

Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní

Eva Svačínová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Svačinová**
Osobní číslo: **H15137**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a problematiky v oblasti nefarmakologického ovlivnění první doby porodní.

Příprava techniky sběru informací.

Realizace dotazníkového šetření a výběr respondentů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumného šetření, a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

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

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

PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.

MURRAY, Michelle a Gayle HUELSMANN. Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice. New York, N.Y.: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-1803-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Doleželová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně **26-02-2018**

Sedláčková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní se dělí na dvě části, teoretickou část a praktickou část. Teoretická část popisuje samotný porod a jednotlivé doby porodní, včetně činností, které porodní asistentka v konkrétní době zastává. Dále se věnuje porodní bolesti, popisu role porodní asistentky a hlavnímu tématu - nefarmakologickým metodám analgezie využitelných v první době porodní. Praktická část je zaměřena na výsledky kvantitativního průzkumného šetření prováděného formou dotazníkového šetření. Cílem průzkumného šetření je zjistit vliv nefarmakologických metod analgezie na průběh první doby porodní z pohledu rodičky s důrazem na hydroterapii. Dále zjistit, která metoda nefarmakologické analgezie je nejčastěji užívána v kombinaci s hydroterapií v průběhu první doby porodní a zjistit informovanost rodiček o nefarmakologických metodách analgezie. Výsledky průzkumného šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů, doprovázeny slovním komentářem.

Klíčová slova: porod, porodní bolest, porodní asistentka, psychoprofylaktická příprava, audioanalgezie, hypnóza, akupunktura, akupresura, elektroanalgezie, aromaterapie, masáže, polohy, partner při porodu, hydroanalgezie

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with non-pharmacological influence on the first stage of labour. Thesis is divided into two parts – theoretical and practical. Theoretical part describes all stages of labour, the labour itself and tasks performed by midwife during each stage. The following part deals with delivery pain, the role of midwife and the main topic of the thesis – non-pharmacological techniques used in the first stage of labour. Practical part evaluates the results of quantitative research conducted in the form of a questionnaire survey. Main objective of the survey is to determine the influence of non-pharmacological methods of pain relief in first stage of labour from the perspective of a woman in labour, with focus on hydrotherapy. Other objectives of the thesis are to find out, which non-pharmacological methods of pain relief is most commonly used in conjunction with hydrotherapy during first stage of labour and to explore awareness of non-pharmacological met-

hods of pain relief. Results are presented in form of tables and charts and accompanied with commentary.

Keywords: labour, delivery pain, midwife, psychoprophylactic preparation, audioanalgesia, hypnosis, acupuncture, acupressure, electroanalgesia, aromatherapy, massage, position, partner at delivery, hydrotherapy

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Janě Doleželové za podporu, pomoc, cenné rady a vedení při zpracování této bakalářské práce.

Děkuji také Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a.s. za umožnění dotazníkového šetření na jejich pracovišti a za krásné chvíle zde strávené. Rovněž chci poděkovat všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumu za jejich čas a ochotu.

Děkuji své rodině a přátelům za pomoc a podporu v průběhu celého studia a při zpracování bakalářské práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEFINICE PORODU	13
1.1 KLASIFIKACE PORODU	13
2 PORODNÍ DOBY	15
2.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ	15
2.1.1 Latentní fáze	16
2.1.2 Aktivní fáze	16
2.1.3 Tranzitorní fáze	16
2.1.4 Činnost porodní asistentky v první době porodní	16
2.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ	17
2.2.1 Činnost porodní asistentky v druhé době porodní.....	17
2.3 TŘETÍ DOBA PORODNÍ.....	18
2.3.1 Činnost porodní asistentky v třetí době porodní	19
2.4 DOBA POPORODNÍ	19
3 PORODNÍ BOLEST	21
3.1 HODNOCENÍ PORODNÍ BOLESTI.....	23
3.2 HISTORIE PORODNICKÉ ANALGEZIE	24
3.2.1 Vývoj porodnické analgezie v České republice	26
4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY	28
5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY OVLIVNĚNÍ PRVNÍ DOBY PORODNÍ	30
5.1 PSYCHOPROFYLAKTICKÁ PŘÍPRAVA	31
5.2 HYPNÓZA	32
5.3 AUDIOANALGEZIE	33
5.4 AKUPUNKTURA A AKUPRESURA	33
5.5 ELEKTROANALGEZIE	34
5.6 AROMATERAPIE A FYTOTERAPIE	35
5.7 MASÁŽE PŘI PORODU.....	35
5.8 POLOHY PŘI PORODU	36
5.9 PŘÍTOMNOST DALŠÍ OSOBY PŘI PORODU	36
5.10 HYDROANALGEZIE	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
6 METODIKA PRÁCE	40
6.1 HLAVNÍ CÍL PRÁCE	40
6.2 DÍLČÍ CÍLE PRÁCE	40
6.3 TECHNIKA SBĚRU DAT	40
6.4 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ A ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	40
6.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	41

8	DISKUZE	65
8.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	65
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Porod je jeden z hlavních mezníků v životě ženy. Je to rituál, kterým se dívka mění v ženu a matku. Tento proces je spjat se směsicí různorodých pocitů od radosti a očekávání až po obavy a strach z bolesti, porodu a následného období. V tomto období je průvodcem ženy porodní asistentka, která ji citlivě provádí těhotenstvím, porodem, následným šestineděním a péčí o dítě. V průběhu porodu je porodní asistentka ženě velkou oporou. Provádí ji skrz její bolest, učí ji s ní pracovat a podporuje ji po fyzické i psychické stránce.

V průběhu první doby porodní může porodní asistentka ženě nabídnout širokou škálu metod, které pomáhají ulevit od porodní bolesti a podpořit samotný proces porodu. V současnosti přichází trend navrácení přirozených porodů do českých porodnic, čímž se otevírá velké množství nefarmakologických metod, které může rodička v první době porodní využít a navzájem kombinovat i s dalšími metodami nefarmakologické i farmakologické analgezie dle jejího přání a stavu.

Tato práce je zaměřena na nefarmakologické metody analgezie, které může žena u porodu využít a jak tyto metody působí na samotný průběh porodu. V teoretické části je popsán nejprve porod a jeho porodní doby včetně činností, které porodní asistentka v těchto jednotlivých dobách vykonává. Dále se práce věnuje porodní bolesti, včetně historie porodnické analgezie a vývoje porodnické analgezie na území České republiky. Následuje popis role porodní asistentky a pak se práce již věnuje jednotlivým metodám nefarmakologické analgezie a jejich vlivu na průběh porodu.

Téma této práce bylo zvoleno, protože je autorce blízké přirozené vedení porodu s minimálním zasahováním do jeho průběhu a chtěla by touto prací poukázat na široké pole možností nefarmakologických metod, které se mohou ženám při porodu v první době porodní nabídnout.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE PORODU

Pojmem "porod" označujeme ukončení těhotenství vypuzením plodového vejce, které tvoří plod, pupečník, placenta, plodové obaly z dělohy matky (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 23). Je to ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého plodu bez ohledu na délku gravidity s hmotností vyšší či rovnou 500g (Procházka, Pilka, 2016, s. 116).

Jako živého novorozence klasifikujeme dítě, které po narození projevuje alespoň jednu ze základních známek života, jako je srdeční akce, dech, pulzace pupečníku a aktivní pohyby svalstva (Procházka, Pilka, 2016, s. 116). Pokud živě rozený plod váží méně než 500g, ale projevuje alespoň jednu ze známek života déle než 24h, je rovněž klasifikován jako porod (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 23). Při ukončení vícečetné gravidity se klasifikuje každý plod zvlášť dle výše uvedených kritérií (Čech, Hájek, Maršál a kol, 2014, s. 175).

Mrtvě rozeným novorozencem myslíme plod narozený bez známek života s hmotností nad 500g, či pokud nelze jeho porodní hmotnost určit, tak narozený po 22. týdnu těhotenství. Nelze - li určit délku gravidity, myslíme plod měřící od temene hlavy k patě nejméně 25 cm (Procházka, Pilka, 2016, s. 116).

K definici porodu je nutné uvést i definici potratu, která dle zákona č. 372/2011 Sb. § 82 v odstavci 2 zní *"Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení, nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22. týdnů."* (Definice porod - potrat dle MZČR, 2012). Je-li těhotenství uměle přerušeno po 22. týdnu těhotenství, nepovažuje se za potrat, ale za předčasně vyvolaný porod (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 175).

1.1 Klasifikace porodu

Porod můžeme klasifikovat jako předčasný (partus praematurus), porod v termínu (partus maturus) a porod po termínu (partus serotinus) (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 175).

Předčasný porod (partus praematurus) je klasifikován jako porod do konce 37. týdne těhotenství, tj. 37 + 6. Pro možný posun oplodňující ovulace a nepřesný údaj stanovení délky těhotenství dle poslední menstruace, je hodnoceno ještě jedno kritérium, a to nezralost novorozence. Jako nezralého označujeme novorozence s porodní hmotností do 2500g včetně (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 175).

Porod v termínu (partus maturus) je porod v rozmezí 38. - 42. týdne těhotenství. Po 42. týdnu těhotenství hovoříme o tzv. potermínovém porodu (partus serotinus), nebo-li "přenášení" (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 175).

Pro četnost komplikací jak pro matku, tak i plod provázejících prodlouženou délku těhotenství se gravidita ukončuje dnes již před dovršením 42. týdne těhotenství. Mezi hlavní komplikace ze strany plodu patří zejména insuficience placenty, hypoxie plodu, aspirace mekonia (smolky) či zkalené plodové vody, makrosomie plodu a intrauterinní odúmrť plodu. Ze strany matky jsou to pak komplikace dané zvýšeným rizikem operačního porodu a porodního poranění (Procházka, Pilka, 2016, s. 132 - 133).

2 PORODNÍ DOBY

Porodní děj můžeme rozčlenit do tří fází, které se nazývají porodní doby (Binder a kol., 2011, s. 72).

První doba porodní je dobou otevírací, která nástupem pravidelné děložní činnosti vede k postupnému zkrácení a dilataci děložního hrdla, vzniku tenké porodnické branky a jejímu postupnému zániku (Binder a kol., 2011, s. 72).

Druhá doba porodní je dobou vypuzovací, která začíná zánikem porodní branky a končí porožením plodu (Binder a kol., 2011, s. 73).

Třetí doba porodní, nebo-li doba k lůžku začíná porožením plodu a končí porodem placenty, pupečníku a plodových obalů (Binder a kol., 2011, s. 73).

Čtvrtá doba porodní, též nazývána jako doba poporodní je období dvou hodin po porodu, kdy je žena sledována na porodním sále pro riziko časných poporodních komplikací, jako je například poporodní krvácení (Binder a kol., 2011, s. 73).

2.1 První doba porodní

První doba porodní je nejdelší porodní dobou, která klade na rodičky značné fyzické a psychické nároky. Začíná nástupem pravidelné děložní činnosti, která vede k postupnému zkrácení a následné dilataci děložního hrdla a vzniku tenké porodnické branky. Následnou kruhovou dilatací dochází až ke vzniku lemu, který zaniká. Tento jev se nazývá zánik branky

a je to ukazatel konečné fáze první doby porodní, kdy jsou měkké porodní cesty zcela otevřeny a tvoří jednotný porodní kanál (Binder a kol., 2011, s. 72).

V první době porodní můžeme pozorovat odlišnosti v délce a způsobu otevírání u prvorodiček a vícero-diček. U prvorodiček je délka otevírací fáze průměrně 7-12 hodin, u vícero-diček 4 - 8 hodin. Mechanismus otevírání u prvorodiček je stejný jako je popsán výše, u vícero-diček dochází v průběhu zkracování a dilataci děložního hrdla zároveň k dilataci porodní branky (Binder a kol., 2011, s. 72). V průběhu první doby porodní rozlišujeme tři fáze na základě postupné dilatace děložní branky (Lowdermik, Perry, Cashion and Alden, 2016, s. 376).

2.1.1 Latentní fáze

Latentní fáze začíná nástupem pravidelné děložní činnosti a končí dilatací branky na 3cm (Murray, Huelsmann, 2009, s. 45). V průběhu této fáze se kontrakce objevují v pravidelném intervalu 5-10min a trvají 30-40s (Roztočil, 2008, s. 114). Hlavička sestupuje do pánve čímž se kontrakce stávají bolestivějšími a intenzivnějšími a žena je pociťuje spíše v podbřišku, nebo v kříži. Dochází k postupnému spotřebování děložního hrdla a ke vzniku tenké porodnické branky (Binder a kol., 2011, s. 72). Délka této fáze závisí na paritě, psychickém stavu a somatickém stavu rodičky a na zevních vlivech, jako jsou tokolyza (tlumení děložní činnosti), uterotonika (léky podporující děložní činnost) či analgezie (Roztočil, 2008, s. 114).

2.1.2 Aktivní fáze

Aktivní fáze začíná dilatací branky na čtyři centimetry a končí dilatací branky na sedm centimetrů (Murray, Huelsmann, 2009, s. 45). Dochází k zrychlení kontrakcí, které jsou krátké a vedou k rychlému rozvoji dilatace branky. U prvorodiček dochází k průměrné rychlosti dilatace jeden centimetr za hodinu, u vícerodiček tři centimetry za hodinu. Délka aktivní fáze je stejně jako délka latentní fáze individuální a podléhá působení více faktorů (parita, nefarmakologické metody analgezie, farmakologické metody analgezie, uterotonika, spasmolytika, psychický a somatický stav rodičky) (Roztočil 2008, s. 114).

2.1.3 Tranzitorní fáze

Tranzitorní fáze je konečná fáze první doby porodní, kdy se nález na brance pohybuje od osmi do deseti centimetrů, až k úplnému zániku branky (Murray, Huelsmann, 2009, s. 45). Plod sestupuje do nižších rovin porodního kanálu a frekvence a intenzita kontrakcí se zvyšuje. Kontrakce se objevují po jedné až dvou minutách a trvají padesát až šedesát sekund. V této fázi dochází většinou ke spontánní ruptuře vaku blan a může dojít i k slabému krvácení v důsledku dilatace děložního hrdla. Bolestivost kontrakcí se zvyšuje a žena je pociťuje zejména v kříži, tzv. sakralgie. Zánikem děložní branky začíná druhá doba porodní (Roztočil, 2008, s. 114).

2.1.4 Činnost porodní asistentky v první době porodní

Porodní asistentka v první době porodní kontroluje ozvy plodu v třiceti minutových intervalech a natáčí kardiokografický záznam po dvou až třech hodinách, při suspektním nálezu dle ordinace lékaře. Sleduje rozvoj a intenzitu kontrakcí a nález na děložní brance.

Pomáhá ženě kontrakce a porod zvládnout jak po psychické stránce, tak i vhodnými technikami dýchání, polohování a tišení bolesti, zejména alternativními metodami jako je aromaterapie, masáže, hydroanalgezie, aplikace tepla, muzikoterapie aj., či metodami farmakologickými dle ordinace lékaře. Je oporou a rádkyní ženě i jejímu doprovodu. Sleduje příjem a výdej tekutin a stravy a sleduje vyprazdňování, zejména močení (Procházka, Pilka, 2016, s. 118).

2.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem děložní branky a končí porodem plodu (Murray, Huelsmann, 2009, s. 50). U prvorodiček trvá zhruba dvacet až šedesát minut, a u vícerodiček deset až třicet minut (Binder a kol., 2011, s. 73). Rozdělujeme ji na dvě fáze - latentní fázi a aktivní fázi. Během latentní fáze dochází k pasivnímu sestupu plodu, kdy žena nepocítuje příliš velké nutkání tlačit. Následuje aktivní fáze, kdy tlak hlavičky na receptory pánevního dna způsobuje u ženy silný tlak na konečník a nucení aktivně zapojit břišní lis (Lowdermik, Perry, Cashion and Alden, 2016, s. 376 - 377; Murray, Huelsmann, 2009, s. 50). Během děložní kontrakce je stlačena placenta a pupečník, což dočasně omezí výměnu kyslíku

a oxidu uhličitého mezi matkou a plodem. Plod je schopen tyto dočasné stavy během porodu kompenzovat zvýšením srdeční frekvence před nástupem kontrakce, která se skončením kontrakce opět normalizuje (Murray, Huelsmann, 2009, s. 52). Po porodu plodu odtéká z dělohy zbytek zadní plodové vody a po přerušení pupečníku zůstává v děloze jen placenta a plodové obaly (Binder a kol., 2011, s. 73).

2.2.1 Činnost porodní asistentky v druhé době porodní

Po zániku branky rodička již může při kontrakci zapojit břišní lis a aktivně tlačit (Procházka, Pilka, 2016, s. 120 - 121). Porodní asistentka vysvětlí ženě jak správně "tlačit", aby došlo

k co nejefektivnějšímu využití břišního lisu při kontrakci. Pokud žena v průběhu těhotenství navštěvovala kurzy předporodní přípravy, bude již postupy znát a porodní asistentka jí pouze tyto techniky připomene.

Princip správného tlačení spočívá v tom, že při nástupu kontrakce rodička se zhluboka nadechne, zavře pusou, oči, dá bradu na prsa a tlačí dolů, jakoby na stolicí. Příznak správného

tlačení je rozevírání konečníku v průběhu kontrakce. Po kontrakci rodička dýchá opět normálně, což vede k normalizaci okysličení plodu a k prevenci hyperventilace rodičky.

Pokud je branka zašlá, ale hlavička plodu ještě není zcela vstoupená do pánve a je tzv. "vysoko", porodní asistentka pomáhá ženám zaujmout polohu, která napomůže "dorotování" hlavičky plodu. Nejčastěji rodička prodělá pár kontrakcí v kleče či ve stoje. Po celý průběh druhé doby porodní sleduje porodní asistentka po každé děložní kontrakci srdeční ozvy plodu pomocí kardiokografu (Procházka, Pilka, 2016, s. 120 - 121). Porodní asistentka kromě spolupráce s rodičkou, také komunikuje a zapojuje doprovod rodičky v průběhu porodu (Procházka, Pilka, 2016, s. 120 -121). Například partner přidrží ženě při kontrakci hlavu na prsou, drží ji za ruku, může jí přidržovat kyslíkovou masku aj.

Porodní asistentka si v období mezi kontrakcemi nachystá veškeré pomůcky k porodu a zavolá novorozeneckou sestru a lékaře (Procházka, Pilka, s. 120 - 121). V průběhu porodu hlavičky porodní asistentka chrání hráz rodičky, aby minimalizovala její poranění. Instruuje ženu při tlačení (kdy intenzivně tlačit, kdy relaxovat a kdy naopak netlačit vůbec, aby nedošlo k poranění - při zevní rotaci hlavičky a při porodu horního ramínka plodu). Dále sleduje intenzitu a sílu kontrakcí, jejich vliv na dělohu a plod, a možný rozvoj přidružených komplikací. Po porodu plodu porodní asistentka osuší novorozence a položí jej na hrudník matky, pokud si sama rodička nepřeje jinak. Nahlásí přesný čas porodu a připraví se na třetí dobu porodní (Procházka, Pilka, 2016, s. 120 - 121).

