

Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod (ovlivnění porodní bolesti pomocí nefarmakologických metod)

Lenka Sikorová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka SIKOROVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod
(ovlivnění porodní bolesti pomocí
nefarmakologických metod)**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se studentka seznámí s literaturou a prameny vztahujícími se ke zvolenému tématu a zpracuje teoretický základ.

V praktické části studentka stanoví cíl a hypotézy, připraví a zpracuje dotazníkový průzkum.

Provede výzkumné šetření na zvoleném vzorku žen, zpracuje získané údaje a vysloví ověření hypotéz.

V závěru zpracuje edukační brožuru.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie a anestézie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 35s. ISBN 80-7169--969-1.
2. PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. 414s. ISBN 80-7262-411-3.
3. ČECH, E. a kol. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544s. ISBN 80-247-1313-9.
4. MAREK, V. Nová doba porodní. Praha: Eminent, 2002. 263s. ISBN 80-7281-090-1.
5. VOLEJNÍKOVÁ, H. Cvičení v práci porodní asistentky. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51s. ISBN 80-7013-351-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ivana Horáková
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2010

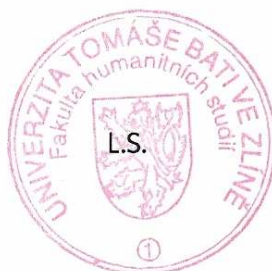
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
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 20.5. 2010

Sikorova
.....

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 nevydělečně 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 nahlížení 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 vzdělávacímu 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). *Odjírá-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 přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená na nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu. Teoretická část obsahuje informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti při porodu a o porodní bolesti vůbec. V praktické části zkoumám dotazníkovým šetřením informovanost žen o těchto metodách, intenzitu porodní bolesti a nejčastěji užívanou a nejúčinnější nefarmakologickou metodu tlumení bolesti během porodu.

Klíčová slova: porod, porodní bolest, nefarmakologická metoda, tišení bolesti

ABSTRACT

Bachelor thesis is focused on non-pharmacological methods of pain management during childbirth. The theoretical part contains information about non-pharmacological methods of pain management during childbirth and labor pains at all. The practical part deals with the questionnaire survey, awareness of women about these methods, the intensity of labour pain and most commonly used and most effective non-pharmacological method of pain relief during childbirth.

Keywords: childbirth, labor pains, non-pharmacological method, pain management

MOTTO:

„Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život“.

Michel Odent

Poděkování

Za laskavé vedení práce a cenné připomínky děkuji své konzultantce,

paní Mgr. Ivaně Horákové.

Dále bych chtěla poděkovat Gynekologicko-porodnickému oddělení KNTB ve Zlíně za umožnění dotazníkového šetření při výzkumu a všem ženám v období šestinedělí, které ochotně vyplnily dotazník k bakalářské práci.

Děkuji

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE PORODNICKÉ ANALGEZIE.....	12
1.1 VÝVOJ PORODNICTVÍ A TLUMENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ.....	12
1.2 VLIV KŘESŤANSTVÍ A JINÝCH NÁBOŽENSTVÍ NA TLUMENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ.....	13
2 PORODY U JINÝCH NÁRODŮ	14
3 POROD.....	15
3.1 PŘIROZENÝ POROD	15
4 BOLEST	16
4.1 SLOŽKY BOLESTI	16
4.2 DĚLENÍ BOLESTI PODLE DOBY TRVÁNÍ	16
4.3 FYZIOLOGIE BOLESTI	17
5 PORODNÍ BOLEST JAKO FENOMÉN DOPROVÁZEJÍCÍ POROD.....	18
5.1 CHARAKTERISTIKA PORODNÍ BOLESTI.....	19
5.1.1 BOLEST V I. DOBĚ PORODNÍ	19
5.1.2 BOLEST V II. DOBĚ PORODNÍ.....	20
5.1.3 BOLEST V III. DOBĚ PORODNÍ	20
5.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST PŘI PORODU	20
5.2.1 FAKTORY SOMATICKÉ.....	21
5.2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY	21
5.2.3 FAKTORY CENTRÁLNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU.....	22
5.3 ROLE A VLIV HORMONŮ	23
6 PORODNICKÁ ANALGEZIE	24
6.1 PSYCHOLOGICKÉ METODY TLUMENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ	24

6.1.1	PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA.....	24
6.1.2	DOPROVOD U PORODU.....	26
6.1.3	SUGESCE.....	30
6.1.4	RELAXACE.....	30
6.1.5	ODVEDENÍ POZORNOSTI.....	31
6.1.6	HYPNÓZA.....	31
6.1.7	AROMATERAPIE.....	32
6.1.8	AUDIOANALGEZIE.....	33
6.2	FYZIKÁLNÍ METODY TIŠENÍ BOLESTI.....	34
6.2.1	MASÁŽE.....	34
6.2.2	ABDOMINÁLNÍ DEKOMPRESSE.....	35
6.2.3	TRANSKUTÁNNÍ ELEKTRICKÁ NERVOVÁ STIMULACE (TENS).....	35
6.2.4	APLIKACE TEPLA A CHLADU.....	35
6.2.5	HYDROANALGEZIE.....	36
6.2.6	ZMĚNY POLOHY A POHYBLIVOST RODIČKY.....	38
6.2.7	OVLIVNÍ PORODNÍCH BOLESTÍ DÝCHÁNÍM.....	40
6.3	AKUPUNKTURA A AKUPRESURA.....	41
6.4	HOMEOPATIE.....	43
6.5	GRAVIDJÓGA.....	43
6.6	FARMAKOLOGICKÉ METODY TLUMENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ.....	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
7	OBSAH PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	46
7.1	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	46
7.2	METODIKA.....	47
7.2.1	POUŽITÉ METODY.....	47
7.2.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	47
7.3	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	48
7.4	HODNOCENÍ CÍLŮ.....	72
7.5	ROZHOVOR SE ZKUŠENOU PORODNÍ ASISTENTKOU.....	74
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM GRAFŮ.....	82
	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

Bolest je nepříjemný a stresující symptom, který je vždy osobní a subjektivní. Nikdo není schopen cítit bolest druhého člověka, ale empatická ošetrovatelská péče přispívá ke zmírnění bolesti a pomáhá ženě ji překonat.¹ Z porodnického hlediska hovoříme o bolestivém vnímání a prožívání děložních kontrakcí. Bolest v průběhu porodu nelze eliminovat, cílem porodní asistentky je její zmírnění a snížení jejího vnímání.²

Bolest je základním doprovodným jevem porodu člověka. Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí na fyziologický stimul v lidském těle. Jedná se o poplašnou reakci, která není vyvolána nemocí ani úrazem. Tato reakce má ženu upozornit a připravit na nadcházející porod. Porodní děj patří mezi nejintenzivnější bolestivé vjemy, které člověka mohou průběhu života potkat. Tlumení porodních bolestí je realizováno od nepaměti, a je tedy mnohem starší než vlastní porodnictví. Donedávna bylo cílem porodnické analgezie jenom snižování intenzity porodních bolestí, v současné době je porodní analgezie nedílnou součástí péče o rodičku a snahy o optimalizaci postupu porodního děje. Porodní analgezi dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou.³

Bakalářská práce je zaměřená na nefarmakologické metody tlumení bolesti během porodu. V teoretické části se pokusím shromáždit ucelené informace o nefarmakologických metodách tlumení bolesti za porodu a o porodní bolesti vůbec. Ze získaných informací bude vytvořen edukační materiál.

Hlavním cílem praktické části je zjistit informovanost žen o metodách tlumení bolesti, stanovit intenzitu porodních bolesti, určit nejčastěji užívané nefarmakologické metody během porodu, vyzkoumat nejúčinnější nefarmakologické metody tlumení bolesti.

¹ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, 2004.

² Kameníková, Kyasová, *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*, 2003.

³ Rokyta, Kršiak, Kozák, *Bolest*, 2006.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PORODNICKÉ ANALGEZIE

1.1 Vývoj porodnictví a tlumení porodních bolestí

Porodnictví doznalo postupem věků pozoruhodný rozvoj. Po dlouhá staletí pomáhaly rodícím ženám jiné, praktických úkonů znalé a zručné ženy. Jejich činnost se zakládala na vlastní zkušenosti a na ústním podání znalostí od jejich předchůdkyň. Není tomu dávno, kdy byl porod člověka přenesen z přírody nebo z domácnosti do zdravotnických zařízení a přestal být doménou více či méně vzdělaných laiků. Těhotenství a porod se postupem doby staly předmětem zájmu samostatného lékařského oboru a to i přesto, že se jedná o fyziologický proces.

Od nepaměti je lidmi bolest chápána jako neoddělitelný element zrození. Stejně stará je i touha člověka po tlumení těchto bolestí. Účelnost a zejména účinnost tohoto úsilí závisela na úrovni myšlení, zkušeností, souhrnu znalostí a vědomostí člověka v konkrétní době a v konkrétní civilizaci.⁴

Údaje o tlumení porodních bolestí na nejnižších stupních vývoje člověka je možno sledovat, či spíše vystihnout z chování některých lidských kultur, které ještě v nedávné době žily na úrovni doby kamenné. Na podkladě rozboru některých skutečností a studia rodinného života primitivních kmenů docházíme k závěru, že ženy v dávných dobách rodily bez bolesti, ovšem pokud šlo o porody pravidelné. To platilo pravděpodobně pro prvobytnou společnost.

V době matriarchátu (matriarchát je forma společnosti) se ženy těšily mimořádné vážnosti, setrývaly v čele rodů. Ani zde nebylo hmotných důvodů k nepravidelným porodům. Teprve v období rozpadu prvobytné společnosti a vzniku období třídních protikladných formací dochází k porobení ženy. V této době se zhoršuje společenská i sociální pozice ženy a tím také zdravotní poměry, v nichž žije. Nepravidelné porody, zajisté spojené s bolestmi, se začaly vyskytovat s vývojem otrokářské společnosti.

⁴ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

Porody byly veřejné, takže starší dcery pozorovaly, jak jejich matky při porodu trpí. Mínění o tom, že porod je spojen s bolestmi, se neustále pevněji utvrzovalo a našlo své ztvárnění ve zvykových tradicích a v náboženství.⁵

1.2 Vliv křesťanství a jiných náboženství na tlumení porodních bolestí

V první knize Bible (Genesis) najdeme tvrdý ortel Hospodinův nad ženou:

„Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti v těhotenství, syny budeš rodit v utrpení. . .“⁶

Křesťanství spatřovalo v bolesti u porodu boží trest, a proto byla analgezie rodičkám při porodu odepírána. V zemích, které byly ovlivněny křesťanstvím, se po dlouhá staletí zhora nic nepodnikalo proti porodním bolestem. Ženy odevzdaně trpěly a akceptovaly svůj úděl, protože tak nařizovalo náboženství.

U rodiček východních národů a některých přírodních kmenů se setkáváme s odlišným vnímáním bolesti než je u nás běžné.⁷ Ženám během porodu byla poskytována pomoc, v níž se prolínaly přístupy empiricko-racionální s prvky magickými. Převládal názor, že veškeré zlo i bolest a nemoc způsobují zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové. Porod měl své bohyně – např. v Babylóně jí byla Ištar, u starých Židů bohyně Laberta. Antické bohyně postupně nahradily světice, jako např. sv. Margareta ve Francii, sv. Kunhuta v Tyrolech, sv. Alžběta v Sasku.

Každý porod doprovázejí děložní stahy. Ve většině evropských jazyků se označují termínem „bolest“. Již v druhé polovině 18. století známe pokusy o nefarmakologickou analgezi. Vývoj průmyslu a lékařské vědy přinesl do tohoto rozvoje jistý obrat. Odhalení narkotického účinku některých látek bylo využito v chirurgii při operacích a zanedlouho poté i v porodnictví.⁸

⁵ Vojta, *Porod bez bolesti*, 1954.

⁶ Bible, 2009, s. 24

⁷ Vojta, *Porod bez bolesti*, 1954.

⁸ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

2 PORODY U JINÝCH NÁRODŮ

Porod je fyziologický proces, jenž za normálních okolností žena vykonává dobře sama. Pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete.⁹

Vcelku samy, bez jakékoliv pomoci rodí v lese nebo na mořském pobřeží ženy na některých ostrovech (Buru, Seram, Kei) v oblasti Indonésie. I Maorky na Novém Zélandě rodí často samy v křoví na břehu potoka, poté se i s dítětem v potoce umyjí a pokračují v práci. Horské ženy na Luzonu (na Filipínách) rodí tam, kde na ně přijdou porodní bolesti. Pupeční šňůru přežou úlomkem lastury nebo bambusovou třískou tak obratně, že neukápnou ani kapka krve. Po pár hodinách si žena uváže dítě na záda a kráčí s ním v jakémkoliv počasí do vesnice. Taktéž na Havaji rodí domorodé ženy takřka bezbolestně kromě pár výjimečných případů. Když viděly v bolestech rodit ženy misionářů, myslely si, že křičí jen ze zvyku a divily se jejich utrpení. Patagonky pracují v době svého těhotenství velmi těžce, což jim příroda oplácí snadnými porody. Lehké porody měly (snad i nadále mají) také přírodní africké ženy. Na ostrově Fidži byla před rokem 1890 i malá komplikace při porodu takřka společenskou událostí.

Ve starověké Indii se doporučovalo proti porodním bolestem pít např. madhuku (sladké dřevo) s citrónovníkem rozetřené na prášek s medem a rozpuštěným máslem. Germáni při pomalém průběhu porodu používali okuřování jalovcem.¹⁰ V dochované čínské literatuře čteme o aplikaci opia během porodu. Již 500 let před naším letopočtem popsal Hippokrates analgezii navozenou opiem. V perské literatuře se píše, že podávání vína ženě během porodu mělo ulehčit její trápení.

Lidé v určitých kulturách používali během porodu až brutální fyzické násilí. Apačské ženy byly spuštěny ze stromu na liánách uvázaných v podpaží. Muži pak ženu uchopili za břicho a takto zavěšeni na ženě se houpali. Ženy z ostrovů Serang rodily vstoje přivázané ke stromu s rukama nad hlavou.¹¹

⁹ MAREK, *Nová doba porodní*, 2002.

¹⁰ Neumann, *Dějiny ženy*, 1999.

¹¹ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

3 POROD

„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500 g. Ukončení těhotenství po narození plodů o nižších než uvedených hmotnostech označujeme jako potrat (abortus).“¹²

Fyziologický proces zrození probíhá přirozenými porodními mechanismy za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu.¹³

Průběh porodu:

- *I. doba porodní (otevírací)* - začíná pravidelnými děložními kontrakcemi a končí zánikem porodní branky. U prvorodičky trvá 10-12 hodin a u víceroedičky 6-8 hodin.
- *II. doba porodní (vypuzovací)* - začíná zánikem porodní branky a končí vlastním porodem plodu. U prvorodičky trvá 30-40 minut a u víceroedičky 20-30 minut.
- *III. doba porodní (k lůžku)* - začíná porodem plodu a končí porodem placenty a plodových obalu. Tato doba trvá 10-30 minut.

3.1 Přirozený porod

Pod názvem „natural childbirth“ se ukrývá způsob vedení porodu bez aplikace léků tišících bolest. Cílem je minimalizovat farmakologické ovlivnění plodu. Ke konci 20. století byli porodníci přesvědčeni, že porodní bolesti lze zvládnout použitím analgetik (morfin). Roku 1942 proběhly první protesty žen směřované pro podporu „přirozeného porodu“. Ženy požadovaly zohlednění psychologických a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu a jejich aktivní účasti na tomto nejvýše fyziologickém procesu.¹⁴

¹² Čech, *Porodnictví*, 2006, 121s.

¹³ Roztočil, *Porodnictví*, 2001.

¹⁴ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

4 BOLEST

Bolest existuje odjakživa stejně jako pokusy rozumět jí a léčit ji. Bolest nás upozorňuje na poranění nebo na nemoc a funguje jako ochranný mechanismus.¹⁵

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala bolest takto:

„Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní.“

4.1 Složky bolesti

Známe čtyři základní složky bolesti, které bolest charakterizují a také určují její projevy:

- senzorio-diskriminační komponenta,
- afektivní (emocionální) komponenta,
- vegetativní (autonomní) komponenta,
- motorická komponenta.¹⁶

4.2 Dělení bolesti podle doby trvání

Akutní bolest

Je vyvolávána identifikovatelnými stimuly. Je krátkodobá. Ustává, jestliže je odstraněna příčina nebo zdroj vzniku bolesti. Většinou se neopakuje.

Chronická bolest

Dlouhodobé působení nepříjemných podnětů. Setrvává déle než 3-6 měsíců. Příčiny, které ji způsobují, nejsou pokaždé spolehlivě známe. Intenzita bolesti je pokaždé vyšší než odpovídá intenzitě stimulace. Chronická bolest způsobuje velké tělesné utrpení. Doprovázejí ji psychologické fenomény. Závažně ovlivňuje kvalitu života vyšší incidencí deprese a strachu. Vyžaduje opakované a nepřetržité lékařské konzultace a zákroky.¹⁷

¹⁵ Bidlová, *Vše o léčbě bolesti*, 2006.

¹⁶ Rokyta, Kršiak, Kozák, *Bolest*, 2006.

¹⁷ Rokyta, Kršiak, Kozák, *Bolest*, 2006.

4.3 Fyziologie bolesti

Percepce bolesti obsahuje tři složky: informace o nocisenzorickem podnětu, přenos a percepci bolesti, modulaci bolesti a její hodnocení. Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nocisenzory (receptory bolesti, rozmístěné po celém těle).

Známe tři typy senzorů:

1. *Vysokoprahové mechanické senzory* (tyto senzory jsou drážděny mechanickými podněty, nocisenzory tohoto typu jsou výrazně zapojeny při porodních bolestech).
2. *Polymodální nocisenzory* (reagují na všechny druhy bolestivého podráždění, zejména na změny tepelné).
3. *Vlastní nocisenzory* (jsou to volná nervová zakončení, která většinou nejsou trvale aktivní, jsou to tzv. mlčící – spící nocisenzory, zapojí se výhradně při zvýšené bolestivé stimulaci, tyto receptory jsou zapojeny během porodních bolestí).

Nocisenzory mohou být ovlivněny:

- mechanicky,
- tepelně,
- jinou bolestivou noxou, nebo kombinací všech těchto podnětů.

Počet stimulů nutných k vyvolání pocitu bolesti se nazývá práh bolesti, který je u každého jedince velmi individuální.¹⁸

¹⁸ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

5 PORODNÍ BOLEST JAKO FENOMÉN DOPROVÁZEJÍCÍ POROD

Porodní bolest se řadí mezi nejsilnější bolestivé vjemy člověka. Ani jeden fyziologický děj v přírodě není spjat s takovým výrazným pocitem bolesti jako zrození nového života. Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí v těle ženy, která nevzniká z důvodu nemoci nebo úrazu. Jedná se o funkční reakci, která připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod. Dosud se nepodařilo prokázat jiný význam bolesti u porodu. Tato bolest se řadí mezi bolesti akutní.¹⁹

Tato konkrétní bolest je bolestí velmi zvláštního druhu, nepodobnou prakticky žádné jiné. Pozoruhodné navíc je i to, že většina žen zapomene na fyzickou bolest v tomtéž okamžiku, kdy se dítě narodí.²⁰

Bolest přímo souvisí se stresem. Nelze ji od něj úplně oddělit. Při intenzivní bolesti se rozvíjejí dva fenomény: buď stresová analgezie, při které se práh bolesti zvyšuje, či senzitivace, při které se práh bolesti snižuje. Patofyzické a psychologické poznatky mají zásadní smysl pro psychologickou přípravu porodu. Nikdy by neměla vzniknout situace, že by byla rodička nadměrně stresována, a tím byl ovlivněn prožitek zrození. Vnímání bolesti při porodu je individuální v délce trvání, intenzitě a lokalizaci. Porodní bolesti bývají intenzivnější u předčasných porodů, přestože objem a tělesná hmotnost nedonošeného plodu je mnohdy mnohonásobně menší než u plodu donošeného. Vzniká souvislost s psychikou a endokrinní situací rodičky. Předpokládaný termín porodu hraje v psychice těhotné ženy podstatnou roli. Před řádným termínem porodu nejsou potřebně nastaveny endogenní modulátory bolesti (systém endogenních opioidů). Porodní bolesti bývají intenzivnější také při uměle vyvolané děložní činnosti, jako je indukovaný porod.²¹

¹⁹ Stanislav, *Bezbolestný pôrod*, 2000.

²⁰ Hamberger, Nilsson, *Tajemství lidského života*, 2003.

