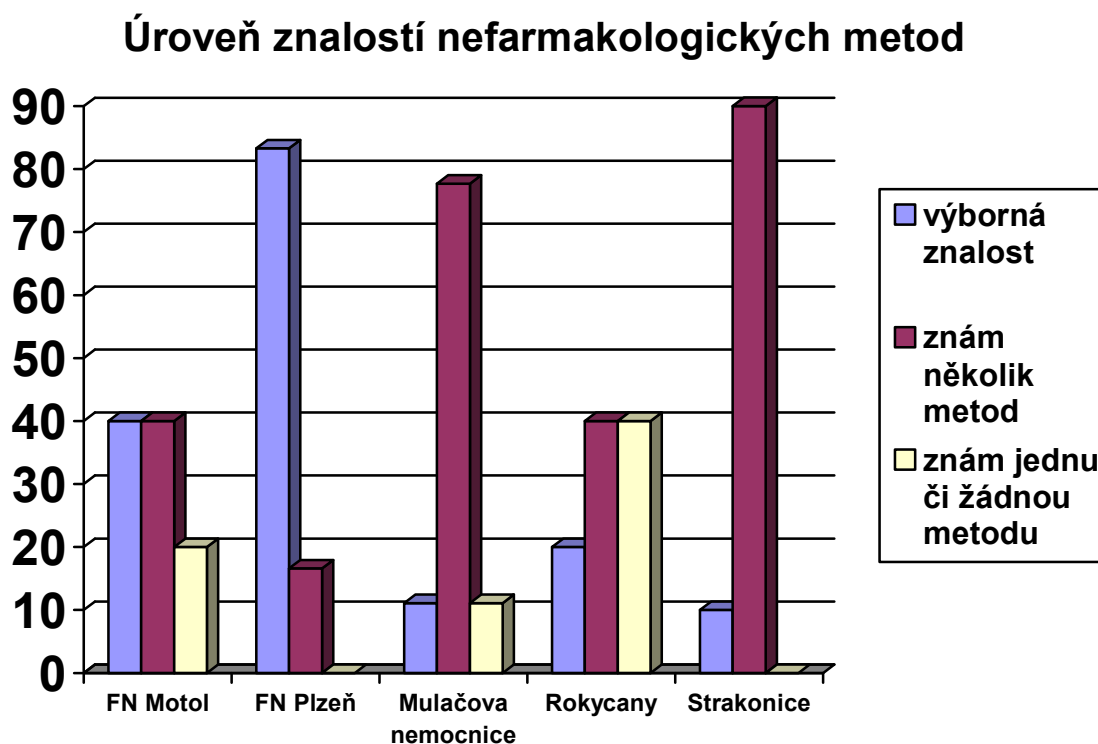
Otázka č. 3 : Uved'te, prosím, délku své praxe v oboru:



Ve Fakultní nemocnici Motol pracuje 30% (3), porodní asistentky s délkou praxe 1-5 let, 40% (4) 6-10 let, 10% (1) s délkou praxe 11-15 let a 20% (2) v délce 15 a více let.

Ve Fakultní nemocnici Plzeň je největší zastoupení porodních asistentek s délkou praxe 1-5 let v celkové výši 66,6%(8), dále 25% (3) s délkou činnosti po dobu 6-10 let, žádná porodní asistentka s praxí v rozmezí 11-15 let a 8,3%(1) respondenta odpověděla – více než 15 let. Mulačova nemocnice má rovnoměrný počet délky praxe v rozmezí 1-15 let o celkovém počtu 100% (9). Žádná porodní asistentka nevedla délku praxe přesahující 15 let. Výsledky z Rokycanské nemocnice uvádějí, že žádná porodní asistentka nemá praxi kratší 1-5 let. 40% (2) uvádějí, délku praxe v rozmezí 6-10 let, 20% (1) 11-15 let a 40% (2) více než 15 let. Nemocnice ve Strakonících skýtá 40% (4), asistentek s délkou praxe 1-5 let, žádnou s praxí 6-10 let, 30% (3) s praxí 11-15 let a 30% (3) s více jak 15 lety praxe.

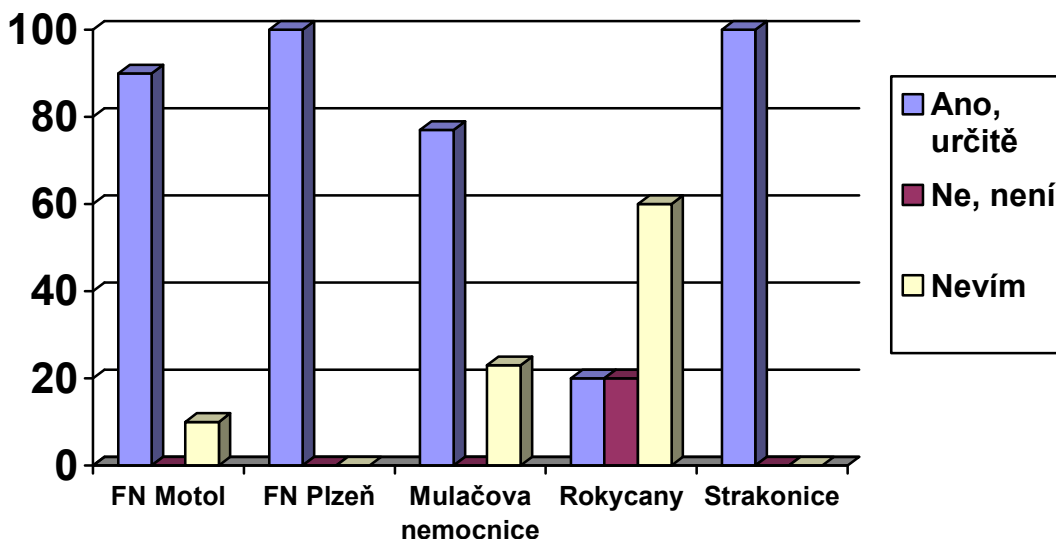
Otázka č. 4 : Jak byste ohodnotila úroveň svých znalostí ohledně metod nefarmakologického tišení bolesti?



Fakultní nemocnice Motol má 40% (4), porodní asistentky, které uvedly výbornou znalost, 40% (4), se znalostí několika metod a 20% (2), které znají jednu či žádnou metodu. Ve Fakultní nemocnici Plzeň 88% (10), respondentek udává výbornou znalost, 16% (2) znalost několika metod a žádná z porodních asistentek neudává neznalost ani jedné metody. V Mulačově nemocnici Plzeň jsou odpovědi následovné: 11% (1) respondentek výborná znalost, 77% (7) znalost několika metod a 11% (1) znalost jedné či žádné metody. Nemocnice Rokycany uvádí ve 20% (1) výbornou znalost nefarmakologických metod, ve 40% (2) znalost několika metod a 40% (2) porodní asistentky se znalostí jedné či žádné metody. Nemocnice ve Strakonici udává 10% (1), respondentku s výbornou znalostí, 90% (9), se znalostí několika metod a žádného respondenta s jednou či žádnou znalostí metod.

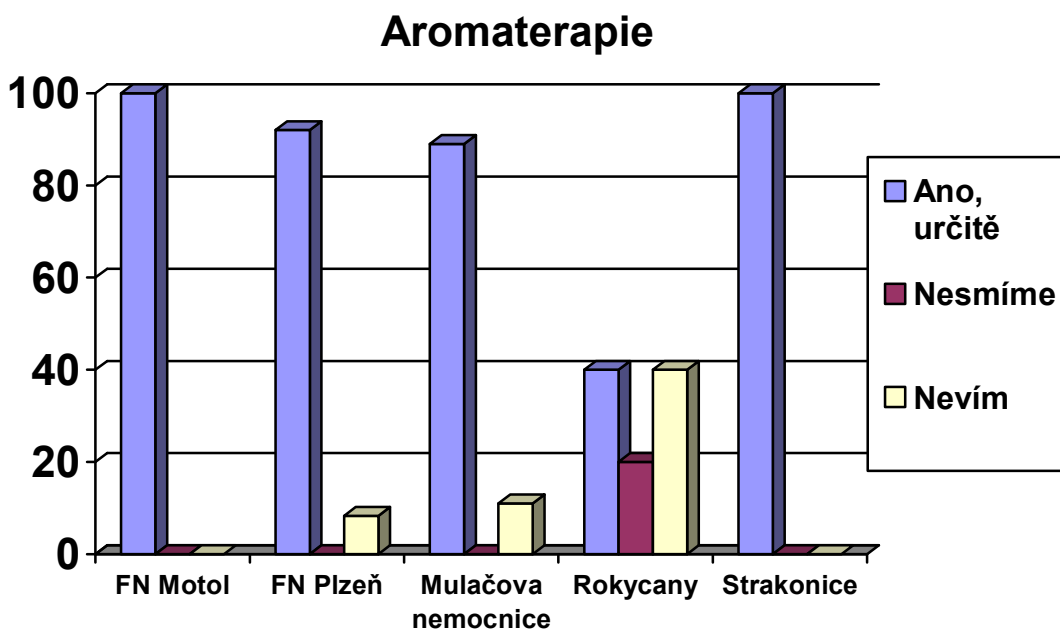
Otázka č. 5: Je autosugesce alternativní metodou?