2.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní, nazývána jako "doba k lůžku" následuje po porodu plodu a končí porodem placenty (Murray, Huelsmann, 2009, s. 60). Trvá deset až třicet minut. Po porodu plodu děložní činnost ustává a děloha se retrahuje, čímž odlučuje placentu. Placenta se odlučuje od děložní stěny třemi možnými mechanismy jako je Baudeloque - Schulzeův, kdy se placenta odlučuje středem a retroplacentární hematom je sbalen uvnitř placenty, rodí se fetální stranou úponem pupečníku. Dalším možným mechanismem je mechanismus podle Gessnera, kdy se placenta odlučuje okrajem a retroplacentární hematom volně vytéká ven, rodí se zevním okrajem. Posledním mechanismem je mechanismus dle Duncana, kdy se placenta odloučí hranou, ale poté se sbalí a rodí se fetální stranou, jako mechanismu Baudeloque -Schulzeův (Binder a kol. 2011, s. 73).

Pár minut po porodu děloha obnoví svou kontrakční činnost, avšak kontrakce jsou již mírné a žena je většinou ani nevnímá. Samotný porod placenty již není bolestivý, jelikož se jedná o porod měkké tkáně. Případná mírná bolestivost může být způsobena zvýšenou citlivostí měkkých tkání po porodu plodu, eventuálně porodním poraněním. Žena placentu porodí obvykle během tří až čtyř kontrakcí (Lowdermik, Perry, Cashion and Alden, 2016, s. 377). Aktivní přístup porodních asistentek a lékařů ve třetí době porodní eliminuje riziko časného poporodního krvácení (Murray, Huelsmann, 2009, s. 60). Po "dotepání" pupečníku otec novorozence či porodní asistentka přestříhnou pupečník čímž ukončí spojení plodu s placentou (tzv. "pozdní podvaz pupečníku"). Následně se odebere pupečnicková krev k vyšetření plodové krve dle zvyklosti pracoviště a ordinace lékaře (Procházka, Pilka, 2016, s. 123 - 124). Placenta se porodí šetrným tahem za pupečník spolu s tlačáním rodičky. Po porodu placenty se podávají uterotonika (léky podporující děložní činnost), které podporují děložní zavinování a snižují poporodní krevní ztráty. Při nedostatečném stahu dělohy se může provést děložní masáž, která ve výsledku způsobí stah dělohy v reakci na podráždění (Murray, Huelsmann, 2009, s. 60).

2.3.1 Činnost porodní asistentky v třetí době porodní

Porodní asistentka v třetí době porodní provede pozdní podvaz pupečníku po jeho dotepání, provede odběr pupečnickové krve a porodí spolu s rodičkou placentu, kterou následně zhodnotí lékař, zda-li je celistvá. Placenta se poté uloží a porodní asistentka spolu s porodníkem zhodnotí porodní poranění a připraví pomůcky k jeho ošetření (Procházka, Pilka, 2016, s. 121).

2.4 Doba poporodní

Doba poporodní, též nazývána jako čtvrtá doba porodní, je dobou zotavovací. Je to období prvních dvou hodin po porodu, které začínají porodem placenty (Murray, Huelsmann, 2009, s. 60). Je to období zvýšeného rizika, kdy se mohou objevit časně poporodní komplikace, zejména poporodní hemoragie, subinvoluce dělohy (pomalé zavinování dělohy) a děložní hypotonie (nedostatečný stah děložní svaloviny) (Leifer, 2004, s. 274 - 277). Z toho důvodu je důležité intenzivně rodičku sledovat a to zejména krvácení, tonus a zavinování dělohy, krevní tlak, puls, teplotu a vědomí. Mezi další faktory sledování patří i poporodní bolest, močení a celkový stav (Procházka, Pilka, 2016, s. 122, 124). Během poporodní doby tělo rodičky regeneruje a pokud tomu není jinak, probíhá poporodní bonding,

tzv. skin to skin, kdy je matka ve vzájemném kontaktu s dítětem a probíhá první přiložení k prsu (Murray, Huelsmann, 2009, s. 60).

3 PORODNÍ BOLEST

Bolest je dle mezinárodní asociace na studium bolesti - IASP definována jako *"nepříjemná senzorická a emoční zkušenost spojená s aktuálním či potencionálním poškozením tkání, či popsána v termínech takového poškození."* (IASP, 1994).

Porodní bolest je nepříjemná smyslová zkušenost dána přípravou porodních cest k vypuzení plodu (Procházka, Pilka, 2016, s. 186). Každá rodička vnímá porodní bolest jinak na základě individuálního prahu bolesti, etnické příslušnosti, předchozí zkušenosti, profylaktické přípravy před porodem, míře stresu a úzkosti v průběhu porodu, psychické odolnosti, psychologických vlivů na porod, jako jsou okolnosti otěhotnění, průběh těhotenství a vztah s partnerem. Dále na základě faktorů ovlivňující samotný porod, jako jsou hmotnost plodu, uložení plodu a charakter porodních cest, parita a věk rodičky, přidružené somatické onemocnění a fyzická kondice (Rokyta, Kryšiak, Kozák, 2006, s. 453; Mander 2011, s. 149 - 150).

Porodní bolest je dvojího charakteru vázaného na porodní doby. V první době porodní se jedná o viscerální bolest, která je dána dilatací děložního hrdla, dolního děložního segmentu a zvýšeným napětím děložního těla při kontrakci. Je lokalizovaná zejména v podbřišku, v bederní páteři a na vnitřní straně stehen, tzv. "Headovy zóny" (Procházka, Pilka, 2016, s. 186; Roztočil, 2008, s. 314). V druhé době porodní se jedná o bolest somatickou, která je dána děložními kontrakcemi, otevíráním měkkých porodních cest, tlakem hlavičky plodu na kořeny lumbosakrálního plexu a eventuální traumatizací pochvy a hráze. Intenzita bolesti se postupně zvyšuje, až do momentu porození hlavičky plodu. (Procházka, Pilka 2016, s. 186).

Porodní bolest se od ostatních druhů bolesti liší. Je nutno si uvědomit, že porodní bolest je bolest fyziologická, která ženu upozorňuje na blížící se porod ve formě preasagientních bolestí, neboli lidově "poslíčků", či ženě již v rozběhlém porodním ději pomáhá připravit se na závěrečné vypuzení plodu, jeho obalů a placenty. Je to nejintenzivnější bolest v průběhu života ženy. Na stupnici bolesti je řazena k číslu osm až deset, což je stejné číslo, jako

u nádorové či herpetické bolesti (Roztočil, 2008, s. 314). Zároveň je to však jediná bolest v životě ženy, která je k něčemu užitečná a každou bolestivou kontrakcí se rodička stále více a více přibližuje svému "šťastnému konci" - dítěti, které jí je odměnou za tyto silné bolesti (Mander, 2011, s. 12).

Porodní bolest avšak nesouvisí jenom s fyzickou bolestí přítomnou při porodu, ale i s bolestí emoční, která souvisí jednak se silnou stresovou reakcí provázející porodní bolest a samotný proces porodu a jednak s procesem těhotenství a mateřství (Mander, 2011, s. 57). Tento proces je ovlivněn mnoha faktory, jako je nechtěné či neplánované těhotenství, nedostatečná socioekonomická úroveň, postoj partnera, vrozené vývojové vady dítěte, obavy z role matky, obavy z porodu a mnohé další (Mander, 2011, s. 12, 57).

Během porodu se žena dostává do takzvané "přechodné fáze" mezi první a druhou dobou porodní, kdy žena prožívá extrémně silnou porodní bolest, která je jako "totální bolest". Je dána silnými kontrakcemi, otevíráním porodních cest a průchodem plodu porodním kanálem. Může trvat jen několik stahů a je to jedna z nejtěžších částí porodu, kdy rodička začne propadat silné beznaděži a bezmoci a dostává se až na samotné psychické dno, kdy může ztratit schopnost racionálně vnímat aktuální situaci a propadnout až panickému záchvatu (Mander, 2011, s. 60 - 61).

V této fázi porodu prožívá rodička silnou stresovou reakci, která je kombinací fyzické a emoční bolesti. Tato stresová reakce může vést od poruchy spolupráce až k vážným komplikacím, jako je například hyperventilace a související hypoxémie, respirační alkalóza a metabolická acidóza. Zároveň dochází také k aktivaci sympatiku a zvýšení sekrece katecholaminů, čímž se zvýší periferní rezistence cév, srdeční výdej a krevní tlak. Vlivem stresu může rodička pociťovat i nauzeu a nutkání na zvracení, jelikož je snížena schopnost vyprazdňování žaludku a zvýšená kyselost žaludečních šťáv. Stres spojený s porodem a porodními bolestmi nepříznivě ovlivňuje i psychický stav matky a celkový průběh porodu. Na plod souhrn těchto jevů působí negativně ve smyslu snížení uteroplacentární perfuze (snížení fetoplacentárního průtoku okysličené krve a živin), která vede k metabolické acidóze a hypoxii plodu. (Procházka, Pilka, 2016, s. 186 - 187). Tento "kolotoč" jevů je popsán jako "bludný kruh" aneb strach - napětí - bolest, který vede k nadměrnému vystavení rodičky porodní bolesti a s ní související stresové reakci. Tato reakce se může promítnout i do následujícího poporodního období ve smyslu emoční poruchy a negativního ovlivnění vztahu matky k novorozenci (Roztočil, 2008, s. 315).

Porodní analgezie se snaží předcházet těmto vážným komplikacím provázejícím porodní bolest. Jejím cílem je snížit intenzitu porodní bolesti a optimalizovat průběh porodu (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 453 - 454). Porodní analgezii můžeme rozdělit do dvou skupin - farmakologické metody analgezie a nefarmakologické metody analgezie, kterým je věno-

vána poslední kapitola této bakalářské práce. Při nabízení analgetických metod rodičce je důležité jí vysvětlit míru očekávaného analgetického působení. Tímto krokem si zároveň získáme důvěru rodičky ve zdravotnické zařízení, v kterém se rozhodla родit a rovněž v porodní asistentku a lékaře, kteří se o ni v průběhu porodu starají. Tento vztah rodičky k personálu je důležitý zejména v oblasti spolupráce rodičky v průběhu porodu (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006, s. 453 - 454).

3.1 Hodnocení porodní bolesti

Jedním z mnoha úkolů porodní asistentky je sledovat, hodnotit a reagovat na porodní bolest rodičky. Na porodní bolesti hodnotíme její intenzitu (tj. kvantitu bolesti), kvalitu bolesti (zda-li je ostrá, tupá, vystřelující) a lokalizaci bolesti (podbřišek, záda, celé břicho) (Roztočil, 2017, s. 470). Důležité je sledovat jak na porodní bolest reaguje rodička a plod a také jak porodní bolest působí na průběh porodu. K hodnocení porodní bolesti se užívá zejména metoda pozorování a komunikace s rodičkou, která dává porodní asistentce informace o průběhu porodu a možnostech, které může společně s lékařem rodičce nabídnout (Mander, 2011, s. 62). K volbě porodní analgezie je nutné přistupovat individuálně na základě psychologického a fyzického stavu rodičky, jejího přání, stavu plodu, porodnické situaci, vybavení porodního sálu a zkušenostech porodníka a anesteziologa (Roztočil, 2008, s. 315).

Mezi hodnotící metody patří také kardiokografie, což je monitorování srdečních ozev plodu a děložní činnosti ve smyslu intenzity a frekvence kontrakcí a jejich vlivu na plod. Na základě tohoto monitoringu může porodní asistentka a lékař zjistit reakci plodu na kontrakční činnost dělohy a včas reagovat na případné patologie. Mezi nejčastěji prováděné intervence na základě kardiokografického vyšetření patří polohování rodičky pro lepší okysličení plodu při průchodu porodním kanálem, podpora správného dýchání a relaxace v průběhu kontrakcí, podpora děložní činnosti, či včasné ukončení porodu porodnickou operací na základě akutně vzniklé patologie (například vysoké riziko hypoxie plodu). (Procházková, Pilka, 2016, s. 37).

Dále se hodnotí vliv porodních bolestí na porodní cesty ve smyslu postupné dilatace porodní branky a míře tuhosti porodní branky na základě vaginálního vyšetření během kontrakce a po kontrakci. Současně se zjišťuje i míra vstupu hlavičky do pánve a její rotace při kontrakci.

Proces porodu je považován za významný přechodový rituál, který provází ženy do plné dospělosti. První doložené zmínky o tomto rituálu jsou starší více než 40 000 let, a byli nalezeni u kmene Aboroginů v Austrálii a u kmenu Šanů v Africe (Bím, Němečková, 2016, s. 17). Porod je rituál transformace, který zcela mění dosavadní život ženy. Ženy, které dokážou při porodu pracovat s vlastní porodní bolestí na základě vlastní kontroly, fyzické zdatnosti a mentální odolnosti v sobě nalézají hlubokou vnitřní sílu, která jim pomáhá v následujících životních rolích, zejména v roli matky (Mander, 2011, s. 150). Je známo že ženy, takto pracující se svou porodní bolestí spolu s užitím nefarmakologických metod zvládnání porodní bolesti, vykazují nižší incidenci podávání analgetik (Mander, 2011, s. 149).

3.2 Historie porodnické analgezie

Snaha o tlumení porodní bolesti je známá už z dob dávno minulých. Už ve starých lidských kulturách bylo vše zlé (bolest i nemoc) způsobené zlými silami, proti kterým bojovali bohové. Z období pravěku je známá bohyně Venuše, coby patronka mateřství a plodnosti (Roztočil, 2017, s. 2). Ve starém babyloně byla naopak bohyně Ištar uctívána jako bohyně porodu, lásky a plodnosti, v Egyptě bohyně Isis a v Řecku bohyně Lochia. Při porodu asistovali ženě příbuzní, zkušené ženy, manžel, kmenový šaman, nebo žena rodila svépomocí. Šaman odháněl zlé demony ohrožujících porod a způsobujících porodní bolest pomocí rituálních tanců kolem ohně, pokládání kůry a bylin kolem porodního příbytku, kde měla žena родit a sypaním soli kolem porodního lůžka (Pařízek, 2012, s. 1). Také jsou známé případy duchovního propojení kmenových partnerů, kdy žena odešla родit do buše a muž duchovně sdílel její porodní bolest, kterou byl schopen pocítit a rodičce částečně ulevit (Pařízek, 2012, s. 1).

Ve starém Řecku, které již ve 4. a 5. století před naším letopočtem mělo rozsáhlé poznatky o těhotenství a porodu získané od Egypťanů, byla jako porodní analgezie užívána metoda nakuřování směsí bylin či podávání opiatů, které bylo popsáno řeckým lékařem Hippokratem 400 let př.n.l. V Persii podávali rodící ženě víno, což jí mělo pomoci porod zvládnout a porodit "mytického hrdinu". Tento zvyk byl rovněž praktikován i v dalších mnoha kulturách. Ve staré Číně, stejně jako v Řecku během porodu používali opium. Jako další analgetické látky užívané mnohými kulturami při porodu byli extrakty z konopí a mandragory, které se buď polykaly, přikládaly nebo inhalovaly z houby. Rovněž v Asii je dodnes při porodu užívána akupunktura (Pařízek, 2012, s. 2).

Na souostroví Samoa v Jižním Pacifiku, byla užívána tlaková analgezie, kdy žena klečela a manžel sedící za ní ji tlačil patami do žeber při každé kontrakci, čímž působil tlak na dermatomy (ohraničená oblast kůže inervována míšním nervem), kde se přenášejí porodní bolesti (Pařízek, 2012, s. 2).

Křesťanství se na porodní bolesti dívalo jinak, spatřovalo je jako "boží trest". Již v samotné bibli je psáno "v bolestech rodit budeš", proto ženy při porodu nemohly analgezii užívat. Rodičky a jejich blízcí se proto modlily k patronkám porodu (Sv. Margaretě ve Francii, Sv. Kunhutě v Tyrolsku a Sv. Alžbětě v Sasku), rovněž rodičky nosily k porodu rituální předměty jako amulety, ostatky, medailony a jiné (Pařízek, 2012, s. 1). Přelom nastal až počátkem 18. a 19. století, kdy došlo k rozšíření poznatků v porodnické praxi, včetně lékařských poznatků o vzniku porodní bolesti. V roce 1956 pak římskokatolická církev prohlásila, že nemá námitek proti prevenci bolesti při porodu (Pařízek, 2012, s. 7).

Porodní bolest byla dlouho označována jako součást porodu a byl jí i přisuzován příznivý vliv na průběh porodu. V 18. století je známá první snaha o nefarmakologickou analgezii, kdy Anton Mesmer ve svém díle "*Živočišný magnetismus*" popisuje relaxaci u porodu (Pařízek, 2012, s. 3). Postupně se k tlumení porodních bolestí přidávala i farmakologická analgezie na základě objevu účinných látek. V roce 1540 byl zhotoven Valeriem Cordusem diethylether, avšak použit byl až roku 1842 jako éterová anestezie. V 19. století je také známo podávání oxidu dusného (N₂O) známého jako "rajský plyn" vynalezeným zubním lékařem Horacem Wellsem (Pařízek, 2012, s. 3 - 4).

První porodnická analgezie byla provedena edinburghským porodníkem Jamesem Youngem Simpsonem, který působil jako profesor na Edinburghské univerzitě. Dne 19. ledna 1847 provedl éterovou analgezii u porodu ženy se zúženou pávní. Dítě se sice narodilo mrtvé, ale rodička pocíťovala úlevu od porodních bolestí. Toto datum se stalo průlomové pro porodnickou praxi a je počátkem moderní porodnické analgezie. Metoda se rozšířila do celého světa, avšak J.Y. Simpson si byl jist, že používání éteru při porodu není ideálním řešením. Intenzivním výzkumem společně se svými asistenty objevil chloroform, který dne 8. listopadu 1847 představil a poprvé použil při porodu. Simpsonův objev se rozšířil a 7. dubna 1853 byla metoda analgezie chloroformem použita i při osmém a devátém porodu královny Viktorie, kdy se analgetická koncentrace chloroformu nakapala na kapesník a inhalovala během kontrakcí. Tato metoda byla později nazvaná "narkose á la reine". Královna odměnila J.Y. Simpsona za tenhle objev titulem "sir" před jménem a "baronet" za jménem (Pařízek, 2012, s. 4 - 5).