²¹ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

5.1 Charakteristika porodní bolesti

Porod se realizuje prostřednictvím stahů děložního svalu.²² Nejprve se objeví Braxton-Hicksonovy kontrakce (předzvěstná bolest – poslíčci), později nastoupí kontrakce. Děložní kontrakce má zřetelný začátek a konec.²³

„Děložní kontrakce jsou mimovolné stahy svaloviny myometria v aktivní, horní části dělohy. Jejich úkolem je přetáhnout dolní segment děložní přes plod a vypudit jej mimo rodidla ženy.“²⁴

Kontrakce mají určité znaky, které je nutno při porodu sledovat:

- Délku kontrakce udáváme v sekundách.
- Intenzitu děložních kontrakcí hodnotíme v torrech nebo kilopascalech.
- Regulérnost kontrakcí označuje, že se rozvíjejí podle pravidelného schématu od nižší frekvence, délky a intenzity k vyšším hodnotám.
- Děložní kontrakce se skládá ze stadia *incrementi*, kdy dojde k nárůstu intenzity stahu, a stadia *decrementi*, kdy děložní kontrakce graduálně ustupuje.²⁵

5.1.1 Bolest v I. době porodní

V první době porodní vznikají bolesti v receptorech v dolních segmentech dělohy. Převládají *bolesti viscerální*, které odpovídají kolikovitým bolestem dutých orgánů. Jedná se o bolestivé kontrakce, při nichž narůstá tlak a pnutí, ale délka svalových vláken se nemění. Frekvence porodních bolestí obvykle zpočátku nepřesahuje 1-2/10 min. Porodní bolest má několik důvodů. Dochází k rozevírání hrdla a děloha je nedostatečně prokrvená. Na začátek rozvinování hrdla v tzv. děložní branku se bolesti promítají do krajiny křížové. Dále rodičky udávají bolest v podbříšku.

²² Janáčková, *Bolest a její zvládnutí*, 2007.

²³ Symons, *Těhotenství a péče o dítě*, 2006.

²⁴ Roztočil, *Porodnictví*, 2001, s. 333.

²⁵ Roztočil, *Porodnictví*, 2001.

Žena pociťuje zpočátku neurčité tuhnutí, tupé bolesti, které postupně zesilují. Na konci první doby se charakter pocitu mění, mluví se o bolestech otřásajících. Hlavička sestupuje do malé pánve, tlačí na nervové pleteně, může dojít k pocitu mravenčení dolních končetin. Podráždění nervových pletení často způsobuje na konci první doby porodní i zvracení.

5.1.2 Bolest v II. době porodní

Ve II době porodní je dráždění nocireceptorů výrazně intenzivnější. Povstávají izometrické kontrakce dělohy, jejichž intenzita odpovídá silným kolikovitým bolestem. Během průchodu plodu dochází k tlaku na okolní tkáň, následovně způsobuje plod i lacerace měkkých tkání, které ženy vnímají velmi bolestivě. Rodičky popisují tuto bolest jako velice silnou, ostrou a palčivou.²⁶ Tuto bolest označujeme jako *somatickou*.

5.1.3 Bolest v III. době porodní

Pro většinu žen tato fáze porodu přináší značnou úlevu. Ve III době porodní jsou drážděny receptory v děloze, která se po vyloučení placenty začne ihned zavívat. Následujícím nepříjemným a bolestivým podnětem se může stát porodní poranění a jeho následné ošetření.²⁷

5.2 Faktory ovlivňující bolest při porodu

Bolest doprovázející porod je způsobena několika činiteli ovlivňujícími mimo jiné i intenzitu bolesti. Jiné faktory naopak ovlivňují reakci rodičky na bolest a také její způsobilost porodní bolest snášet.²⁸

Vnímání porodních bolestí je velice individuální záležitost. Roli sehrává řada aspektů. Závisí na psychické pohodě rodící ženy a její fyzické dispozici. Význam mají sociální a kulturní vlivy. I jedna žena může každý svůj porod prožívat zcela odlišně.²⁹

²⁶ Janáčková, *Bolest a její zvládnutí*, 2007.

²⁷ Čech, *Porodnictví*, 2006.

²⁸ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

²⁹ Pařízek, *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2006.

5.2.1 Faktory somatické

1. Přípravenost *děložního hrdla*.

2. *Pánev*. Velikost a tvar pánve může významně ovlivnit průběh porodu. Délka porodu se může z důvodů pánevních abnormalit prodloužit a pro rodičku je pak namáhavější.

3. *Intenzita porodu*. Žena, jež má krátký intenzivní porod (překotný porod), většinou pociťuje větší bolesti než žena, jejíž porodní proces je pozvolnější.

4. *Vyčerpanost* snižuje toleranci bolesti a schopnost s bolestí bojovat.

5. *Neléhání a pozice plodu*. Nelehající část plodu se jeví jako klín, jenž proráží a dilatuje děložní hrdlo při každé kontrakci, kdy je plod tlačěn směrem dolů. Hlavička plodu je laicky řečeno hladkým zaobleným klínem, který sám neúčinněji vykoná dilataci (rozšíření) oválného hrdla. Plod nelehající jinou částí těla nebo v abnormální pozici potlačuje hrdlo nestejně, a tak je spotřebování hrdla a jeho dilatace méně efektivní. Zadní postavení plodu způsobuje trvalou a obtížně ovlivnitelnou bolest zad. Takový porod většinou trvá déle.³⁰

5.2.2 Psychosociální faktory

1. *Strach*. Rozumná míra obav rodičku motivuje k naučení technik, které zvyšují toleranci bolesti. Nadbytečné obavy a strach naopak zvyšují citlivost na bolest a snižují schopnost tolerance.

2. *Předchozí zkušenost*. Porod není pro ženu prvotním setkáním s bolestí. I při jiných příležitostech, kdy zakouší bolest, si může žena osvojovat dovednosti, jenž zesílí její schopnost snést porodní bolesti.

3. *Kultura*. Ovlivňuje mínění na těhotenství, zrození i reakci na bolest u porodu. V některých kulturách se rodičky vyjadřují hlasitě a tak se vypořádávají s bolestí, zatímco v jiných kulturách se cení snášení bolesti v tichosti a vyrovnanosti. Porodní asistentka musí akceptovat jakýkoli individuální projev bolesti.

³⁰ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

4. *Příprava k porodu.* Ženy, které se na porod připravují (v kurzu, samostudiem), obvykle lépe snášejí bolest. Příprava by měla odpovídat skutečnosti, žena by měla získat rozumnou a reálnou představu o bolesti a o účinnosti nefarmakologických i farmakologických metod zmírňování bolestí.³¹

5. *Psychoterapeutický vztah.* Vnímání bolesti je velmi komplikovaným bio-psycho-sociálním jevem, proto je vztah mezi porodní asistentkou a ženou velice důležitý. Tento vztah ovlivňuje vnímání porodních bolestí jak pozitivně, tak negativně. Porodní asistentka by měla vytvářet vždy prostředí, ve kterém rodička může důvěřovat jejím profesionálním dovednostem. Přitom musí porodní asistentka ženě důvěřovat a respektovat její pocity a přistupovat ke každé rodičce individuálně.

6. *Prostředí.* Prožitek porodu je taktéž silně ovlivněn prostředím, jež by mělo mít intimní a klidnou atmosféru. Místo útulné, aby nevyvolávalo zbytečné úzkosti. Místo, kde se žena může volně pohybovat a nemusí kontrolovat své chování před ostatními rodičkami.³²

5.2.3 Faktory centrálního nervového systému

Vrátková teorie – Vrátková teorie objasňuje, jak bolestivé podněty přicházejí do mozku a jak jsou v mozku interpretovány. Na této teorii staví hned několik nefarmakologických technik tišení porodních bolestí. Dle této teorie je bolest převáděna prostřednictvím tenkých nervových vláken. Stimulační silná nervová vlákna dočasně interferují s podněty vedenými v tenkých nervových vláknech. Techniky, které stimulují silná vlákna a tak „zavírají vrátka“ bolestivým podnětům, zahrnují masáže, stlačování bodů dlaněmi a konečky prstů, aplikaci chladu a tepla.

Endorfiny – Hladina endorfinu se během těhotenství zvyšuje a během procesu zrození dosahuje nejvyšších hodnot. Vyplavování endorfinů objasňuje, proč ženy překvapivě potřebují menší dávky analgetik nebo anestetik, než by se v obdobných bolestivých podmínkách očekávalo.³³

³¹ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

³² Ratislavová, *Aplikovaná psychologie – porodnictví*, 2008.

³³ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

5.3 Role a vliv hormonů

„Rodit je instinkt. To znamená, že když žena rodí, je nejaktivnější částí jejího těla primitivní mozek.“³⁴

Nezanedbatelné působení na porodní proces a vnímání bolesti mají hormony. Jako první na tuto souvislost upozornili lékaři Odent a Leboyer. Dle jejich názorů je důležité, aby žena rodila v prostředí, kde se cítí bezpečně, v prostředí, které na ni má zklidňující účinek. Známe tři pozitivně působící hormony:

1. *Oxytocin*, který také nazýváme „hormonem lásky“, způsobuje děložní stahy, vyvolává uvolnění mléka z prsou, posiluje mateřské pouto. Podle některých autorů má tento hormon vliv na „mazání“ porodních bolestí z paměti. Zvyšuje práh bolestivosti. Oxytocin podávaný intravenózně však tyto vlastnosti nemá.

2. *Endorfin*, tzv. „hormon radosti“, jeví se u porodu jako přirozený opiát. Endorfíny zmenšují vnímání bolesti, vyvolávají pocit úlevy a blaha, podílí se na pečovatelském a láskyplném chování matky k dítěti.

3. *Prolaktin* je hormon, jehož účinek spočívá především ve stimulaci tvorby mateřského mléka v prsní žláze.

Opačný účinek mají tzv. adrenalinové hormony. Uvolňují se do organismu v době, kdy jsme ohroženi. V první době porodní jsou tyto hormony nežádoucí, protože mají tlumivý účinek na tvorbu oxytocinu a endorfinu. Naopak ve druhé době porodní jsou důležité pro porodní děj (aby žena měla sílu vypudit dítě). Důležitou roli sehrávají také v porodní adaptaci dítěte. Produkci vhodných hormonů podle Odenta brzdí tzv. neokortex (rozumový mozek). Rodička se pod jeho vlivem příliš kontroluje, soustředí se na to, jak její porod vnímá okolí. Potlačuje tak svoje instinkty a o to více vnímá porodní bolesti. Podávání analgetik a syntetických hormonů během porodu, jak je obvyklou praxí v moderních nemocnicích, ničí hormonální rovnováhu, na níž závisí *spontánní průběh porodu*.³⁵

³⁴ Odent, *Všichni jsme děti vody*, 2002, 11s.

³⁵ Čermáková, *K porodu bez obav*, 2008.

6 PORODNICKÁ ANALGEZIE

Porodní bolesti jsou jistě určitý způsob nutného zla, jehož se téměř všechny ženy obávají. Efektivní postup proti bolestem při porodu dnes očekává většina rodiček, požadují tišení porodních bolestí neboli porodnickou analgezií. Odborně vedená porodní analgezie dovolí matce pozitivní zážitky ze zrození jejího dítěte a hladký přechod do šestinedělí.³⁶

V současné době je nabízena rodičím ženám široká škála metod tlumení porodních bolestí, které se od sebe navzájem odlišují podle své účinnosti, délky analgetického působení a technické náročnosti. Je-li metoda porodnické analgezie, kterou si rodička vybrala, správně a ve vhodný okamžik aplikována, pak může tišení porodních bolestí přispět k poklesu porodnických komplikací jak u matky samotné, tak i u jejího dítěte. Metody porodnické analgezie můžeme rozdělit na:

- nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí,
- farmakologické metody tlumení porodních bolestí.³⁷

6.1 Psychologické metody tlumení porodních bolestí

6.1.1 Předporodní příprava

Základním předpokladem fyziologického průběhu porodu je kvalitní příprava (psychická i fyzická) těhotné ženy na porodní proces. Záměrem *psychické přípravy* je eliminovat strach, úzkost, obavy a vytvořit u ženy pozitivní postoj k porodu jako k fyziologickému procesu. Účinným nástrojem je v této fázi slovo. Cílem *fyzické přípravy* je dosáhnout takového stavu organismu, aby byl schopný zvládnout zátěž v průběhu gravidity a samotný porod. Tato část přípravy zahrnuje gymnastiku, nácvik techniky dýchání, účinné tlačení a relaxaci v jednotlivých fázích porodu.³⁸

³⁶ Pařízek, *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2006.

³⁷ Rokyta, Kršiak, Kozák, *Bolest*, 2006.

³⁸ Stanislav, *Bezbolestný pôrod*, 2000.

6.1.1.1 Historicky vývoj psychoprofylaxe

Myšlenka připravovat ženy k porodu vznikla nezávisle v Anglii a v současné Ukrajině a po několika desetiletí byla chápána zejména jako metoda snižující porodní bolest.

Koncepci přirozeného porodu utvořil v Anglii Dick-Read. Tento lékař viděl hlavní zdroj komplikací v úzkosti, které podléhají na porod nepřipravené ženy. Dick-Readova koncepce uvádí, že intenzita porodních bolestí je bezprostředně závislá na způsobu jejich vnímání rodičkou, a proto je podstatné zmírňovat porodní napětí předběžně nacvičenou svalovou relaxací a strach z porodu laskavým a vstřícným klimatem porodnice. Jedná se o to, aby rodící žena nepadla do začarovaného kruhu *strach – napětí – bolest*, tedy do situace, jež pravidelný porod předem znemožňuje (viz příloha II).³⁹

Dodnes je velmi oblíbená metoda doktora Lamaze, který zdůrazňoval nutnost podrobného poučení a pozitivní motivaci těhotných žen směřující k eliminaci úzkosti nácvikem dýchání a vhodné relaxace.

Velvoskij (představitel tzv. sovětské školy), jenž vycházel z učení Pavlova, tvrdí, že špatné snášení porodních bolestí vyplývá z patologické porodní situace rodičky. Zdůrazňuje, že samotná tělesná příprava nemá pro zdárný průběh porodu nijaký zásadní význam v případě, že ji nedoprovází stejně důležité poučení a vzdělání rodičky o širších (zejména psychologických) souvislostech porodního děje.

Leboyer a jeho žák Odent zastávají názor, že porody probíhají bez komplikace, jestliže se na ně těhotné ženy připravují jako na přirozený proces, při čemž je velmi důležité *respektování spontánních porodních mechanismů*. Porod dle pozorování těchto dvou lékařů probíhá bez komplikací, jestliže organizmus rodičky během porodu produkuje dostatečné množství potřebných hormonů.⁴⁰

³⁹ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

⁴⁰ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

6.1.1.2 Cíle a obsah moderních prenatalních kurzů

Cílem kurzu by měla být příprava na normální fyziologický porod. Je neuspokojivé, jestliže kurz jednostranně zohledňuje jenom fyzickou stránku věci a nepřinese ženám víc než utvrzení dojmu pasivity a odevzdanosti do lékařské péče. Kvalitní prenatalní kurz by měl v těhotných ženách povzbuzovat sebedůvěru v přirozené schopnosti těla a úctu k procesu zrození. Mimo toho by měl poskytnout informace související s celým perinatálním obdobím a s ranným rodičovstvím.

Je chybou, jestliže nastávající rodiče předporodní přípravu vnímají jako návod, jak zvládat různé situace v těhotenství a během porodu. Měli by ji vnímat jako možnost hlubšího sebepoznání a sebevzdělání. V nejkvalitnějších kurzech žena objevuje to nejlepší, co v sobě ukrývá a zbavuje se polopравd, které se v ní během života nashromáždily vlivem jednostranně medicínského pohledu společností na porod.

Zahraniční praxe ukazuje, že prenatalní kurzy vedené zkušenými porodními asistentkami umožňují ideální péči o těhotnou ženu. Ve vyspělých zemích je takováto předporodní příprava značně rozšířena, mnohdy je alespoň částečně hrazena zdravotními pojišťovnami.

6.1.2 Doprovod u porodu

Doprovodem u porodu chápeme osobu, která během porodu opečovává rodící ženu tím, že jí, zvláště v průběhu první doby porodní, poskytuje všestrannou oporu. Jak prokázaly početné výzkumy, nepřetržitá přítomnost blízké osoby (na svůj úkol připravené) během porodního děje příznivě ovlivňuje celkový průběh porodu a ulehčuje práci porodní asistentky.⁴¹

6.1.2.1 Mužský doprovod

Na konferenci Americké společnosti ženských lékařů v roce 1970 zazněla přednáška profesorky Newtonové pojednávající o humanizaci porodu. Přednáška vzbudila mimořádnou pozornost. Autorka uvedla, že lékařské směrnice zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytli ženám psychickou pomoc během porodu.

⁴¹ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

Tato přednáška měla nebyvalý dopad na přítomné lékaře. Uvědomili si, že k humanizaci mezilidských vztahů by jistě přispělo společné prožívání porodu. Tato myšlenka byla zakrátko realizována v praxi. První porody za přítomnosti partnera proběhly u nás v osmdesátých letech minulého století.⁴² Obavy, jež otevření bran porodnic pro budoucí otce přinesly, se ukázaly neopodstatněné. Porodníci se báli rizika zanesení infekce na porodní sál, taktéž se obávali konfliktního či nekooperativního chování muže a negativního vlivu prostředí porodního sálu na něj. V současnosti je přítomnost otce u porodu všeobecným trendem.⁴³

Ne každý muž u porodu je své ženě skutečným pomocníkem a ne vždy lze hodnotit kladně přínos takového doprovodu. Vždy záleží na tom, z jakého důvodu muž svou ženu k porodu doprovází a co očekává od takového atypického úkolu. Důvodů může mít hned několik. Může přicházet jen z povinnosti, žena ho přemluvila, či jednoduše proto, že ostatní partneři to tak činí, eventuálně ho může hnát zvědavost. Anebo je pobízen upřímnou snahou ženě pomoci a prožít s ní zcela mimořádnou životní situaci.⁴⁴ Muž nemůže být nucen, aby přihlížel zrození svého dítěte, jestliže mu to je krajně nepříjemné. A obráceně, nikdo nemá právo požadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když jí to je nepříjemné. Apel na dobrovolnost je zde na místě, nikdo nemá rád nátlak a nucení. Otázku přítomnosti otce u porodu by měl pár prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci těhotenství, aby se budoucí otec mohl dostatečně připravit.⁴⁵

Na téma mužů u porodu bylo již vysloveno mnoho soudů, od naprosto odmítavých po naprosto souhlasné. Svědčí to mimo jiné o tom, že jde o záležitost velmi choulostivou, jež v sobě vždy odráží způsob fungování vztahu budoucích rodičů, jejich individuální zvyklosti, hloubku oboustranné intimity a žebříček hodnot, které oba partneři vyznávají.⁴⁶

⁴² Trča, *Partner v těhotenství a při porodu*, 2004.

⁴³ Chmel, *Otázky a odpovědi o porodu*, 2008.

⁴⁴ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁴⁵ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

⁴⁶ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

6.1.2.2 *Role partnera u porodu*

V minulosti byla role partnera brána velice vážně. Jeho úkolem bylo střežit vchod do chatrče a všem cizím nevídaným hostům zabránit ve vstupu a zprostředkovat tak matce klidný průběh porodu. Dnes je role brána spíše z pohledu psychologického, kdy by měl matce připravit příjemné prostředí plné porozumění a opory.⁴⁷

Partner doprovázející ženu k porodu by měl vědět, co má ráda a co ne, znát její zvyky, vědět, jak relaxuje a co ji přináší úlevu. Měl by dostatečně znát svou partnerku, aby o ní mohl během porodu adekvátně pečovat. Muž by měl být připraven na změny chování ženy během porodu. Velkou roli hraje schopnost partnera přizpůsobit se momentálním potřebám rodící ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní. Způsob, jakým bude pomáhat, budou určovat její přání a reakce. Podstatným požadavkem na partnera u porodu je bezvýhradná láska k ženě, kterou doprovází. Jestliže ji miluje, potom o ni bude nepochybně pečovat tím nejlepším možným způsobem.

Je podstatné zdůraznit, že přítomnost otce je důležitá *během celého porodu*. V případě, že muž spoluprožívá porod od začátku, bývá do děje vtažen do té míry, že mu poněkud dramatičtější krvavý závěr porodu připadne jako docela přirozené vyvrcholení předchozího děje. Vidí-li ovšem jen druhou dobu porodní, zůstane nanejvýš zúčastněným pozorovatelem, jemuž ale podstata porodního procesu zůstane utajena a mimořádný společný prožitek se ženou mu je odepřen.⁴⁸

6.1.2.3 *Argumenty pro přítomnost otce u porodu*

Přínosný efekt partnera u porodu je často patrný v redukci psychické nadstavby při procesu vnímání bolesti, v důsledku čehož se snižuje množství podávaných analgetik. Přítomnost otce na porodním sále přispívá u rodičky ke klidu a rozvaze při řešení stresových situací, které mohou nastat v průběhu porodu. Rovněž napomáhá ke zvládnutí strachu z neznámého a při úzkostných a panických stavech, které se mohou během porodu rovněž objevit.⁴⁹

⁴⁷ Yates, *Příjemné těhotenství a krásný porod*, 2009.

⁴⁸ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁴⁹ Chmel, *Otázky a odpovědi o porodu*, 2008.

Není zanedbatelné, že mnohdy pouze samotná partnerova přítomnost citelně ovlivňuje chování porodníků a celkovou atmosféru na porodním sále.⁵⁰ Muž poskytuje ženě jak psychickou, tak fyzickou oporu (masáže, podání jídla a pití, otření zpoceného čela, oporu při některých polohách atd.). Během porodu dostává muž jedinečnou příležitost poznat, čím žena na samotném počátku mateřství prochází a jakého ohromného výkonu je schopna. Tato zkušenost ve valné většině případů zpevňuje partnerův obdiv a úctu k ženě samotné, tak k její mateřské roli. Partneři, kteří takovou událost prožijí společně, ji klasifikují jako jednu z klíčových ve svém partnerském životě.⁵¹

6.1.2.4 Argumenty proti přítomnosti otce u porodu

V dřívějších civilizacích byla přítomnost otce u porodu velice neobvyklá. Rodičky jsou při porodu po tělesné i psychické stránce v situaci, jež je naprosto vzdálená světu mužů. U citlivého či labilnějšího jedince může drastický zážitek zrození jeho potomka způsobit dokonce psychické trauma, někdy vyúsťující až v sexuální poruchy.