Autosugesce



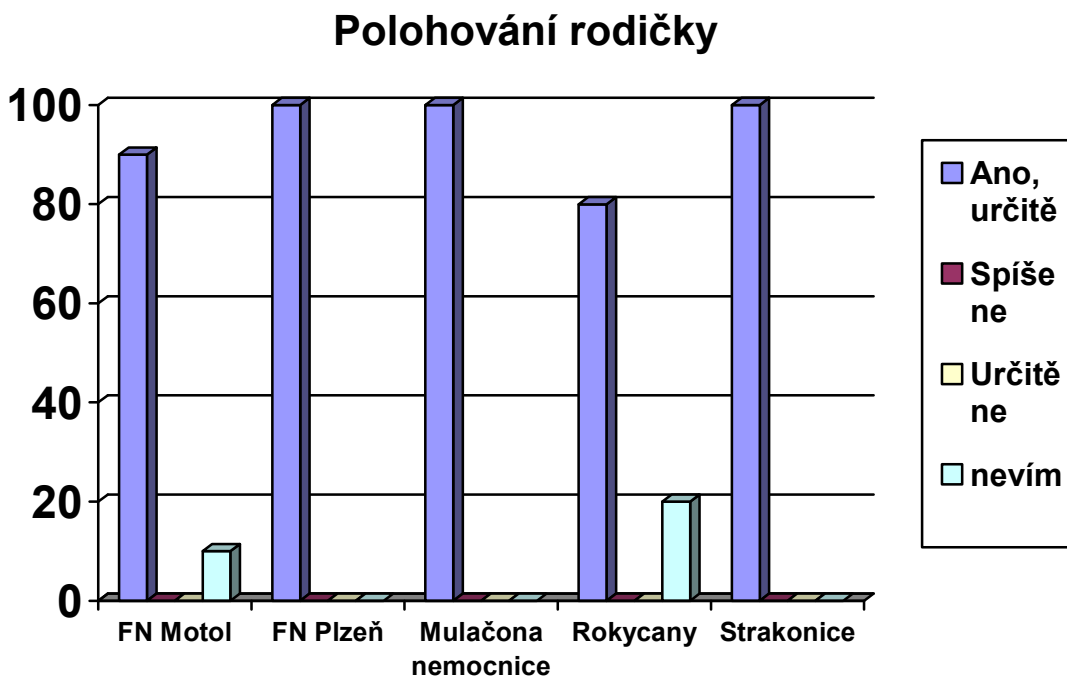
Na otázku, zda je autosugesce alternativní metodou odpovědělo z FN Motol 90% respondentek správně a 10% (1) odpověděla - nevím. Z Fakultní nemocnice Plzeň odpovědělo celých 100% (12) otázku správně. V Mulačově nemocnici Plzeň bylo 78% (7) odpovědí: ano, určitě, žádná odpověď: ne, není a 22% (2) odpovědi nevím. Z Rokycanské nemocnice byly odpovědi následující 20% (1) správná odpověď, 20% (1) odpověď: ne, není a 60% (3) odpovědí bylo nevím. Strakonická nemocnice udává 100% správných odpovědí.

Otázka č. 6 : Můžeme aromaterapii aplikovat formou vtírání oleje do kůže rodičky?



Na otázku číslo šest odpovědělo ve Fakultní nemocnici Motol 100% (10) porodních asistentek správně, tedy možnost a). Fakultní nemocnice Plzeň měla 92% (11) úspěšnost a 8% (1) respondentka uvedla odpověď – nevím. Mulačova nemocnice má následující výsledky: 88% (8) správných odpovědí

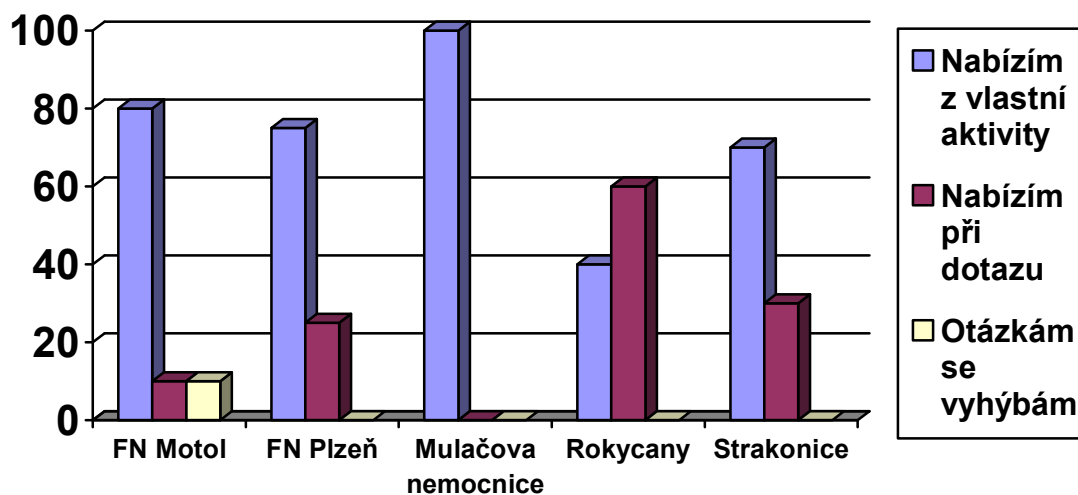
Otázka č. 7 : Lze polohováním rodičky relaxovat pánevní dno?



Ve Fakultní nemocnici Motol bylo správných odpovědí 90% (9) a 10% (1) odpověď charakteru – nevím. Fakultní nemocnice Plzeň měla 100% (12) správných odpovědí. Mulačova nemocnice Plzeň má též 100% (9) správných odpovědí. Nemocnice v Rokycanech má následující výsledky: 80% (4) odpovědí „ano, určitě“ a 20% (1) odpověď nevím. Strakonická nemocnice měla všechny odpovědi na otázku zodpovězeny správně, tedy 100% (10).

Otázka č. 8 : Nabízíte ženám informace o možnostech nefarmakologického tišení bolesti?

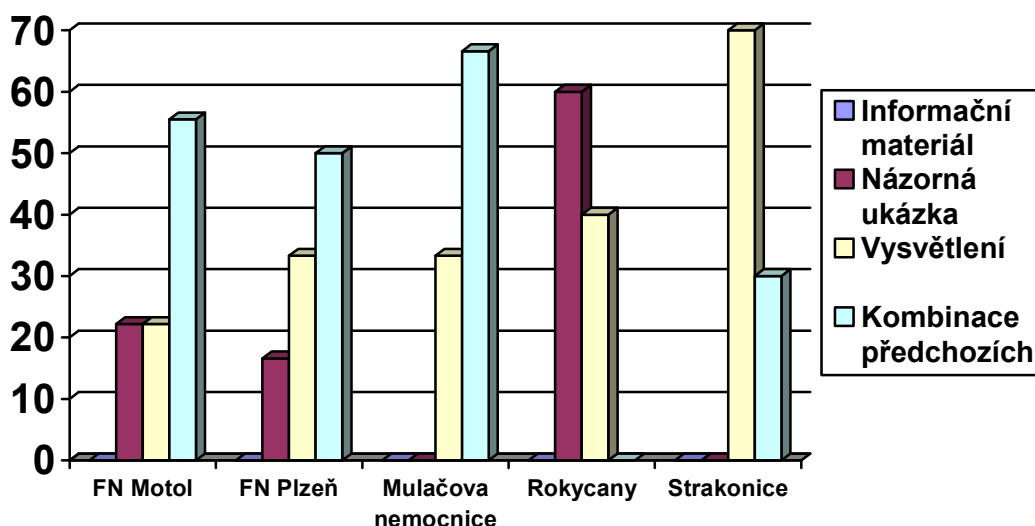
Nabízení informací



Respondenty z fakultní nemocnice Motol uvádějí, že v 80%(8) podávají informace z vlastní aktivity, 10% (1) při dotazu rodičky a 10% (1) se těmito otázkám vyhýbá. Porodní asistentky z Fakultní nemocnice Plzeň odpověděly takto: 75% (9) odpovědí „nabízím z vlastní aktivity“, 25%(3) odpovídá rodičce při dotazu. Mulačova nemocnice udává nabízení informací všem rodičkám, tedy 100% (9) odpovědí. Nemocnice v Rokycanech uvádí 40% (8) odpovědí typu“ nabízím z vlastní aktivity“ a 60%(3) odpovědi „nabízím, při dotazu rodičky. Strakonická nemocnice podává informace z vlastní aktivity v 70%(7) a při dotazu rodičky ve 30% (3)

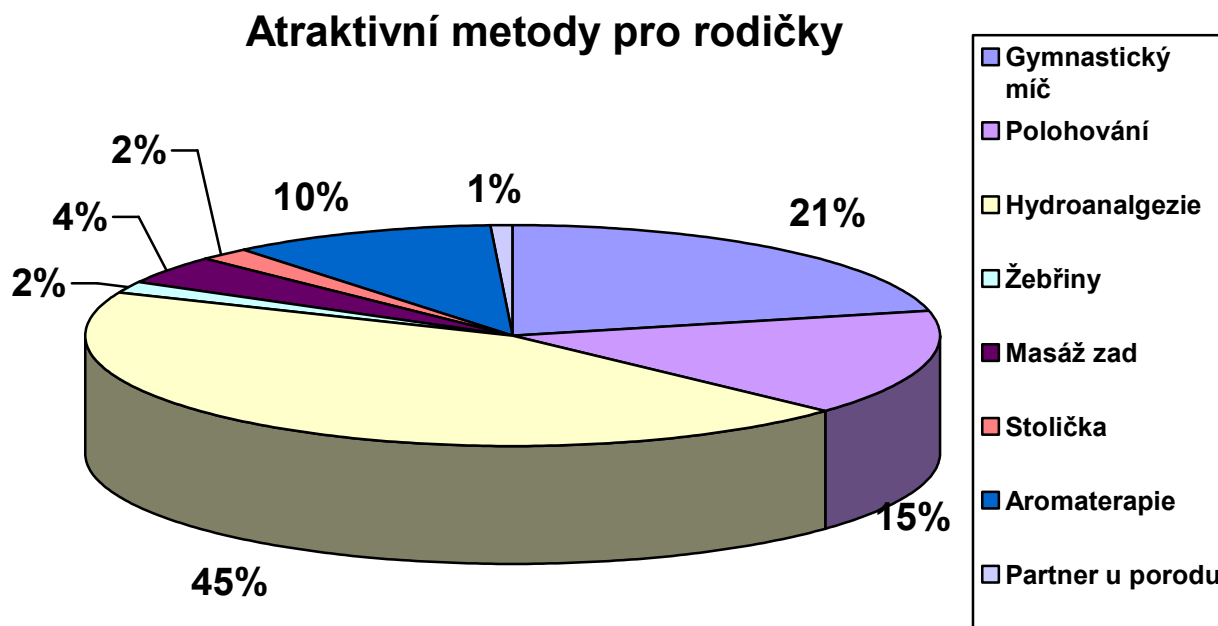
Otázka č. 9 : Jakou formou nejčastěji podáváte informace o nefarmakologickém tišení bolesti?