Na základě světového rozšíření této analgetické metody, se započaly vyrábět různé pomůcky pro podání éteru. Ve Francii se roku 1847 podával étherový olej i rektálně. Později se však pro vedlejší účinky chloroformu a éteru na matku a plod od této metody upustilo (Pařízek, 2012, s. 6-7).

Jediné dodnes používané anestetikum je N₂O, který poprvé u porodu podal v 19. století petrohradský lékař S. Klikowich. Jedná se o sloučeninu N₂O s O₂ v poměru 50 : 50, dnes známou pod názvem Entonox. Později se objevily i jiné látky užívané při porodu, jako například cyklopropan, trichlorethylen, enfluran, desfluran aj. Od užívání těchto látek se však upustilo pro jejich nežádoucí účinek na matku a plod, jako například hypoxie plodu, duševní útlum rodičky, amnézie po porodu, zvracení, útlum děložní činnosti a útlum postnatální adaptace (Pařízek, 2012, s. 6 - 7).

V druhé polovině 19. století se pak u porodu začaly užívat látky podávané do žíly či svalu, jako jsou sedativa, analgetika chloralhydrát, morfin a jeho směsi, benzodiazepiny, pethidiny, fenothiaziny a krátkodobé opioidy, jako je fentanyl a jeho druhy (Pařízek, 2012, s. 6 - 7).

3.2.1 Vývoj porodnické analgezie v České republice

V Českých zemích se ještě v předválečném období při porodu užívalo podání opia, morfinu, chloralhydrátu a chloroformu. Podávání chloroformu bylo popsáno v učebnici *"Základové porodnictví pro lékaře"* vydané roku 1876 Dr. Čeňkem Křížkem (Pařízek, 2012, s. 14).

V této učebnici Dr. Křížek popisuje doporučování podávání chloroformu rodičkám při porodu, užití chloroformové narkózy při císařském řezu, užívání Esmarchova košíčku při podávání chloroformu (obličejové masky) a dávkování anestetik tak, aby rodička zůstala při vědomí v průběhu spontánního porodu (Pařízek, 2012, s. 14).

V průběhu první a druhé světové války byl významný průkopník porodnické analgezie v Československu profesor Odstrčil, který zavedl aktivní přístup vedení porodu. Roku 1926 navrhl užívání metralginových, později neometralginových čípků, které navozovali "mrákotné" stavy rodičky a urychlovaly děložní kontrakce. Tyto čípky se zaváděly v druhé fázi první doby porodní při nálezu na děložní brance 3 - 4 cm. Pokud děložní kontrakce zeslábly, podporoval je uterotoniky (Pařízek, 2012, s. 14).

Hlavní důraz porodnické analgezie v té době byl kladen na anestezii v průběhu operačního porodu. Ve 30. letech dvacátého století vydává profesor Klaus publikaci k otázce užití lumbální anestezie při císařském řezu, která byla uvedena do české chirurgie roku 1900 habilitačním spisem R. Jedličky *"O subarachnoideálních injekcích a spinální chirurgické analgesii."* (Pařízek, 2012, s. 13 - 14).

Po 2. druhé světové válce se začal při porodu podávat léčivý přípravek známý jako Pethidin, který se dodnes užívá jako součást Dolsinu (Pařízek, 2012, s. 14; Dolsin - SPC, 2016). Dále se užívala inhalace trichlorethylenu či oxidu dusného (rajský plyn). V období 50. let dvacátého století začalo tlumení porodních bolestí probíhat podle vzoru SSSR pomocí "psychoprofylaktického odstraňování bolesti podle Velvovského" (Pařízek, 2012, s. 14; Štembera, 2016, s. 25 - 26). V průběhu psychoprofylaktické přípravy byl kladen důraz především na odstranění strachu z porodu. Výsledky této metody byly zhodnoceny pozitivně. Podíl připravených žen označovalo porodní bolest jako mírnou, a podle porodníků byly "klidné", či "naříkaly, ale byly ukázněné", oproti ženám nepřipraveným, které porodní bolest označily za středně silnou, až velmi silnou a při porodu byly označeny jako "křičící a neukázněné". U připravených žen, které spolupracovaly s porodníkem byl zaznamenán i méně častý výskyt porodnických komplikací (Štembera, 2016, s. 25).

Profesor Jaroslav Kříž publikoval v letech 1949 - 1950 poznatky o epidurální analgezií při spontánním porodu, avšak na jeho práci v tehdejších letech nikdo nenavázal. Metoda epidurální analgezie při spontánním porodu se začala v české zemi provádět znovu až v 70. letech pod vedením MUDr. Dimitrije Miloschewského a plného užívání se jí postupně dostalo až po roce 1988 pro obtížné technické podmínky v oblasti pomůcek i získání anestetické látky.

Mezi další užívané metody po druhé světové válce v Československu patřili také intradermální aplikace prokainu do sakrální a suprapubické oblasti, paracervikální blokáda (zmírnění bolestivých podnětů při dilataci branky), pudendální blokáda (aplikace lokálního anestetika přes hráz k hrbolům sedací kosti. Užívá se zejména pro snížení bolesti u klešťových porodů) a hypnóza. Tyto metody v naší zemi rozvíjel především profesor Antonín Doležal a docent Josef Bendl (Pařízek, 2012, s. 15 - 17, Binder a kol., 2011, s. 279).

4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Oficiální definice porodní asistentky z roku 2005, platná až do roku 2023 dle International Confederation of Midwives zní *"Porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila vzdělávací program pro Porodní asistentky, který je založen na základních ICM kompetencích pro základní porodnickou praxi v rámci ICM světového standartu pro porodnické vzdělávání v zemi v které se nachází, která má získanou nezbytnou kvalifikaci k registraci, nebo legální licenci k provozování porodní asistence a užívání titulu "porodní asistentka", a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky."* (ICM, 2005).

Dle českého zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) se *"za výkon povolání porodní asistentky považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence, součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči."* (MZČR § 96/2004 Sb.).

Porodní asistentka je dle Ministerstva zdravotnictví České republiky uznávána jako zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženami, kterým poskytuje odbornou péči, podporu a rady v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, stejně jako poskytuje odbornou péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Její péče zahrnuje prevenci, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky i dítěte, zprostředkování lékařské péče a jiné pomoci, včetně provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Poskytuje poradenství a vzdělávání ženám, jejich rodinám a komunitám v oblasti předporodní přípravy, přípravy k rodičovství, zdravého životního stylu, sexuálního a reprodukčního zdraví a péči o dítě. Je to osoba, která se stará na základě respektu, důvěry, důstojnosti a odborných znalostí o zdraví žen a dětí od počátku reprodukčního cyklu, přes menopauzu až ke konci života ženy. Svou péči může porodní asistentka vykonávat v kterémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantního zdravotnického zařízení, nemocnic, klinik a zdravotnických středisek (ČKPA, 2014).

Rozsah odborné činnosti porodní asistentky je stanoven § 5 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tento paragraf stanovuje porodním asistentkám poskytovat základní a specializovanou péči bez odborného dohledu těhotné ženě, rodící ženě a ženě v šestinedělí v oblasti životosprávy, přípravy na porod, péče ošetření novorozence, antikoncepci, rad a pomoci v sociálně - právních otázkách či takovou pomoc zprostředkovat (MZČR, § 55/2011 Sb.).

Dále porodní asistentka může provádět domácí návštěvy svých klientek v průběhu těhotenství, šestinedělí a gynekologicky nemocných klientek a sledovat jejich stav. Podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, v oblasti kojení a předchází komplikacím. Může diagnostikovat těhotenství, provádět vyšetření nutná k sledování fyziologického těhotenství a plodu v děloze, sleduje ženu s fyziologickým těhotenstvím a poskytuje jí informace o prevenci komplikací (MZČR, § 55/2011 Sb.).

V případě rozpoznání rizika či patologií, předává ženu do péče specializovaného lékaře a pomáhá mu v případě zásahu. Při nepřítomnosti lékaře provádí porodní asistentka neodkladná opatření. Připravuje ženu k porodu a pečuje o ni v průběhu všech porodních dob, vede fyziologický porod, provádí nástřih hráze. V neodkladných případech vede i porod koncem pánevním. Ošetřuje porodní i poporodní poranění a pečuje o ženu v celém průběhu šestinedělí. Poskytuje péči bez odborného dohledu fyziologickému novorozenci a provádí jeho první ošetření, včetně zahájení okamžité resuscitace. Ve spolupráci s lékařem může porodní asistentka asistovat lékaři při komplikovaném porodu, při gynekologických výkonech a instrumentovat na operačním sále při porodu (MZČR, § 55/2011 Sb.).

Mezi další kompetence porodní asistentky patří samozřejmě i péče o léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a obecná péče o pacientky. V průběhu výkonu své praxe tedy porodní asistentka zastává řadu zodpovědných rolí, jako je poskytovatelka zdravotní péče, koordinátorka, komunikátorka, manažerka, edukátorka, poradkyně, vedoucí dokumentace a supervizorka (Nursing Exercise 2016).

5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY OVLIVNĚNÍ PRVNÍ DOBY PORODNÍ

Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní spočívá zejména v porodnické analgezií. Porodnická analgezie se rozděluje na metody farmakologické, jako je celková a místní analgezie, a metody nefarmakologické, mezi něž se řadí psychoprofylaktická příprava, hypnóza, audioanalgezie, akupunktura a akupresura, elektroanalgezie, hydroanalgezie, alternativní polohy, masáže a aromaterapie (Pařízek, 2006, s. 262-264).

Tyto jednotlivé metody se od sebe odlišují svou účinností, délkou analgetického působení a technickou náročností. Vzhledem k tomu, že každý porod je vysoce individuální, rodička si sama volí z možností, které ji může daná porodnice nabídnout (Pařízek, 2006, s. 262-264). Většina žen již před příchodem do porodnice ví, zda-li o tišení porodních bolestí bude mít zájem a případně jakou metodu by preferovala. Avšak striktní zaměřenost na konkrétní typ metody, by již v předporodní přípravě měla být vysvětlena jako nevhodná vzhledem k individualitě a nepředvídatelnosti porodu.

Aplikace všech druhů analgetických metod ve správný okamžik, vede ke snížení intenzity vnímání porodních bolestí, zklidnění rodičky a její lepší spolupráci s porodní asistentkou a lékařem (Binder a kol., 2011, s. 278). Dále dochází k příznivému vlivu na porodní děj ve smyslu zkrácení první doby porodní a také ke snížení rizika výskytu porodnických komplikací u rodičky i plodu (Binder a kol., 2011, s. 278; Pařízek, 2006, s. 262-264). Analgetické metody by měly mít dostatečnou analgetickou účinnost bez ovlivnění zdraví matky a plodu, a zároveň by neměly ovlivňovat děložní činnost (Pařízek, 2006, s. 262-264).

V současnosti je známý termín "alternativní porod". Je to způsob vedení porodu, kdy se porodní asistentka a lékař snaží vycházet vstříc přání rodičky. Tato přání rodičce pomáhají porod zpříjemnit a ulehčit. Je to kompromis mezi medicínským zajištěním bezpečnosti rodičky a plodu a přáním rodičky. Alternativní porod se pojí s termínem "přirozený porod", který se vyznačuje spontánním průběhem fyziologického porodu bez zásahu porodní asistentky či lékaře. Porod se neurychluje a nepodávají se žádné medikamenty. Rodička si sama volí z nefarmakologických metod dané porodnice a určuje si porodní polohu dle své potřeby (Binder a kol., 2011, s. 284 - 285). Některé ženy si však tento typ porodu spojují s porodem v domácnosti s přítomností, i nepřítomností porodní asistentky. Tento typ porodu je však vysoce rizikový jak pro rodičku, tak i pro samotný plod. Riziko komplikací je

zde až 2x vyšší než při porodu ve zdravotnickém zařízení (Binder a kol., 2011, s. 285). Rodičky by proto měly být o těchto rizicích informovány v rámci předporodní přípravy.

5.1 Psychoprofylaktická příprava

Porodní asistentky vedou kurzy psychoprofylaktické (předporodní) přípravy, kde provází ženu procesem těhotenství a připravují ji na porod, následné šestinedělí a péči o novorozence. Hlavním cílem psychoprofylaktické přípravy je snížit úzkost a strach z porodu. V průběhu přípravy ženy postupně dochází k reálnému vnímání porodního děje a nacvičují si své chování při samotném porodu (Pařízek, 2006, s. 264).

Mezi hlavní metody přípravy na porod a porodní bolest patří nácvik správného dýchání v průběhu kontrakce a svalové relaxace mimo kontrakci. Tato technika správného dýchání a svalové relaxace pomáhá rodičce se uvolnit a zlepšuje okysličení plodu skrze placentu. Zároveň pomáhá ženě lépe zvládat porodní bolesti, lépe se koncentrovat, zvyšovat kapacitu plic, podporuje vylučování hormonů podporujících porod, zmírňovat stres a spolu s ním i snižovat hladinu adrenalinu, který porod brzdí (Pařízek, 2006, s. 264). Jako správné dýchání v první době porodní se označuje v počátku první doby porodní hluboké břišní dýchání. Kdy se rodička nadechuje nosem a vydechuje ústy, dýchá pomalu, pravidelně a zhluboka v průběhu kontrakce. Intenzitou kontrakce roste i intenzita dýchání. Koncem první doby porodní, kdy rodička pocítuje nutkání tlačit, avšak porodní nález jí to ještě nedovoluje, zintenzivňuje rodička své dýchání v průběhu kontrakce na tzv. "psí dýchání" - čtyři krátké výdechy, následované jedním dlouhým výdechem. Toto dýchání ji pomáhá překonávat nutkání tlačit (Bašková, 2015, s. 52 - 53).

Pokud rodička rytmus dechu spojí i s mírným pohupováním a kroužením pánví, podporuje tím nejen vstupování hlavičky plodu do malé pánve, ale zároveň se dostává i do lehkého "transu", který ji rovněž pomáhá soustředit se čistě na sebe a porod a odpoutat svou pozornost od okolního dění. (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 35; Bašková, 2015, s. 53).

Psychoprofylaktická příprava přináší pozitivní výsledky, které byly popsány v knize Moderní porodnictví (Roztočil, 2008, s. 150). Je zde popsáno již zmiňované snížení strachu a úzkosti z porodu, lepší zvládání porodních bolestí, snížení nutnosti aplikace medikamentů, zvýšení sebekontroly rodičky, zkrácení porodu. Pomáhá ženě prožít porod pozitivně, posiluje vztah a spolupráci s partnerem, vytváří pozitivní vztah k dítěti a vytváří předpoklady pro úspěšný průběh šestinedělí (Roztočil, 2008, s. 150).

Metodu psychoprofylaktické přípravy začal praktikovat již v první polovině dvacátého století anglický lékař Grantly Dick Read. Jeho kniha *"Porod beze strachu"* položila základy západoevropského směru předporodní přípravy. Na jeho teorii "strach - napětí - bolest" navázal francouzský porodník Frederic Leboyer svou publikací *"Porod bez násilí"*. Vznik metody psychoprofylaktické přípravy v Sovětském svazu v 50. letech dvacátého století inspirovala francouzského porodníka Lamaze, který techniku obohatil o relaxační techniky a nácvik správného dýchání. Jeho žák Michel Odent kladl důraz na vstřícnost personálu k přáním rodičky, přítomnost partnera či rodiny při porodu pokud si to rodička přeje, příjemné prostředí při porodu, hydroterapii, další doprovodné metody k porodu (aromaterapie, porodní míče, masáž hráze, relaxační hudba, porodní stoličky, porod do vody) i minimální aplikaci léků. Tyto metody jsou v současnosti běžně užívány na českých porodních sálech (Binder a kol., 2011, s. 285 - 287).

5.2 Hypnóza

Metoda hypnózy v průběhu první doby porodní kombinuje sugesci a distrakci (odvedení pozornosti). Odvádí ženu od nepříjemného prožitku ve formě porodní bolesti a pomáhá jí koncentrovat se na jiný, vnesený příjemný prožitek, tudíž může porod prožít v klidném stavu s minimální, až dle literatury (Monganová, 2010, s. 18) žádnou bolestí.

Hlavním cílem hypnoporodu je navodit u rodičky hluboké uvolnění a relaxaci, kdy se žena prostřednictvím autohypnózy vnoří do svého těla a odpojí se od racionálního vnímání porodní bolesti. Rodička v této hluboké autohypnóze se propojuje se svým vlastním tělem a dává mu svou plnou důvěru, že přirozeně ví co má dělat a jak si s porodem poradit, také se propojuje se svým rodícím se dítětem. Metodu autohypnózy můžeme také nazvat hlubokou meditací (Monganová, 2010, s. 18). Pozitivní přínos této relaxace pro rodičku spočívá v jejím sníženém vnímání bolesti, snížení únavy provázející porod, zkrácení porodních bolestí, přerušování kruhu "strach - napětí - bolest", navození duševní svěžesti a pozitivním ovlivnění plodu (Bašková, 2015, s. 51).

Z biologického hlediska žena touto metodou dokáže utlumit aktivitu neurocortexu a dostat se do změněného stavu vědomí. Princip je prostý, jelikož porodní děj je dovršení výsledku ženské sexuality. Žena pro jeho příjemné a úspěšné prožití musí mít stejné podmínky jako pro úspěšné dosažení orgasmu, a to pocit hluboké intimity, bezpečí a klidu. K tomuto dosažení tudíž není potřeba zkušeného hypnotizéra, ale senzitivní, připravené rodičky (Monganová, 2010, s. 40 - 43).

Metoda je však časově náročná a nedovoluje mnohým intervencím ze strany porodních asistentek a lékařů. Účinnost této metody je proto dána již zmiňovanou mírou senzitivnosti a připravenosti a také erudicí a akceptací metody zdravotnickým personálem. Míra účinnosti je na základě těchto komponent uváděna v Knize o těhotenství a porodu (Pařízek, 2006, s. 264) pouhých 25% (Pařízek, 2006, s. 264).

5.3 Audioanalgezie

Princip audioanalgezie je zmírnění či potlačení pocitu bolesti na základě změny aktivity v neurocortexu drážděním sluchového centra v průběhu kontrakce. K tomuto účelu se užívá směs všech frekvencí o stejné intenzitě v podobě šumu ve sluchátkách, či hudby z rádia nebo CD, které si žena přinese s sebou k porodu (Pařízek, 2006, s. 264-265).

Doporučená je spíše relaxační hudba, která může být i součástí vybavení porodního sálu. Jedná se tedy o bezpečnou distrační metodu (metoda odvedení pozornosti), kdy si rodička sama koriguje hlasitost dle potřeby a intenzity kontrakce. Nevýhodou této metody je však nízký analgetický účinek, proto se užívá společně s dalšími nefarmakologickými a farmakologickými metodami analgezie (a kol., 2012, s. 196).