Málo kdy se stane, že muž v průběhu porodu kolabuje. Nastane-li taková situace, pak se personál musí krom rodičky postarat i o partnera ženy. Pokud někdo trpí slabostí (např. kolabuje při pohledu na krev), měl by si dobře rozmyslet svou přítomnost na porodním sále. Personál by měl věnovat značnou pozornost partnerovi rodičky a závčas reagovat na změny jeho chování (vegetativní změny, bledost, opocení).⁵²

6.1.2.5 Ženský doprovod

V dávných dobách bývalo běžné, že rodičku při porodu doprovázely ženy. V některých zemích světa se tento zvyk udržel dodnes – porod zde zůstává doménou žen.

I v tzv. západní kultuře bývají přítomny porodu kromě porodní asistentky i další ženy, které poskytují rodičce jakousi soukromou podporu. Rodičku na porodní sál může doprovázet sestra, matka či přítelkyně.

⁵⁰ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

⁵¹ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁵² Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

Tyto ženy nezajišťují odborný dohled, nýbrž vnášejí do starostlivosti o rodičku „výhradní ženský rozměr“, jež mužská péče (ale ani čistě profesionální zdravotnická ženská péče) nemůže udělit. Na tradici ženských pečovatelek během porodu dnes navazují kvalifikované průvodkyně u porodu – *duly*.⁵³

6.1.3 Sugescie

Sugesce je ovlivňování myšlení nebo představ, kterému osoba neúmyslně podléhá. Rozlišujeme dva způsoby sugestivního chování: autoritativní doporučování (příkazování, nařizování tzv. otcovská forma) nebo vemlouvavé nabádání (domlouvání, přemlouvání tzv. mateřská forma). V sugesci je verbální komunikace doplněna i komunikací neverbální (dotekem, pohlazením). Sugestivní faktor uplatňujeme při aplikování různých procedur a podávání léků. Sugestivní složku v účinku léků nazýváme *placebo-efektem*.⁵⁴ Sugestivní síly je nutné vždy používat kladným způsobem a podporovat zdárný průběh porodu. Jestliže rodička uvedeným způsobem přesvědčuje sama sebe, jedná se o autosugesci.

6.1.4 Relaxace

Relaxací rozumíme odpočinutí, uklidnění, zbavení se napětí, zvolnění a uvolnění. Existuje mnoho relaxačních metod, které můžeme během porodu využít:

1. Relaxační metoda podle Jacobsona (progresivní svalová relaxace) je založena na systematickém napínání a uvolňování kosterního svalstva. Touto metodou lze odstranit svalové přepětí. Přitom vznikají příjemné tělesné pocity, jež přispívají také i k psychickému uvolnění.
2. Schulzův autogenní relaxační trénink (jedná se o navazování pocitu tepla, chladu, tíže, uvolnění). Usnadňuje řízení svalového a současně psychického napětí, také umožňuje lépe ovládat některé vegetativní funkce.

⁵³ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁵⁴ Ratislavová, *Aplikovaná psychologie*, 2008.

3. Dotyková relaxace.

4. Různé speciální dechové a meditativní techniky relaxace, např. jógové, zónové.

5. Imaginativní techniky, vizualizace – zde se využívá fantazie rodičky. Žena si např. může představovat kontrakci jako vlnu, nad kterou se vznáší. Tyto vizuální obrazy lze doplnit vokalizací.

Relaxace je základem všech nefarmakologických i farmakologických metod.

6.1.5 Odvedení pozornosti

Tato metoda doprovází téměř všechny nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. Snažíme se odvést pozornost ženy od bolesti soustředěním se na relaxaci svalů, vnímání tlaku při masážích, tepla při sprše či obkladech a jiné.

Další možností je mentální stimulace. Žena se soustředí na jeden bod, objekt v místnosti nebo například hudbu.⁵⁵

6.1.6 Hypnóza

Tento pojem zavedl J. Braid (1843). Jedná se o stav podobný tranzu, jež je navozován sugescí útlumů. Této techniky lze využít již v přípravě na porod k navození uvolnění a posilování vlastních kompetencí. Hypnotický stav můžeme vyvolat na základě sugesce, reflexu a motivace, přitom se negativní zážitek (porodní bolest) izoluje soustředěním se na jiný příjemný podnět, který vnáší do děje zkušený psychoterapeut. Hypnóza je účinná asi u 25% rodiček. Kombinace hypnózy a ostatních metod tlumení bolestí je problematická. Hypnóza je časově velice náročná.⁵⁶

⁵⁵ Ratislavová, *Aplikovaná psychologie*, 2008.

⁵⁶ Stanislav, *Bezbolestný pôrod*, 2004.

6.1.7 Aromaterapie

V aromaterapii se využívají především éterické oleje. Éterické oleje jsou vonné látky, které jsou uloženy v rostlinách ve formě malých kapiček. K výrobě jednoho litru éterického oleje je třeba např.: 1000 kusů citronů, 160 kg květů levandule nebo 7000 kg listů meduňky. Oleje působí skrze nejcitlivější smyslový orgán člověka, přes čich. Aplikací éterických olejů se v našem těle nepřímo uvolňují neurochemikálie, například endorfiny. Éterické oleje se díky malé molekulové hmotnosti dostávají do tkání, lymfy, svalstva a krevního oběhu. Asi po patnácti minutách je lze laboratorně prokázat v krvi.⁵⁷

Éterické oleje můžeme aplikovat: masáží, koupelí, inhalací, obklady, odpařováním. Nejefektivnější metodou aplikace éterických olejů je masáž.

Éterické oleje během porodu napomáhají kontrakcím, prohlubují dýchání a zmírňují bolesti. Účinkují na psychické a emoční úrovni jako přirozené harmonizátory a podle volby oleje pomáhají zmírnit napětí a stres, osvěžit nebo naopak uvolnit a regenerovat, dodat odvalu a sílu, posílit koncentraci (viz příloha III).

Aromaterapie v I. době porodní

Během první doby porodní používáme k aplikaci éterických olejů především masáže. Éterické oleje se nanáší na podbříšek, pánevní oblast a dolní část zad jemnými tahy. Během každé kontrakce masáž opakujeme na dolní části zad. Základ masážní směsi může představovat (podle vlastního výběru) mandlový nebo jojobový olej, jehož vlastnosti ocení především rodičky, které budou trávit část první doby porodní ve vaně. Směs éterických olejů šalvěje muškátové, levandule a kadidla uvolňuje a zároveň napomáhá koncentrovat potřebnou energii na duševní i fyzické úrovni. Tato masážní směs ulehčí rodící ženě tuto dobu a podpoří důvěru ve vlastní tělo a v přirozený cyklus přírody.

Aromaterapie v II. době porodní

V druhé době porodní je potřeba výrazněji podpořit a zesílit děložní kontrakce, což pozitivně ovlivní vlastní vypuzení plodu z dělohy.

⁵⁷ Standelmann, *Zdravé těhotenství přirozený porod*, 2004.

Zvolíme zde éterický olej kadidla, který prohlubuje dýchání a okysličení organismu, zmírňuje bolest při porodních kontrakcích, dále růžové dřevo, které dokonale harmonizuje psychické výkyvy. Jasmín, jenž je od pradávna symbolem ženství a mateřství, mimo svých výrazných tonizačních účinků na svalstvo děložní sliznice přináší a povzbuzuje vnímání ženskosti v tak neobyčejném okamžiku, kterým bezesporu porod je.⁵⁸

Aromaterapie v III. době porodní

Zde je vhodná masáž břich jasmínovým olejem, jenž pomůže urychlit odloučení placenty. Při retenci placenty můžeme použít horký obklad (šalvěj muškátová, jasmín, římský heřmánek) přiložením nad stydkou kost.⁵⁹

6.1.8 Audioanalgezie

Audioanalgezie zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti reorganizací aktivity mozkové kůry. Podstatou je dráždění sluchového centra v průběhu porodu přístrojem vytvářejícím šum (použití sluchátek). Jedná se o směs veškerých slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Šum je složen z různofrekvenčních zvuků, které po sumaci připomínají zvuk zurčící vody. Tato technika vyžaduje potřebné přístrojové vybavení.⁶⁰ Výhodou je, že si rodička audiotechniku sama ovládá, dle vlastních individuálních potřeb si může zesilovat nebo zeslabovat intenzitu zvuku. Tato nefarmakologická metoda je pro matku a plod zcela neškodná.⁶¹ Hudba pomáhá k celkovému zklidnění a uvolnění rodičky. Snižuje krevní tlak, upravuje dechovou frekvenci, tím napomáhá k celkovému uvolnění. Všeobecně se jako nejvhodnější doporučují hluboké tony meditačních skladeb, dále relaxační melodie a vážná hudba. V předporodních kurzech se ženám doporučuje vzít si do porodnice svou oblíbenou hudbu. Tady totiž platí lidská individualita, každý jedinec podle svého temperamentu, sociální skupiny, výchovy a věku poslouchá jinou hudbu.⁶²

⁵⁸ Lunny, *Vůně života*, 2005.

⁵⁹ Ašenbrenerová, Zrubecká, *Aromaterapie v životě ženy*, 2008.

⁶⁰ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

⁶¹ Pařízek, *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2006.

⁶² Čermáková, *K porodu bez obav*, 2008.

6.2 Fyzikální metody tišení bolesti

6.2.1 Masáže

Masáže byly u porodu využívány již dávno v historii a v současnosti se k nim porodnictví opět navrácí. Zejména s použitím aromaterapeutických olejů a jiných přípravků. Nejčastěji masáže provádí doprovázející osoba u porodu nebo porodní asistentka. Ať už jde o cílevědomou, např. reflexní masáž nebo jen o konejšivé pohlazení, záměrem je vždy ulehčit rodící ženě v bolesti, dát jí najevo spoluúčast. Formu masáže je zapotřebí střídat dle aktuálních požadavků rodící ženy a stejně tak je nutno respektovat, jestliže jí dotyk začne být nepříjemný. Musíme mít na paměti, že každá rodička je osobnost a každý porod je jiný. Co vyhovuje jedné ženě, může být jiné nepříjemné.⁶³

Oblast křížce a podbřišku jsou reflexními zónami ženských pohlavních orgánů. Stimulací těchto oblastí pomocí masáží se zlepšuje prokrvení dělohy a pochvy, zmírňují se pocity bolesti a křečí (na podkladě cutiviscerálních reflexů). Masáž podbřišku žena použije, má-li podbřiškovou bolest. Provádí se malíkovými hranami rukou od symfysy směrem do stran a vzhůru a zpět. Hlazením nebo silnějším třením tak, jak to ženě vyhovuje. Tlakové masáže vedou k oslabení vnímání porodních bolestí, protože částečně „přerušují“ spojení mezi dělohou a mozkovou kůrou. Může se použít jak při podbřiškových, tak křížových bolestech. Rodička položí ruce ze strany na pánev tak, aby palce směřovaly k pupku, ostatní prsty vzad ke křížové kosti. Mírně se předkloní. Při kontrakci zmáčkne místo pod palcem a vydrží, jak je schopna nejdéle.⁶⁴ Tzv. efleráž (effleurage) je jemná masáž, kterou si provádí intuitivně rodička sama. Během kontrakcí si žena může hladit břicho či stehna krouživými pohyby nebo pohyby ve tvaru osmičky. Účinek této techniky spočívá v dráždění silných nervových vláken a tím tlumení dráždivosti tenkých nervových vláken, čímž dochází k utlumení bolesti. Při této technice je nutné pohyby obměňovat, jinak masáže ztrácí účinek.⁶⁵

⁶³ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁶⁴ Volejníková, *Cvičení v práci porodní asistentky*, 2002.

⁶⁵ Čermáková, *K porodu bez obav*, 2008.

6.2.2 Abdominální dekomprese

Tuto metodu zařadil A. Pařízek do nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí. Metodu uvedl do praxe v polovině 50. let v Jihoafrické republice Heyns. Principem této metody je aplikace negativních tlaků nad břichem rodičky. Rodičku obepíná od dolních končetin až po hrudník neprodyšný vak. Nad břichem a pod bedry je umístěn krunýř, jenž oddaluje vak od těla. V systému pod vakem se vytvoří tlak až o 60 mmHg nižší než je tlak atmosférický. Vak přitlačuje hrudník a dolní končetiny, pod krunýřem se zvětšuje obvod břicha cca o 8 cm. Děloha se zvedá, vejčitý tvar se mění ve sférický, čímž se zesiluje dilatační efekt kontrakce na děložní branku, zvyšuje se krevní zásobením nad oblastí placenty.

6.2.3 Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)

Použití TENS jako prostředku pro mírnění bolesti publikoval v roce 1965 Melzak. Účinek této metody dával do souvislosti s tzv. vrátkovou teorií bolesti. TENS používá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Síla proudu je v rozmezí od 0 – 55 mA a frekvence od 40 až 89 Hz. Uvádí se, že TENS je vhodná zejména při křížových bolestech během porodu. Nástup tohoto druhu analgezie není okamžitý a rozvine se do 40 minut po jeho zavedení. TENS je nesložitá analgetická metoda, jež slučuje psychologický i somatický účinek, napomáhá redukovat potřebu farmak.⁶⁶

6.2.4 Aplikace tepla a chladu

Teplo a chlad jsou protiklady, avšak jedno mají společné – mohou člověku velice účinně pomoci při zmírňování bolesti. Můžeme je aplikovat zvlášť nebo dohromady. Teplo i chlad se dá aplikovat jak ve formě suché, tak mokré. Při aplikaci platí dvě zásadní pravidla, aby nedošlo k poškození zdraví (spálenina, omrzlina). Vždy aplikujeme velmi opatrně a vyvarujeme se extrémů. Obklady nikdy neaplikujeme přímo na kůži, nýbrž před každou aplikací je pečlivě zabalíme do vrstvy tkaniny.

⁶⁶ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

Terapie teplem

Suché teplo můžeme vytvořit nahřívací láhví, sáčky s chemickou látkou uvolňující teplo nebo elektrickou poduškou. Vlhké teplo vytvoříme horkým zábalem, teplým obkladem. Jak suché, tak vlhké teplo využívají konduktivního vedení, které nastává poté, co je pokožka v přímém kontaktu s teplým objektem. Během porodu můžeme přikládat teplé obklady na křížovou krajinu, podbřišek, stydkou krajinu nebo perineum. Terapie teplem zvyšuje krevní průtok, metabolismus tkání a snižuje vazomotorický tonus. Zmírňuje bolest a zvyšuje práh bolesti. Horká koupel může způsobit pokles krevního tlaku.

Terapie chladem

Zahrnuje studené zábaly, sáčky s ledem a ledovou masáž. Terapie chladem snižuje citlivost k bolesti ochlazením nervových zakončení. Chladné obklady můžeme přiložit na křížovou krajinu, anální oblast nebo perineum. Terapie chladem zužuje krevní cévy v místě poranění, což snižuje průtok krve do tohoto místa. Krev se zahustí a výsledkem je snížení krvácení a zvýšení srážení krve. Chlad zpomalí vytvoření edému, zabraňuje následujícímu poškození tkání a minimalizuje tvorbu modřin.⁶⁷

6.2.5 Hydroanalgezie

Používání vlastností vody pro zmírnění porodních bolestí je známo po staletí. Koupele, relaxační sprchy, horké nebo studené obklady, termofory přikládávané na oblast beder rodičky se začaly opětovně zdůrazňovat během posledních 20 let.

V roce 1984 Odent zveřejnil metodu porodu v bazénku. Dle Odenta pobyt ve vodní lázni o teplotě 37 °C má zmírňovat porodní bolesti, omezovat podávání léků a všech zásahů do porodního procesu. Vlastní porod dítěte doporučuje vést mimo bazének vleže na lůžku, vestoje nebo vkleče či přímo do vody.⁶⁸

⁶⁷ Bídlová, *Vše o léčbě bolesti*, 2006.

⁶⁸ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

Mezi výhody hydroanalgezie během porodu Odent uvádí:

- příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky a snížení napětí,
- uvolňuje svalové napětí a urychlení dilatace,
- voda přivádí ženu téměř do stavu beztlíže a ulehčuje změnu polohy,
- teplá voda snižuje uvolňování adrenalinu do organismu,
- tvorbu alfa vln, které vytvářejí stav celkového psychického uvolnění.⁶⁹

Dnes víme, že taktilní nebolestivá stimulace tlumí přenos bolestivých impulsů do vyšších etází CNS. Tento útlum probíhá na úrovni zadních míšních rohů a je experimentálně prokazatelný. Příznivci hydroanalgezie přisuzují vodě konejšivé pocity, které mají zvyšovat vyplavování endogenních opioidů a současně nižší produkci katecholaminů. Čímž dochází k rychlejší dilataci děložní branky, zkrácení doby porodu a nižší počet operačních intervencí.

Základní metody hydroanalgezie používané během porodu jsou:

1. *Relaxační koupel* – Tato metoda je určena pro fyziologické porody. Žena využívá v průběhu porodu většinou intermitentně vodní lázeň ve speciálně upravené vaně. Zrození dítěte nakonec probíhá v nevodním prostředí.

2. *Porod do vody* – Je svými zastánci nepravdivě označována za přirozenější a to přesto, že ani primitivní lidé jej nikdy nepoužívali. Během porodu do vody se udává zvýšená relaxace porodních cest, analgezie a s tím spojené zkrácení I. a II. porodní doby. Česká gynekologická a porodnická společnost J. E. Purkyně prostřednictvím své Sekce perinatální medicíny vymezila v roce 1998 přesné podmínky, za kterých je možno v České republice akceptovat vedení porodu ve vodě.

3. *Intradermální injekce (obstříky) sterilní vodou* – tato metoda spočívá v intradermální aplikaci fyziologického roztoku nebo např. Trimekainu do oblasti os sacrum, úleva nastupuje do 30s. Nastává především snížení sakrálních bolestí. Mechanismus efektu je daný redukcí transmise bolestivých impulsů, které směřují do CNS.⁷⁰

⁶⁹ Odent, *Znovuzrozený porod*, 1995.

⁷⁰ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

6.2.6 Změny polohy a pohyblivost rodičky

Ponecháme-li rodičce možnost volby pohybu během porodu, může zaujímat různé polohy, které jsou pro ni v danou chvíli přirozené a nejpohodlnější. Je dokázáno, že změna pozic výrazně mění vztahy mezi hmotností, děložními kontrakcemi, plodem a pánví a že vzpřímená poloha díky působení gravitačních zákonů urychluje průchod plodu porodními cestami. Je zapotřebí podporovat rodičky ve snaze najít tu nejpříhodnější polohu a je dobré věřit jejich intuici. Direktivní přístup k rodičce a snaha upoutat ji na lůžko z důvodu rutinních porodnických praktik (během fyziologického porodu) se dnes jeví jako naprosto nepřijatelný.⁷¹ Nejstarší známá porodní poloha byla vzpřímená nebo v kleče. Taktéž byly používány jakési porodní stolice k opoře předloktí, s maximálním zapojením břišního lisu. Porodní židle pochází z babylonské civilizace, asi 2000 let před Kristem. Odtud se rozšířila skoro do celého světa. Na přelomu 18. a 19. století bylo známo přes třicet popsaných typů porodnických křesel. V roce 1961 provedl Narroll výzkum 76 tradičních kultur a zjistil, že jenom ve 14 kulturách rodí ženy ve skloněné nebo dorzální poloze. Horizontální poloha rodičky při porodu se v západním světě užívá asi 200 let. I když se používání těchto poloh (horizontálních) vysvětluje různě (požadavky anestezie, usnadnění použití porodnických kleští, povýšení muže nad ženou), nic z toho dostatečně nevysvětluje, proč vertikální poloha byla nahrazena polohou horizontální. Na této změně se pravděpodobně podílely konflikty mezi porodními bábami a chirurgy.⁷² V Evropě přibližně do roku 1550 pomáhaly při porodu jenom porodní báby. Až po tomto roce jim začali konkurovat chirurgové, již byli stále častěji voláni k případům, které ohrožovaly život dítěte či matky. Mnohdy prováděli extrakci plodu k záchraně života matky. Postupně se stali konkurenci schopnými ve vztahu k porodním bábám, poněvadž jejich porodnictví orientované na patologii jim přineslo výcvik v porodnických komplikacích. Postupem času se lůžko začalo používat nejen u patologických, ale i u fyziologických porodů. Na konci 17. století se porod vleže stal běžnou praxí ve Francii, výjimku tvořily rolnické ženy. Obecně se uvádí, že největší zásluhy na zavedení této polohy měl Mauriceau.

⁷¹ Labusová, *Průvodce porodnicemi*, 2004.

⁷² Vránová, *Historie babictví a současnost porodní asistence*, 2007.