Forma podávání informací



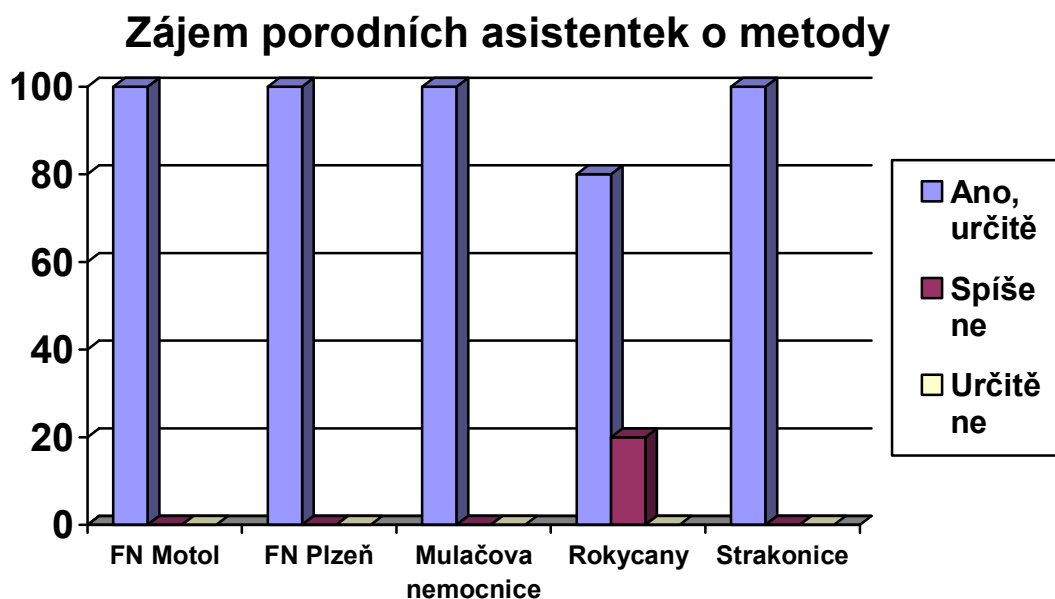
Fakultní nemocnice Motol podává informace ve 22%(2) formou názorné ukázky, 22%(2) vysvětlením a 55%(5) kombinací předchozích. Jedna respondentka neodpovídala, pro nevyužívání nefarmakologických metod. Z Fakultní nemocnice Plzeň byly výsledky následující: 17% (2) porodních asistentky udává podávání informací názornou ukázkou, 33% (4) vysvětlením a 50% (6) kombinací předchozích. Mulačova nemocnice poskytuje informace především kombinací předchozích – 67% (6) a vysvětlením 33% (3). V Rokycanské nemocnici jsou ze 60% (3) podávány informace formou názorné ukázky a 40% (2) vysvětlením. Ve strakonické nemocnici podávají informace ze 70% (7) formou vysvětlením a ve 30% (3) kombinací předchozích. Žádná z porodních asistentek z pěti uvedených nemocnic nevedla samostatně formu informačního materiálu.

Otázka č. 10: O jakou metodu mají rodičky nejčastěji zájem?



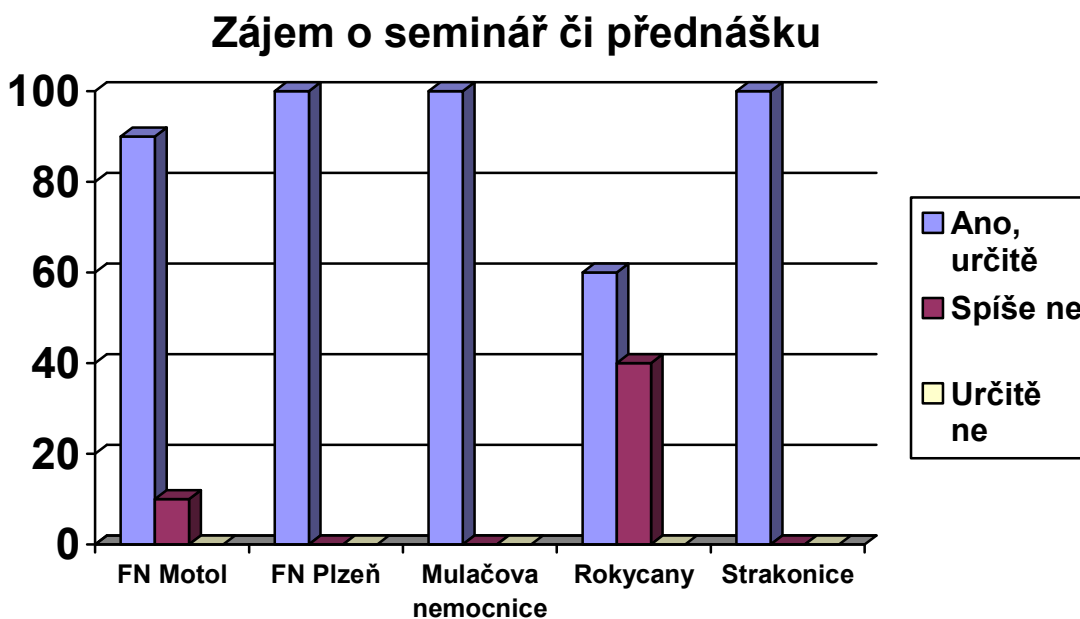
Ze všech odpovědí je dle porodních asistentek největší zájem o hydroanalgezii – 45% (52), dále o gymnastický míč – 21% (25), polohování 15% (18) a aromaterapii – 10% (12). Mezi méně žádané metody patří masáž zad olejíčkem – 4,23% (5) a opora žebřin - 2% (2) či porodní stolička - 2% (2). Nejméně uváděnou metodou byla přítomnost otce u porodu – 1% (1).

Otázka č. 11 : Máte zájem o využívání nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu?



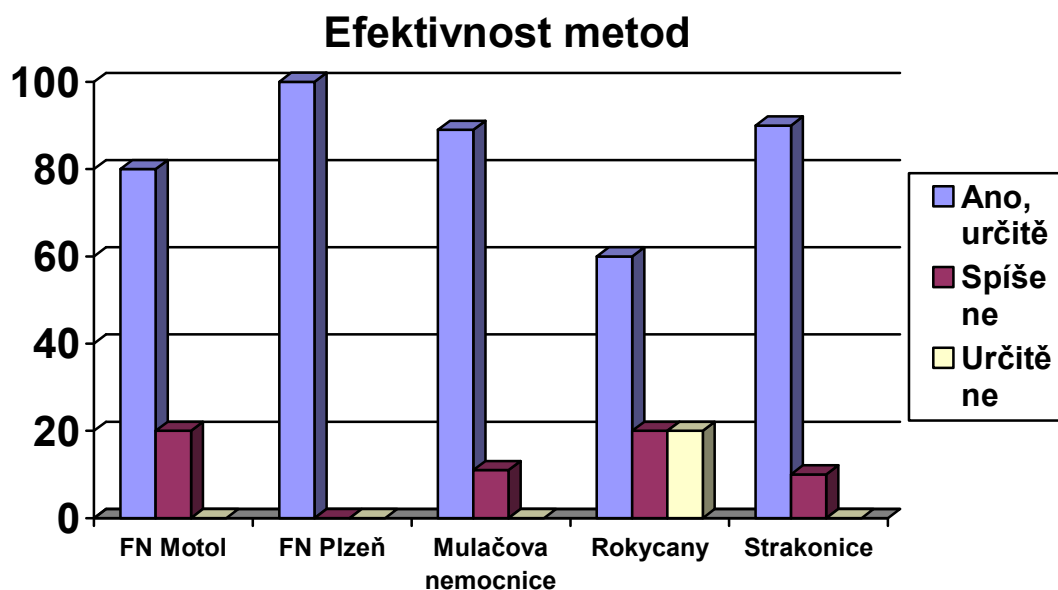
Na otázku číslo jedenáct uvádějí respondenty z Fakultní nemocnice Motol (10), Fakultní nemocnice Plzeň (12), Mulačovy nemocnice (9) i nemocnice Strakonice (10) 100% zájem o nefarmakologické metody tišení bolesti v průběhu porodu. Nemocnice v Rokycanech udává 80% (4) odpovědi „ano, určitě“ a 20% (1) odpovědi „spíše ne“.

Otázka č. 12 : Uvítala byste seminář či přednášku na téma nefarmakologického tišení bolesti při porodu?



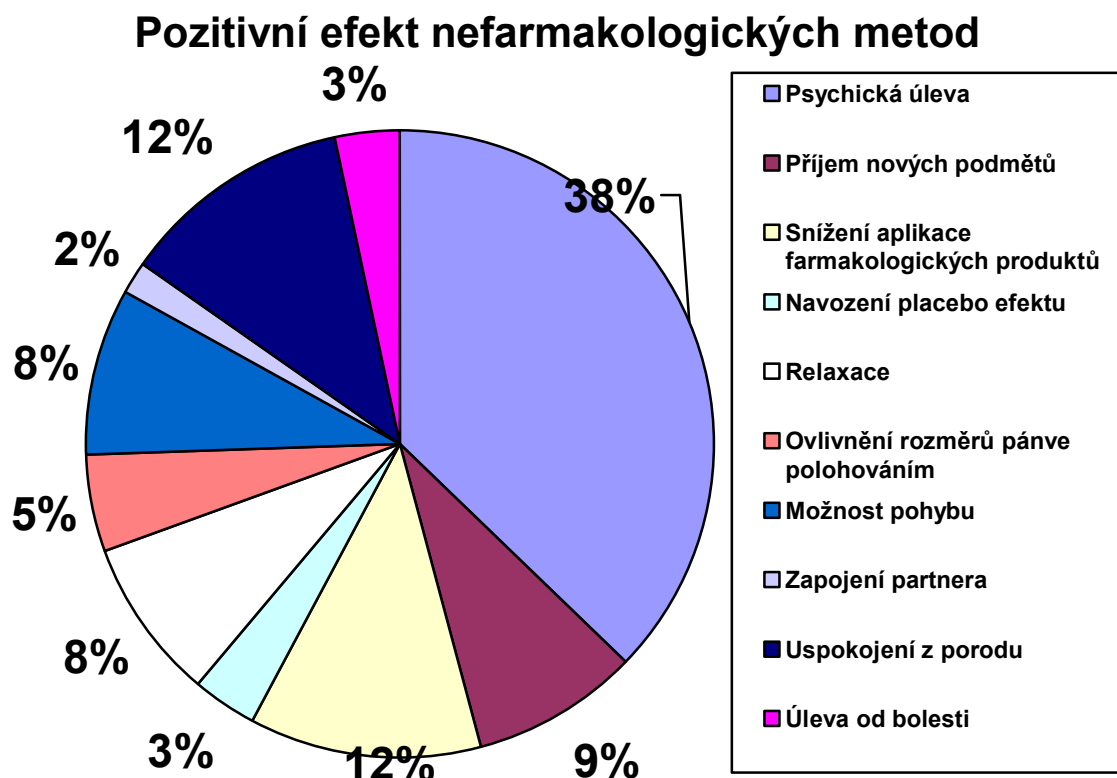
Fakultní nemocnice Motol odpověděla na otázku číslo dvanáct v 90% (9) „ano, určitě“ a 10% (1) odpovědí bylo „spíše ne“. Fakultní nemocnice Plzeň odpověděla 100% (12) „ano, určitě“. Z Mulačovy nemocnice je též 100% (9) pro odpověď „ano, určitě“. Z Rokycanské nemocnice jsou výsledky následné: 60% (3) odpovědí „ano, určitě“ a 40% (2) odpovědi „spíše ne“. Porodní asistentky ze strakonické nemocnice odpověděly 100% (10) „ano určitě“.