5.4 Akupunktura a akupresura

Akupunktura je starou metodou tradiční čínské medicíny využívanou již přes 5000 let. Spočívá v technice "nabodávání jehlou" energetických bodů, a v technice moxování těchto akupunkturních bodů pomocí tepla, kouře a vibrací léčivých bylin (zejména pelyňku). Těmito body prochází naše životní síla, energie zvaná čchi, která nás obklopuje a proudí skrze vše okolo nás, i v nás (Pařízek a kol., 2012, s. 189). Cílem akupunktury je harmonizovat tok energie v meridiánech, což jsou energetické dráhy spojené s vnitřními orgány. Tato technika je holistická a zabývá se celkovým energetickým stavem organismu, který následně léčí i spolu s dalšími technikami jako je fyto terapie, energetické a dechové cvičení, masáže, dietetická léčba, relaxační a koncentrační cvičení a meditace (Pařízek a kol., 2012, s. 189).

Akupunktura se rozděluje na celotělovou, kde se aplikují jehly na energetické body příslušných meridiánů a ušní akupunkturu, kde se pracuje s reflexní zónou, v které se promítá celé tělo (Pařízek a kol., 2012, s. 189). Nabodnutím energetických bodů dochází k energetické a následně i fyzické úpravě a k harmonizaci postiženého orgánu, či orgánové soustavy.

Tradiční čínská medicína spočívá v holistickém přístupu ke zdraví člověka, tudíž se nejedná pouze o odstranění symptomu, ale i o odhalení příčiny a její následné odstranění v rovině psychické, emoční i fyzické. V západní medicíně se toto holistické pojetí nazývá psychosomatickou medicínou (Pařízek a kol., 2012, s. 189).

Akupunkturní ošetření lze provést i u ženy v pokročilejším těhotenství, v průběhu porodu i v průběhu šestinedělí. Využití akupunktury při porodu spočívá zejména v jejím bezpečném sedativním, analgetickém a vegetativně stabilizujícím efektu (Pařízek a kol. 2012, s. 190 - 191). Pomocí akupunktury lze připravovat těhotnou ženu již 1 - 2. týdny před termínem porodu, urychlit porodní děj, zejména v druhé době porodní, nebo při nepostupujícím porodu, snížit porodní bolest, snížit bolestivost při ošetření porodního poranění, snížit bolestivost při epiziotomii, či při extrakci placenty. Dále můžeme pomocí akupunktury indukovat porod, napomoci dilataci děložního hrdla, relaxovat pánevní dno, působit na slabé kontrakce, spastickou branku, pomoci při krvácení a analgeticky působit na perineum, hráz, pochvu a bederní oblast při bolesti (Pařízek a kol. 2012, s. 190 - 191).

Lze využít jak tradiční akupunktury pomocí jehel, tak i elektroakupunktury a akupresury, která má sice nižší účinnost, ale nepřekáží porodníkovi v průběhu porodu. V České republice se užití akupunktury při porodu postupně dostává do podvědomí žen i lékařů pro svou účinnost bez vedlejších či toxických vlivů, avšak její užívání je v současnosti limitováno počtem akupunkturistů působících v porodnictví (Pařízek 2006, s. 265).

5.5 Elektroanalgezie

Metoda elektroanalgezie známá jako TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace) stimuluje kůži elektrickými stimuly o síle 0 - 40mA v oblasti spodní části hrudní páteře a vrchní části bederní páteře, které rodička pociťuje jako "brnění" (Pařízek a kol. 2012, s. 194).

Je to bezpečná metoda pro matku i plod, a její užití zlepšuje placentární perfuzi a působí na křížové bolesti, avšak nástup účinku trvá okolo 40min (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199). Nevýhodou je zhoršené sledování srdeční akce plodu kardiografem, nepůsobení analgezie v oblasti hráze, a celková nižší účinnost metody. V literatuře (Pařízek, 2006, s. 265) je uváděna 20% účinnost, a proto je často kombinovaná s epidurální analgezií (Pařízek, 2006, s. 265).

5.6 Aromaterapie a fytotherapie

Metoda aromaterapie a fytotherapie je spíše doprovodnou metodou užívanou společně s teplými zábaly, masáží břicha a křížové oblasti, relaxace a hydroterapie. Dá se užívat formou inhalační - v tomto případě hovoříme o aromaterapii a formou olejových roztoků, které vtíráme do kůže, či přidáváme do koupele - fytotherapie. Samotná aromaterapie s fytotherapií má nízkou analgetickou účinnost, avšak díky svým obsaženým látkám je vhodným doplňkem k porodu (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199).

V průběhu porodu je doporučováno využití levandulové esence, která uvolňuje a harmonizuje psychiku, relaxuje svalstvo, působí antisepticky a má mírný analgetický účinek. Alternativou levandulové esence je heřmánek římský, růžové dřevo či tymián. Jako další je možné užít šalvěj muškátovou, která se užívá zejména při nepravidelných kontrakcích a prolongované první době porodní, avšak nesmí být zaměněna se šalvějí lékařskou, která obsahuje neurotoxicke molekuly. Šalvěj se nesmí užívat v druhé době porodní, protože může vést k nekontrolovatelným kontrakcím. Jako další možnou alternativou je rozmarýn, který je znám jako ženská bylina a dodává rodičkám sílu (Clifford, 1997, s. 28 - 33).

5.7 Masáže při porodu

Masáž při porodu pomáhá rodičce snižovat vnímání bolesti v podbříšku a v sakrální oblasti a zároveň také stimuluje dělohu k intenzivnější činnosti. Provádíme ji v oblasti břicha, dolního děložního segmentu, hran dělohy a v sakrální oblasti kolem Michaelsových rout. Provádí se z počátku jemným tlakem, spíše hlazením a později se silícími kontrakcemi se zesiluje i tlak dlaně při masáži. Při silnějších kontrakcích je doporučená zejména tlaková masáž křížové kosti pro uvolnění bolesti. Masáž se provádí krouživými pohyby pomocí masážních olejíčků s příměsí bylin, kombinuje se tak účinnost masáže s účinností aromaterapie (Bašková, 2015, s. 52, 76).

Je doporučováno provádět masáž i v průběhu kontrakce. Zejména při silnějších kontrakcích je doporučené začít s masáží v počátku kontrakce a pokračovat v celém jejím průběhu tlakovou masáží podbříšku a bederní oblasti společně se správným dýcháním. Vhodné je zapojit do masáží doprovod rodičky. Po masáži následuje odpočinek doplněný zábalením suchého tepla na podbříšek a křížovou oblast (Bašková, 2015, s. 53).

5.8 Polohy při porodu

Poloha rodičky při porodu může značně ovlivnit průběh porodu. V naší zemi je častá poloha na zádech (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199). Tato poloha je výhodná spíše pro zdravotnický personál, jelikož umožňuje dobrý přístup k roditelům z hlediska preventivních opatření a ošetření poranění. Avšak tato poloha nerespektuje přirozený vliv zemské gravitace pomáhající ženě a plodu při porodu. Dlouhodobá poloha na zádech může vést k poruchám prokrvení dělohy a placenty, což má dopad i na plod, a může způsobovat i nepravidelnosti sestupu plodu porodním kanálem (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199).

Při vertikalizaci rodičky dochází ke změně anatomických poměrů v pánvi, kdy se mírně zvětšuje prostor v malé pánvi, čímž se i sníží tlak hlavičky na svaly a nervy v křížové oblasti (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199). V první době porodní je proto vhodný sed na balónu doširoka rozkročmo, stoj, či chůze. Tyto polohy pomohou nejen odstraňovat zmíněné nepravidelnosti, ale také i mírně pomáhají snižovat porodní bolesti a napomáhají vstupu hlavičky plodu do malé pánve (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2014, s. 199).

V průběhu první doby porodní by rodička měla měnit polohu každých 30 - 60 minut pro snižování svalového napětí a tlaku na stejnou část těla. Změna polohy také napomáhá vstupu hlavičky plodu do malé pánve a její rotaci. Nejvhodnější poloha v první době porodní je vertikální, jelikož využívá zemské gravitace. Intenzivní tlak na porodní cesty vede ke zkrácení porodní doby. Vhodný je stoj rozkročenýma nohama s oporou, například o lůžko nebo partnera (který může zároveň rodičce masírovat křížovou oblast). Mezi další vhodné polohy patří sed na porodním míči, kdy rodička v průběhu kontrakce "poskakuje" zdola nahoru na míči a v období mezi kontrakcemi krouží pánví pro uvolnění bederní oblasti. Tato metoda posiluje svaly pánevního dna a je vhodné ji provádět už v těhotenství (Bašková, 2015, s. 77 - 78).

5.9 Přítomnost další osoby při porodu

V období těsně před porodem, v průběhu porodu v časném šestinedělí je žena závislá na blízkých osobách a to zejména na otci dítěte. Partner poskytuje ženě pocit bezpečí a psychickou úlevu. Nemusí to však být vždy partner, kdo doprovází ženu k porodu. Může to být i jiný rodinný příslušník, přítelkyně či dula (profesionální průvodkyně ženy těhotenstvím, porodem a raného rodičovství). Přítomnost další osoby při porodu pomáhá zmírňovat stres rodičky, strach a úzkostné až panické reakce. Pomáhá tudíž i k lepšímu zvládnutí

porodní bolesti (Roztočil, 2017, s. 192 - 193). V souvislosti s přítomností blízké osoby při porodu se uvádí i nižší spotřeba analgetik. Další osoba při porodu může být pro rodičku také přínosnou z hlediska masáže křížové oblasti, pomoci při správném dýchání v průběhu kontrakcí, pomoci při úlevových polohách či prostém držení za ruku, dodávání odvahy a domlouvání. Rovněž se uvádí, že přítomnost otce u porodu také silně posiluje vazbu otec - novorozenec a v některých případech i prohlubuje vztah mezi partnery (Pařízek, 2012, s. 179).

Na druhou stranu je důležité, aby se partneři rozhodli k přítomnosti či nepřítomnosti při tomto intimním zážitku zcela dobrovolně bez nátlaku mezi sebou či z okolí. Porod je pro oba partnery záležitostí zcela individuální a ne vždy musí být pro partnera pozitivním prožitkem (Pařízek, 2012, s. 179).

5.10 Hydroanalgezie

Metoda hydroanalgezie je známou metodou užívanou při porodu již dlouhá staletí. Mezi základní prvky hydroanalgezie patří relaxační koupel ve vaně či ve sprše v první době porodní, porod do vody v druhé době porodní, intradermální injekční obstříky sterilní vodou, teplé a studené obklady a přikládání termoforu na bedra a podbříšek rodičky (Pařízek a kol., 2012, s. 192). Bylo zjištěno, že účinek teplé vody účinně tiší porodní bolesti na základě tlumení přenosu bolestivých impulzů do centrální nervové soustavy, kde dochází k útlumu na úrovni zadních míšních rohů (Pařízek a kol., 2012, s. 192)

Roku 1984 byl zveřejněn francouzským porodníkem Michele Odentem porod do vody. Rodička v průběhu první doby porodní setrvala ve vodní lázni s teplou vodou, což snížilo bolestivé vnímání kontrakcí, podávání analgetik a zásahy do průběhu porodu. Samotný porod pak Michel Odent doporučoval provést mimo vodní lázeň na lůžku nebo v kleče, avšak je možné родit i přímo do vody (Roztočil a kol. 2017, s. 202). Aleš Roztočil ve své knize *Moderní porodnictví* (Roztočil a kol. 2017, s. 202) popisoval Odentovi poznatky v oblasti přínosu hydroterapie do porodnictví. Mezi tyto poznatky patří příznivý účinek hydroterapie na cévní a svalový systém rodičky a její psychiku, psychická a somatická relaxace, vliv teplé vody na porodní cesty, která podporuje dilataci děložní branky. Dilatace branky se tak stává rychlejší a zkracuje se porodní děj. Dále byl zaznamenán nižší výskyt spontánního poranění při porodu a iatrogeního poranění jako je epiziotomie (nástřih hráze). Teplá voda má také i analgetický účinek a zvyšuje pohodlí a mobilitu rodičky (Roztočil a kol., 2017, s. 202).

Výhodou hydroterapie je také snížení četnosti podávání léčiv pro tišení porodní bolesti a snížení četnosti epidurální a subarachnoidální analgezie. Nevýhoda této metody spočívá v komplikovaném sledování srdeční akce plodu kardiotokeografem, znemožnění podání současné epidurální analgezie kvůli riziku infekce, nemožnost aplikovat elektroanalgezii a nemožnost podávat sedativa pro riziko hypotenze v kombinaci s vazodilatačním účinkem teplé vody na cévy rodičky (Pařízek a kol., 2012, s. 192 - 193). Při pobytu rodičky v teplé vodě je proto úkolem porodní asistentky jednak zajistit intimní atmosféru podporující relaxaci ženy, tak i dostatečnou hydrataci rodičky, sledování jejích fyziologických funkcí, aby nedošlo k nadměrnému přehřátí organismu a sledování ozev plodu pomocí Dopplerovi sondy (Bašková, 2015, s. 76).

Tato metoda se užívá u fyziologických porodů a nelze ji užít v případě patologických stavů, jako jsou krvácivé stavy, placenta praevia, preeklampsie pro riziko vzniku hypoperfuze uteroplacentární jednotky (snížené prokrvení a okysličení placenty), hepatitidy, u HIV pozitivních žen, a u diabetiček. (Čech, Maršál, Hájek a kol., s. 199)

Další alternativou je, setrvat kromě první doby porodní ve vodě i průběhu druhé doby porodní, což má příznivý vliv na porodní cesty, zkrácení porodní doby a také současnou mírnou analgezií. Tato metoda je však značně kontroverzní a musí splňovat podmínky dané Českou gynekologicko - porodnickou společností (Roztočil a kol., 2017, s. 202).

Další metodou hydroanalgezie jsou intradermální vodní obštriky sterilní vodou či fyziologickým roztokem, nebo trimecainem pro nižší bolestivost při aplikaci. Vpichy se provádí do bederní oblasti v podobě čtyř aplikací o objemu 0,1ml. Rodička pocítuje úlevu od sakralgií do 30s na základě snížení přenosu bolestivých impulzů do centrálního nervového systému. Tuto metodu je možno podávat opakovaně z hlediska nízké analgetické účinnosti jak lékařem, tak i porodní asistentkou (Pařízek a kol., 2012, s. 193).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

Sběr dat k průzkumu této bakalářské práce probíhal kvantitativní metodou pomocí techniky dotazníkového šetření. Výzkum byl zcela anonymní a zapojení se do výzkumu zcela dobrovolné.

6.1 Hlavní cíl práce

Hlavní cíl práce je zjistit vliv nefarmakologických metod analgezie na průběh první doby porodní z pohledu rodičky s důrazem na hydroterapii.

6.2 Dílčí cíle práce

Cíl 1: Zjistit, která metoda nefarmakologické analgezie je nejčastěji užívána v kombinaci s hydroterapií v průběhu první doby porodní.

Cíl 2: Zjistit informovanost rodiček o nefarmakologických metodách analgezie

6.3 Technika sběru dat

Technika sběru dat byla realizována pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo od dubna 2018 do května 2018. Dotazník (viz. Příloha PI) se skládá z 19 otázek, z nichž se k hlavnímu cíli vztahují otázky číslo 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 19. K dílčímu cíli 1 se vztahují otázky číslo 14, 15, 17. K dílčímu cíli 2 se vztahují otázky číslo 6, 7, 13. Dále byly v dotazníku užity demografické otázky číslo 1, 2, 3, 4, 18. Tyto otázky se týkají věku, parity, klasifikace porodu, délky první doby porodní a celkového dojmu z porodu.

6.4 Charakteristika respondentů a organizace šetření

Cílovou skupinou průzkumu byly ženy po spontánním (vaginálním) porodu. Výzkumné šetření probíhalo v online podobě, kdy bylo vyplněno 122 dotazníku, z nichž bylo použito k výzkumu 85 dotazníků. V papírové podobě bylo rozdáno 15 dotazníků do Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a všechny byly správně vyplněny a zpracovány.

6.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Excel 2007. Každá dotazníková položka je analyzovaná tabulkově i graficky. Slovní komentář poté shrnuje celkový výsledek.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

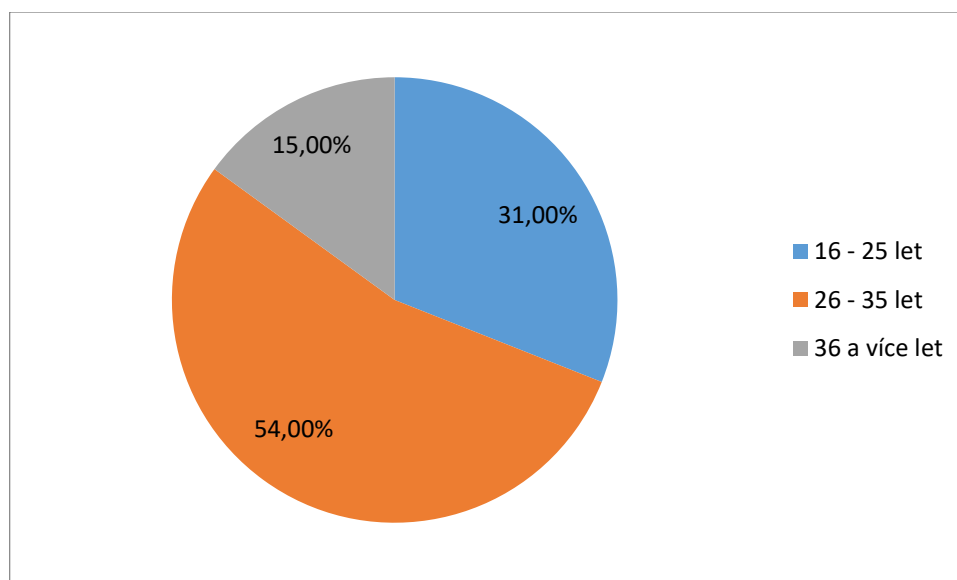
Položka 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1 - Věkové složení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
16 - 25 let	31	31,00%
26 - 35 let	54	54,00%
36 a více let	15	15,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 1 - Věkové složení



(Zdroj - vlastní)

Komentář: První položka dotazníkového šetření zjišťovala věkové zastoupení žen po porodu, kdy na danou otázku odpovědělo 100 žen (100,00%). Z této hodnoty největší počet respondentů (54 žen, 54,00%) bylo ve věku 26 - 35 let. Dále 31 žen (31,00%) bylo ve věku 16 - 25 let a 15 žen (15,00%) ve věku 36 a více let.