Tento lékař tvrdí, že těhotenství je, přísně vzato, „nádor břicha“ způsobený dítětem. Touto definicí klasifikuje všechny porody jako nutně patologické, což neponechává pro bábu žádný prostor. Změna polohy je pak samozřejmým důsledkem této koncepce. Někteří tvrdí, že důvodem ke změně polohy byla perversnost Ludvíka XIV., součastníka Mauriceaua. Tento panovník se vzrušoval pohledem na rodící ženu a byl frustrován, jestliže rodila na židli, takže nic neviděl. Další autoři tvrdí, že vliv na horizontální polohu během porodu měla porodnická farmakologická analgezie, která znemožňovala rodičce aktivní účast na porodu, což vyžadovalo, aby rodička ležela na posteli.⁷³

Poloha rodičky během porodu může významně ovlivnit trvání porodu a do určité míry také zmírnit porodní bolest. Ženy mají různá těla a odlišné potřeby při rození dětí. Jedna pozice nemusí nutně vyhovovat všem rodičkám.⁷⁴

Vertikální poloha – polohy v sedě, v podřepu, vkleče, vestoje, ale také některé extrémní polohy (visící poloha, vznášející se poloha).

Horizontální poloha – vleže na zádech, na boku, poloha na všech čtyřech.

Využívání různých poloh během porodu se v denní praxi porodnic nerealizuje. Porodníci upřednostňují polohu rodičky na zádech, i když tato poloha není právě nejideálnější. V této poloze totiž může těžká děloha nalehnout a stlačit velké cévy, které zásobují placentu krví, a cévy, které odvádějí krev do srdce matky. Každé snížení přítoku krve do placenty znamená zhoršení zásobení plodu kyslíkem.⁷⁵

Michel Odent v porodnici, kde působil, doporučoval ženám důvěřovat tomu, co pociťují, aby se pohybovaly, jak se jim to líbí, aby zaujaly jakoukoli pozici, k níž spontánně dospějí. Jestliže je dána rodičkám taková svoboda, jen zřídka si na dlouho vybírají dorzální nebo semidorzální polohu, neboť se v ní obvykle necítí dobře.

⁷³ Doležal, *Od babictví k porodnictví*, 2001.

⁷⁴ Chopra, *Magické začátky Okouzleny život*, 2006.

⁷⁵ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

Ze stejného důvodu se nejpřirozenějším způsobem vyhýbají ležení na zádech ke konci těhotenství a místo toho se raději natočí na bok.⁷⁶

Někteří autoři uvádějí, že alternativní polohy během porodu zvyšují riziko poranění pochvy a hráze, a následné poruchy kontinence moči a stolice. Tento názor však vyvrací randomizovaná studie v databázi Cochran Library, která uvádí, že pozice matky při porodu nemá vliv na porodní poranění a zároveň se doporučuje umožnit ženám родit v takové poloze, která jim bude nejvíce vyhovovat.⁷⁷

6.2.7 Ovlivní porodních bolestí dýcháním

Už v průběh těhotenství je dýchání poněkud rozdílné. Dochází při téměř nezměněné dechové frekvenci ke zvětšování dechového objemu. Konsekvencí této změny je zvýšení minutové ventilace. Bolestivá stimulace během porodu způsobuje změnu vegetativní rovnováhy ve smyslu sympatikotonie. Změny napětí krevních plynů při hyperventilaci během porodu mají závažné konsekvence pro rodičku i plod. U nekorigovaných porodních bolestí hrozí snížení uteroplacentární perfúze. Větší spotřeba kyslíku u matky s větší ventilací je zapříčiněna i větší metabolickou a energetickou náročností dýchacích svalů. Úsilím porodníka by tedy mělo být zachování postačujícího přívodu kyslíku během porodu, bez neúčelné hyperventilace, s přiměřenými změnami ventilačního režimu dle okamžité situace. Velikost ventilace by měla odpovídat metabolickým požadavkům jak matce, tak plodu.⁷⁸

Techniky dýchání během porodu:

Pomalé dýchání – Rodička začne sekvenci s očistným dechem, následuje pomalé dýchání jako ve spánku. Na konci kontrakce je znovu očistný dech. Průměr dechu je šest až devět dechů za minutu.

⁷⁶ Odent, *Znovuzrozený porod*, 1995.

⁷⁷ Goldberg, Sultana, *Gynekologie po promoci*, 2004

⁷⁸ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

Dýchání s modifikovanou frekvencí – Tato sekvence začíná a končí očistným dechem. Během kontrakce rodička dýchá zrychleně a mělce. Frekvence by neměla přesáhnout dvojnásobek normální dechové frekvence. Rychlé dýchání s sebou nese problém hyperventilace. Žena cítí malátnost, brnění, znecitlivění kolem úst, může dojít až ke křeči v prstech a nohách. V takovém případě můžeme doporučit ženě dýchat do dlaně nebo do malého sáčku, nebo na ústa a nos položit vlhký hadřík a dýchat přes něj.

Modulové dýchání – Rodička zahájí očistným dechem, po němž následují rychlé dechy zdůrazněné prokládaným vyfouknutím. Žena udržuje stejný počet dechů před každým vyfouknutím.

Dýchání ve II době porodní – Jestliže nastal příhodný okamžik k tlačení, rodička vykoná očistný dech, pak se ještě jednou zhluboka nadechne a tlačí za současného pomalého vydechování. Následně vyfoukne, zhluboka se nadechne a znovu tlačí.⁷⁹

6.3 Akupunktura a akupresura

Akupunktura

Analgetický účinek akupunktury je všeobecně známý. Tato metoda jako alternativní možnost ovlivnění těhotenských potíží a usnadnění porodu je u nás užívána od konce 80. let. Metoda patří k jedné z nejstarších v tradiční čínské medicíně, udává se stáří několik tisíc let.⁸⁰ Analgetické působení akupunktury není zcela objasněno. Do určité míry vysvětluje tento účinek akupunktury endorfinová teorie a vrátková teorie bolesti. Akupunktura prošla dlouhým vývojem na bázi pozorování a aplikace na velkém vzorku populace. Lidská bytost je brána jako funkční celek, jehož veškeré funkce jsou v rovnováze. Tento stav fakticky definuje zdraví a naopak choroba je chápána jako náráz v jeho regulačním systému. Zároveň je člověk součástí přírody, se kterou interferuje. Akupunktura používá přesně stanovených míst na povrchu lidského organismu a jejich drážděním dosahuje regionálních reakcí (analgetický a antiedematózní účinek) či vzdálených efektů (sedativních, spasmolytických).

⁷⁹ Leifer, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004.

⁸⁰ Stanislav, *Bezbolestný pôrod*, 2000.

Akupunkturní body a jejich spojení v dráhy jsou nejpodstatnějším specifikem v akupunkturní terapii. Spojením bodů akupunktury dostaneme dvanáct hlavních skupin (čáry meridiánů). Tyto body jsou spojeny ve zdánlivé dráhy, které znázorňují cesty, po nichž proudí energie Qi. Tato energie reguluje tělesné funkce. Pojem dráhy je pokládán za systém zabezpečující rovnováhu organismu totožný s naší představou o homeostáze. Celkem známe 692 bodů, z nichž zhruba 360 má větší význam a je používáno. Umístění akupunkturních bodů na akupunkturních drahách je vyjádřeno názvem dráhy a číslem (např. B67). Vzdálenosti akupunkturních bodů na drahách jsou uváděny v cunech, kdy jeden cun je definován vzdáleností mezi interfalangeálními rýhami skrčeného prostředníku u žen na pravé ruce, nebo šířka palce. V současné době se používají jednorázové akupunkturní jehly. Jehly se doporučuje vpichovat rychle do kůže a následně vstupovat šroubovitým pohybem, kdy akupunkturista vnímá dobře odpor tkání. Přítomnost jehly v aktivním akupunkturním bodu označuje klient těžko definovatelným vjemem.

Použití akupunktury při porodu: LI4 indukce a analgezie při jasném porodním nálezu jako silný analgetický bod, S36, LIV3 s efektem sedativním, B67 jako podpora a vyvolání děložních kontrakcí nebo SP6 pro lepší dilataci porodních cest (spazmolytický efekt). Z ušních bodů, jež jsou uloženy jako plod v intrauterinní poloze, jsou používány: 22 (endokrinní bod), 51 (vegetativní bod), 55 (analgetický bod), 58 (uterus).

Kontraindikací použití akupunktury při porodu je výskyt kožní infekce, poruchy srážlivosti krve, akutní psychózy, dekompenzovaný DM, závažné srdeční onemocnění a nesouhlas rodičky.⁸¹

Akupresura pochází ze staré Číny. Na jejím počátku stál postřeh, že při zranění si člověk instinktivně zakryje ránu dlaní, což mírně zmírní bolest.⁸² Čínští lékaři tento poznatek rozvedli a zjistili, že důsledným tlakem na konečky prstů na určitých bodech těla je možné utišit úzkost a strach, uvolnit porodní bolesti a vyřešit různé jiné druhy potíží.⁸³

⁸¹ Pařízek, *Porodnická analgezie a anestézie*, 2002.

⁸² Kolster, Waskowiak, *Velký atlas akupresury*, 2006.

⁸³ Bauer, *Akupresura pro ženy*, 2006.

Masáž bodů podporujících porod (viz P V): SP6 (Bod země) masáží může se docílit změny polohy dítěte a regulace děložního krvácení, bod mohou používat také ženy, které nejsou těhotné a trpí silnými menstruačními bolestmi. Tento bod jednoduše najdeme, jestliže si přiložíme špičku malíčku na vrchní část hlezenní kosti, ostatní prsty směřují dopředu. SP6 leží pod druhým kloubem ukazováčku, pod holení a ve vzdálenostech tří prstů nad vrškem hlezenní kosti. LV3 (Bod dřeva). Tento bod tlumí bolesti hlavy, krku a uvolňuje emoce. Leží na vrchní straně chodidla mezi palcem a druhým prstem přibližně na šířku 1,5 až dvou prstů od okraje. GB21 se nachází na vršku ramen v mírné prohlubni, nad bradavkami. Masáž tohoto bodu podpoří II. dobu porodní. Následující LI4 (Bod kovu) snižuje bolest. Leží mezi palcem a ukazováčkem na vrchní straně ruky. Bod ohně a vody BL60 podporuje a posiluje kontrakce, odvádí návaly horka. Bod leží v důlku na vnější straně mezi výstupkem kosti hlezenní a na vnější straně Achillovy šlachy.⁸⁴

6.4 Homeopatie

Zakladatelem homeopatie byl Samuel Hahnemann. Narodil se v roce 1755 v Míšni v Sasku. Jako lékárník, chemik a lékař patřil k významným vědcům tehdejší doby. Vydal mnoho odborných spisů a jeho čtyřdílný lékárnický lexikon tvoří doposud základ většiny lékopisů. Sám na sobě prováděl pokusy a dospěl vždy ke stejnému výsledku: u zdravého jedince vyvolávají tyto léky nemoci, kdežto u nemocných budou symptomy nemoci vyléčeny. Homeopatie se zakládá na tom, že se lék a symptomy nemoci kryjí.⁸⁵ Použití homeopatie v průběhu porodu viz příloha IV.

6.5 Gravidjóga

Gravidjóga v sobě spojuje staroindické zkušenosti s racionálním, moderním stylem života. Předpokladem úspěchu jógy jako filozofického a životního stylu je pozitivní myšlení, které ideálně harmonizuje fyzickou a psychickou stránku člověka.⁸⁶

⁸⁴ Yates, *Příjemné těhotenství a krásny porod*, 2009.

⁸⁵ Stadelmann, *Zdravé těhotenství přirozený porod*, 2004.

⁸⁶ Stanislav, *Bezbolestný pôrod*, 2000.

Přizpůsobením jógy pro těhotné ženy vznikla gravidjóga. Tato technika nenásilným způsobem pomocí speciálních cviků, relaxačních technik a nácviku dýchání přináší zajímavou alternativu bezbolestného porodu. Schopnost relaxace může výrazně ovlivnit reakci ženy během porodu. Rodička je klidnější, navíc ovládním břišních svalů může urychlit samostatný porod.⁸⁷

6.6 Farmakologické metody tlumení porodních bolestí

Je známo, že každé účinné farmakologické tlumení bolestí je neoddělitelně spojeno s určitým, třebaže nepatrným rizikem, jež je nezbytné vždy brát v úvahu.⁸⁸

Dělení farmakologické analgezie (místa účinku jednotlivých metod viz příloha VI).

Celková analgezie

1. Inhalační
2. Intravenózní

Místní analgezie

1. Infiltrační analgezie
2. Pudendální analgezie
3. Paracervikální analgezie
4. Epidurální analgezie
5. Subarachnoideální analgezie
6. Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie⁸⁹

⁸⁷ Makedonová, *Gravidjóga : Porod bez bolesti*, 1991.

⁸⁸ Rokyta, Kršiak, Kozák, *Bolest*, 2006.

⁸⁹ Pařízek, *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2006.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 OBSAH PRAKTICKÉ ČÁSTI

V praktické části bakalářské práce se věnuji průzkumnému šetření. Průzkum doplňuji rozhovorem s porodní asistentkou z dlouholetou praxí, který uvádím na závěr praktické části. Součástí praktické části je také návrh informační brožury.

7.1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Před začátkem průzkumu jsem si stanovila tyto následující cíle a hypotézy.

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti před příchodem na porodní sál.

- Hypotéza 1: Předpokládám, že 20% žen nevědělo o nefarmakologických metodách tišení bolesti před příchodem na porodní sál.
- Hypotéza 2: Domnívám se, že většina žen bude hledat informace na internetu.
- Hypotéza 3: Předpokládám, že 10% žen získalo informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti od svého gynekologa.

Cíl 2: Zjistit intenzitu bolesti u porodu.

- **Hypotéza 1:** Předpokládám, že větší intenzitu porodních bolestí budou mít rodičky s indukovaným porodem.
- **Hypotéza 2:** Domnívám se, že v číselné škále, kdy 0 je žádná bolest a 11 nejintenzivnější bolest, většina žen bude hodnotit porodní bolesti číslem 8.

Cíl 3: Zjistit, které nefarmakologické metody tlumení porodních bolesti jsou u porodu nejčastěji užívané a které metody jsou nejúčinnější.

- **Hypotéza 1:** Nejčastější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je přítomnost blízké osoby u porodu.
- **Hypotéza 2:** Nejúčinnější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je hydroanalgezie.

Cíl 4: Vytvořit informační brožuru.

7.2 Metodika

7.2.1 Použité metody

K dosažení cílů a potvrzení hypotéz bylo zvoleno kvantitativní šetření. Sběr dat probíhal pomocí anonymního dotazníku (viz příloha I), který obsahoval 22 otázek. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Dotazník byl určen pro ženy po porodu na oddělení šestinedělí v KNTB ve Zlíně.

7.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Ke zjištění požadovaných informací bylo použito dotazníkové šetření, které probíhalo v období leden, únor a březen 2010 v KNTB ve Zlíně. Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily ženy po porodu na oddělení šestinedělí v KNTB ve Zlíně. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě. Bylo rozdáno 100 dotazníků na oddělení šestinedělí, vrácených bylo 90. Návratnost byla 90%. Nebyly vyřazeny žádné dotazníky. Z celkového množství rozdaných dotazníků bylo pro zhodnocení výsledků použito 90 dotazníků, což je 100%.

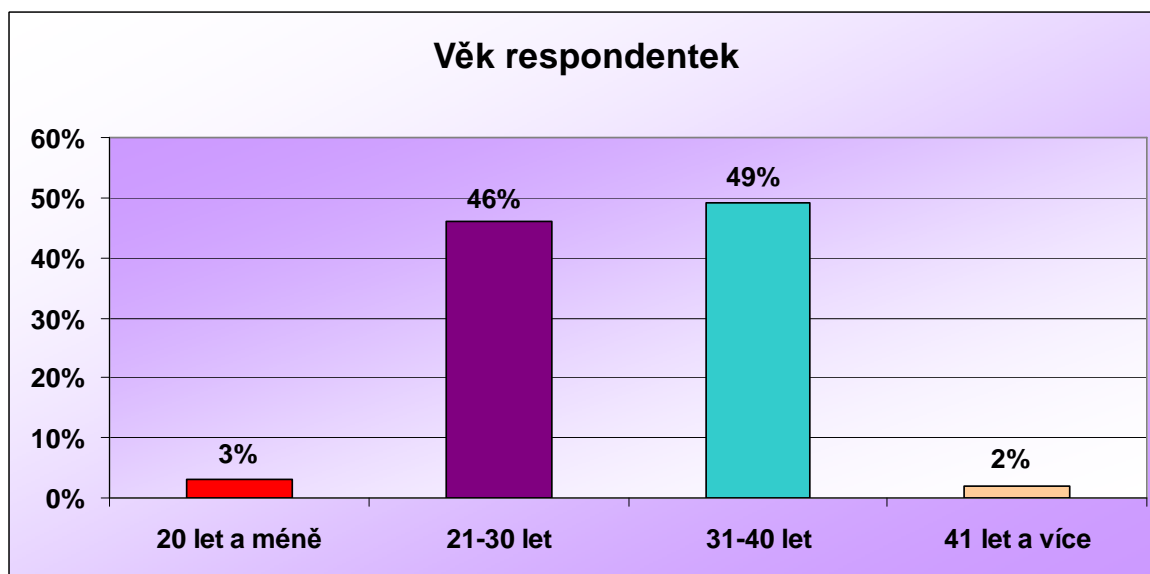
7.3 Zpracování dat

Věk respondentek (otázka č. 1 - viz. dotazník)

Tabulka č. 1. vyhodnocení otázky č.1

Věk respondentek	Počet žen	Procenta
Méně než 20 let	3	3%
21-30 let	41	46%
31-40 let	44	49%
41 a více	2	2%
Celkem	90	100%

Graf č. 1. zpracování údajů otázky č. 1



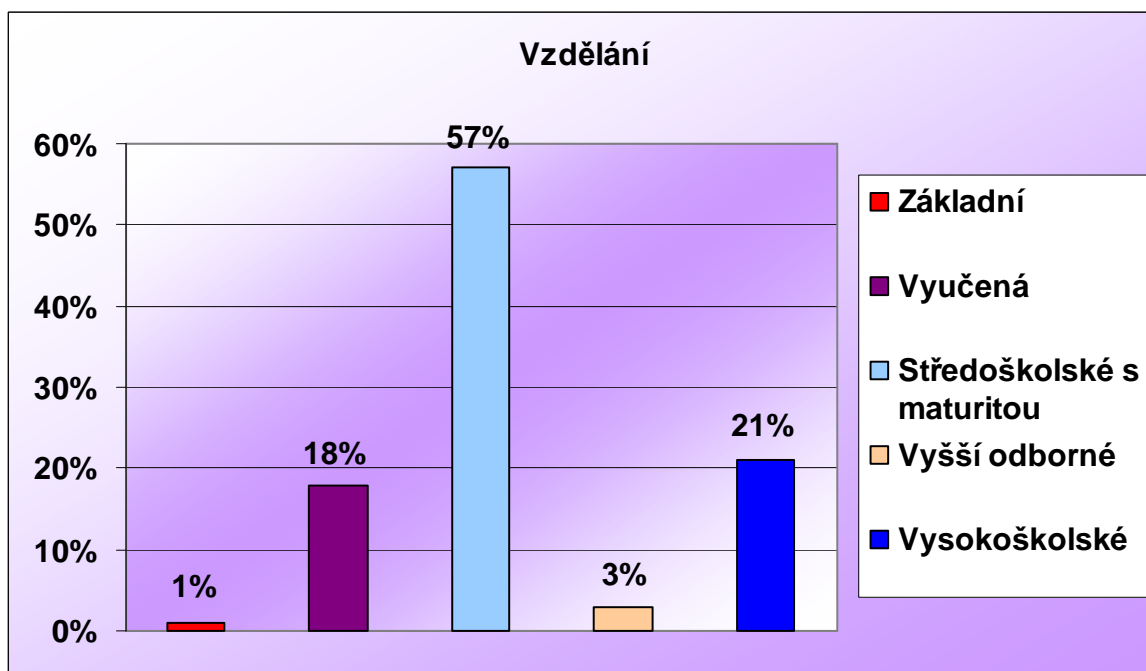
Z grafu vyplývá, že největší počet dotazovaných respondentek se pohybuje ve věkové kategorii 31 - 40 let (49%). Druhou početnou skupinou jsou ženy ve věku 21 – 30 let (46%).