Otázka č. 13: Považujete nefarmakologické tlumení bolesti za efektivní?



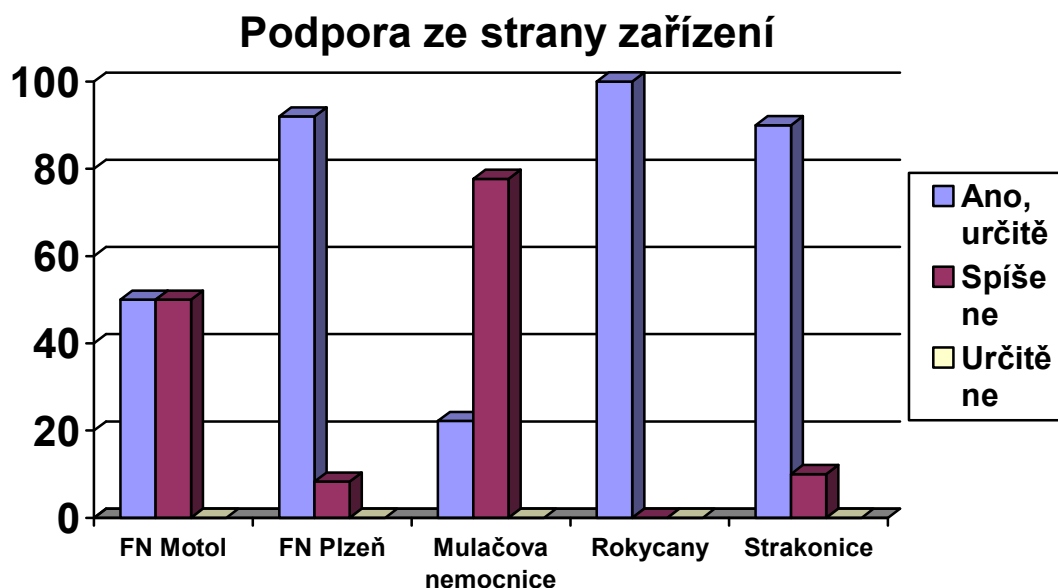
Respondenty z Fakultní nemocnice Motol považují z 80% (8) nefarmakologické tlumení bolesti za porodu jako efektivní a 20% (2) spíše ne. Respondenty z Fakultní nemocnice Plzeň udaly 100% (12) odpovědí „ano, určitě“. Odpovědi z Mulačovy nemocnice jsou následné: 89% (8) pro „ano, určitě“ a 11% (1) pro „spíše ne“. Nemocnice Rokycany uvádí 60% (3) odpovědí „ano, určitě“, 20% (1) „spíše ne“ a 20% (1) odpověď „určitě ne“. Porodní asistentky ze Strakonice považují v 90% (9) nefarmakologické metody za efektivní a 10% (1) spíše ne.

Otázka č. 14. : Proč považujete nefarmakologické tlumení bolesti za efektivní/neefektivní?



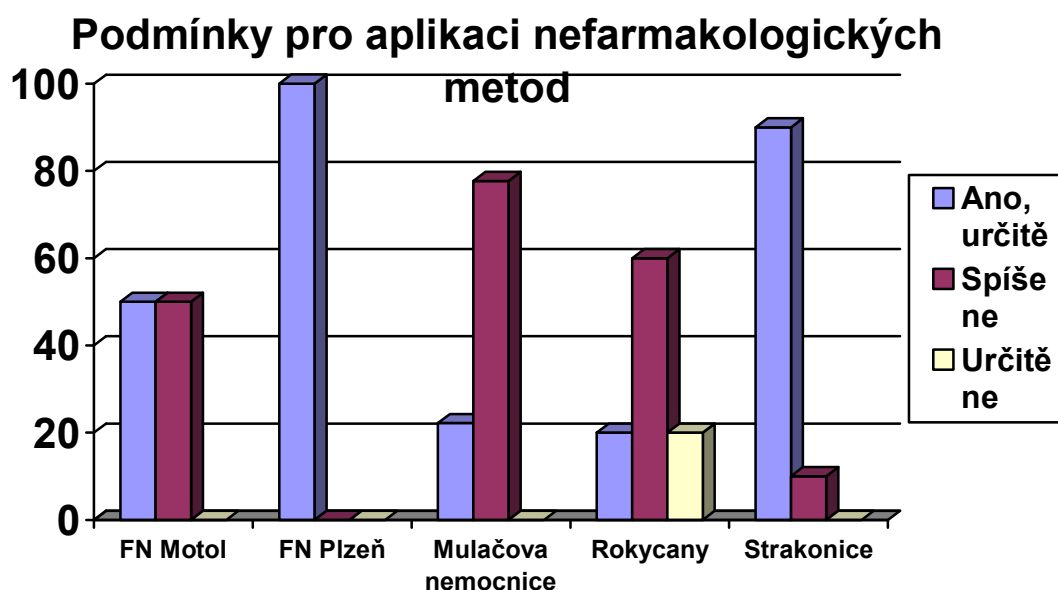
Psychická úleva tvoří dle porodních asistentek 38% pozitivního účinku nefarmakologických metod. Další pozitiva jsou: uspokojení z porodu 12%, snížení aplikace farmaceutických produktů 12%, 9% příjem nových podmětů, relaxace 8% a možnost pohybu 8%. Mezi další výhody patří možnost ovlivnění pánevních rozměrů polohováním 5%, navození placebo efektu 3%, úleva od bolesti 3% a zapojení partnera do porodu 2%.

Otázka č. 15 : Podporuje Vás zařízení, ve kterém pracujete, v praktikování nefarmakologických metod při porodu?



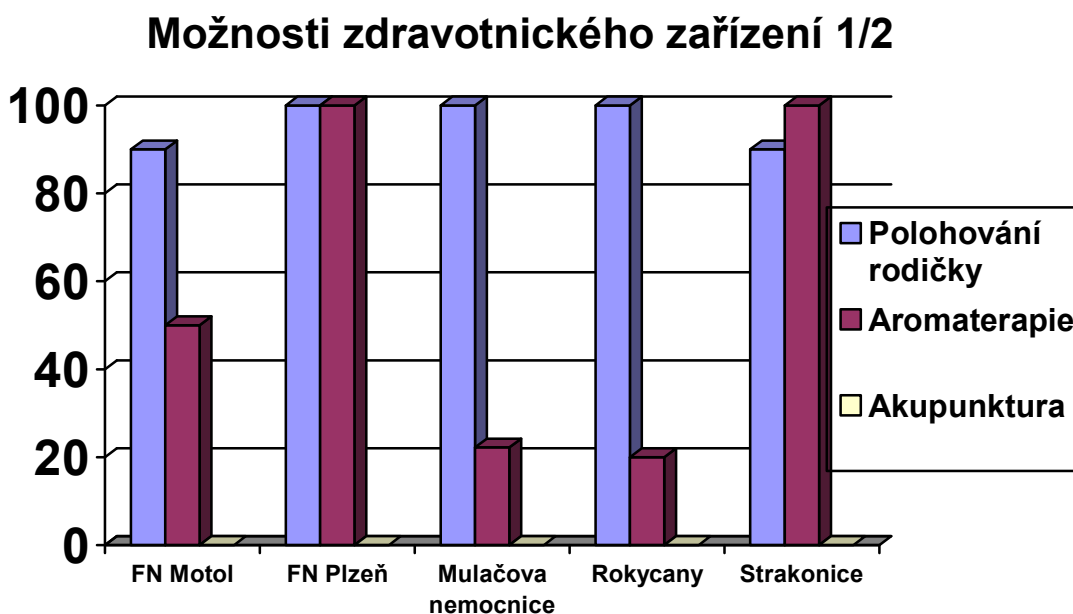
Respondenty z Fakultní nemocnice Motol udávají podporu ze strany zařízení v 50% (5) a v 50% (5) spíše ne. Fakultní nemocnice Plzeň udává podporu v 92% (11) a 8,3% respondentek udává odpověď „spíše ne“. Mulačova nemocnice Plzeň má následné výsledky: 22% (2) odpovědi „ano, určitě“ a 78% (7) odpovědí „spíše ne“. Porodní asistentky z Rokycanské nemocnice udávají podporu ze strany zařízení ve 100% (5) odpovědí. Strakonická nemocnice udává podporu v 90% (9) a v 10% (1) spíše ne.

Otázka č. 16 : Myslíte si, že máte ze strany zdravotnického zařízení, ve kterém pracujete, vhodné podmínky k praktikování alternativních metod tišení bolesti za porodu?



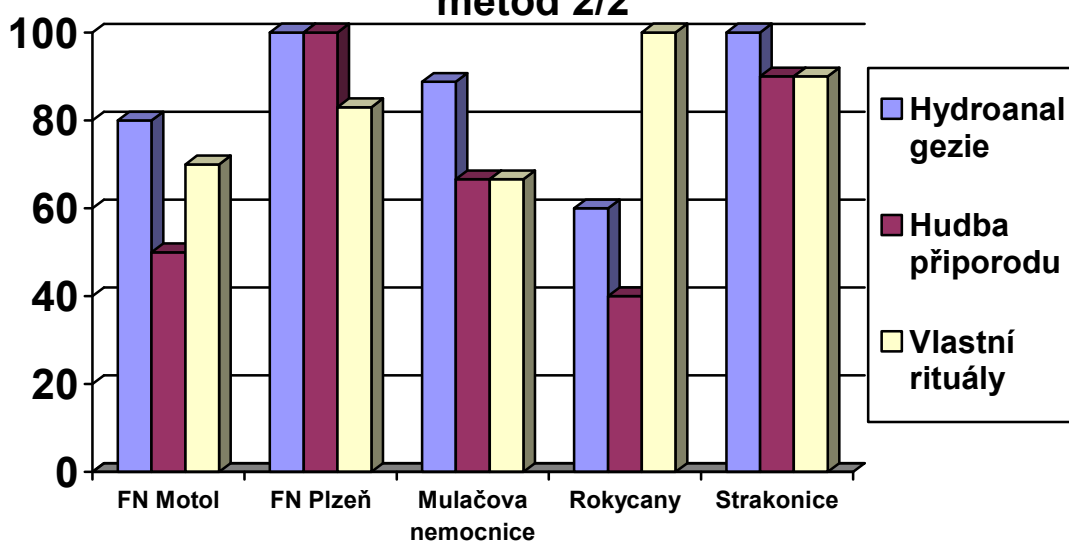
Z Fakultní nemocnice Motol udávají respondenty 50% (5) odpovědi „ano, určitě“ a 50% odpovědi „spíše ne“. Fakultní nemocnice Plzeň uvádí 100% (12) podporu ze strany zdravotnického zařízení. V Mulačově nemocnici Plzeň respondenty uvedly podporu ve 22%(2) a „spíše ne“ v 78% (7). Nemocnice Rokycany má následující výsledky: 20% (1) odpovědi „ano určitě“, 60% (3) odpovědi „spíše ne“ a 20% (1) odpověď „určitě ne“. Strakonická nemocnice udává podporu v 90% (9) a v 10% (1) spíše ne.