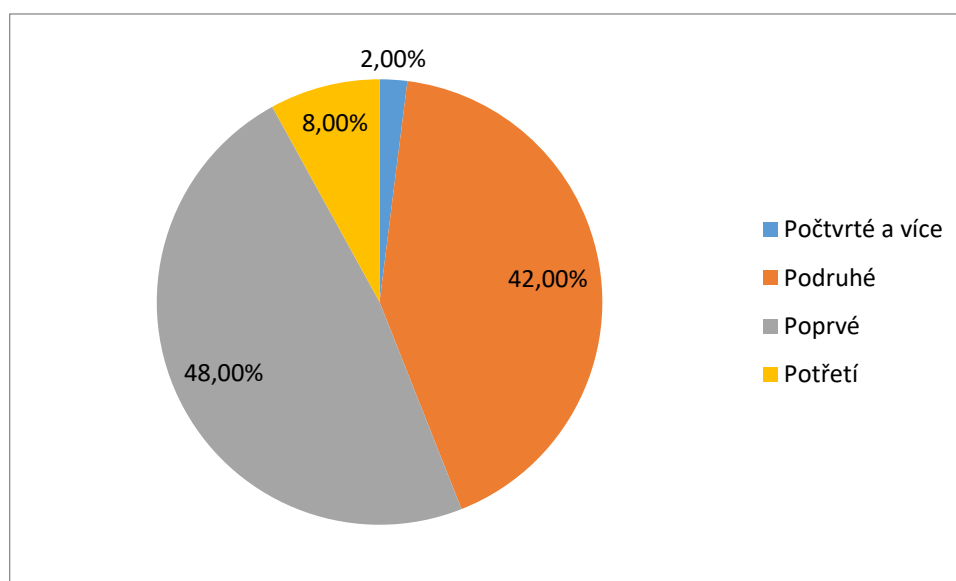
Položka 2: Po kolikáté jste rodila?

Tabulka 2 - Parita

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Počtvrté a více	2	2,00%
Podruhé	42	42,00%
Poprvé	48	48,00%
Potřetí	8	8,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 2 - Parita



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Z dotazníkového šetření výzkumné položky 2 vyplývá, že nejvíce se do výzkumu zapojilo žen prvorodiček (48 žen, 48,00%). Dále se zapojilo 42 žen druhorodiček (42,00%). Již méně se zapojily ženy, které rodily potřetí (8 žen, 8,00%) a jen 2 ženy (2,00%), které rodily počtvrté a více.

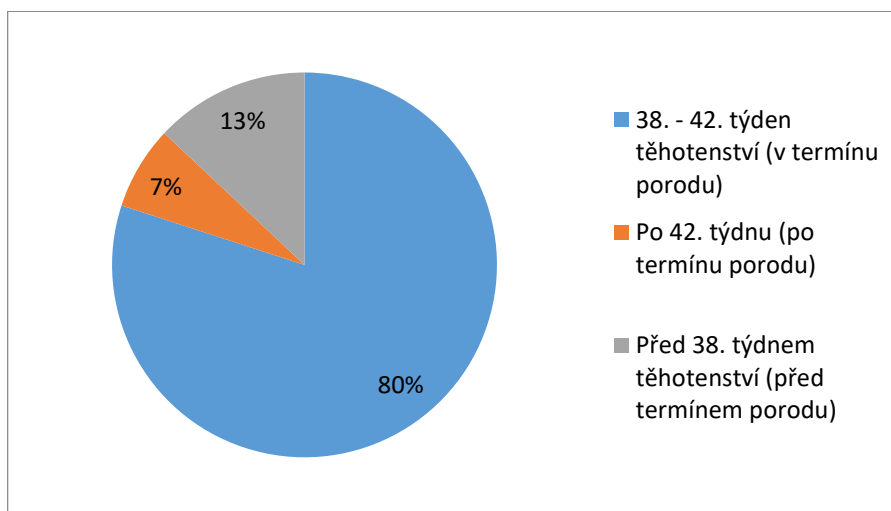
Položka 3: V kterém týdnu těhotenství jste rodila?

Tabulka 3 - Týden těhotenství

Odpoď	Absolutní četnost	Relativní četnost
38. - 42. týden těhotenství (v termínu porodu)	80	80,00%
Po 42. týdnu (po termínu porodu)	7	7,00%
Před 38. týdnem těhotenství (před termínem porodu)	13	13,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 3 - Týden těhotenství



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Z výzkumného šetření dotazníkové položky 3 vyplývá, že největší počet žen zastoupených ve výzkumu porodilo v rozmezí 38. - 42. týdne těhotenství, tudíž v termínu porodu (80 žen, 80,00%). 13 žen porodilo před 38. týdnem těhotenství - před termínem porodu (13 žen, 13,00%). 7 žen, které se zúčastnily šetření, porodily až po termínu porodu, tudíž po 42. týdnu těhotenství (7,00%).

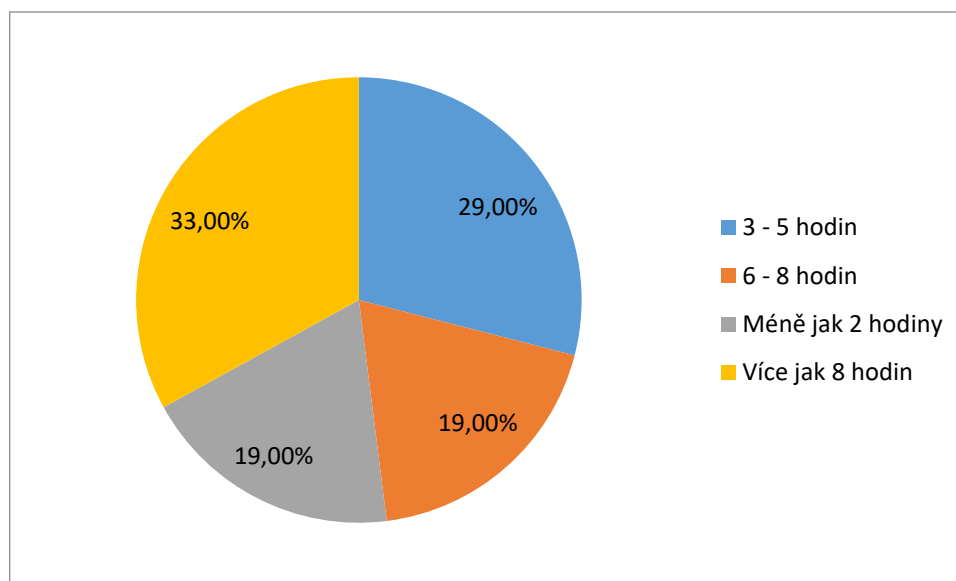
Položka 4: Jak dlouho u Vás trvala první doba porodní? (Doba otevírání porodních cest)

Tabulka 4 - Délka první doby porodní

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 - 5 hodin	29	29,00%
6 - 8 hodin	19	19,00%
Méně jak 2 hodiny	19	19,00%
Více jak 8 hodin	33	33,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 4 - Délka první doby porodní



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Z analýzy dotazníkové položky 4 vyplývá, že největší počet žen prožilo první dobu porodní v délce 8 a více hodin (33 žen, 33,00%) a v délce 3 - 5 hodin (29 žen, 29,00%). 19 respondentek (19,00%) uvedlo délku své první doby porodní v rozmezí 6 - 8 hodin a stejný počet respondentů (19 žen, 19,00%) uvedlo délku první doby porodní méně jak 2 hodiny.

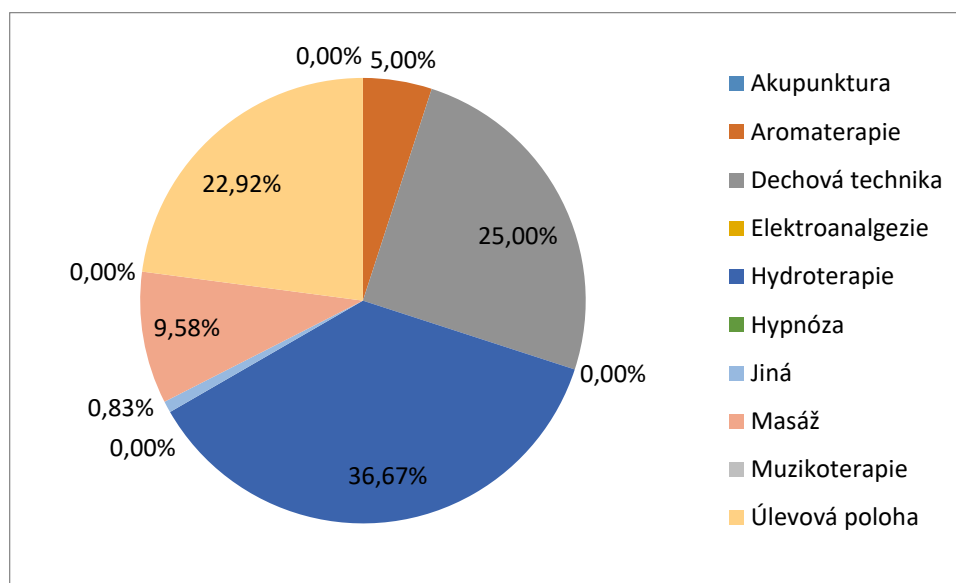
Položka 5: Jakou metodu tišení bolesti při kontrakcích v první době porodní jste využila?

Tabulka 5 - Metody analgezie v I. době porodní

Odpořevř	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Akupunktura	0	0,00%
Aromaterapie	12	5,00%
Dechová technika	60	25,00%
Elektroanalgezie	0	0,00%
Hydroterapie	88	36,67%
Hypnóza	0	0,00%
Jiná	2	0,83%
Masáž	23	9,58%
Muzikoterapie	0	0,00%
Úlevová poloha	55	22,92%
Celkový součet	240	100,00%
Celkový počet respondentů	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 5 - Metody analgezie v I. době porodní



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 5 měly respondentky možnost označit více odpovědí. Absolutní četnost tudíž tvoří součet odpovědí, nikoliv počet dotazovaných. Relativní četnost je vyjádření počtu využití jednotlivých metod u 100 respondentek v procentech. Z analýzy položky 5 vyplývá, že nejvíce užívanou analgetickou metodou v první době porodní je hydroterapie (88 žen, 36,67%). Další nejvíce užívanou metodou v první době porodní je technika správného dýchání v průběhu kontrakcí (60 žen, 25,00%) a úlevová poloha (55 žen, 22,92%). Jako další častěji užívanou metodu nefarmakologické analgezie v první době porodní byla metoda masáže, kterou využilo 23 žen (9,58%) a metoda aroma-

terapie, kterou využilo 12 žen (5,00%). 2 ženy (0,83%) odpověděly na dotazníkovou položku "Jiná" a napsaly vlastní odpověď - jedna respondentka odpověděla, že užila "Rebozo šátek", což je pomůcka při těhotenství, porodu a v poporodním období. Druhá respondentka odpověděla, že při porodu měla u sebe na posteli svého psa, plemene Staffordšírský teriér, kterého hladila a mazlila se s ním a pomáhalo jí to zvládnout porodní bolesti. Další metody jako akupunktura či akupresura, elektroanalgezie, hypnóza a muzikoterapie nebyly v odpovědích respondentek zaznamenané, tudíž 0 respondentek zaznačilo tuto odpověď (0,00%).

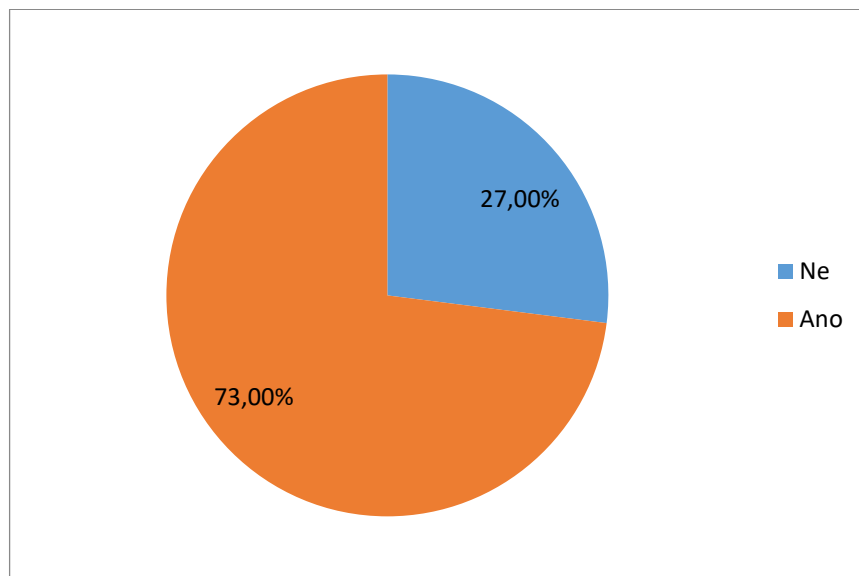
Položka 6: Znála jste tyto nefarmakologické metody již před porodem?

Tabulka 6 - Informovanost o nefarmakologických metodách před porodem

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	27	27,00%
Ano	73	73,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 6 - Informovanost o nefarmakologických metodách před porodem



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 6 byly respondenty dotazovány, zda znaly metody nefarmakologické analgezie již před porodem. 73 respondentek odpovědělo, že ano (73,00%) a 27 respondentek odpovědělo, že ne (27,00%).

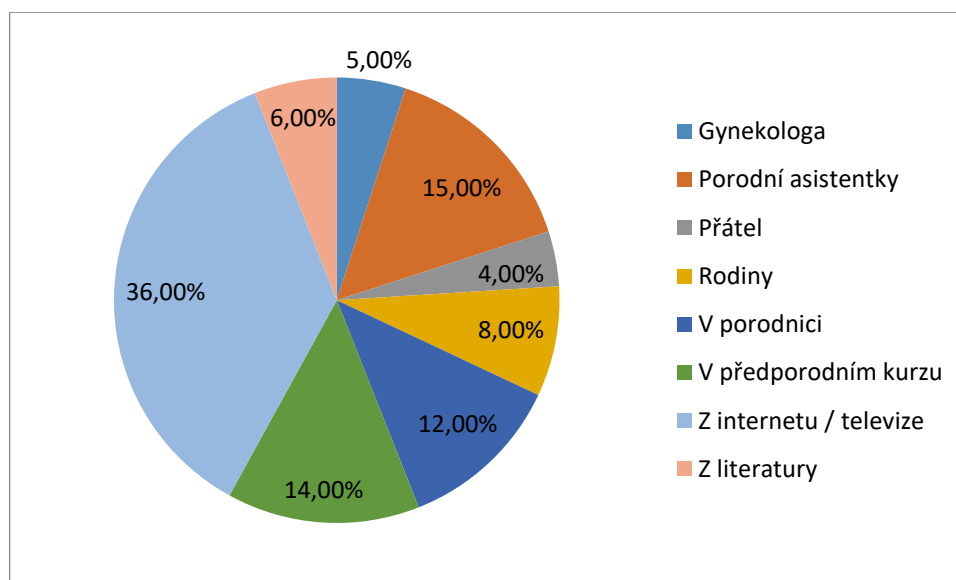
Položka 7: Informace o nefarmakologických metodách jste získala od:

Tabulka 7 - Zdroj informací o nefarmakologických metodách

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Gynekologa	5	5,00%
Porodní asistentky	15	15,00%
Přátel	4	4,00%
Rodiny	8	8,00%
V porodnici	12	12,00%
V předporodním kurzu	14	14,00%
Z internetu / televize	36	36,00%
Z literatury	6	6,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 7 - Zdroj informací o nefarmakologických metodách



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Dotazníková položka 7 analyzuje zdroj informací o nefarmakologických metodách analgezie. Z šetření vyplývá, že hlavní zdroj informací o těchto metodách je internet a televize (36 respondentek, 36,00%). Dalším zdrojem dle četnosti jsou porodní asistentky (15 respondentek, 15,00%), předporodní kurzy (14 respondentek, 14,00%) a samotná porodnice (12 respondentek, 12,00%). Již méně často respondentky získávají informace od rodiny (8 respondentek, 8,00%), z literatury (6 respondentek, 6,00%), od gynekologa (5 respondentek, 5,00%) a od přátel (4 respondentky, 4,00%).

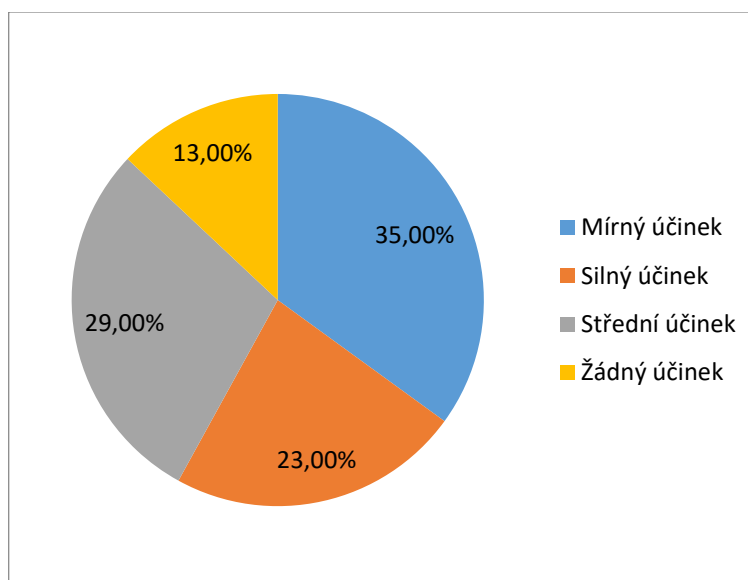
Položka 8: Nyní Vás poprosím, zda-li byste mohla ohodnotit metodu hydroterapie z hlediska jejího působení na Vaši porodní bolest v průběhu první doby porodní, bez působení jakéhokoliv farmaka (léky tišící bolest, epidurální analgezie).