Vzdělání (otázka č. 2 - viz. dotazník)

Tabulka č. 2. vyhodnocení otázky č.2

Vzdělání	Počet žen	Procenta
Základní	1	1%
Vyučená	16	18%
Středoškolské s maturitou	51	57%
Vyšší odborné	3	3%
Vysokoškolské	19	21%
Celkem	90	100%

Graf č. 2. zpracování údajů otázky č. 2



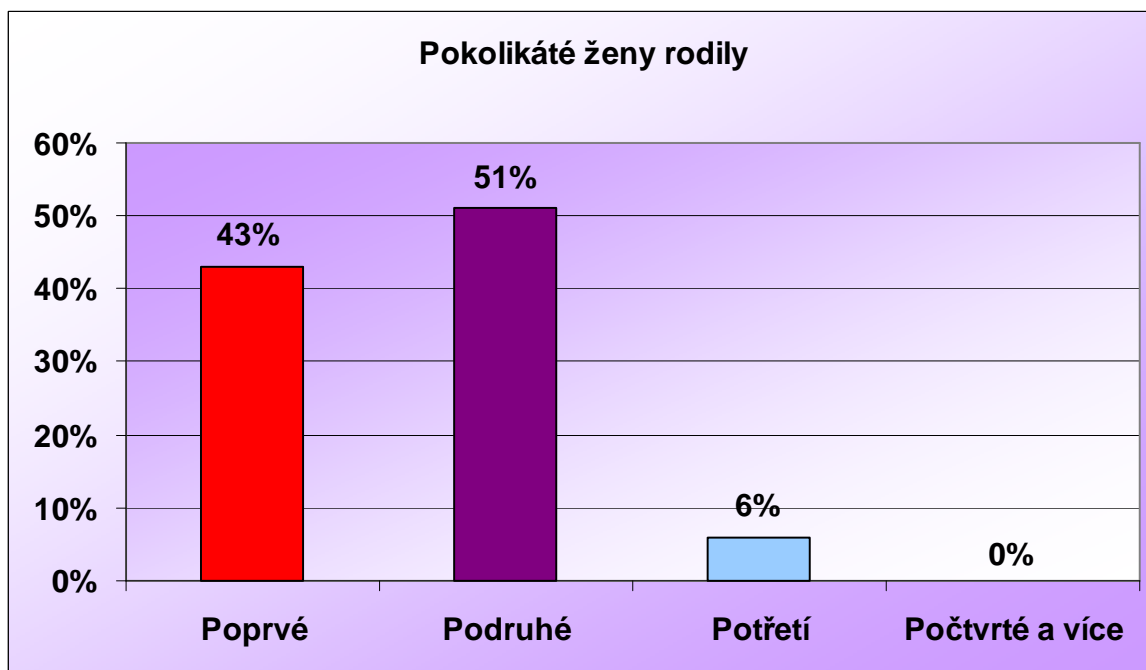
Ze zkoumaného souboru žen bylo 1% žen se základním vzděláním, 18% žen bylo vyučeno, 57% žen mělo středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné mělo 3% žen a vysokoškolské 21% žen.

Parita rodiček (otázka č. 3 - viz. dotazník)

Tabulka č. 3. vyhodnocení otázky č.3

Pokolikáté ženy rodily	Počet žen	Procenta
Poprvé	39	43%
Podruhé	46	51%
Potřetí	5	6%
Počtvrté a více	0	0%
Celkem	90	100%

Graf č. 3. zpracování údajů otázky č. 3



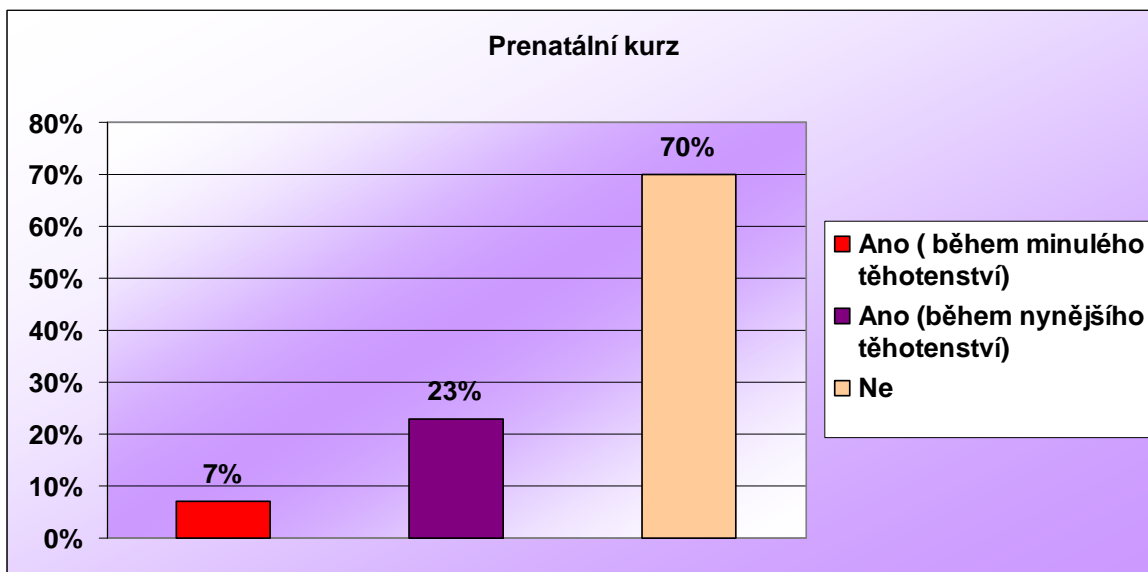
Z celkového počtu 100% (90) žen rodilo poprvé 43% (39), podruhé 51% (46), potřetí 6% (5), počtvrté 0% (0) žen.

Návštěvnost prenatalního kurzu (otázka č. 4 - viz. dotazník)

Tabulka č. 4. vyhodnocení otázky č.4

Prenatální kurz	Počet žen	Procenta
Ano (během minulého těhotenství)	6	7%
Ano (během nynějšího těhotenství)	21	23%
Ne	63	70%
Celkem	90	100%

Graf č. 4. zpracování údajů otázky č. 4



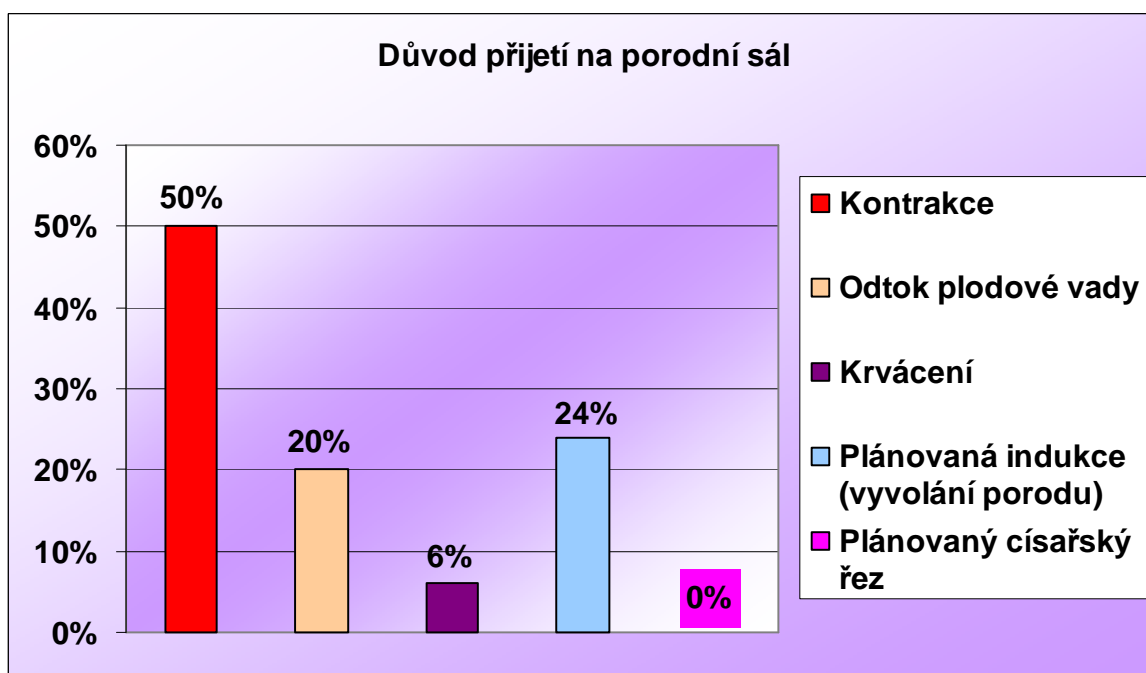
Prenatální kurz navštěvovalo celkem 30% žen, 7% žen během minulého těhotenství a 23% žen během nynějšího těhotenství. Překvapilo, mě že až 70% žen nenavštěvovalo žádný prenatalní kurz.

Důvod přijetí na porodní sál (otázka č. 5 - viz. dotazník)

Tabulka č. 5. vyhodnocení otázky č.5

Důvod přijetí na porodní sál	Počet žen	Procenta
Kontrakce	45	50%
Odtok plodové vody	18	20%
Krvácení	5	6%
Plánovaná indukce (vyvolání porodu)	22	24%
Plánovaný císařský řez	0	0%
Celkem	90	100%

Graf č. 5. zpracování údajů otázky č. 5



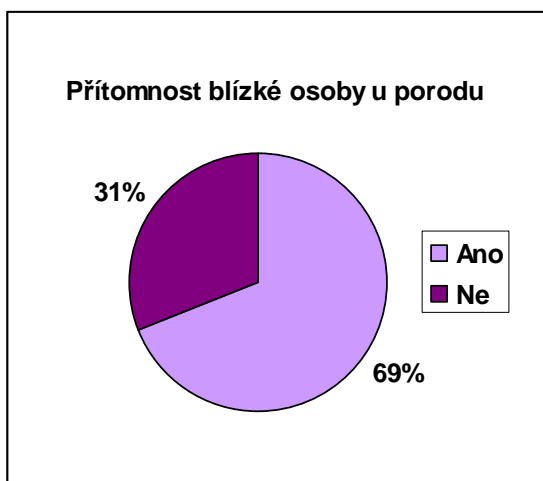
Nejčastějším důvodem přijetí rodičky na porodní sál byly děložní kontrakce a to až v 50% případech. Na druhém místě to byly indukované porody 24%. Odtok plodové vody uvedlo 20% respondentek a 6% žen bylo přijato s krvácením.

Přítomnost blízké osoby u porodu (otázka č. 6 - viz. dotazník)

Tabulka č. 6. vyhodnocení otázky č.6

Přítomnost blízké osoby u porodu	Počet	Procenta
Manžel	42	68%
Partner	19	31%
Kamarádka	1	1%
Celkem	62	100%

Graf č. 6. zpracování údajů otázky č. 6



Na tuto otázku mohly ženy odpovědět ano nebo ne. Pokud odpověděly ano, měly uvést osobu, jež je doprovázela během porodu. 69% (62) žen uvedlo že během porodu je doprovázela blízká osoba. Celých 31 % (28) žen nikdo nedoprovázel během porodu.

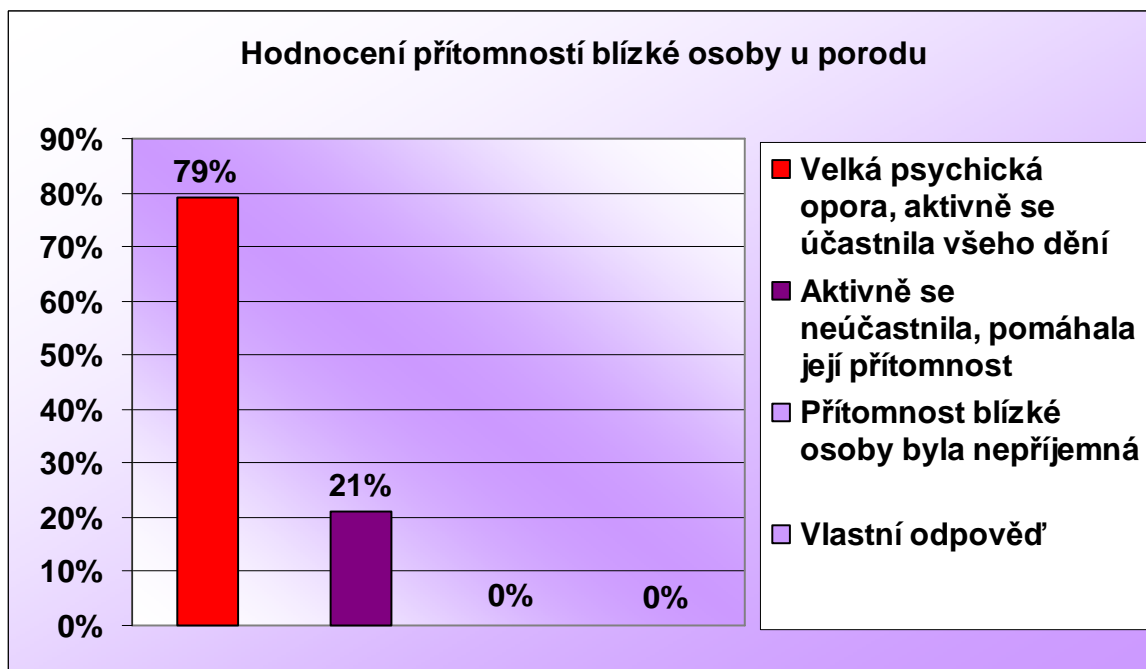
Z celkového počtu 100 % (62) žen které odpověděly na tuto otázku ano doprovázel manžel celkem 68% žen, partner 31% žen a kamarádka 1% žen.

Hodnocení přítomnosti blízké osoby u porodu (otázka č. 7 - viz. dotazník)

Tabulka č. 7. vyhodnocení otázky č.7

Hodnocení přítomnosti blízké osoby u porodu	Počet žen	Procenta
Velká psychická opora, aktivně se účastnila všeho dění	49	79%
Aktivně se neúčastnila, pomáhala její přítomnost	13	21%
Přítomnost blízké osoby byla nepříjemná	0	0%
Vlastní odpověď	0	0%
Celkem	62	100%

Graf č. 7. zpracování údajů otázky č.7



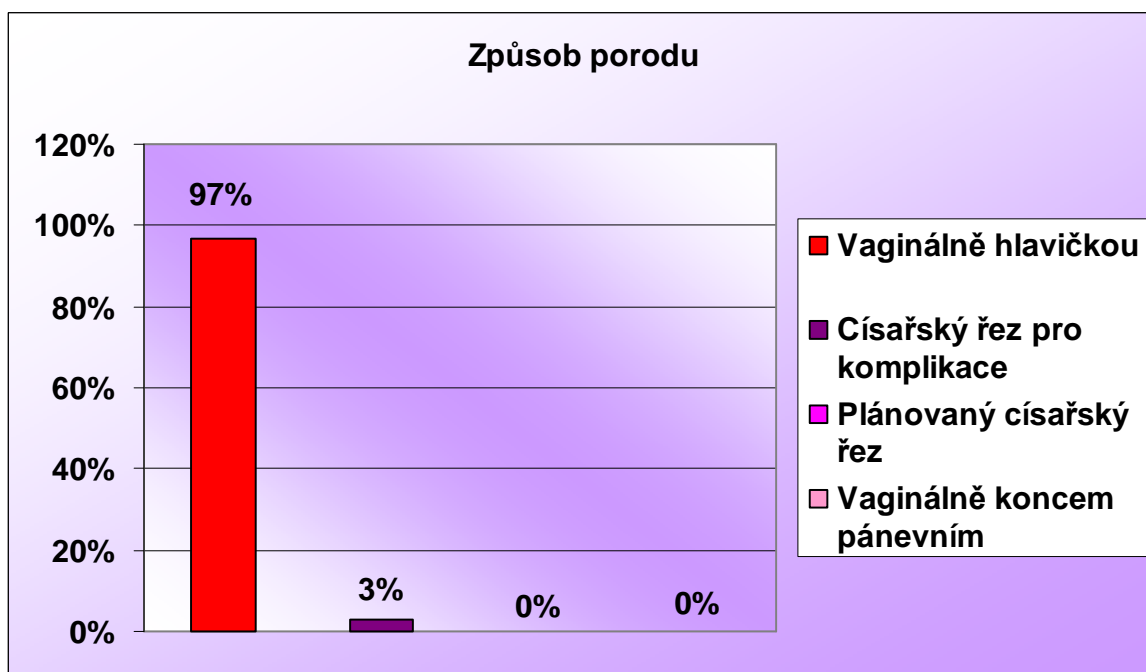
Největší procento žen 79% hodnotilo přítomnost blízké osoby u porodu jako velkou psychickou oporu, 21% žen pomáhala její přítomnost.

Způsob porodu (otázka č. 8 - viz. dotazník)

Tabulka č. 8. vyhodnocení otázky č.8

Způsob porodu	Počet	Procenta
Plánovaný císařský řez	0	0%
Císařský řez pro komplikace	3	3%
Vaginálně hlavičkou	87	97%
Vaginálně koncem pánevním	0	0%
Celkem	90	100%

Graf č. 8. zpracování údajů otázky č. 8



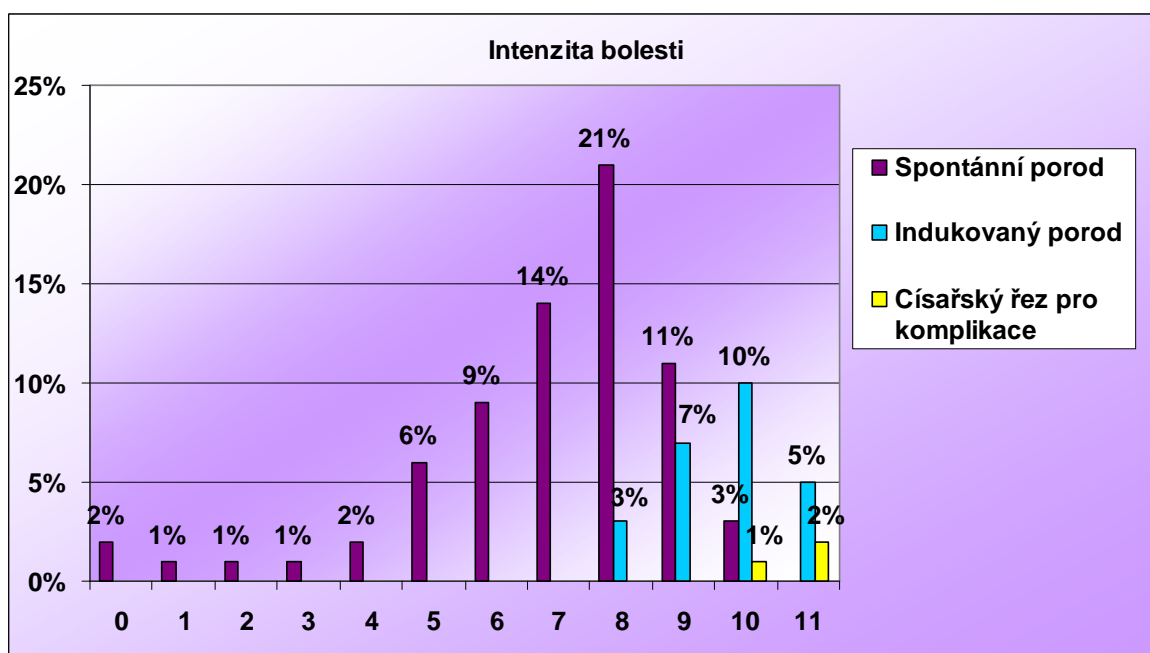
Z grafu je patrné, že 97% žen porodilo vaginálně hlavičkou a 3% těhotenství byla ukončena císařským řezem pro komplikace.

Intenzita bolesti u porodu (otázka č. 9 - viz. dotazník)

Tabulka č. 9. vyhodnocení otázky č.9

Intenzita bolesti	Počet	Procenta
0 - žádné bolesti	2	2%
1	1	1%
2	1	1%
3	1	1%
4	2	2%
5	5	6%
6	8	9%
7	13	14%
8	22	24%
9	16	18%
10	13	14%
11 - nejhorší možné bolesti	6	7%

Graf č. 9. zpracování údajů otázky č. 9



Všechny ženy, v otázce číslo devět, měly hodnotit intenzitu porodní bolesti na škále od 0 = žádná bolest, po stupeň 11 = nejhorší myslitelná bolest. Překvapilo mě, že 2% žen neudávají žádnou bolest ale velice nepříjemné tlaky na konečník, 1. stupeň 1%, 2. stupeň 1%, 3. stupeň 1%, 4. stupeň 2%, 5. stupeň 6% , 6. stupeň 9%, 7. stupeň 14%, 8. stupeň 24%, 9. stupeň 18%, 10. stupeň 14% a jako nejhorší možnou bolest označilo porod 7% žen.

Velice mě udivilo že ženy, které byly přijaté pro indukovaný porod udávají, vysokou intenzitu bolesti od stupně 8 po nejhorší možnou bolest. Z celkového počtu 100 % (22) žen u kterých byl porod vyvoláván 14% (3) ženy udávají 8. stupeň, 9. stupeň 27% (6) žen, 10. stupeň 41% (9) žen, 11. stupeň 18% (4) žen.

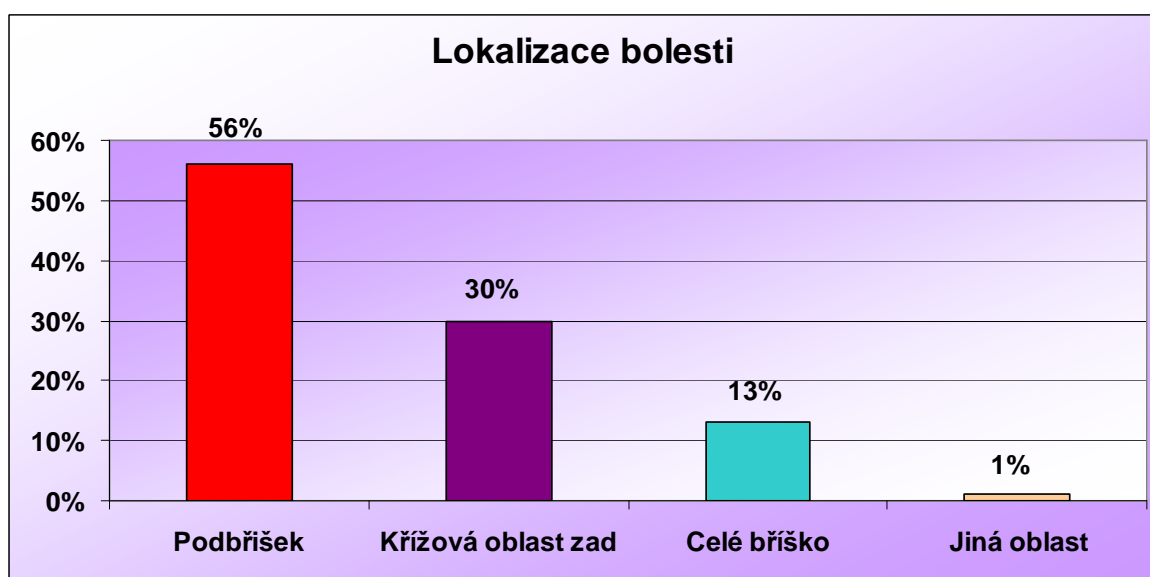
Taktéž ženy, u kterých byl porod ukončen císařským řezem pro komplikace, uvádějí vysokou bolestivost a to ve stupních 10, 11. Z celkového počtu 100 % (3) 10. stupeň uvádí 33% (1) žen, 11. stupeň uvádí 67% (2) žen.