Otázka č. 17: Umožňuje Vám zařízení praktikovat některou z následujících metod?



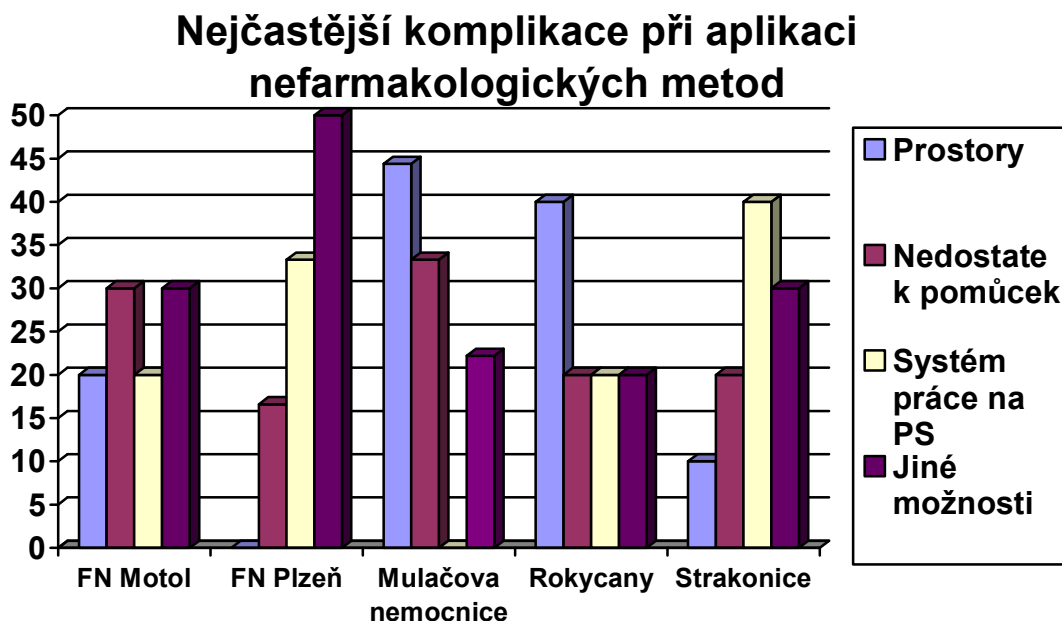
Respondenty z Fakultní nemocnice Motol udávají k možnosti polohování rodičky při porodu“ 90% (9) odpovědí, 50% (5) odpovědí k aromaterapii a žádnou odpověď k akupunkturu. Respondenty z Fakultní nemocnice Plzeň uvedly 100% (12) odpovědí k možnosti polohování rodičky při porodu, 100% (12) odpovědí pro využívání aromaterapie a žádnou odpověď pro akupunkturu. Porodní asistentky z Mulačovy nemocnice Plzeň uvádějí 100% odpovědí k možnosti polohování rodičky při porodu, 22% (2) odpovědí k aromaterapii a žádnou odpověď k akupunkturu. Nemocnice Rokycany udává možnost využívání polohování rodičky při porodu 100% (9), 20% odpovědí k aromaterapii a žádnou odpověď k akupunkturu. Respondenty z nemocnice ve Strakonici uvádějí v 90% (9) možnost polohování rodičky při porodu, 100%(10) odpovědí k aromaterapii a žádnou odpověď pro akupunkturu.

Podmínky pro aplikaci nefarmakologických metod 2/2



Respondenty z Fakultní nemocnice Motol udávají možnost využívání hydroanalgezie v 80% (8), hudby za porodu v 50% (5) a vlastních rituálů při porodu 70% (7). Z Fakultní nemocnice Plzeň jsou odpovědi následné: 100% (12) odpovědí pro hydroanalgezi, 100% (12) odpovědí pro hudbu při porodu a 83% (10) odpovědí pro vlastní rituály ženy. Mulačova nemocnice Plzeň 89% (8) pro polohování rodičky, 67% (6) hudba při porodu a 67% (6) vlastní rituály ženy. Z Rokycanské nemocnice jsou výsledky následné: 60% (3) pro polohování rodičky, 40% (2) pro hudbu při porodu a 100% (5) odpovědí „vlastní rituály ženy“. Nemocnice ve Strakonici uvádí 100% (10) odpovědí s možností polohovat rodičku při porodu, 90% (9) odpovědí „hudba při porodu“ a 90% (9) vlastní rituály ženy. Žádná z porodních asistentek neuvědla jinou možnost.

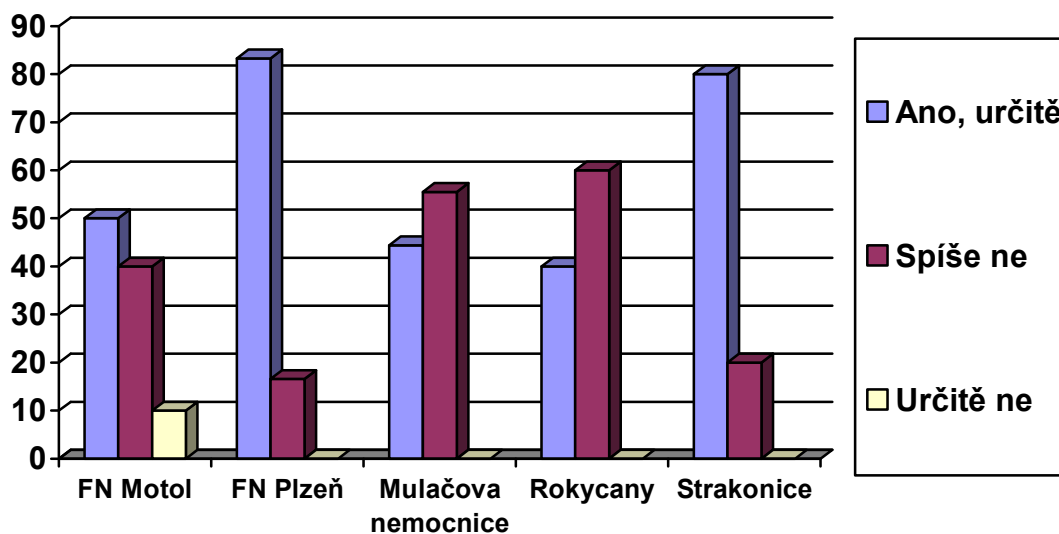
Otázka č. 18 : Co Vám nejčastěji znemožňuje či komplikuje aplikaci nefarmakologických metod?



Respondenty z Fakultní nemocnice Motol udávají 20% (2) jako problém prostory, 30% (3) nedostatek pomůcek, 20% (2) systém práce na porodním sále a 30% udává jiné důvody. Z Fakultní nemocnice Plzeň jsou výsledky následné: prostory 0%, nedostatek pomůcek 17% (2), 33% (4) systém práce na porodním sále a v 50% (5) jiné možnosti. Mulačova nemocnice Plzeň udává z 45% (4) prostory, 33% (3) nedostatek pomůcek, 0% systém práce na porodním sále a 22% (2) ostatní možnosti. Porodní asistentky z Rokycanské nemocnice udávají 40% (2) prostory, 20% (1) nedostatek pomůcek, 20% (1) systém práce na porodním sále a 20% (1) jiné možnosti. Strakonická nemocnice 10% (1) prostory, 20% (2) nedostatek pomůcek, 40% (4) systém práce a 30% (3) porodní asistentky udávají jiné možnosti.

Otázka č. 19 : Cítíte podporu při aplikaci nefarmakologických metod ze strany lékařů?

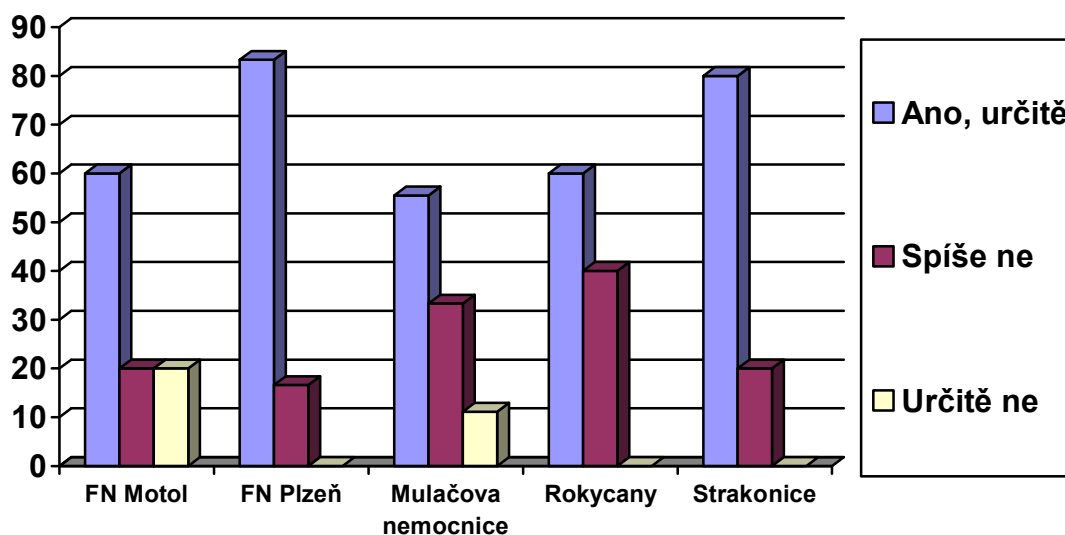
Podpora lékařů



Fakultní nemocnice Motol má následné výsledky: 50% (5) odpovědí „ano, určitě“, 40% (4) odpovědí „spíše ne“ a 10% (1) odpověď „určitě ne“. Respondenty z Fakultní nemocnice Plzeň odpověděly v 84% (10) „ano, určitě“, 16% (2) „spíše ne“ a žádná porodní asistentka neodpověděla „určitě ne“. V Mulačově nemocnici Plzeň bylo 44% (4) odpovědí „ano, určitě“, 56% (5) „spíše ne“ a žádná odpověď „určitě ne“. Z Rokycanské nemocnice jsou odpovědi 40% (2) „ano, určitě“ a 60% (3) „spíše ne“. Žádná odpověď „určitě ne“. Strakonická nemocnice udává 80% (8) odpovědí „ano, určitě“, 20% (2) „spíše ne“, 0% odpovědí „určitě ne“.