Tabulka 8 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při mírné bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mírný účinek	35	35,00%
Silný účinek	23	23,00%
Střední účinek	29	29,00%
Žádný účinek	13	13,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 8 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při mírné bolesti



(Zdroj - vlastní)

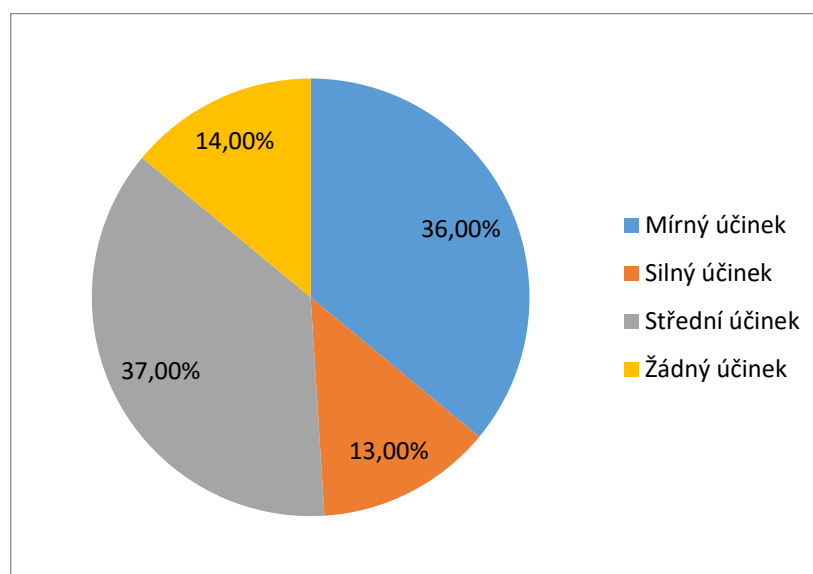
Komentář: V dotazníkové položce 8 byly respondentky požádány, aby ohodnotily působení hydroterapie na porodní bolest při mírné bolesti, středně silné bolesti a silné bolesti. Při mírné bolesti (tabulka 8, graf 8) respondentky hodnotily účinek hydroterapie nejčastěji jako mírný (35 respondentek, 35,00%). 29 respondentek hodnotilo působení hydroterapie při mírné bolesti jako středně silný účinek (29,00%) a 23 respondentek jako silný účinek (23,00%). 13 respondentek (13,00%) hodnotilo působení hydroterapie při mírné bolesti bez účinku.

Tabulka 9 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při středně silné bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mírný účinek	36	36,00%
Silný účinek	13	13,00%
Střední účinek	37	37,00%
Žádný účinek	14	14,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 9 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při středně silné bolesti



(Zdroj - vlastní)

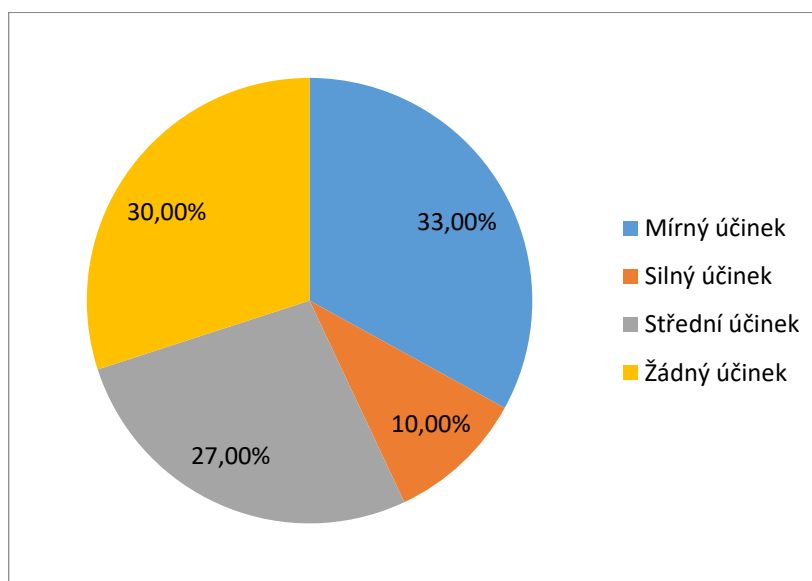
Komentář: Při středně silné bolesti (tabulka 9, graf 9) respondentky hodnotily účinek hydroterapie nejčastěji jako střední (37 respondentek, 37,00%) a jako mírný účinek (36 respondentek, 36,00%). Méně často hodnotily respondentky účinek hydroterapie při středně silné bolesti jako silný (13 respondentek, 13,00%) a 14 respondentek hodnotilo účinek jako žádný (14,00%).

Tabulka 10 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při silné bolesti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mírný účinek	33	33,00%
Silný účinek	10	10,00%
Střední účinek	27	27,00%
Žádný účinek	30	30,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 10 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při silné bolesti



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Při silné bolesti (tabulka 10, graf 10) respondenty nejčastěji hodnotily účinek hydroterapie jako mírný (33 respondentek, 33,00%) až žádný (30 respondentek, 30,00%). Naopak 27 respondentek hodnotilo účinek hydroterapie při silné bolesti jako střední (27,00%) a 10 respondentek jako silný účinek (10,00%).

Shrnutí položky 8: Při mírné a středně silné bolesti hodnotily respondenty účinek hydroterapie nejčastěji jako mírný až středně silný účinek, kdežto při silné bolesti převažovala nejčastěji odpověď mírný až žádný účinek.

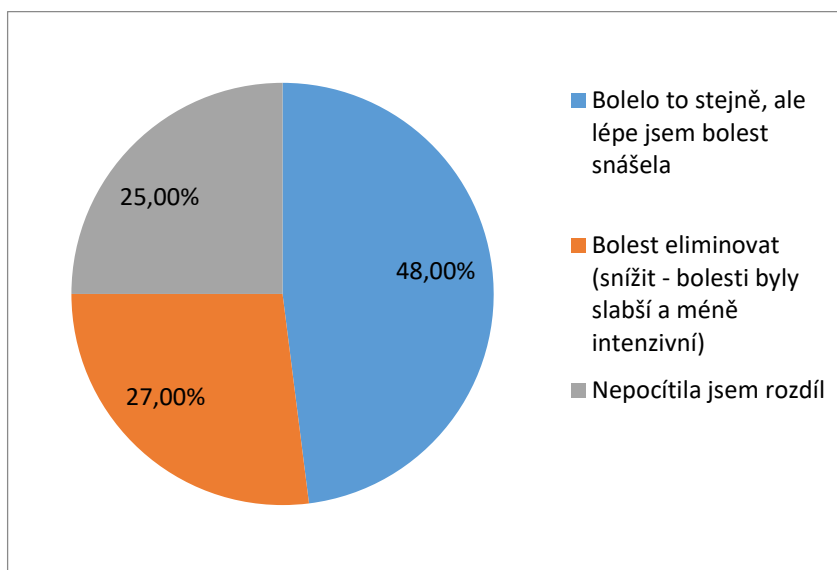
Položka 9: Pomohla Vám metoda hydroterapie při porodní bolesti:

Tabulka 11 - Působení hydroterapie na porodní bolest

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolelo to stejně, ale lépe jsem bolest snášela	48	48,00%
Bolest eliminovat (snížit - bolesti byly slabší a méně intenzivní)	27	27,00%
Nepocítila jsem rozdíl	25	25,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 11 - Působení hydroterapie na porodní bolest



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 9 byla respondentkám položena otázka, jakým způsobem metoda hydroterapie působila na jejich porodní bolest. Nejčastěji respondenty odpověděly (48 respondentek, 48,00%), že i když to bolelo stále stejně, tak jim metoda hydroterapie pomohla bolest lépe snášet. 27 respondentek (27,00%) odpovědělo, že jim metoda hydroterapie pomohla porodní bolest eliminovat (bolesti byly slabší a méně intenzivní). 25 respondentek (25,00%) odpovědělo, že nepocítilo žádný rozdíl s užitím hydroterapie a bez užití hydroterapie.

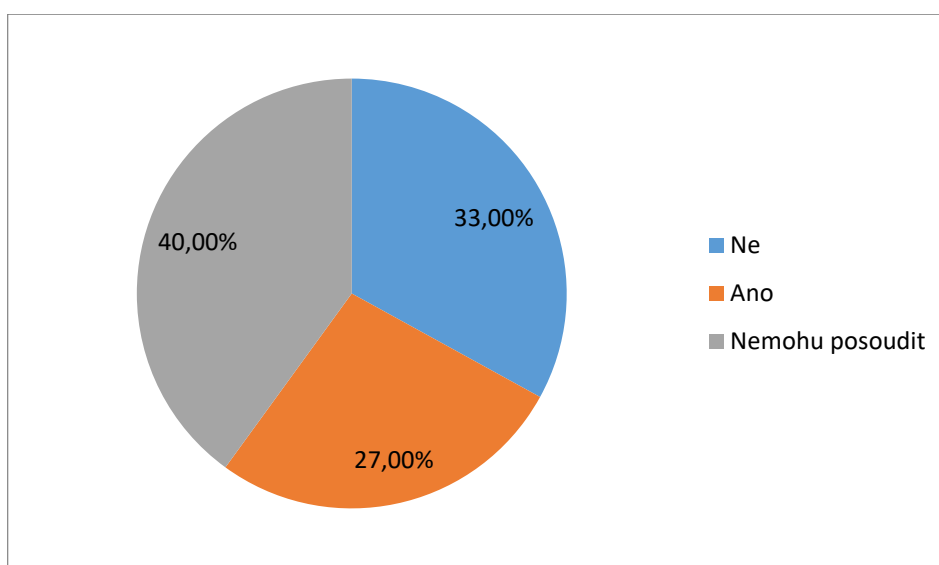
Položka 10: Pomohla Vám metoda hydroterapie urychlit průběh první doby porodní (tzn. byl zaznamenán posun při nálezu na děložní brance po užití metody hydroterapie)?

Tabulka 12 - Vliv hydroterapie na průběh první doby porodní

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	33	33,00%
Ano	27	27,00%
Nemohu posoudit	40	40,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 12 - Vliv hydroterapie na průběh první doby porodní



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 10 byla respondentkám položena otázka ohledně vlivu metody hydroterapie na průběh první doby porodní z jejich pohledu. V 40,00% (40 respondentek) bohužel nemohlo vliv posoudit. 33 respondentek (33,00%) odpovědělo, že nezaznamenalo žádný vliv na průběh první doby porodní, tj. v posunu nálezu na děložní brance a 27 respondentek (27,00%) odpovědělo, že naopak posun v nálezu na děložní brance zaznamenalo.

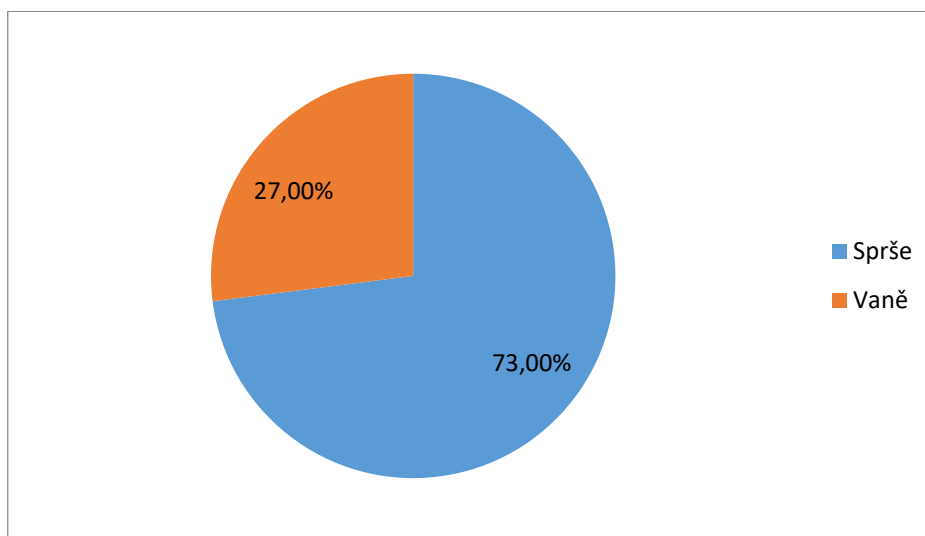
Položka 11: Užíla jste hydroterapii ve:

Tabulka 13 - Způsob užití hydroterapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sprše	73	73,00%
Vaně	27	27,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 13 - Způsob užití hydroterapie



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Výzkumná položka 11 zjišťuje nejčastější způsob užívání hydroterapie v průběhu první doby porodní. Výsledkem analýzy je, že nejčastějším způsobem užívání je sprcha (73 respondentek, 73,00%) a pouze v 27,00% (27 respondentek) byla u respondentek zapojených ve výzkumu využita vana.

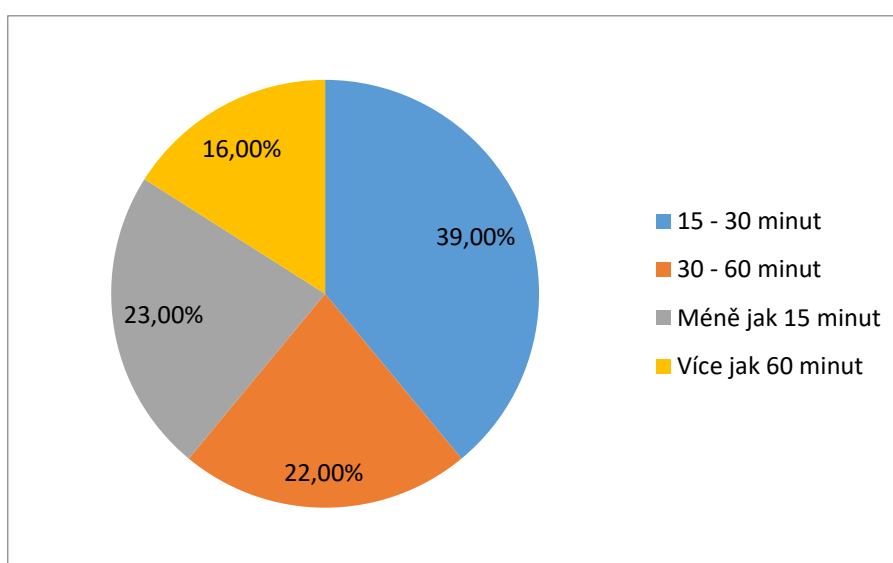
Položka 12: Jak dlouhý čas jste strávila ve vaně či sprše?

Tabulka 14 - Čas užití hydroterapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 30 minut	39	39,00%
30 - 60 minut	22	22,00%
Méně jak 15 minut	23	23,00%
Více jak 60 minut	16	16,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 14 - Čas užití hydroterapie



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 12 byla respondentkám položena otázka, jak dlouhý čas strávily ve vaně či sprše při užití hydroterapie. Nejčastější odpověď byla 15 - 30 minut (39 respondentek, 39,00%). 23 respondentek (23,00%) odpovědělo méně než 15 minut a 22 respondentek (22,00%) naopak odpovědělo 30 - 60 minut. Pouze 16 respondentek (16,00%) odpovědělo, že užívaly hydroterapii více než 60 minut.

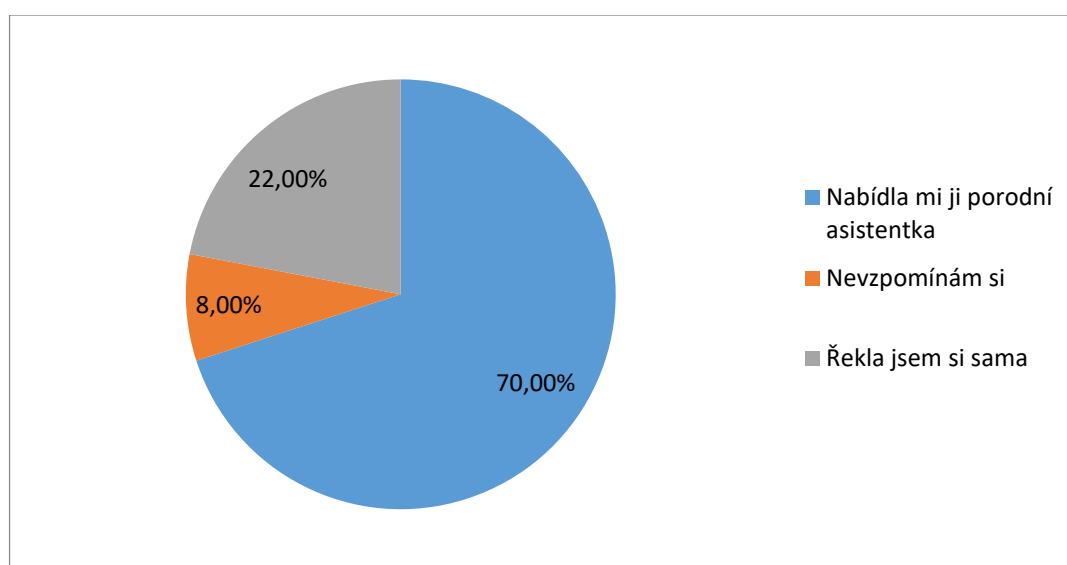
Položka 13: Řekla jste si o hydroterapii sama, nebo Vám ji aktivně nabídla porodní asistentka?

Tabulka 15 - Nabídnutí hydroterapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nabídla mi ji porodní asistentka	70	70,00%
Nevzpomínám si	8	8,00%
Řekla jsem si sama	22	22,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 15 - Nabídnutí hydroterapie



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Ve výzkumné položce 13 byla respondentkám položena otázka, zda - li jim hydroterapii nabídla sama porodní asistentka či si o ni řekly samy. Výsledná analýza ukazuje, že v 70,00% (70 respondentek) byla metoda hydroterapie nabídnuta rodičce porodní asistentkou. V 22,00% (22 respondentek) respondentky uvedly, že si o hydroterapii řekly samy. Pouze v 8,00% (8 respondentek) respondentky uvedly, že si to již nepamatují.

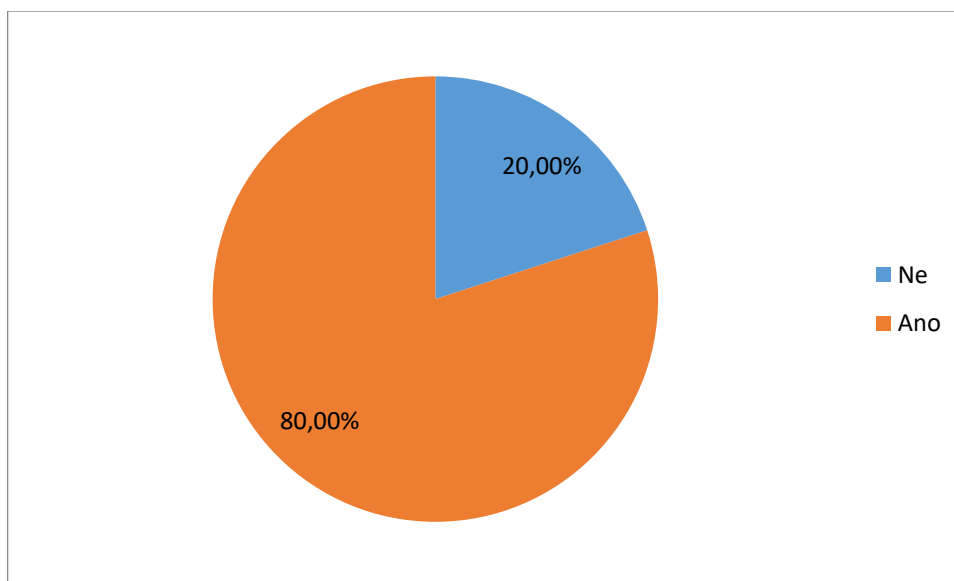
Položka 14: Když jste byla ve vaně či sprše, kombinovala jste to i s jinými možnostmi úlevy od bolesti (úlevové polohy, aromaterapie, masáž, léky proti bolesti aj.)?