Lokalizace bolesti u porodu (otázka č. 10 - viz. dotazník)

Tabulka č. 10. vyhodnocení otázky č.10

Lokalizace bolesti	Počet	Procenta
Podbříšek	50	56%
Křížová oblast zad	27	30%
Celé břicho	12	13%
Jiná oblast	1	1%
Celkem	90	100%

Graf č. 10. zpracování údajů otázky č. 10



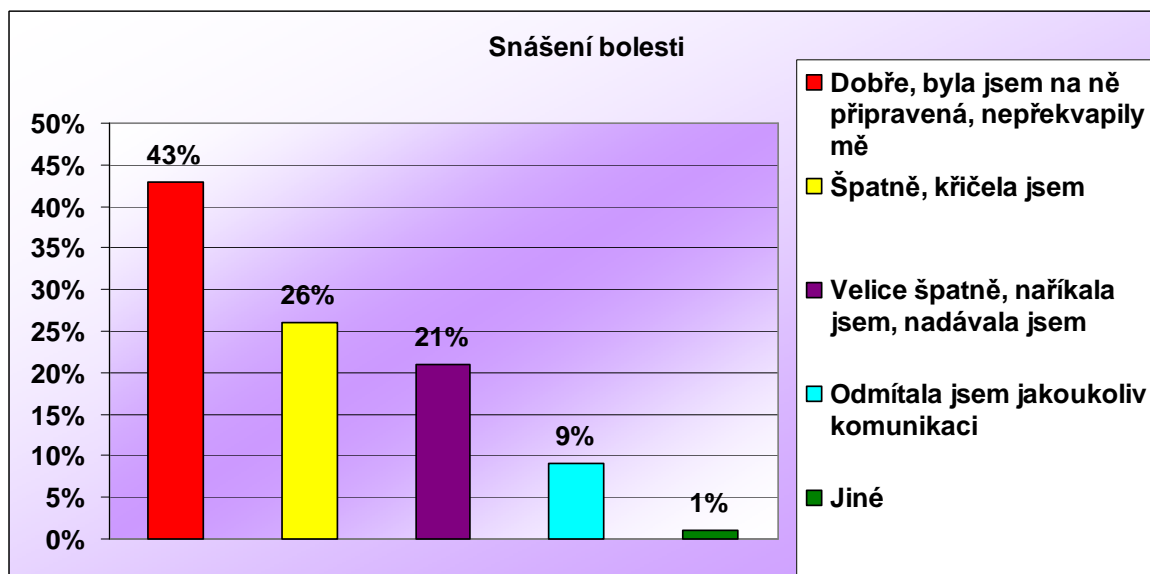
Ženy nejčastěji lokalizovaly bolest v podbříšku a to v 56%, 30% žen udávalo bolest v křížové oblasti zad, 13% žen pociťovalo bolest v oblasti celého břicha a 1% žen uvedlo jinou oblast a to celou oblast zad s největší lokalizací bolesti na kostrči.

Snášení porodních bolestí (otázka č. 11 - viz. dotazník)

Tabulka č. 11. vyhodnocení otázky č.11

Snášení porodních bolestí	Počet	Procenta
Dobře, byla jsem na ně připravená, nepřekvapily mě	39	43%
Špatně, křičela jsem	23	26%
Velice špatně, naříkala jsem, nadávala jsem	19	21%
Odmítala jsem jakoukoliv komunikaci	8	9%
Jiné	1	1%
Celkem	90	100%

Graf č. 11. zpracování údajů otázky č. 11



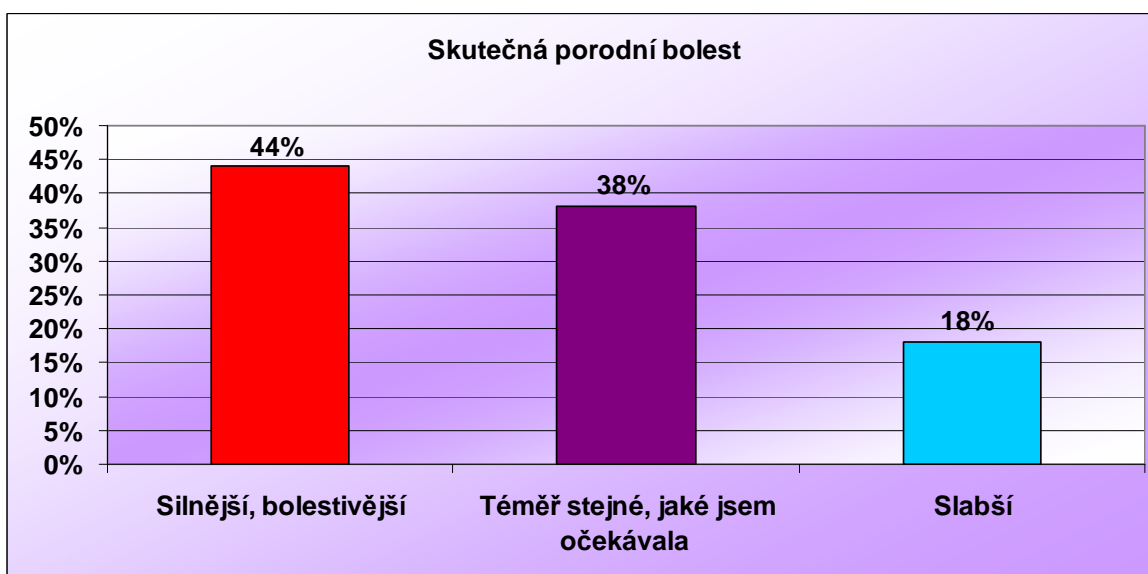
Z celkového počtu 100% (90) žen, 43% žen snášelo bolest dobře, 26% žen špatně, 21% žen velice špatně, 9% žen odmítalo jakoukoli komunikaci a 1% žen uvedlo jiné – bolest je vyčerpávala a unavovala.

Skutečná porodní bolest oproti očekávání (otázka č. 12 - viz. dotazník)

Tabulka č. 12. vyhodnocení otázky č.12

Skutečná porodní bolest	Počet	Procenta
Silnější, bolestivější	40	44%
Téměř stejné, jaké jsem očekávala	34	38%
Slabší	16	18%
Celkem	90	100%

Graf č. 12. zpracování údajů otázky č. 12



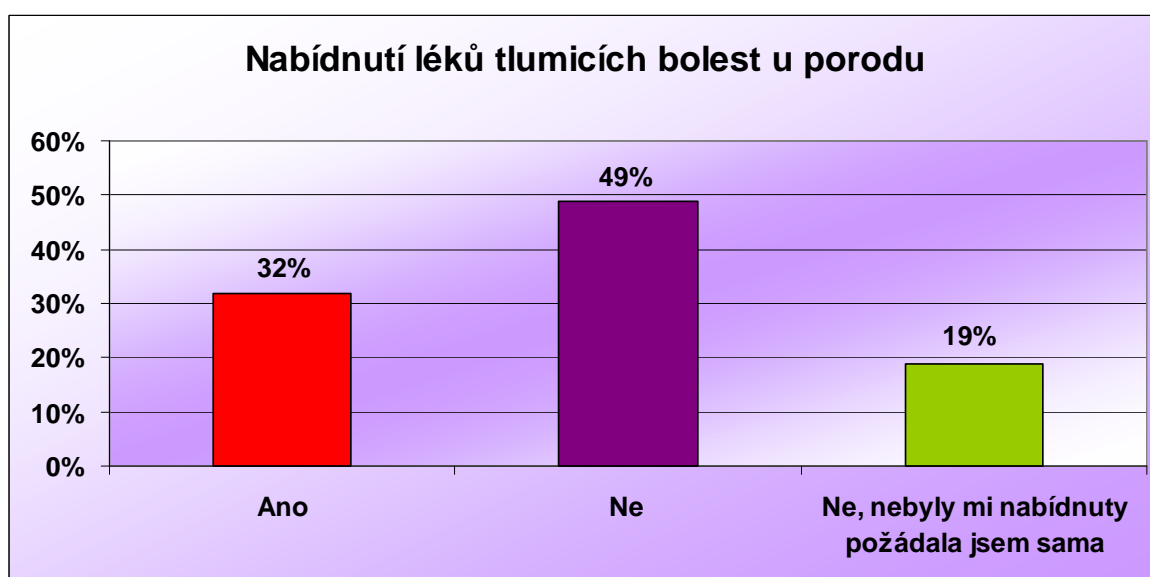
U této otázky mě překvapilo, že 44% žen udává bolest silnější a bolestivější oproti očekávání, 39% žen ji uvádí jako téměř stejnou, jakou očekávaly, a 18% žen ji uvedlo jako slabší.

Farmakologické tlumení bolestí u porodu (otázka č. 13 - viz. dotazník)

Tabulka č. 13. vyhodnocení otázky č.13

Nabídnutí léků tlumících bolest u porodu	Počet	Procenta
Ano	29	32%
Ne	44	49%
Ne, nebyly mi nabídnuty, požádala jsem sama	17	19%
Celkem	90	100%

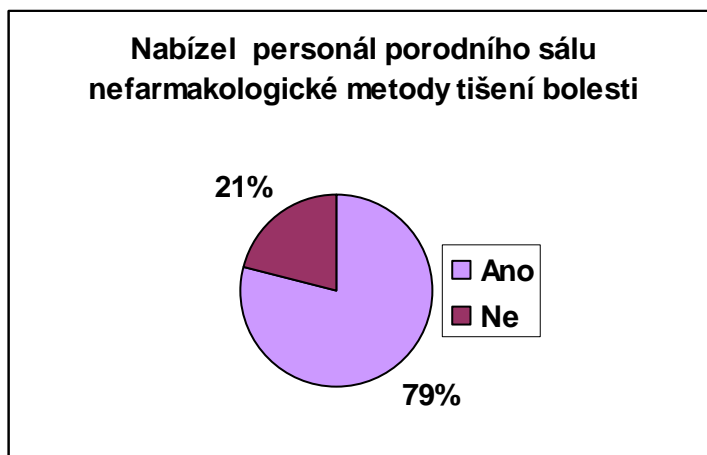
Graf č. 13. zpracování údajů otázky č. 13



Léky tlumící bolest byly nabídnuty 32% žen, 49% žen nabídnuty nebyly a 19% ženo o léky tlumících bolest požádalo samo.

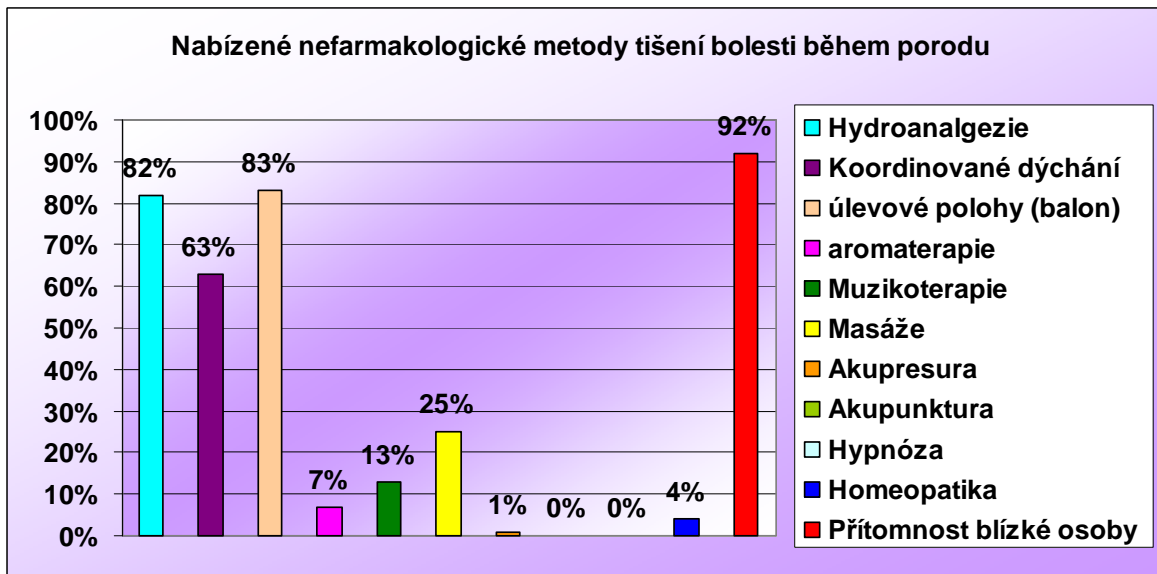
Nabízené nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu

(otázka č. 14 - viz. dotazník)

Graf č. 14. zpracování údajů otázky č. 14*Tabulka č. 14. vyhodnocení otázky č.14*

Nabízené nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu	Počet	Procenta
Hydroanalgezie	58	82%
Koordinované dýchání	45	63%
Úlevové polohy (balon)	59	83%
Aromaterapie	5	7%
Muzikoterapie	9	13%
Masáže	18	25%
Akupresura	1	1%
Akupunktura	0	0%
Hypnóza	0	0%
Homeopatie	3	4%
Přítomnost blízké osoby	65	92%

Graf č. 15. zpracování údajů otázky č. 14



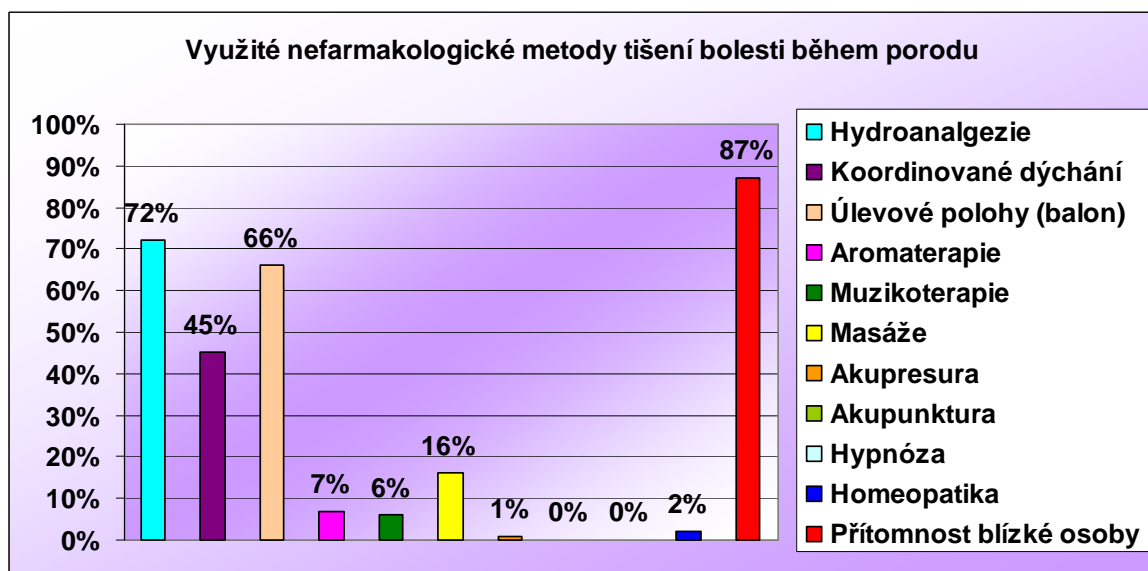
Na tuto otázku mohly ženy odpovědět ano nebo ne. Pokud odpověděly ano, měly označit nefarmakologické metody mírnění porodních bolestí, které jim porodní asistentka nabídla. Z celkového počtu 100% (90) žen bylo 79% (71) žen nabídnuty nefarmakologické metody mírnění porodních bolestí, 21% (19) žen tyto metody nabídnuty nebyly. Z celkového počtu 100% (71) žen, které odpověděly ano, následně označily tyto metody, které jim porodní asistentka nabídla: 82% žen uvedlo hydroanalgezii, 63% žen uvedlo koordinované dýchání, 83% žen uvedlo úlevové polohy, 7% žen uvedlo aromaterapii, 13% žen uvedlo muzikoterapii, 25% žen uvedlo masáže, 1% žen uvedlo akupresuru, 0% žen uvedlo akupunkturu a hypnózu, 4% žen uvedla homeopatiku, 92% žen uvedlo přítomnost blízké osoby během porodu.

Využití nefarmakologické metody (otázka č. 15 - viz. dotazník)

Tabulka č. 15. vyhodnocení otázky č.15

Využití nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu	Počet	Procenta
Hydroanalgezie	51	72%
Koordinované dýchání	32	45%
Úlevové polohy (balon)	47	66%
Aromaterapie	5	7%
Muzikoterapie	4	6%
Masáže	11	16%
Akupresura	1	1%
Akupunktura	0	0%
Hypnóza	0	0%
Homeopatika	2	3%
Přítomnost blízké osoby	62	87%

Graf č. 16. zpracování údajů otázky č. 15



Z celkového počtu 100% (71) žen jich 87% využilo možnosti přítomnosti blízké osoby u porodu, 72% využilo hydroanalgezii, 66% žen využilo úlevové polohy a 45% žen využilo koordinované dýchání. Překvapilo mě že jenom 2% žen využily homeopatika.

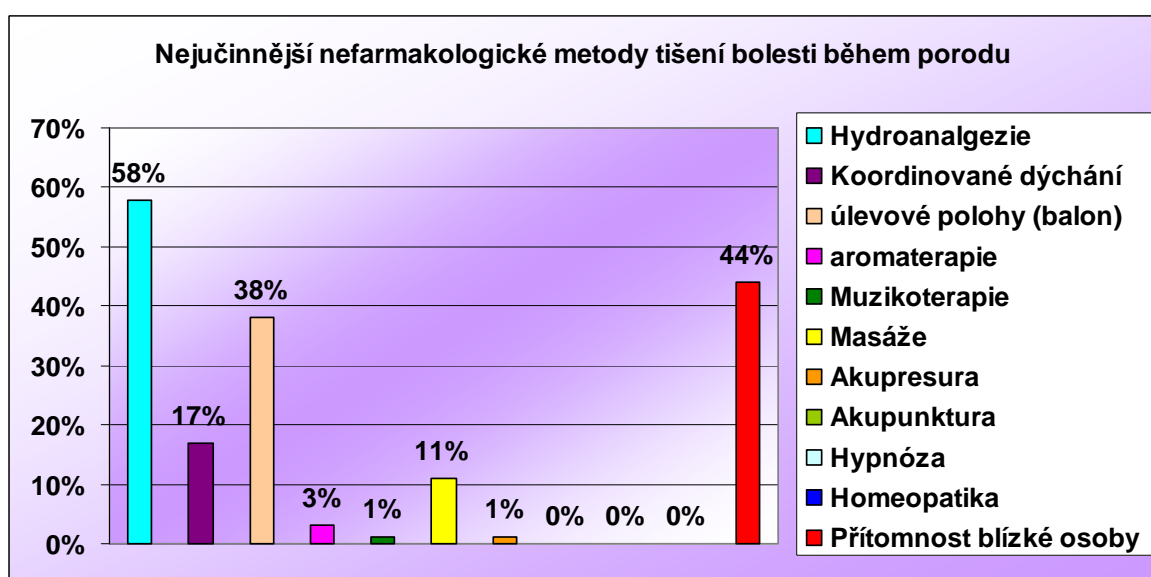
Nejúčinnější nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu

(otázka č. 16 - viz. dotazník)

Tabulka č. 16. vyhodnocení otázky č.16

Nejúčinnější nefarmakologické metody tišení bolesti během porodu	Počet	Procenta
Hydroanalgezie	41	58%
Koordinované dýchání	12	17%
Úlevové polohy (balon)	27	38%
Aromaterapie	2	3%
Muzikoterapie	1	1%
Masáže	8	11%
Akupresura	1	1%
Akupunktura	0	0%
Hypnóza	0	0%
Homeopatika	0	0%
Přítomnost blízké osoby	31	44%

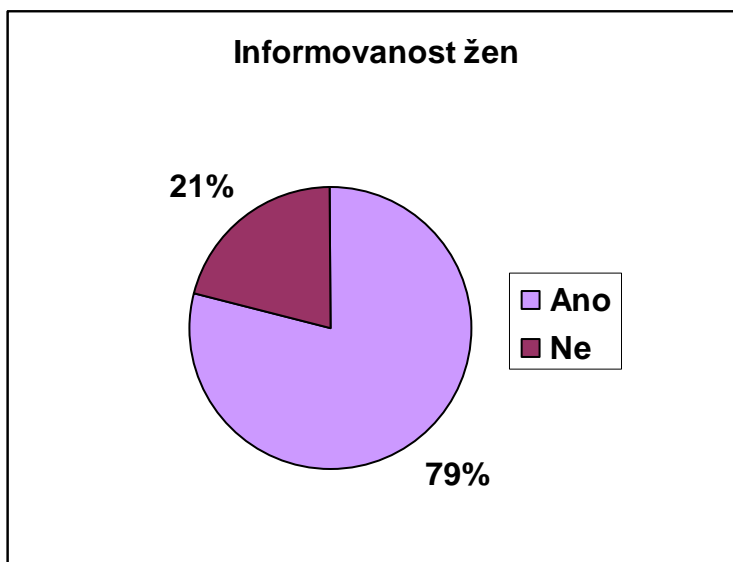
Graf č. 17. zpracování údajů otázky č. 16



Z grafu vyplývá, že nejúčinnější nefarmakologická metoda tlumení porodních bolestí je přítomnost blízké osoby na porodním sále, tuto možnost označilo 44% žen. Jako druhou nejúčinnější metodu označilo 58% žen hydroanalgezií, 38% žen označilo úlevové polohy, 17% žen označilo koordinované dýchání, 11% žen vybralo jako nejúčinnější metodu masáže, 1% žen vybralo muzikoterapii, 3% žen označila aromaterapii a 1% žen označilo akupresuru.