Otázka č. 20 : Doporučí Vám sám lékař alespoň u jedné z 5 žen alternativní metodu ke ztišení bolesti?

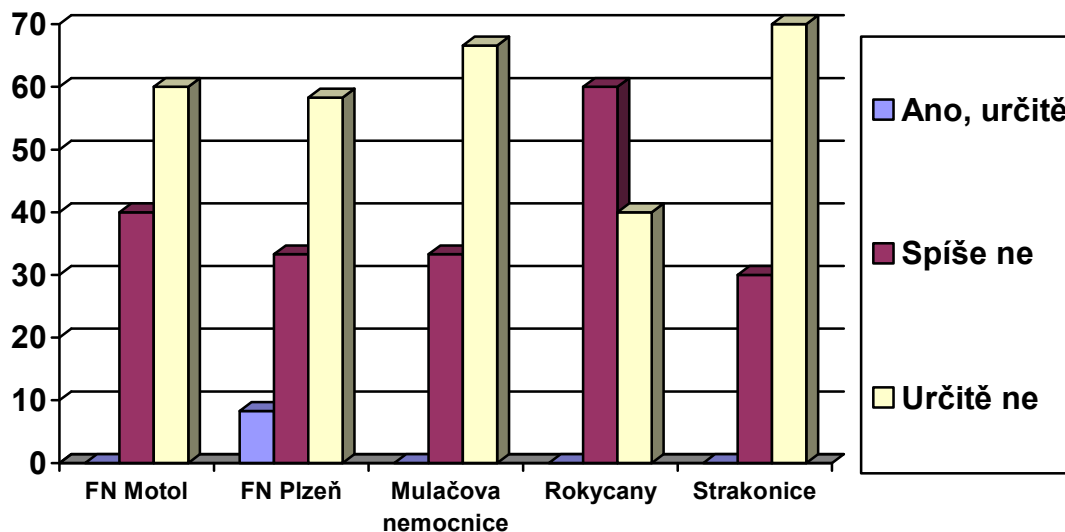
Doporučení alternativních metod lékaři



Respondenty z Fakultní nemocnice Motol uvádějí 60% (6) odpovědí „ano, určitě“, 20% (2) „spíše ne“ a 20% (2) „určitě ne“. Fakultní nemocnice Plzeň uvádí 83% (10) odpovědí „ano, určitě“, 17% (2) „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“. Porodní asistentky Mulačovy nemocnice udávají 56% (5) odpovědí „ano, určitě“, 33% (3) odpovědi „spíše ne“ a 11% (1) „určitě ne“. Rokycanská nemocnice má následné výsledky: 60% (3) „určitě ano“, 40% (2) „spíše ne“ a 0% „určitě ne“. Strakonická nemocnice udává 80% (8) odpovědí „ano, určitě“, 20% (2) odpovědi „spíše ano“ a 0% odpovědí „určitě ne“.

Otázka č. 21 : Máte dojem, že porodní asistentka, která praktikuje alternativní metody je pro lékaře „méněcenná“?

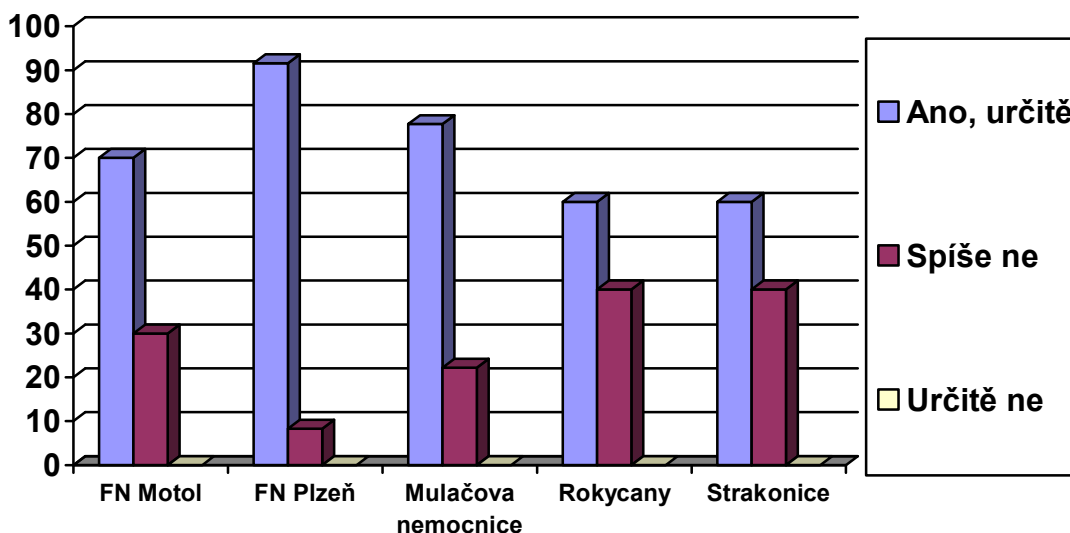
porodní asistentky a lékaři



Porodní asistentky z Fakultní nemocnice Motol uvedly: 40% (4) odpovědi „spíše ne“ 60% (6) „určitě ne“ a 0% odpovědi „ano, určitě“. Fakultní nemocnice Plzeň udává 8% (1) odpověď „ano, určitě“, 33% (4) odpovědi „spíše ne“ a 59% (7) odpovědi „určitě ne“. Mulačova nemocnice Plzeň má následné výsledky: 0% odpověď „ano, určitě“, 33% (3) odpovědi „spíše ne“, 67% (6) odpovědi „určitě ne“. Rokycanská nemocnice: 0% odpovědi „ano, určitě“, 60% (3) odpovědi „spíše ne“ a 40% (4) odpovědi „určitě ne“. Nemocnice Strakonice udává 0% „ano, určitě“, 30% (3) odpovědi „spíše ne“ a 70% (7) odpovědi „určitě ne“.

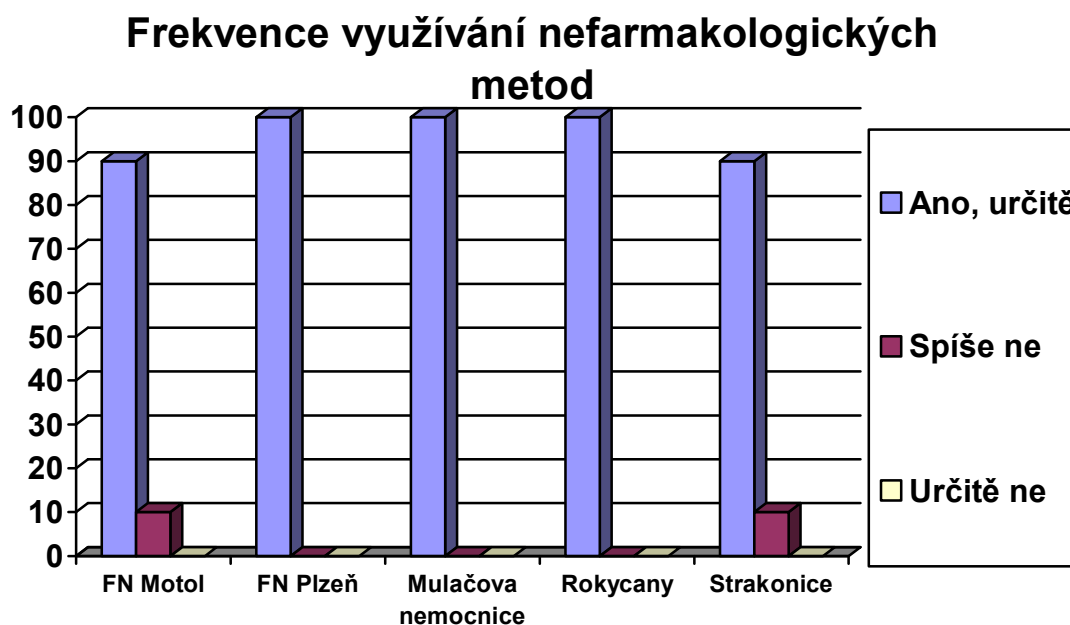
Otázka 22 : Domníváte se, že Vaše vytíženost ve službě Vám umožní využívání alternativních metod za porodu?

Časové možnosti porodních asistentek



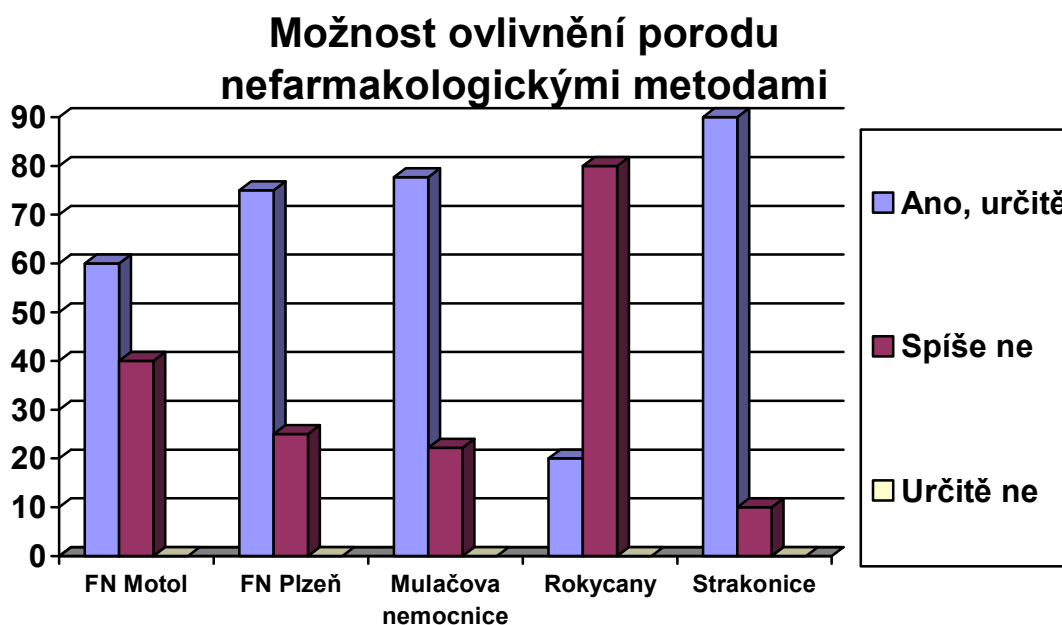
Respondenty z Fakultní nemocnice Motol uvedly 70% (7) odpovědí „ano, určitě“, 30% (3) odpovědí „spíše ne“ a 0% „určitě ne“. Fakultní nemocnice Plzeň má následné výsledky: 92% (11) odpovědí „ano, určitě“, 8% (1) odpověď „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“. Mulačova nemocnice: 78% (7) „ano, určitě“ 22% (2) „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“. Rokycanská nemocnice udává 60% (3) odpovědi „ano, určitě“, 40% (2) odpovědi „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“. Nemocnice Strakonice má následné výsledky: 60% (6) odpovědí „ano, určitě“, 40% „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“.