Tabulka 16 - Kombinace hydroterapie s jinými analgetickými možnostmi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	20	20,00%
Ano	80	80,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 16 - Kombinace hydroterapie s jinými analgetickými možnostmi



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Výzkumná položka 14 se zabývala otázkou, zda - li byla metoda hydroterapie v průběhu první doby porodní kombinována i s jinými možnostmi úlevy od bolesti (např. analgetika či jiné nefarmakologické metody). V 80,00% (80 respondentek) odpovědělo, že ano. Pouze v 20,00% (20 respondentek) odpovědělo, že nekombinovaly současně s hydroterapií žádnou metodu analgezie.

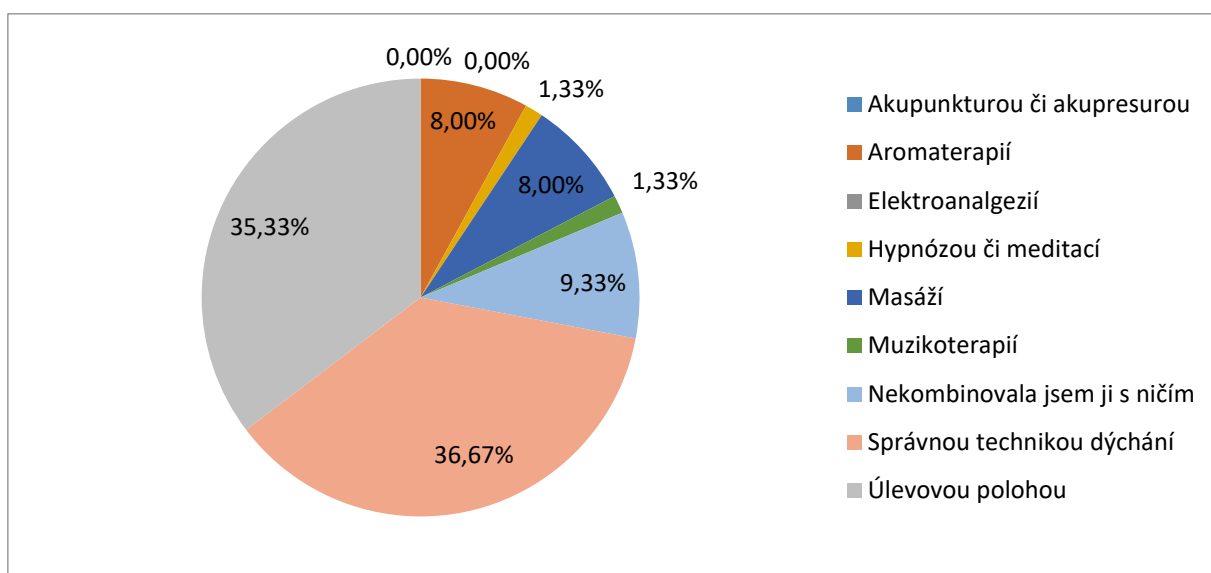
Položka 15: Kombinovala jste v průběhu první doby porodní hydroterapii s:

Tabulka 17 - Kombinace hydroterapie s dalšími nefarmakologickými metodami

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Akupunkturou či akupresurou	0	0,00%
Aromaterapií	12	8,00%
Elektroanalgezií	0	0,00%
Hypnózou či meditací	2	1,33%
Masáží	12	8,00%
Muzikoterapií	2	1,33%
Nekombinovala jsem ji s ničím	14	9,33%
Správnou technikou dýchání	55	36,67%
Úlevovou polohou	53	35,33%
Celkový součet	150	100,00%
Celkový počet respondentů	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 17 - Kombinace hydroterapie s dalšími nefarmakologickými metodami



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Ve výzkumné položce 15 byla respondentkám položena otázka, zda-li kombinovaly v průběhu první doby porodní metodu hydroterapie i s jinými metodami nefarmakologické analgezie. V otázce byla možnost více odpovědí, tudíž celkový součet odpovídá počtu odpovědí, nikoliv počtu respondentek. Výsledkem je, že nejčastější kombinovanou metodou je správná technika dýchání v průběhu kontrakcí (36,67%, 55 respondentek). Další nejčastější kombinovanou metodou je úlevová poloha (35,33%, 53 respondentek). V 8,00% byla metoda hydroterapie v průběhu první doby porodní kombinována s aromaterapií (12 respondentek) a také v 8,00% byla kombinována s masáží (12 respondentek). Jako další kombinace byla v 1,33% zaznamenána metoda muzikoterapie (2 respondentky)

a v 1,33% hypnózy či meditace (2 respondentky). V 9,33% respondentky odpověděly, že nekombinovaly v průběhu první doby porodní hydroterapii s ničím (14 respondentek). Metoda akupunktury / akupresury a elektroanalgezie nebyla v první době porodní zaznamenána vůbec.

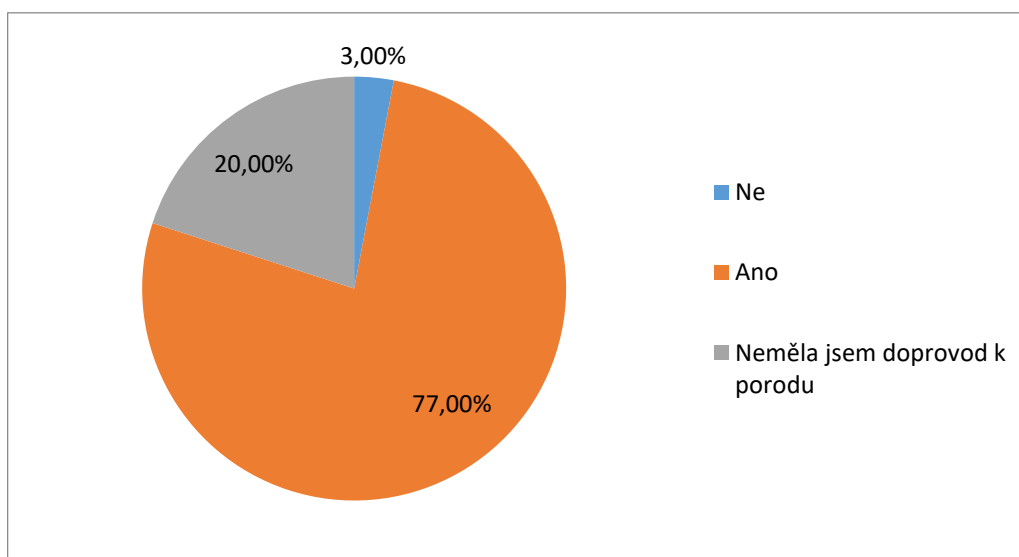
Položka 16: Uklidnila Vás přítomnost partnera, přítelkyně či duly při porodu?

Tabulka 18 - Přítomnost druhé osoby při porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	3	3,00%
Ano	77	77,00%
Neměla jsem doprovod k porodu	20	20,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 18 - Přítomnost druhé osoby při porodu



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Výzkumná položka 16 zjišťovala vliv přítomnosti druhé osoby při porodu na psychický stav rodičky. Výsledkem je, že v 77,00% (77 respondentek) přítomnost druhé osoby při porodu uklidňovala. 20,00% (20 respondentek) uvedlo, že nemělo doprovod k porodu a pouze ve 3,00% (3 respondentky) uvedly, že je přítomnost druhé osoby při porodu neuklidňovala.

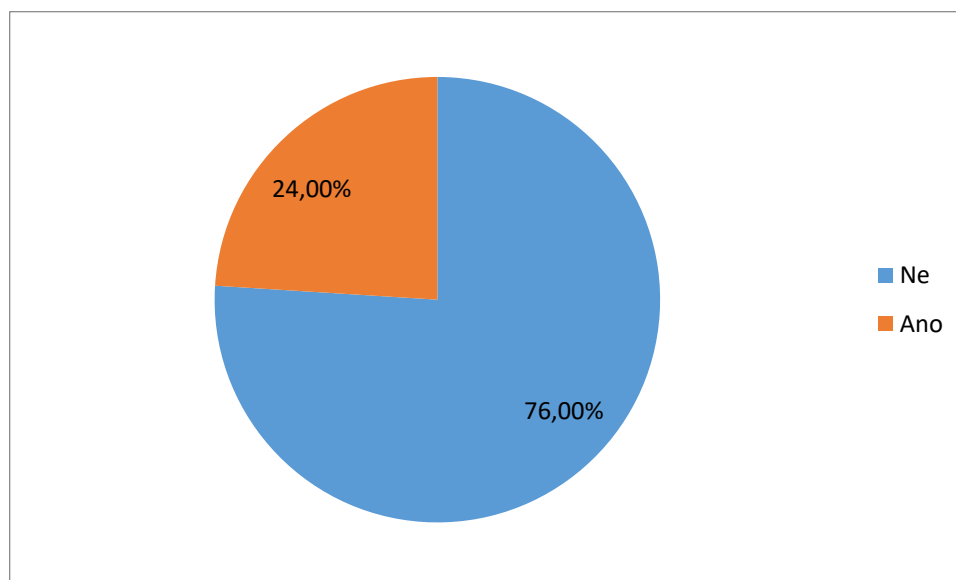
Položka 17: Kombinovala jste hydroterapii s farmakoterapií (léky tišící bolest, epidurální analgezie, rajský plyn N₂O)?

Tabulka 19 - Kombinace hydroterapie s farmakoterapií

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	76	76,00%
Ano	24	24,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 19 - Kombinace hydroterapie s farmakoterapií



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Výzkumná položka 17 zjišťuje četnost využití farmakologické analgezie v kombinaci s hydroterapií. Výsledkem šetření je, že v kombinaci s hydroterapií bylo jen v 24,00% využito farmakologické analgezie (24 respondentek). Ve zbylých 76,00% nedošlo k využití farmakologické analgezie (76 respondentek).

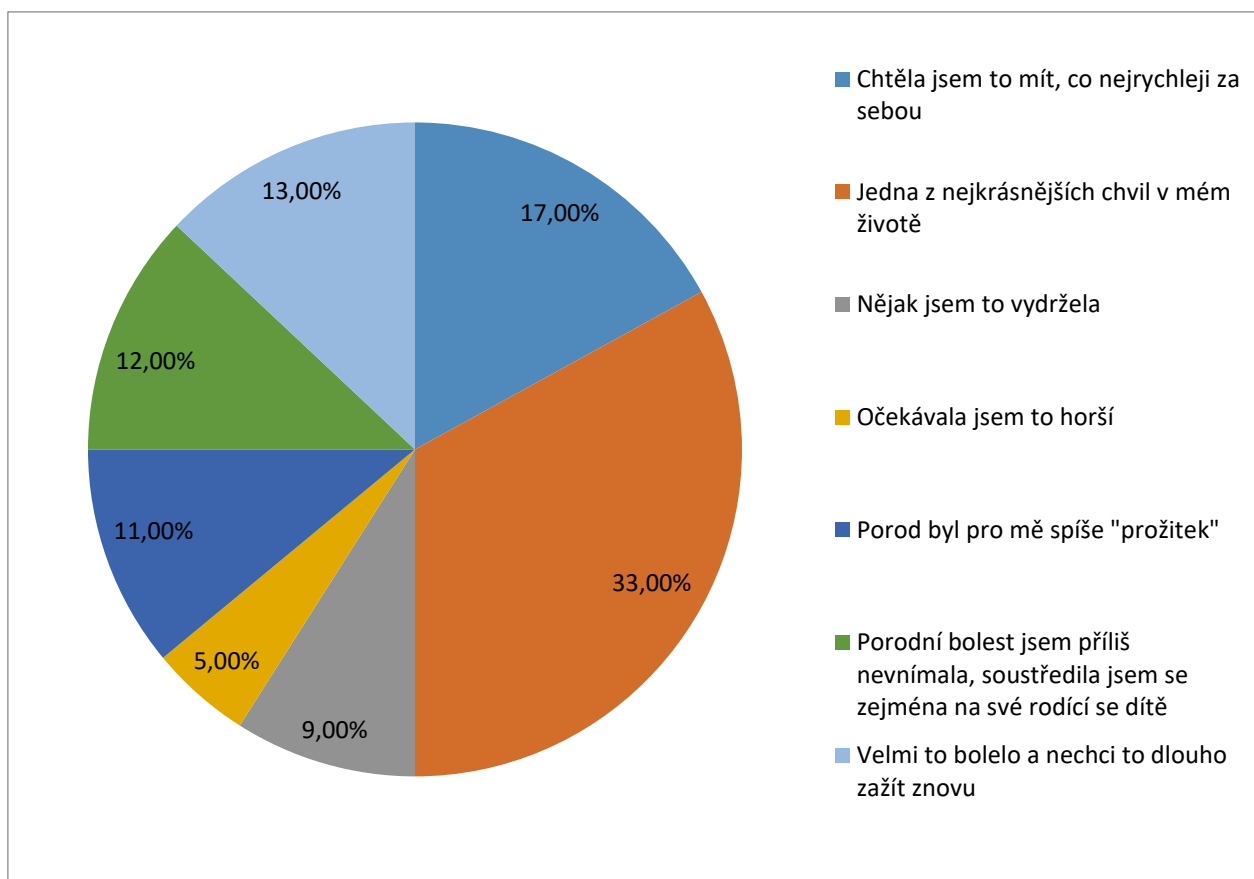
Položka 18: Jak jste vnímala porod po celkové stránce?

Tabulka 20 - Celkový dojem z porodu

Odpověď	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost
Chtěla jsem to mít, co nejrychleji za sebou	17	17,00%
Jedna z nejkrásnějších chvil v mém životě	33	33,00%
Nějak jsem to vydržela	9	9,00%
Očekávala jsem to horší	5	5,00%
Porod byl pro mě spíše "prožitek"	11	11,00%
Porodní bolest jsem příliš nevnímala, soustředila jsem se zejména na své rodičí se dítě	12	12,00%
Velmi to bolelo a nechci to dlouho zažít znovu	13	13,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 20 - Celkový dojem z porodu



(Zdroj - vlastní)

Komentář: Dotazníková položka 18 se ptala na celkový dojem respondentek z porodu. Výsledkem šetření je, že pro nejvíce respondentek (33 žen, 33,00%) byl porod jedna z nejkrásnějších chvil v životě. 17 respondentek (17,00%) uvedlo, že chtěly mít porod, co nejrychleji za sebou. 13 respondentek (13,00%), že to velmi bolelo a nechtějí to dlouho zažít znovu.

znovu, 12 respondentek (12,00%) porodní bolest příliš nevnímalo a soustředily se spíše na své rodící se dítě a pro 11 respondentek (11,00%) byl porod spíše "prožitkem". 9 respondentek (9,00%) odpovědělo, že to nějak vydrželo a 5 respondentek (5,00%) očekávalo, že to bude horší.

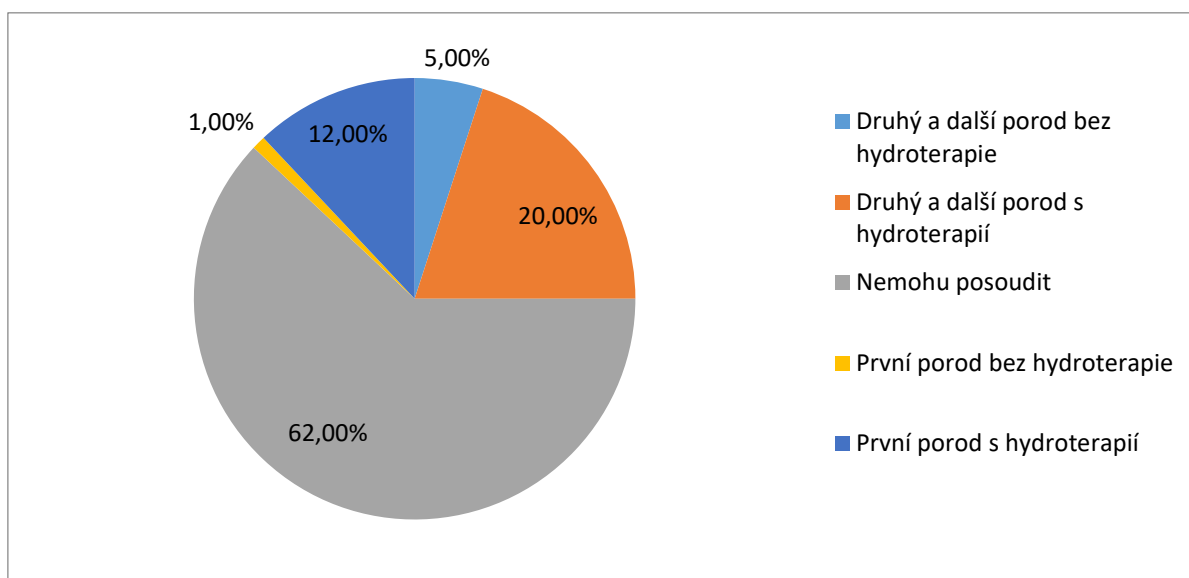
Položka 19: Můžete srovnat, který porod se Vám zdál lepší v kombinaci s hydroterapií a bez hydroterapie? (Vyplní pouze druhorodičky a víceroďičky)

Tabulka 21 - Srovnání porodů s hydroterapií a bez hydroterapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Druhý a další porod bez hydroterapie	5	5,00%
Druhý a další porod s hydroterapií	20	20,00%
Nemohu posoudit	62	62,00%
První porod bez hydroterapie	1	1,00%
První porod s hydroterapií	12	12,00%
Celkový součet	100	100,00%

(Zdroj - vlastní)

Graf 21 - Srovnání porodů s hydroterapií a bez hydroterapie



(Zdroj - vlastní)

Komentář: V dotazníkové položce 19 byla druhorodičkám a víceroďičkám položena otázka, zda - li mohou srovnat porod s hydroterapií a bez hydroterapie. 62,00% (62 respondentek) odpovědělo, že to bohužel nemohou posoudit. 20,00% (20 respondentek) odpovědělo, že byl pro ně lepší druhý a další porod s hydroterapií, 12,00% (12 respondentek) zvolilo odpověď první porod s hydroterapií a 5,00% (5 respondentek) odpovědělo, že byl pro ně lepší druhý a další porod bez hydroterapie. V 1,00% (1 respondentka) byla zaznamenána odpověď první porod bez hydroterapie.

8 DISKUZE

V této kapitole budou srovnány výsledky průzkumného šetření této bakalářské práce s výsledky výzkumu dalších bakalářských prací, které byly napsány na podobné téma.