Informovanost žen před příchodem na porodní sál o nefarmakologických metodách ovlivnění porodní bolesti (otázka č. 17 - viz. dotazník)

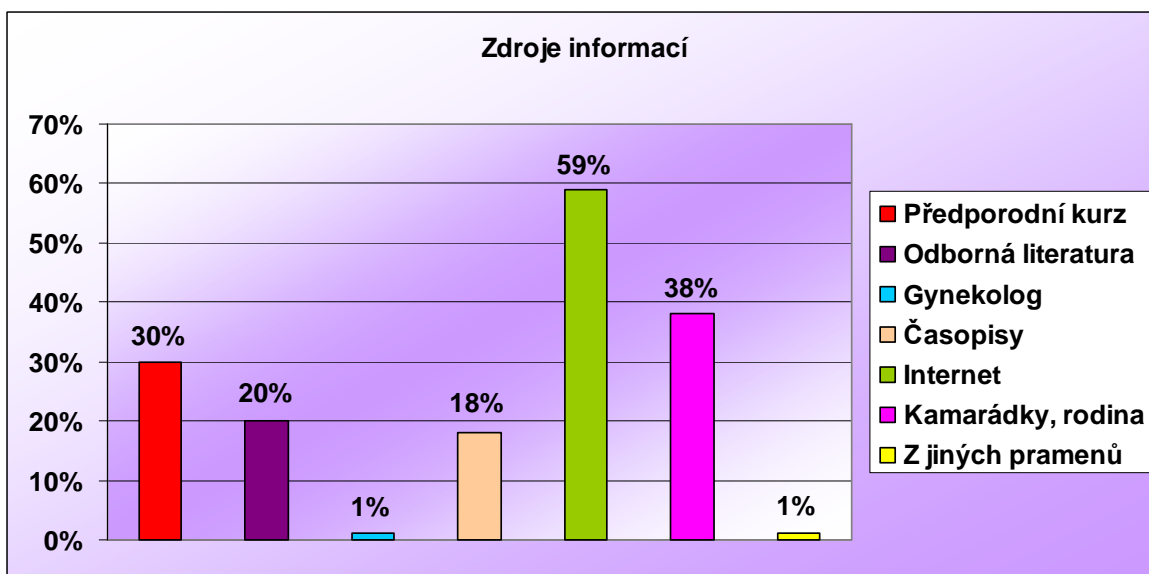
Graf č. 18. zpracování údajů otázky č. 17



Tabulka č. 17. vyhodnocení otázky č.17

Zdroj informací	Počet	%
Předporodní kurz	21	30%
Odborná literatura	14	20%
Gynekolog	1	1%
Časopisy	13	18%
Internet	42	59%
Kamarádky, rodina	27	38%
Z jiných pramenů	1	1%
Počet respondentek	71	100%

Graf č. 19. zpracování údajů otázky č. 17

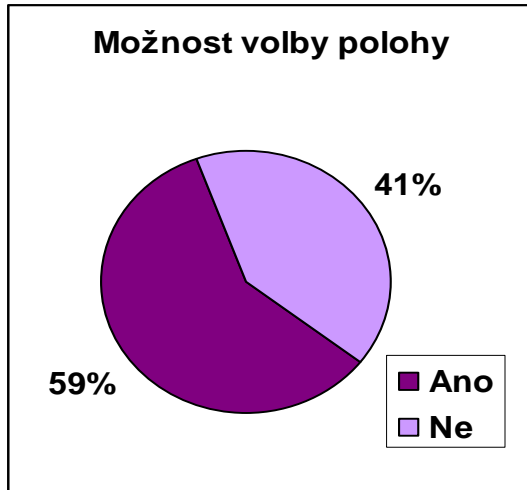


Z grafu č. 19 vyplývá, že 79% (71) žen o nefarmakologických metodách tlumení porodních bolestí před příchodem na porodní sál vědělo, 21% (19) žen nemělo žádný zdroj informací o této metodě tlumení bolestí před příchodem na porodní sál. Z grafu vyvozujeme, že největší počet 59% žen hledalo informace na internetu, 38% žen uvedlo jako zdroj informací rodinu a přátele, 30% žen čerpalo informace z předporodních kurzů. Informace v časopisech hledalo 18% žen a v odborné literatuře 20% žen. Z jiných pramenů čerpalo 1% žen, a to ze svého povolání (zdravotní sestra). Jenom 1% žen uvádí jako zdroj informací gynekologa.

Volba polohy u porodu (otázka č. 18-19 viz. dotazník)

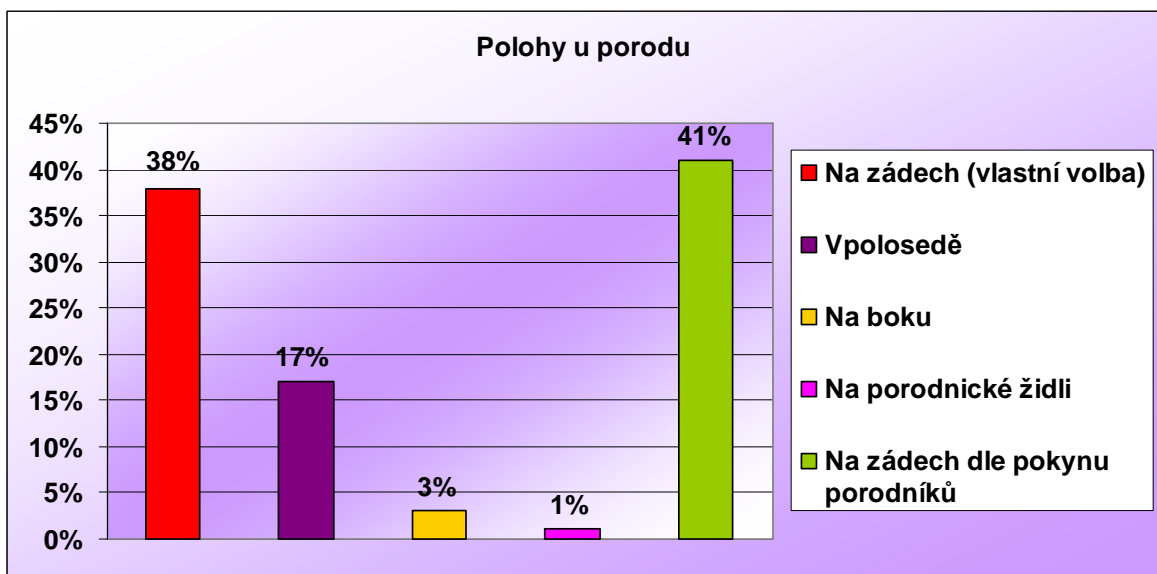
Graf č. 20. zpracování údajů otázky č. 18

Tabulka č. 18. vyhodnocení otázky č.19



Polohy u porodu	Počet	%
Na zádech (vlastní volba)	34	38%
Vpolosedě	15	17%
Na boku	3	3%
Na porodnické židli	1	1%
Na zádech dle pokynu porodníků	37	41%
Celkem	90	100%

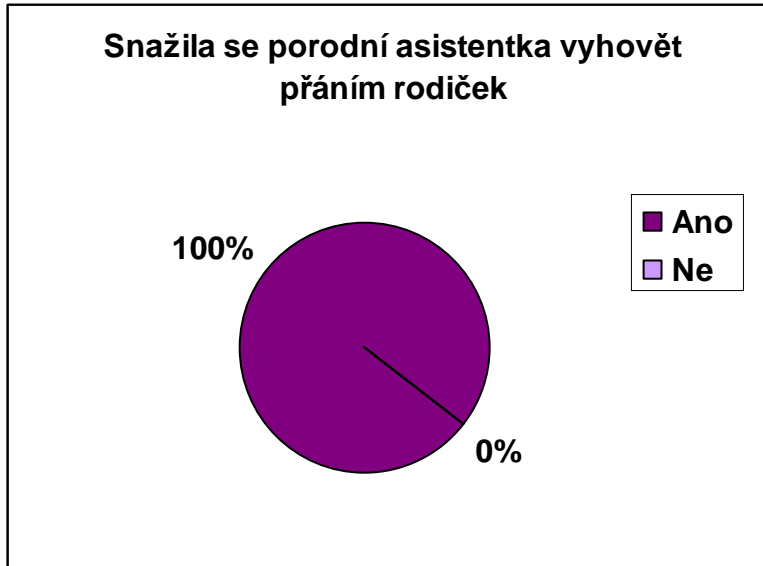
Graf č. 21. zpracování údajů otázky č. 19



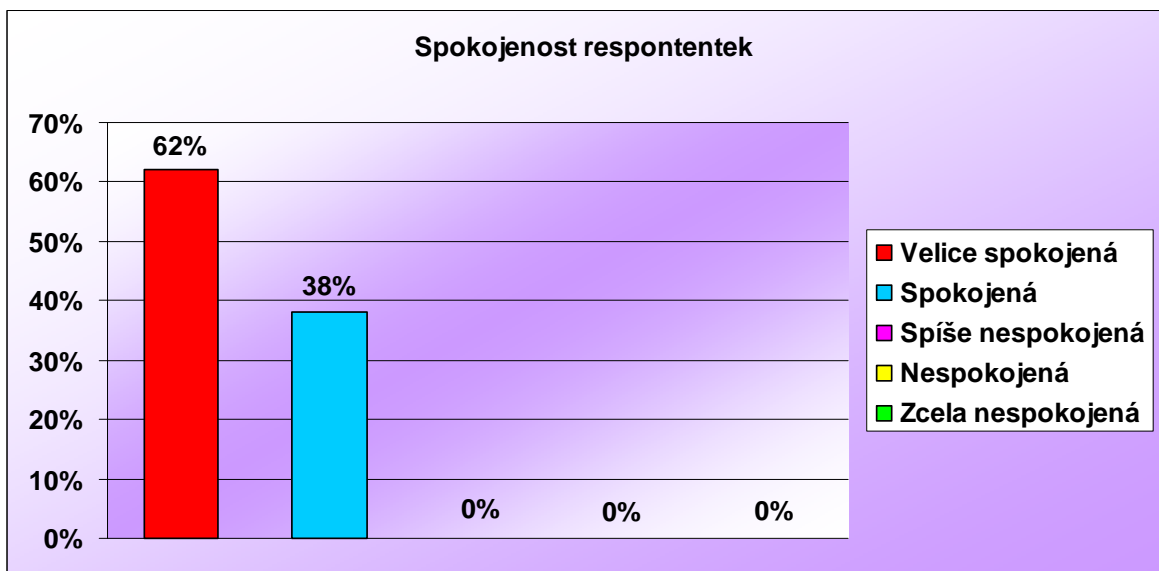
Z grafu vyplývá, že 59% (53) žen mělo možnost volby polohy u porodu, 41% (37) žen nemělo možnost volby polohy. Největší počet žen rodil na zádech (dle pokynů porodníků) = 41%, na zádech (dle své vlastní volby) rodilo 38%, na boku rodila 3% žen, na porodnické židli jenom 1% žen.

Spokojenost respondentek (otázka č. 20 – 22 viz. dotazník)

Graf č. 22. zpracování údajů otázky č. 20



Graf č. 23. zpracování údajů otázky č. 21

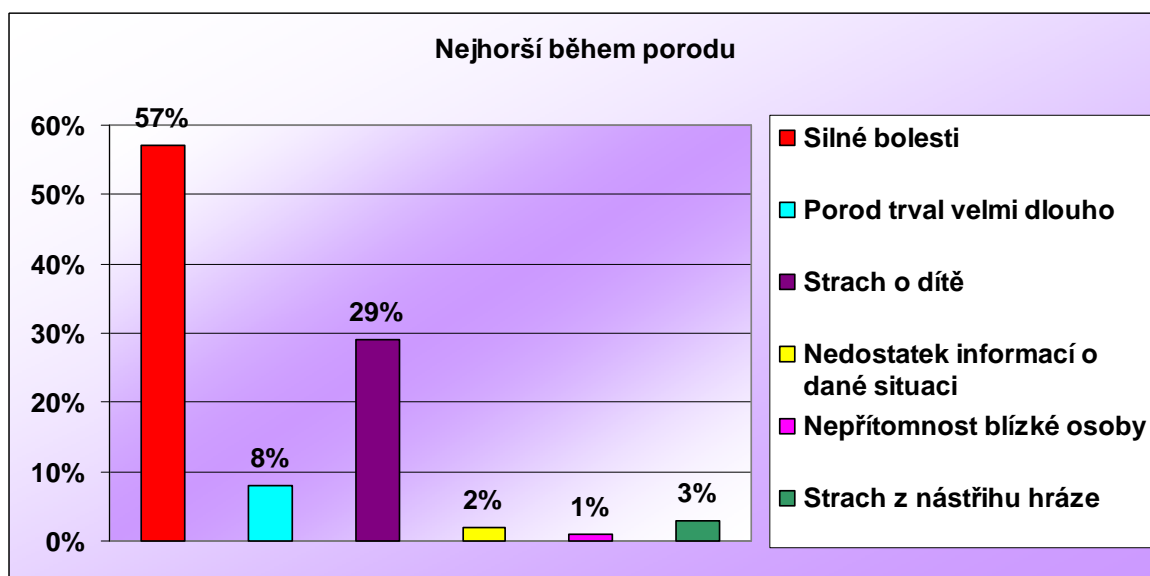


Na otázku, zda se porodní asistentka snažila vyhovět přáním respondentek, odpovědělo všech 90 žen ano, čili 100%. S prací porodní asistentky bylo 62% (56) velice spokojeno, 38% (34) žen bylo spokojeno, 0% žen bylo spíše nespokojeno a zcela nespokojeno.

Tabulka č. 19. vyhodnocení otázky č.22

Nejhorší během porodu	Počet	Procenta
Silné bolesti	51	57%
Porod trval velmi dlouho	7	8%
Strach o dítě	26	29%
Nedostatek informací o dané situaci	2	2%
Nepřítomnost blízké osoby	1	1%
Strach z nástřihu hráze	3	3%
Počet respondentek	90	100%

Graf č. 24. zpracování údajů otázky č. 22



Pro 57% žen byla nejhorší během porodu silná bolest, 29% mělo strach o dítě, 8% uvedlo, že nejhorší byl dlouhotrvající porod, 3% žen měla strach z nástřihu hráze, 2% žen vyznačilo, že měla nedostatečné množství informací a 1% žen zakroužkovalo, že pro ně byla nejhorší nepřítomnost blízké osoby u porodu.

7.4 Hodnocení cílů

Stanovila jsem si 4 cíle podložené 7 hypotézami, 6 hypotéz se mi potvrdilo.

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti před příchodem na porodní sál.

- **Hypotéza č. 1:** Předpokládám, že kolem 20% žen nevědělo o nefarmakologických metodách tišení bolesti před příchodem na porodní sál.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Z celkového počtu 100% (90) žen potvrdilo 21% (19) žen, že před příchodem na porodní sál o nefarmakologických metodách tlumení bolesti nevědělo.

- **Hypotéza č. 2:** Domnívám se, že většina žen bude hledat informace na internetu.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Z celkového počtu 100% (71) žen **59% (42)** žen hledalo informace na internetu, 38% (27) žen mělo informace od rodiny a přátel, 30% (21) žen uvedlo jako informační zdroj předporodní kurz. Informace v časopisech hledalo 18% (13) žen a v odborné literatuře 20% (14) žen. Z jiných pramenů čerpalo 1% (1) žen a to ze svého povolání (zdravotní sestra). Informace u svého gynekologa hledalo 1% (1) žen.

- **Hypotéza č. 3:** Předpokládám, že 10% žen získalo informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti od svého gynekologa.

Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**.

Informace o nefarmakologických metodách tlumení porodních bolestí u gynekologa získalo z celkového počtu 100% (90) žen 1% (1) žen.

Cíl 2: Zjistit intenzitu bolesti u porodu.

- **Hypotéza č. 1:** Předpokládám, že větší intenzitu bolesti budou mít rodičky s indukovaným porodem.

Tato hypotéza se mi **potvrdila** viz *Graf 10. zpracování údajů otázky č. 9*

Větší intenzita bolesti se potvrdila u indukovaných porodu. Z celkového počtu 100% (22) žen u kterých byl indukovaný porod ani jedna neoznačila porodní bolestí nižším číslem než číslem 8.

Rodičky, u nichž se indukoval porod, udávají vysokou intenzitu bolesti od stupně 8 po nejhorší možnou bolest, 14% (3) žen udává stupeň 8, 27% (6) žen udává stupeň 9, 41% (9) žen udává stupeň 10, 18% (4) žen stupeň 11.

- **Hypotéza č. 2:** Domnívám se, že v číselné škále, kdy 0 je žádná bolest a 11 nejintenzivnější bolest, většina žen bude hodnotit porodní bolesti číslem 8.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Z celkového počtu 100% (90) žen, 2% žen neudávají žádnou bolest, ale velice nepříjemné tlaky na konečník, 1. stupeň 1%, 2. stupeň 1%, 3. stupeň 1%, 4. stupeň 2%, 5. stupeň 6%, 6. stupeň 9%, 7. stupeň 14%, **8. stupeň 24%**, 9. stupeň 18%, 10. stupeň 14% a jako nejhorší možnou bolest označilo 7% žen.

Cíl 3: Zjistit, které nefarmakologické metody tlumení porodních bolesti jsou u porodu nejčastěji užívány a které metody jsou nejúčinnější.

- **Hypotéza č. 1:** Nejčastější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je přítomnost blízké osoby u porodu.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Z celkového počtu 100% (71) žen 92% (65) žen uvedlo přítomnost blízké osoby u porodu jako nejčastější nefarmakologickou metodu tlumení bolesti u porodu.

- **Hypotéza č. 3:** Nejúčinnější nabízenou metodou pro zmírnění bolesti je hydroanalgezie.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Možnosti hydroanalgezie využilo z celkového počtu 100% (71) žen 72% (51) žen. Jako nejúčinnější ji označilo 58% (41) žen.

Cíl 4: Návrh informační brožury.

- Jako doplněk celé práce jsem se rozhodla navrhnout informační leták neboli brožuru pro širokou veřejnost. Brožura informuje o nefarmakologických metodách tlumení porodních bolestí užívaných na porodním sále v KNTB. Potvrzení **hypotézy č.1: Předpokládám, že přibližně 20% žen nevědělo o nefarmakologických metodách tlumení bolesti před příchodem na porodní sál**, mě utvrdilo o nutnosti vytvoření informační brožury pro využití v běžné praxi. Ženy mají právo být informované o všech možnostech tlumení porodních bolesti u porodu.

7.5 Rozhovor se zkušenou porodní asistentkou

➤ Podmínky pro vedení rozhovoru

Cílem tohoto rozhovoru bylo zjistit používání nefarmakologických metod v rámci terénní soukromé praxe porodní asistentky. Rozhovor byl polostandardizovaný. Byl realizován v rodinném obydlí porodní asistentky v rámci návštěvy. Seznam otázek jsem měla dopředu připraven a v průběhu rozhovoru jsem si odpovědi zaznamenávala. Celý rozhovor trval asi 1,5 hodiny. Při rozhovoru panovala příjemná atmosféra.

➤ Vlastní rozhovor

1. Kolik let máte praxe?

Ve zdravotnictví jsem pracovala přes 40 let. Začala jsem pracovat v 18 letech.

2. V jakém oboru – na jakých odděleních?

V letech 1946 – 1950 jsem pracovala na novorozeneckém oddělení v nemocnici. V 50. letech jsem začala pracovat jako soukromá porodní asistentka v terénu na Hradišti, spadala jsem pod obvodního lékaře.

3. Kde jste získala vzdělání porodní asistentky?

Kdysi se nestudovalo na porodní asistentku na vysoké škole, jako tomu je dnes. Já jsem studovala v Ostravě, myslím, že studium trvalo 1,5 roku.

4. Kolik dětí jste pomohla přivést na svět?

Přes 4000 dětí. Dodnes mám uchované záznamy, které jsem si poctivě vedla.

5. Jaký je váš názor na nefarmakologické metody ovlivnění bolesti během porodu?

Během své soukromé praxe jsem používala různé metody tlumení bolesti dle mých možností. Analgetika nebyla tak dostupná jako dnes. Myslím si, že každá metoda, která uleví alespoň jedné ženě od bolesti, má smysl. S aromaterapií a muzikoterapií zkušenosti nemám, ale jak jsem již zmínila, pomůže-li aspoň jedné rodičce, je to úspěch. Tyto metody jsou účinné jenom v případě, jestliže se použijí ve správný čas a k tomu je třeba mít několikaleté zkušenosti. Každá metoda má svůj čas.