Otázka č. 23 : Použijete alespoň u jedné z pěti žen některou z alternativních metod tišení bolesti?



Porodní asistentky z Fakultní nemocnice Motol udávají 90% (9) odpovědí „ano, určitě“, 10% (1) odpověď „spíše ne“ a 0% odpovědí „určitě ne“. Fakultní nemocnice Plzeň uvádí 100% odpovědí „ano, určitě“ stejně jako Mulačova nemocnice Plzeň a nemocnice v Rokycanech. Strakonická nemocnice uvádí 90% (9) odpovědí „ano, určitě“ a 10% (1) odpověď „spíše ne“

Otázka č. 24 : myslíte si, že v případě většího časového prostoru byste dokázala alternativními metodami pozitivně ovlivnit průběh porodu?



Fakultní nemocnice Motol udává 60% (6) odpovědí „ano, určitě“ a 40% (4) odpovědi „spíše ne“. Fakultní nemocnice Plzeň udává 75% (9) odpovědí „ano, určitě“ a 25% (3) odpovědi „spíše ne“. Mulačova nemocnice Plzeň má následné výsledky: 78% (7) odpovědí „ano, určitě“ a 22% (2) odpovědi „spíše ne“. Respondenty z Rokycanské nemocnice uvádějí 20% (1) odpověď „ano, určitě“ a 80% (4) odpovědi „spíše ne“. Nemocnice Strakonice: 90% (9) odpovědi „ano, určitě“ a 10% (1) odpověď „spíše ne“.

DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala nefarmakologickým tlumením bolesti v průběhu porodu. Informace k vytvoření praktické části byly získány z dotazníkového šetření. Celý výzkum probíhal od 20. 02. 2012 do 15. 03. 2012. Celkem bylo rozdáno 63 anonymních dotazníků. Celková návratnost byla 76,4% , tedy 46 dotazníků. Dotazník má 24 cílených otázek, které navazují na sedm hypotéz.

Otázky číslo 1-3 byly zaměřeny na obecné informace o respondentovi. Z výsledků na otázku č. 1 vyplývá, že ze dvou velkých nemocnic je stejný počet respondentů, jako ze tří malých. Z celkového počtu rozdaných dotazníků je možné si povšimnout, že v malých nemocnicích odpovídaly porodní asistentky na dotazník častěji, než ve velkých nemocnicích. Otázka č. 2 – věk respondentek ukazuje, že největší podíl mladých porodních asistentek má Fakultní nemocnice Plzeň. Tento fakt se projevuje na výběru odpovědí, které se díky převážně stejnému věkovému průměru příliš neliší. Na druhém místě je Fakultní nemocnice Motol. Domnívám se, že Fakultní nemocnice Plzeň a Fakultní nemocnice Motol mají vyšší počet mladých porodních asistentek z důvodu atraktivnosti moderně vybaveného pracoviště. Otázka číslo 3 poukazuje na přibližně vyváženou délku praxe v oboru ve všech nemocnicích, výjku tvoří Fakultní nemocnice Plzeň, která má nejvíce respondentek s velmi krátkou praxí.

Kritériem pro celkové vyhodnocení grafu a potvrzení hypotézy byla stanovena správná odpověď u 4 z 5 nemocnic, nejméně ze 70%. Při porovnání velkých nemocnic: FN Motol a FN Plzeň obě ze 70% a malé nemocnice nejméně dvě ze tří z 70%.

Cíl č. 1: *Zjistit úroveň znalostí porodních asistentek v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti.* K jeho zjištění byla použita otázka:“ Jakou úroveň znalostí mají porodní asistentky v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti?“ K získaným datům se váže graf číslo 4,5,6,7. Z těchto grafů vyplývá, že ačkoli porodní asistentky uvedly převážně znalost několika metod, znalosti o metodách mají. Tím jsem si *nepotvrdila hypotézu číslo 1* : Domnívám se, že porodní asistentky nemají dostatečné znalosti v oblasti nefarmakologického tlášení bolesti.

Cíl č. 2: Zjistit, zda porodní asistentky podávají dostatečné množství informací o možnostech nefarmakologického tlášení bolesti. K zjištění cíle č. 2 byla použita otázka: Podávají porodní asistentky dostatečné množství informací o možnostech nefarmakologického tlášení bolesti? K získaným údajům se váže graf číslo 8, 9 a 10. Ze získaných údajů vyplývá, že ve velkých nemocnicích podávají porodní asistentky

dostatečné množství informací, ale v malých nemocnicích ne. Domnívám se, že souvislost mezi jednoznačnými odpověďmi na konkrétní alternativní metody (graf č. 5, 6, 7) a nepříznivé vyhodnocení grafů o podávání informací souvisí s přirozenou znalostí metod a jejich nevědomém zapojení do porodu. Na mou teorii navazuje i graf číslo 9, ve kterém porodní asistentky uvádějí převážně kombinaci metod, kterými informují rodičky. Myslím si, že pokud porodní asistentky podávají informace převážně více způsoby, měly by být odpovědi na podávání informací početnější, vzhledem k potřebě znát více možností jak informace o dané metodě podat. Z tohoto důvodu se mi *potvrdila hypotéza číslo 2*: Domnívám se, že porodní asistentky nepodávají ženám dostatek informací o možnostech, nefarmakologického tlumení bolesti

Cíl č. 3 : Zjistit, zda mají porodní asistentky zájem o metody nefarmakologického tlumení bolesti. K zjištění tohoto cíle jsem použila otázku: Mají porodní asistentky zájem o nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu? K této otázce se pojí graf číslo 11 a 12. Výsledky grafu 11. i 12. hovoří o 100% zájmu porodních asistentek, o metody nefarmakologického tlumení bolesti za porodu či případný seminář ve velkých i malých nemocnicích. *Potvrdila se mi tak hypotéza číslo 3* : Domnívám se, že porodní asistentky mají zájem o nefarmakologické tlumení bolesti při porodu.

Cíl č. 4: Zjistit, zda porodní asistentky považují alternativní tlumení bolesti za efektivní. Pro zjištění tohoto cíle bylo použito otázky: Považují porodní asistentky alternativní tlumení bolesti za efektivní? K daným údajům se vztahují grafy číslo 13 a 14. Výsledky z grafu č. 13 potvrdily zájem porodních asistentek o metody. Graf číslo 14. zobrazuje nejčastější odpovědi respondentek, přičemž žádná neuvedla důvody neefektivnosti metod. Porodní asistentky nejčastěji popisovaly psychickou úlevu žen. Za výhodu považují možnost aktivně zapojit rodičku do porodu, například polohováním. Tím žena dosáhne většího pocitu soběstačnosti, zmírní se její strach a úzkost. Těmito grafy se *hypotéza č. 4 potvrdila*: Domnívám se, že porodní asistentky považují alternativní tlumení bolesti za efektivní.

Cíl číslo 5: Zjistit, zda mají porodní asistentky ze strany zdravotnického zařízení podmínky k praktikování alternativních metod. Otázka k tomuto cíli zní: Mají porodní asistentky ze strany zdravotnického zařízení podmínky k aplikaci nefarmakologických metod? K tomuto tématu patří grafy 15,16, 17/1, 17/2 a 18. Graf č. 15 ukazuje na nedostatečnou podporu zdravotnických zařízení. Překvapivě největší podporu udává nemocnice Rokycany, která má velmi nízké procento pozitivních odpovědí k využívání alternativních metod. Z grafu číslo 16 je patrné, že méně vhodné podmínky pro aplikaci

nefarmakologických metod mají v menších nemocnicích. Graf č. 17/1 a 17/2 ukazuje bezproblémové využívání polohování rodičky za porodu, tedy metody, jež lze aplikovat bez využití pomůcek. Tyto výsledky jsou téměř stejné u všech nemocnic. Další metody jsou nerovnoměrně využívány dle možností konkrétního porodního sálu. Myslím si, že vnímání porodních asistentek, zda jsou zařízením podporovány či nikoli, je ovlivněn způsobem práce a skladbou personálu více, než samotným nedostatkem prostoru či pomůcek. Z grafu číslo 18 vyplývají jako nejčastější problémy jiné možnosti, než byly v nabídce. Porodní asistentky uváděly: nespolutracující rodičku, CTG monitoring, nebo odpověď, že aplikaci nefarmakologických metod nejsou ničím komplikovány. Z výsledků grafu č.15 a doplňujících grafů k této otázce vyplývá, že se *hypotéza č. 5 potvrdila*: Domnívám se, že porodní asistentky nemají podmínky ze strany zdravotnického zařízení k praktikování alternativních metod

Cíl č. 6: Zjistit, zda lékaři podporují porodní asistentky v praktikování nefarmakologických metod tišení bolesti. K zjištění tohoto cíle byla použita otázka: Podporují lékaři porodní asistentky v aplikaci nefarmakologických metod při porodu?

Graf č. 19 prezentuje nedostatečnou podporu porodních asistentek ze strany lékařů. Graf číslo 20 poukazuje na nedostatečné doporučování alternativních metod lékaři. Z obou grafů je zřejmé, že největší podpory se dostává Fakultní nemocnici v Plzni a nemocnic ve Strakonících. Graf číslo 21 prezentuje vlastní postavení porodní asistentky při aplikaci alternativních metod. Malé ani velké nemocnice nesplňují kritérium pro pozitivní výsledek. *Hypotéza č. 6 se mi tak potvrdila*: Domnívám se, že porodní asistentky nejsou podporovány v aplikaci alternativních metod lékaři.