8.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Řezníková Michaela (2013) ve své bakalářské práci na téma *Nefarmakologické metody tišení bolesti v průběhu porodu* píše, že nejčastěji užívaná nefarmakologická metoda analgezie

v průběhu porodu na základě její výzkumné analýzy u 100 respondentů je hydroterapie (23,56%), dále partner při porodu (21,65%), dechové techniky (20,50%), úlevové polohy (14,56%) a aromaterapie (12,45%). Již méně je zastoupená masáž (4,22%), muzikoterapie (1,72%) a akupresura (0,19%). Ve výzkumu této práce jsou výsledky analýzy (rovněž u 100 respondentek) podobné. Hydroterapie je zde nejčastěji využívanou metodou (36,67%), dále dechová technika (25,00%) a úlevová poloha (22,92%). Již méně je využívána masáž (9,58%) a aromaterapie (5,00%).

Dále výzkumná analýza v bakalářské práci Řezníkové Michaely (2013) uvádí působení hydroterapie na porodní bolest. Respondentky zde odpověděly, že metoda hydroterapie jim pomohla mírnit jejich porodní bolest s tím, že nejúčinněji ji hodnotily (75,51%) při kontrakcích trvajících 20 - 30 sekund, což odpovídá počátku první doby porodní a tedy mírnějším porodním bolestem. 16,33% uvedlo působení hydroterapie při kontrakcích trvajících 30 - 40 sekund (středně silné bolesti) a jen 8,16% uvedlo působení hydroterapie při kontrakcích trvajících 40 - 50 sekund (silné bolesti). V tomto průzkumném šetření byla stejnému počtu respondentek položena podobná otázka. Zjištěným výsledkem bylo, že při mírné bolesti uváděly respondentky účinek hydroterapie nejčastěji jako mírný až střední účinek. Při středně silné bolesti jako střední až mírný účinek a při silné bolesti mírný až žádný účinek.

Bakalářská práce od autorky Zdražilové Ivety (2018) na téma *Porod očima rodičky* uvádí jako výsledek analýzy, že přítomnost partnera při porodu významně respondentky uklidňovala, stejný je i výsledek výzkumné analýzy tohoto výzkumu. Michálková Monika (2017) ve své práci na téma *Zkušenosti rodiček s bolestí při porodu* uvádí jako výsledek výzkumu, že respondentky při aplikaci nefarmakologických metod analgezie (mezi něž řadily i přítomnost partnera při porodu a pozitivní přístup porodních asistentek

a lékařů) uváděly daleko významnější úlevu od porodní bolesti, než po aplikaci farmakologických metod analgezie, kdy "významnou úlevu od porodní bolesti nezaznamenaly".

V oblasti informovanosti respondentek o nefarmakologických metodách analgezie ve své práci Řezníková Michaela (2013) uvádí, že většina respondentek byla o nefarmakologických metodách analgezie informována již před porodem. Ke stejnému výsledku dospělo i průzkumné šetření této bakalářské práce. Z oblasti zdroje informací o nefarmakologických metodách v práci Řezníkové Michaely (2013) bylo ve výsledné analýze uvedeno, že nejčastěji respondentky uvedly jako zdroj internet (25,16%). Dále porodní asistentku v předporodním kurzu (18,99%), gynekologa (15,12%), kamarádku (14,73%), literaturu (11,24%), porodní asistentku v prenatální poradně (6,59%), matku (4,26%), televizi (2,33%) a porodní asistentku na porodním sále (1,55%). Při šetření se potvrdila vzrůstající tendence vlivu internetu a televize na informovanost budoucích rodiček (36,00%). Dále porodní asistentka (15,00%), předporodní kurz (14,00%), porodnice (12,00%), rodina (8,00%), literatura (6,00%), gynekolog (5,00%) a přátelé (4,00%). Výsledky ohledně zdroje informací se tedy od sebe lehce liší, nicméně hlavní informační zdroj zůstává stejný.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na nefarmakologické metody ovlivňující první dobu porodní. Práce je členěna do dvou hlavních částí, teoretické části a praktické části. V teoretické části byla shrnuta problematika porodu, porodní bolesti, role porodní asistentky a vlivu nefarmakologických metod na průběh první doby porodní. Praktická část analyzovala data získaná prostřednictvím výzkumného dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 100 respondentek.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit vliv nefarmakologických metod analgezie na průběh první doby porodní z pohledu rodičky s důrazem na hydroterapii. K tomuto cíli se vtahují dotazníkové položky číslo 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16 a 19. Z průzkumného šetření vyplývá, že nejčastější metodou nefarmakologické analgezie je hydroterapie, správná technika dýchání v průběhu kontrakcí a úlevová poloha. Při mírné porodní bolesti má hydroterapie mírný až střední účinek působení, při středně silné bolesti střední až mírný účinek a při silné bolesti mírný až žádný účinek. Metoda hydroterapie při porodní bolesti pomáhá bolest spíše lépe snášet, než zmírňovat. Vliv hydroterapie na průběh první doby porodní ve smyslu jejího zkrácení ve většině odpovědí respondentky nemohly posoudit. Nejčastěji byla hydroterapie užitá ve sprše a čas zde strávený byl nejčastěji 15 - 30 minut. Při srovnání porodů s hydroterapií a bez hydroterapie většina respondentek odpověděla, že to nemůže posoudit. V otázce zda-li respondentky uklidňovala přítomnost další osoby při porodu, byla nejčastěji zaznamenaná odpověď ano.

Hlavní cíl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, která metoda nefarmakologické analgezie je nejčastěji užívaná v kombinaci s hydroterapií v průběhu první doby porodní. K tomuto cíli se vztahují dotazníkové položky číslo 14, 15 a 17. Z průzkumného šetření vyplývá, že většina respondentek v průběhu první doby porodní kombinovala hydroterapii s dalšími metodami analgezie. Nejčastější kombinací s metodou hydroterapie je správná technika dýchání v průběhu kontrakcí a úlevová poloha. Většina respondentek metodu hydroterapie nekombinovala s farmakologickou analgezií (léky proti bolesti, epidurální analgezie, rajský plyn N₂O).

Dílčí cíl 1 splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit informovanost rodiček o nefarmakologických metodách analgezie. K tomuto cíli se vztahují dotazníkové položky číslo 6, 7 a 13. Z průzkumného šetření vyplývá, že většina respondentek znala nefarmakologické metody analgezie již před porodem. Nejvíce informací o těchto metodách získaly respondentky prostřednictvím internetu a televize a metodu hydroterapie při porodu jim nejčastěji nabídla porodní asistentka.

Dílčí cíl 2 splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

BÍM, Jan František a Ingrid NĚMEČKOVÁ, 2016. *Cesta (ne)obyčejného člověka: Vývoj člověka a přechodové rituály*. Praha. Dostupné také z: <http://www.janbim.cz/files/downloads/cesta-ne-obycejneho-cloveka/vyvoj-cloveka-a-prechodove-ritualy.pdf>

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1.

CLIFFORD, Frances R. *Aromatherapy during your pregnancy*. Salfron Walden: The C.W. Daniel Company Limited, 1997, 94 s. ISBN 0-852-07312-7.

Definice porod - potrat dle MZČR: Definice související s potratem a porodem živého nebo mrtvého dítěte pro potřeby statistických hlášení a vyplňování Listu o prohlídce zemřelého, 2012. *Gynstart* [online]. Praha: Gynstart [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: https://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625&confirm_rules=1

Dolsin - SPC, 2016. *SÚKL* [online]. Praha: SÚKL [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Eva/Downloads/dolsin-spc.pdf>

Etický kodex: Mezinárodní etický kodex porodních asistentek, 2014. *Česká komora porodních asistentek z.s.* [online]. Praha: ČKPA [cit. 2018-01-31]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/pracovni-uplatneni/eticky-kodex.html>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.

IASP Taxonomy: Pain, 1994. *IASP* [online]. Seattle: IASP [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

International Definition of the Midwife, 2005. *International Confederation of Midwives* [online]. The Hague, The Netherlands: ICM [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf

Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2004. In: . Praha: MZČR, ročník 2011, částka 20, číslo 55. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, xxxiii, 952 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0668-7.

LOWDERMILK, Deitra Leonard, Shannon E. PERRY, Kitty CASHION, Kathryn Rhodes ALDEN a Ellen Frances OLSHANSKY. *Maternity & women's health care*. 11th edition. St. Louis: Elsevier, 2016, xxiv, 973. ISBN 978-0-323-16918-9.

MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014, 313 s. ISBN 978-80-7387-810-8.

MONA, Maria, Roles and Responsibilities of Midwives. *Nursing Exercise* [online]. Nursing Exercise [cit. 2018-01-31]. Dostupné z: <http://nursingexercise.com/roles-responsibilities-midwives/>

MONGAN, Marie F., 2010. *Hypnoporod*. Praha: Triton, 243 s. ISBN 978-80-7387-364-6. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201006/contents/nkc20102107246_1.pdf

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : přehled péče o fyziologického novorozence*. Par-

dubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015, 158 s. ISBN 978-80-7395-859-6.

MURRAY, Michelle a Gayle HUELSMANN. *Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice*. New York, N.Y.: Springer Publishing Company, c2009, xiii, 250 s. ISBN 978-0-8261-1803-5.

PAŘÍZEK, Antonín, c2006. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 414 s. ISBN 80-7262-411-3. Dostupné také z: http://katalog.k.utb.cz/F/?func=service&doc_library=UTB01&doc_number=000033002&line_number=0002&func_code=WEB-BRIEF&service_type=MEDIA

PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2012, xxxii, 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence: pro studenty lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc. ISBN 978-80-906280-0-7.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris, 2006, 684 s. ISBN 80-903750-0-6. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201012/contents/nkc20071712039_1.pdf

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví: [učebnice]*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, xxxiii, 621. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŠTEMBERA, Zdeněk. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf, 2016, 222 s. ISBN 978-80-7345-500-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČKPA - Česká komora porodních asistentek

IASP - International Association for the Study of Pain

ICM - International Confederation of Midwives

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

TENS - Transkutánní elektrická nervová stimulace

ABC Význam první zkratky.

B Význam druhé zkratky.

C Význam třetí zkratky.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věkové složení	41
Tabulka 2 - Parita.....	42
Tabulka 3 - Týden těhotenství	43
Tabulka 4 - Délka první doby porodní.....	44
Tabulka 5 - Metody analgezie v I. době porodní	45
Tabulka 6 - Informovanost o nefarmakologických metodách před porodem.....	47
Tabulka 7 - Zdroj informací o nefarmakologických metodách	48
Tabulka 8 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při mírné bolesti	49
Tabulka 9 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při středně silné bolesti	50
Tabulka 10 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při silné bolesti.....	51
Tabulka 11 - Působení hydroterapie na porodní bolest	52
Tabulka 12 - Vliv hydroterapie na průběh první doby porodní	53
Tabulka 13 - Způsob užití hydroterapie.....	54
Tabulka 14 - Čas užití hydroterapie.....	55
Tabulka 15 - Nabídnutí hydroterapie.....	56
Tabulka 16 - Kombinace hydroterapie s jinými analgetickými možnostmi.....	57
Tabulka 17 - Kombinace hydroterapie s dalšími nefarmakologickými metodami.....	58
Tabulka 18 - Přítomnost druhé osoby při porodu	60
Tabulka 19 - Kombinace hydroterapie s farmakoterapií	61
Tabulka 20 - Celkový dojem z porodu	62
Tabulka 21 - Srovnání porodů s hydroterapií a bez hydroterapie.....	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věkové složení	41
Graf 2 - Parita	42
Graf 3 - Týden těhotenství	43
Graf 4 - Délka první doby porodní	44
Graf 5 - Metody analgezie v I. době porodní	45
Graf 6 - Informovanost o nefarmakologických metodách před porodem	47
Graf 7 - Zdroj informací o nefarmakologických metodách	48
Graf 8 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při mírné bolesti	49
Graf 9 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při středně silné bolesti	50
Graf 10 - Hodnocení účinnosti hydroterapie při silné bolesti	51
Graf 11 - Působení hydroterapie na porodní bolest	52
Graf 12 - Vliv hydroterapie na průběh první doby porodní	53
Graf 13 - Způsob užití hydroterapie	54
Graf 14 - Čas užití hydroterapie	55
Graf 15 - Nabídnutí hydroterapie	56
Graf 16 - Kombinace hydroterapie s jinými analgetickými možnostmi	57
Graf 17 - Kombinace hydroterapie s dalšími nefarmakologickými metodami	58
Graf 18 - Přítomnost druhé osoby při porodu	60
Graf 19 - Kombinace hydroterapie s farmakoterapií	61
Graf 20 - Celkový dojem z porodu	62
Graf 21 - Srovnání porodů s hydroterapií a bez hydroterapie	64

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Žádost o povolení dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené maminky,

jmenuji se Eva Svačinová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru Porodní asistentka na Fakultě Humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto bych Vás ráda požádala o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako podklad k mé bakalářské práci na téma "*Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní*".

U každé otázky prosím zaznačte jednu či více odpovědí.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

1. Kolik je Vám let?

- 16 - 25
- 26 - 35
- 36 a více

2. Po kolikáté jste rodila?

- Poprvé
- Podruhé
- Potřetí
- Počtvrté a více

3. V kterém týdnu těhotenství jste rodila?

- Před 38. týdnem těhotenství (před termínem porodu)
- 38. - 42. týden těhotenství (v termínu porodu)
- Po 42. týdnu těhotenství (po termínu porodu)

4. Jak dlouho u Vás trvala první doba porodní? (Doba otevírání porodních cest)

- Méně jak 2 hodiny
- 3 - 5 hodin
- 6 - 8 hodin
- Více jak 8 hodin

5. Jakou metodu tišení bolesti při kontrakcích v první době porodní jste využila?

- Hydroterapii (vana, sprcha)
- Aromaterapii (vonné oleje k inhalaci, koupeli a masáži)
- Muzikoterapii (zvuky a hudba při porodu)
- Elektroanalgezi (stimulace kůže elektrickými stimuly)

- Hypnózu (meditace, řízená hypnóza)
- Akupunkturu / akupresuru (aplikace akupunkturních jehel či tlaku na specifické tlakové body)
- Masáž (křížové oblasti, břicha, zad,..)
- Úlevovou polohu (dřep, opěra o partnera/postel, na čtyřech, na boku, balón aj.)
- Dechovou techniku (správné dýchání v průběhu kontrakcí)
- Jiná (prosím vypište) _____

6. Znalá jste tyto nefarmakologické metody již před porodem?

- Ano
- Ne

7. Informace o nefarmakologických metodách jste získala od:

- Rodiny
- Přátel
- Gynekologa
- Porodní asistentky
- V předporodním kurzu
- Z internetu / televize
- Z literatury
- V porodnici

8. Nyní Vás poprosím, zda - li byste mohla ohodnotit metodu hydroterapie z hlediska jejího působení na Vaši porodní bolest v průběhu první doby porodní, bez působení jakéhokoliv farmaka (léky tišící bolest, epidurální analgezie).

Při mírné bolesti	<input type="checkbox"/> Žádný účinek	<input type="checkbox"/> Mírný účinek	<input type="checkbox"/> Střední účinek	<input type="checkbox"/> Silný účinek
Při středně silné bolesti	<input type="checkbox"/> Žádný účinek	<input type="checkbox"/> Mírný účinek	<input type="checkbox"/> Střední účinek	<input type="checkbox"/> Silný účinek
Při silné bolesti	<input type="checkbox"/> Žádný účinek	<input type="checkbox"/> Mírný účinek	<input type="checkbox"/> Střední účinek	<input type="checkbox"/> Silný účinek

9. Pomohla Vám metoda hydroterapie při porodní bolesti:

- Bolest eliminovat (snížit - bolesti byly slabší a méně intenzivní)
- Bolelo to stejně, ale lépe jsem bolest snášela
- Nepocítila jsem rozdíl
- Neužila jsem hydroterapii

10. Pomohla Vám metoda hydroterapie urychlit průběh první doby porodní (tzn. byl zaznamenán posun při nálezu na děložní brance po užití metody hydroterapie)?

- Ano
- Ne
- Nemohu posoudit

11. Užila jste hydroterapii ve:

- Vaně
- Sprše
- Neužila jsem hydroterapii

12. Jak dlouhý čas jste strávila ve vaně či sprše?

- Méně jak 15 minut
- 15 - 30 minut
- 30 - 60 minut
- Více jak 60 minut

13. Řekla jste si o hydroterapii sama, nebo Vám ji aktivně nabídla porodní asistentka?

- Řekla jsem si sama
- Nabídla mi ji porodní asistentka
- Nevzpomínám si
- Neužila jsem hydroterapii

14. Když jste byla ve vaně či ve sprše kombinovala jste to i s jinými možnostmi úlevy od bolesti (úlevové polohy, aromaterapie, masáž, léky proti bolesti aj.)?

- Ano
- Ne

15. Kombinovala jste v průběhu první doby porodní hydroterapii s:

- Aromaterapií
- Muzikoterapií
- Hypnózou či meditací
- Akupunkturou či akupresurou
- Masáží
- Úlevovou polohou (v kleče, stoj s oporou, balón aj.)
- Elektroanalgezií (stimulace kůže elektrickými stimuly)
- Správnou technikou dýchání při kontrakcích

- Nekombinovala jsem ji s ničím

16. Uklidnila Vás přítomnost partnera, přítelkyně či dudy při porodu?

- Ano
- Ne
- Neměla jsem doprovod k porodu

17. Kombinovala jste hydroterapii s farmakoterapií (léky tišící bolest, epidurální analgezie, rajský plyn N2O)?

- Ano
- Ne

18. Jak jste vnímala porod po celkové stránce?

- Jedna z nejkrásnějších chvil v mém životě
- Porod byl pro mě spíše "prožitek"
- Porodní bolest jsem příliš nevnímala, soustředila jsem se zejména na své rodící se dítě
- Nějak jsem to vydržela
- Chtěla jsem to mít, co nejrychleji za sebou
- Očekávala jsem to horší
- Velmi to bolelo a nechci to dlouho zažít znovu

19. Můžete srovnat, který porod se Vám zdál lepší v kombinaci s hydroterapií a bez hydroterapie? (Vyplní pouze druhorodičky a vícerořičky)

- První porod s hydroterapií
- První porod bez hydroterapie
- Druhý a další porod s hydroterapií
- Druhý a další porod bez hydroterapie
- Nemohu posoudit


Chtěli byste na závěr něco sdělit? Zde je volný prostor pro vyjádření Vašeho názoru:

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O POVOLENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, obor porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Eva Svačinová	
Téma bakalářské práce	Nefarmakologické ovlivnění první doby porodní.	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Jana Doleželová	
	 podpis	
Skupina respondentů	rodičky	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KNTB a.s ve Zlíně	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím	
Nemocnice Šumperk a.s	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím	

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19. 4. 2018


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice - a.s. B. a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

BC. Iveta Nováková
.....
razítko a podpis zástupce zařízení