Cíl č. 7: Zjistit, zda frekvence využívání nefarmakologických metod souvisí s náročností zaměstnání porodní asistentky. K získání těchto informací byla použita otázka: Souvisí frekvence využívání nefarmakologických metod při porodu s náročností povolání porodní asistentky? Graf číslo 22 hovoří o časových možnostech respondentek využívat alternativní metody v praxi. Z výsledků vyplývá, že větší nemocnice umožňují aplikaci nefarmakologických metod a malé nemocnice ne. Domnívám se, že tento výsledek je ovlivněn menší porodností v malých nemocnicích, kde mají respondenty menší zkušenost s alternativními metodami. Graf č. 23 poukazuje na použití alternativní metody alespoň u jedné z pěti žen a to ve všech nemocnicích bez rozdílu velikosti. Graf č 24 prezentuje možnost ovlivnit průběh porodu nefarmakologickými metodami. Výsledky grafu odpovídají spíše pro možnost ovlivnění průběhu porodu nefarmakologickou metodou, avšak nesplňuje požadovaná kritéria. *Hypotéza č. 7 se mi nepotvrdila*: Domnívám se, že

neužívání alternativních metod souvisí s nedostatkem času a náročností povolání porodní asistentky.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala nefarmakologickým tlumením bolesti v průběhu porodu. V teoretické části práce jsem se zaměřila na oblasti alternativní medicíny, role porodní asistentky v době otevírací, vypuzovací a k lůžku. Dále jsem se zaměřila na psychologii bolesti při porodu. V následných kapitolách popisují různé druhy nefarmakologických metod: polohování rodičky, aromaterapii a akupunktura. Dalšími metodami jsou hydroanalgezie, využití hudby při porodu atd. Praktická část je zpracována formou kvantitativního šetření za využití dotazníků. Výzkum probíhal od 20. 02. 2012 do 15. 03. 2012. Cílovou skupinou byly porodní asistentky z pěti nemocnic. Hlavním cílem bylo vyzkoumat celkový stav využívání alternativních metod s následným vygenerováním překážek. Dotazník obsahuje 24 otázek, které navazují na 7 hypotéz. Ze sedmi hypotéz se dvě nepotvrdily – hypotéza č. 1. a 7., hypotézy číslo 2., 3., 4., 5., 6. se potvrdily.

Z celkových výsledků grafů vyplývá, že porodní asistentky mají informace i zájem o metody nefarmakologického tlášení bolesti za porodu, avšak nepodávají rodičkám dostatečné množství informací. Pro porodní asistentky jsou metody zajímavé a uvítaly by další vzdělávání. Myslím si, že v případě nevyužívání metod jsou příčinou spíše než malá podpora zdravotnického zařízení či lékařů zvyklosti na oddělení. Porodní asistentky z Fakultní nemocnice Plzeň mají převážně stejné odpovědi jako z malé, nemocnice Strakonice. Z toho usuzuji, že velikost nemocnice nehraje roli v aplikaci nefarmakologických metod a je otázkou, proč je tomu jinak u ostatních, malých nemocnicích.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI:

Mým doporučením pro praxi je zvolení si jednotné filozofie práce na porodním sále s přihlédnutím k možnostem zdravotnického zařízení. Dále podpora zdravotnických pracovníků v aplikaci nefarmakologických metod. Pro zlepšení informovanosti i péče je dle mého názoru zapotřebí uvědomit si možnosti daného pracoviště. Pro malé nemocnice by bylo optimálním řešením využívání alternativních metod, jako jsou gymnastické míče, sprcha, či polohování. Tyto metody nevyžadují stálou přítomnost porodní asistentky, která je v menších nemocnicích převážně sama. Tyto metody bych obohatila jednoduchým informačním materiálem.

Ve Fakultní nemocnici Plzeň a Fakultní nemocnici Motol je díky samostatným porodnickým pokojům větší prostor. Tyto zařízení bych směřovala k aromaterapii,

hydroanalgezie – vana, polohování s využitím ribstolí či lan. Všechny metody bych opět podpořila informačním materiálem.

Informační materiál by měl obsahovat informace o možnostech nefarmakologického tišení bolesti. Forma přehledné, barevné brožury s obrázky rodičce snadno a rychle demonstuje podstatu metody, na kterou se v případě zájmu může zeptat porodní asistentky.

LITERATURA A PRAMENY

1. BALASKASOVÁ, Janet; ODENT, Michel; KITZINGEROVÁ, Sheila. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*, vydání první. Praha: Argo, 2010. 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
2. BEHINOV, M., KAISEROVÁ, K., KARGER, P., *Velká kniha o mateřství: Připravená s předními českými lékaři a časopisem maminka*, vydání první. Praha: Mladá fronta, 2006. 328 s. ISBN 80-204-1526-2.
3. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich et al. *Porodnictví*. vydání první. Praha: Grada, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
4. DAVISOVÁ, Patricia. *Aromaterapie: od A do Z.*, vydání první. Praha: Alternativa, 2005. 501 s. ISBN 80-85993-96-1
5. HEŘT, Jiří, et al. *Alternativní medicína: Možnosti a rizika.*, vydání první. Praha : Grada Publishing, 1995. 208 s. ISBN 80-7169-151-8
6. HEŘT, Jiří; HNÍZDIL, Jan; KLENER, Pavel. *Akupunktura : Mýty a realita*. Vydání první. Praha: Galén, 2002. 183 s. ISBN 80-7262-167-X
7. KOTT, Otto. *Anatomie pro fyzioterapeuty: nervová soustava*. 2000. Plzeň: Nava, 2000. 50 s. ISBN 80-902876-2-x.
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo 2.*, 1. přepracované vydání, Martin: Osveta, 1995. 1474s., ISBN 80-217-0528-0
9. KUBROVÁ, Lucie, *Porodní plán, jeho tvorba a testování na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice v Plzni: Bakalářská práce*, vydání první, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, katedra ošetrovatelství, 2010, 106 s ,
10. ODENT, Michel, *Znovuzrozený porod*. 1. vydání. Praha: Argo 1995.,s.152. ISBN 80-85794-69-1
11. PAŘÍZEK, A., *Knih o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. s.414. ISBN 80-7262-411-3
12. PORODNICE.CZ, Akupunktura [on line] In *Porodnice.cz*, [cit. 1.3.2012].
C 2002- 2012, <<http://lekari.porodnice.cz/akupunktura>>
13. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. vydání první. Praha : Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
14. ROZSYPALOVÁ, Marie; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství I : pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. vydání první. Praha : Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

15. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Intenzivní péče na porodním sále*. vydání první. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
16. SAMKOVÁ, A., Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. In. *Moderní babictví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. 2011, č.20.,s.62, ISSN
17. TOMAN, O., 2009, *Co je to chiropraxe* [on line], In Mudr. Toman Ondej, [cit. 1.3.2012]. Poslední verze r.2009, dostupné na <<http://chiropraxe.cz/co-je-to-chiropraxe/?PHPSESSID=4c8113245f9f00e516193de61cd301e3>>

SEZNAM ZKRATEK

Atd. a tak dále

mmHg milimetr rtuťového sloupce

např.....například

s sekunda

PŘÍLOHY

Příloha č.1: Dotazník pro porodní asistentky

Vážená porodní asistentko,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistence na ZČU v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je základem výzkumného šetření pro mou bakalářskou práci, jejímž tématem je Nefarmakologické tišení bolesti v průběhu porodu. Prosím, přečtěte si pečlivě následující otázky a značte vždy pouze jednu variantu, pokud nebude uvedeno jinak. Dotazník je anonymní.

Děkuji velmi za ochotu. Marie Beranová

1. Napište, prosím, město a nemocnici, v níž momentálně pracujete:

2. Uveďte, prosím, svůj věk:

- a) 20 - 30 let
- b) 31- 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) více než 60 let

3. Uveďte, prosím, délku své praxe v oboru:

- a) 1-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) více než 15 let

4. Jak byste ohodnotila úroveň svých znalostí ohledně metod nefarmakologického tišení bolesti?

- a) výborná znalost
- b) znám několik metod
- c) znám jednu či žádnou metodu

5. Je autosugesce alternativní metodou?

- a) ano, určitě
- b) ne, není
- c) nevím

6. Můžeme aromaterapii aplikovat formou vtírání oleje do kůže rodičky?

- a) ano, určitě
- b) nesmíme
- c) nevím

7. Lze polohováním rodičky relaxovat pánevní dno?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne
- d) nevím

8. Nabízíte ženám informace o možnostech nefarmakologického tlumení bolesti? (pokud nepodáváte informace, vynechejte otázku č. 9)

- a) ano, nabízím z vlastní aktivity
- b) ano, nabízím při dotazu rodičky
- c) těmto otázkám se vyhýbám

9. Jakou formou rodičkám nejčastěji podáváte informace o nefarmakologickém tišení bolesti?

- a) informační materiál
- b) názorná ukázka
- c) vysvětlení
- d) kombinace předchozích

10. O jakou metodu mají rodičky nejčastěji zájem? (napíšte, můžete i více možností)

11. Máte zájem o využívání nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) nemám

12. Uvítala byste seminář či přednášku na téma nefarmakologické tišení bolesti při porodu?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

13. Považujete nefarmakologické tlumení bolesti za porodu za efektivní?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

14. Proč považujete nefarmakologické tlumení bolesti za efektivní/neefektivní? (napište prosím Váš názor)

15. Podporuje Vás zařízení, ve kterém pracujete, v praktikování nefarmakologických metod při porodu?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

16. Myslíte si, že máte ze strany zdravotnického zařízení, ve kterém pracujete, vhodné podmínky k praktikování alternativních metod tišení bolesti za porodu? (Pokud ne, vynechejte otázku č. 17)

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

17. Umožňuje Vám zařízení praktikovat některou z následujících metod? (lze označit více možností)

- a) polohování rodičky při porodu
- b) aromaterapie
- c) akupunktura
- d) hydroanalgezie
- e) hudba při porodu
- f) vlastní rituály ženy
- g) případně doplňte další metody, které využíváte.....

18. Co Vám nejčastěji znemožňuje či komplikuje aplikaci nefarmakologických metod?

- a) prostory
- b) nedostatek pomůcek
- c) systém práce na porodním sále
- d) popřípadě doplňte další možnosti.....

19. Cítíte podporu při aplikaci nefarmakologických metod ze strany lékařů?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

20. Doporučí Vám sám lékař alespoň u jedné z 5 žen alternativní metodu ke ztišení bolesti?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

21. Máte dojem, že porodní asistentka, která praktikuje alternativní metody je pro lékaře „méněcenná“?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

22. Domníváte se, že Vaše vytíženost ve službě Vám umožní využívání alternativních metod za porodu? (pokud ne, vynechejte otázku č. 23.)

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

23. Použijete alespoň u jedné z pěti žen některou z alternativních metod tišení bolesti?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

24. Myslíte si, že v případě většího časového prostoru byste dokázala alternativními metodami pozitivně ovlivnit průběh porodu?

- a) ano, určitě
- b) spíše ne
- c) určitě ne

Zdroj vlastní