6. Které z metod jste užívala ve své soukromé praxi?

Velice dobré zkušenosti jsem měla s častým měněním polohy v I. době porodní. Dále se mi osvědčilo koordinované dýchání. Snažila jsem se odvádět pozornost rodičky od bolesti všemi možnými způsoby. Dále jsem používala hydroanalgezii, studené a teplé obklady. Velmi důležité bylo navázání úzkého vztahu s rodičkou, eliminovalo to strach, který zvětšoval a zvýrazňoval bolesti.

7. Čím jsou ovlivněny porodní bolesti dle vašeho názoru?

Porodní bolesti jsou ovlivněny typem osobnosti ženy, tvarem pánve, věkem, sociálním zázemím. Jsou velice individuální.

8. Myslíte si, že absolvování předporodních kurzů může ovlivnit bolesti během porodu?

Určitě ano. Ženy dostatečně informované o průběhu porodu se můžou na něj psychicky připravit.

9. Jaké polohy v I. době porodní jste rodičkám doporučovala?

Doporučovala jsem chodit, chodit a ještě jednou chodit. Při kontrakci se zapřít o kus nábytku, nebo se zapřít (zavěsit) o jinou osobu. Chůze napomáhá rotaci plodu.

10. Byly nějaké polohy v I. době porodní, které byste rodičkám nedoporučila?

V žádném případě jsem nedoporučovala ležet na posteli na zádech.

11. V jakých polohách jste vedla II. dobu porodní?

V leže na zádech.

➤ Shrnutí rozhovoru

V rámci odborné praxe jsem měla možnost mluvit s porodními asistentkami s mnohaletou praxí. Tyto rozhovory mě velice obohatily. Názory na nefarmakologické metody tlumení bolestí se často různily. Uvádím rozhovor s porodní asistentkou, kterého si velice cením. Z rozhovoru vyplývá, že nefarmakologické metody byly užívány ještě před vybudováním porodnic. V době, kdy se rodilo doma. Porodní asistentka uvádí důležitost praxe. Jen tehdy, dle jejích slov, dosáhneme pozitivních výsledku tlumení bolesti jinou metodou než farmakologickou.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo získat informace o porodní bolesti, jejím ovlivnění a tlumení. Zaměřila jsem se na nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. Ze získaných informací bude vytvořen návrh informačního materiálu. V teoretické části jsem tedy shrnula dostupné informace o porodní bolesti. Cílem praktické části bylo zjistit: informovanost žen o tlumení porodních bolestí, zdroj informací, nejčastěji nabízené a využívané nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí v praxi. Jako metodu k realizování vlastního průzkumu jsem si zvolila dotazníkové šetření. Dotazník jsem zpracovala pod odborným vedením vedoucího práce. Tato metoda má tu výhodu, že lze za krátký čas získat velké množství informací. Dotazník byl anonymní a obsahoval přesné pokyny k vyplnění. Celou analýzu dotazníkového šetření uvádím v praktické části práce. V závěru praktické části je zaznamenán rozhovor se zkušenou porodní asistentkou, kterým jsem doplnila celou bakalářskou práci. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že ženy mají zájem o nefarmakologické metody tlumení bolesti, ale 21% dotazovaných respondentek nevědělo o těchto metodách před příchodem na porodní sál. To byl impuls pro návrh brožury, kterou jsem si dovolila vytvořit. Tento materiál obsahuje informace o používaných nefarmakologických metodách na porodním sále v KNTB. Celá práce je obohacena přílohami. Na závěr se dá konstatovat, že nefarmakologické metody zatím nezaznamenaly významného rozšíření v porodnické praxi mimo ojedinělé porodnice, které se tímto typem tlumení bolesti zabývají. K realizaci nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí je nutné odborné školení personálu (homeopatie, aromaterapie atd.) a vytvoření dokumentace (viz příloha VII), kde by se zaznamenávaly úspěchy či neúspěchy této metody. Bolest je dle mého názoru aktuální problém, který by se měl v porodnictví zkoumat, studovat a ověřovat všechny metody jejího ovlivnění.

Bakalářská práce mě obohatila o spoustu nových informací k dané problematice, zejména pak rozhovor se zkušenou porodní asistentkou se 40letou praxí. Domnívám se, že získané informace mi pomohou při výkonu mé profese a později i v osobním životě.

Tato bakalářská práce by mohla mít přínos pro zdravotnický personál a vedení porodního sálu KNTB ve Zlíně k doplnění znalostí zdravotnického personálu o nefarmakologických metodách ovlivnění bolesti během porodu. Taktéž by mohla být přínosem pro studenty porodní asistence a laickou veřejnost zabývající se tímto tématem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AŠENBRENEROVÁ, Ivana. ZRUBECKÁ, Adéla. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vydání, Praha: Mladá fronta a. s., 2008. 239 s. ISBN 978-80-204-1938-5.
- [2] BAUER, Cathryn. *Akupresura pro ženy*. 1. vydání, Praha: Pragma, 2006. 94 s. ISBN 80-7349-012-9.
- [3] *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad*. 18.vydání, Praha: Česká biblická společnost, 2009. 1239 s. ISBN 978-80-87287-08-8.
- [4] BIDLOVÁ, Martina. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- [5] ČECH, Evžen. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
- [6] ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vydání, Brno: Era, 2008. 144 s. ISBN: 978-80-7366-114-4.
- [7] DOLEŽAL, Antonín. *Od babičtví k porodnictví*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
- [8] FENWICKOVÁ, Elizabeth. *Velká kniha o matce a dítěti*. 10. přepracované vydání: Perfekt, a.s., 2002. 257 s. ISBN 80-8046-193-7.
- [9] GOLDBERG, Jay. SULTANA, Carmen. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu. Gynekologie po promoci* [online]. 2004, LISTOPAD/PROSINEC, [cit. 2010-05-03]. Dostupný z WWW: <https://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/GPP_6-2004_02_C2.pdf>. ISSN 1213-2578.
- [10] HAMBERGER, Lars. NILSSON, Lennart. *Tajemství lidského života*. 1. vydání, Praha: Svojtka & Co., 2003. 239 s. ISBN 80-7237-768-X.
- [11] CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2, aktualizované a přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2142-2.
- [12] CHORPA, Deepak. *Magické začátky: okouzlené životy*. 1. vydání, Praha: Knižní klub, 2006. 264 s. ISBN 80-242-1785-6.
- [13] CHVOJKOVÁ, Věra. *Aromaterapie u porodu*. [online]. [cit.2010-05-03]. Dostupné z: WWW: <<http://www.zrozeni.cz/uporodu.php>>.

- [14] JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. 1. vydání, Praha: Portál, s.r.o., 2007. 188 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- [15] KOLSTER, Bernard. WASKOWIAK, Astrid. *Velký atlas akupresury*. 1. vydání, Olomouc: FONTÁNA, 2006. 234 s. ISBN 80-7336-253-8.
- [16] LABUSOVÁ, Eva. a kolektiv autorů. *Průvodce porodnicemi České republiky*, 2. aktualizované vydání, Argo, 2004. 237 s. ISBN 80-7203-631-9.
- [17] LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [18] LUNNY, Vivian. *Vůně života*. 1. vydání, Praha: One Women Press, 2005. 273s. ISBN 80-86356-40-x
- [19] MAKEDONOVÁ, Natália. *Gravidjoga : porod bez bolesti*. 1. vydání, Bratislava: Nataloga, 1991. 119 s. ISBN 80-900557-3-7.
- [20] MAREK, Vlastimil . *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
- [21] NEUMANN, Stanislav Kostka. *Dějiny ženy*. 1. vydání, Praha: Otakar II , 1999. 1077 s. ISBN 80-86355-03-9.
- [22] ODENT, Michel. *Všichni jsme děti vody*. 1. vydání, Praha: Adonai s.r.o, 2002. 180 s. ISBN 80-86500-61-6.
- [23] ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. 1. vydání, Praha: ARGO, 1995. 146s. ISBN 80-85794-05-2
- [24] PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání, Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
- [25] PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestézie*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1.
- [26] RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vydání, Praha: AREA s.r.o., 2008. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- [27] ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

- [28] ROKYTA, Richard. KRŠIAK, Miloslav. KOZÁK, Jiří. *Bolest*. 1. vydání, Praha: Tigris s.r.o., 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
- [29] ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. *Porodnictví*. 1. vydání, Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- [30] STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. 2. vydání, Praha: One Women Press, 2004. 579 s. ISBN 80-86356-31-0.
- [31] STANISLAV, Tomáš. *Bezbolestný pôrod*. 1. vydání, Martin: Vydavatelstvo Osveta, 2000. 103 s. ISBN 80-8063-040-2.
- [32] SYMONS, Jane. *Těhotenství a péče o dítě*. 3. vydání, Praha: Rebo productions, 2008. 232 s. ISBN 978-80-7234-939-5.
- [33] TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
- [34] VOJTA, Miroslav. *Porod bez bolesti: psychoprofylaktická příprava bezbolestného porodu podle doc. Velkovského*. 2. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1954. 72 s.
- [35] VOLEJNÍKOVÁ, Hana. *Cvičení v práci porodní asistentky*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1.
- [36] VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203s. ISBN 978-80-244-1764-6.
- [37] YATES, Suzanne. *Příjemné těhotenství a krásny porod*. 1. vydání, Brno: Computer Press, a.s., 2009. 128 s. ISBN 978-80-251-2475-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
DM	Diabetes mellitus
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. vyhodnocení otázky č. 1	48
Tabulka č. 2. vyhodnocení otázky č. 2	49
Tabulka č. 3. vyhodnocení otázky č. 3	50
Tabulka č. 4. vyhodnocení otázky č. 4	51
Tabulka č. 5. vyhodnocení otázky č. 5	52
Tabulka č. 6. vyhodnocení otázky č. 6	53
Tabulka č. 7. vyhodnocení otázky č. 7	54
Tabulka č. 8. vyhodnocení otázky č. 8	55
Tabulka č. 9. vyhodnocení otázky č. 9	56
Tabulka č. 10. vyhodnocení otázky č. 10	58
Tabulka č. 11. vyhodnocení otázky č. 11	59
Tabulka č. 12. vyhodnocení otázky č. 12	60
Tabulka č. 13. vyhodnocení otázky č. 13	61
Tabulka č. 14. vyhodnocení otázky č. 14	62
Tabulka č. 15. vyhodnocení otázky č. 15	64
Tabulka č. 16. vyhodnocení otázky č. 16	65
Tabulka č. 17. vyhodnocení otázky č. 17	67
Tabulka č. 18. vyhodnocení otázky č. 19	69
Tabulka č. 19. vyhodnocení otázky č. 22	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. zpracování údajů otázky č. 1	48
Graf č. 2. zpracování údajů otázky č. 2	49
Graf č. 3. zpracování údajů otázky č. 3	50
Graf č. 4. zpracování údajů otázky č. 4	51
Graf č. 5. zpracování údajů otázky č. 5	52
Graf č. 6. zpracování údajů otázky č. 6	53
Graf č. 7. zpracování údajů otázky č. 7	54
Graf č. 8. zpracování údajů otázky č. 8	55
Graf č. 9. zpracování údajů otázky č. 9	56
Graf č. 10. zpracování údajů otázky č. 10	58
Graf č. 11. zpracování údajů otázky č. 11	59
Graf č. 12. zpracování údajů otázky č. 12	60
Graf č. 13. zpracování údajů otázky č. 13	61
Graf č. 14. zpracování údajů otázky č. 14	62
Graf č. 15. zpracování údajů otázky č. 14	63
Graf č. 16. zpracování údajů otázky č. 15	64
Graf č. 17. zpracování údajů otázky č. 16	65
Graf č. 18. zpracování údajů otázky č. 17	67
Graf č. 19. zpracování údajů otázky č. 17	68
Graf č. 20. zpracování údajů otázky č. 18	69
Graf č. 21. zpracování údajů otázky č. 19	69
Graf č. 22. zpracování údajů otázky č. 20	70
Graf č. 23. zpracování údajů otázky č. 21	70
Graf č. 24. zpracování údajů otázky č. 22	71

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Dotazník
- P II Circulus vitiosus – strach, napětí a bolest
- P III Použití éterických olejů u porodu
- P IV Použití homeopatie v průběhu porodu
- P V Akupunkturální body pro porod
- P VI Místa účinku jednotlivých metod porodnické analgezie
- P VII Dokumentace

PŘÍLOHA P I : DOTAZNÍK

Dobrý den milé maminky.

Jmenuji se Lenka Sikorová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod. Tento dotazník je zcela anonymní a výsledky poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce, proto Vás prosím o otevřeně a upřímně odpovědi, aby byly výsledky co nejvíce objektivní.

1. Kolik je vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučená
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

4. Navštěvovala jste kurz pro těhotné?

- a) ano (během minulého těhotenství)
- b) ano (během nynějšího těhotenství)
- b) ne

5. Důvod přijetí na porodní sál

- a) kontrakce (bolesti)
- b) odtok plodové vody
- c) krvácení
- d) plánovaná indukce porodu (vyvolání porodu)
- e) plánovaný císařský řez

6. Během porodu vás doprovázela nějaká blízká osoba? Pokud ano, kdo?

- a) ne
- b) ano

7. Pokud vás k porodu doprovázela blízká osoba, jak by jste její přítomnost na porodním sále hodnotila?

- a) byla to pro mě velká psychická opora a aktivně se účastnila všeho dění
- b) ačkoli se aktivně neúčastnila, pomáhala mi její přítomnost
- c) přítomnost blízké osoby u porodu mi byla nepříjemná
- d) vlastní odpověď :

8. Jakým způsobem se miminko narodilo?

- a) plánovaný císařský řez
- b) císařský řez pro komplikace
- c) vaginálně hlavičkou
- d) vaginálně zadečkem (KP)

9. Jak silné jste měla bolesti? (zaškrtněte v číselné škále)

žádné bolesti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná bolest

10. Kde jste pocítovala bolest?

- a) podbřišek
- b) křížová oblast zad
- c) celé břicho
- d) jiná oblast

11. Jak jste snášela porodní bolesti?

- a) dobře, byla jsem na ně připravená, nepřekvapily mě
- b) špatně, křičela jsem
- c) velice špatně, naříkala jsem, nadávala jsem
- d) odmítala jsem jakoukoliv komunikaci
- e) jiné:.....

12. Jaké byly skutečné porodní bolesti oproti Vašemu očekávání ?

- a) silnější, bolestivější
- b) téměř stejné, jaké jsem očekávala
- c) slabší

13. Nabídnul vám lékař během porodu nějaké léky tišící bolest?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, nebyly mi nabídnuty, požádala jsem sama

14. Nabízela Vám porodní asistentka nefarmakologické metody mírnění porodních bolestí? Pokud ano, jaké ?

- a) ne
- b) ano
 - a) teplá vana, sprcha
 - b) koordinované dýchání
 - c) úlevové polohy
 - d) aromaterapie
 - e) hudba – muzikoterapie
 - f) masáže (zad, šíje, podbřišku aj.)
 - g) akupresura, akupunktura
 - h) hypnóza
 - i) homeopatie
 - j) jiná metoda (napište jaká).....

15. Kterou z metod jste využila ?

.....
.....

16. Která metoda Vám přinesla největší úlevu ?

.....
.....

17. Věděla jste už před příchodem na porodní sál o nefarmakologických metodách ovlivňování porodní bolesti ? Pokud ano, odkud ?

- a) ne
- b) ano
 - a) předporodní kurz
 - b) odborná literatura
 - c) časopisy
 - d) internet
 - e) kamarádky, rodina
 - d) z jiných pramenů

18. Měla jste možnost vybrat si polohu v jaké budete rodit?

- a) ano
- b) ne

19. V jaké poloze jste rodila a proč ?

.....
.....

20. Snažila se porodní asistentka vyhovět Vaším přáním?

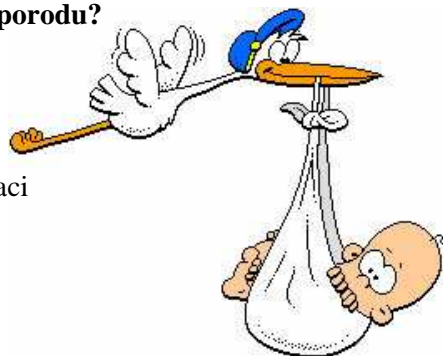
- a) ano
- b) ne

21. Byla jste spokojená s péčí porodní asistentky na porodním sále?

- a) velice spokojená
- b) spokojená
- c) spíše nespokojená
- d) nespokojena
- e) zcela nespokojená

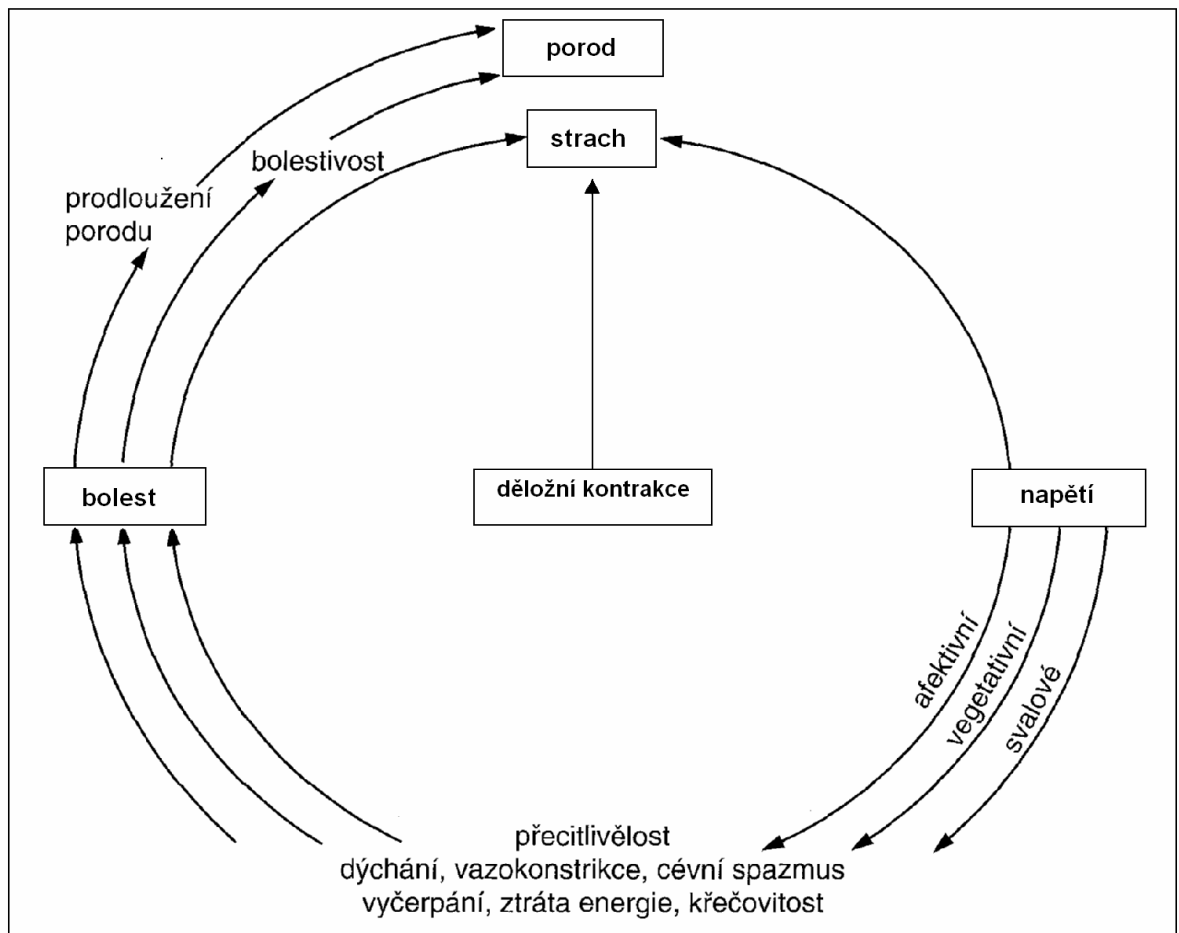
22. Co pro Vás samotnou bylo nejhorší během porodu?

- a) silné bolesti
- b) porod trval velmi dlouho
- c) měla jsem strach o dítě
- d) měla jsem strach z nástřihu hráze
- e) neměla jsem dostatek informací o dané situaci
- f) nepřítomnost blízké osoby



Děkuji za Váš čas a poskytnutí cenných informací.

PŘÍLOHA P II : CIRCULUS VTIOSUS – STRACH, NAPĚTÍ, BOLEST



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestézie*.

PŘÍLOHA P III : POUŽITÍ ÉTERICKÝCH OLEJŮ U PORODU

Druh	Účinky	Pozor!
Bazalka	Mírní bolesti při porodu a působí proti křečím, napomáhá koncentraci při porodu.	Používat nízké koncentrace!
Černý pepř	Má výrazný analgetický a stimulační účinek.	Používat nízké koncentrace!
Heřmánek římský	Konejší při přecitlivělosti a plačtivosti, působí protizánětlivě, má neurologické vlastnosti.	
Hřebíček	Podporuje děložní kontrakce a tím urychluje porod, doporučuje se při nervovém i tělesném vypětí ke konci druhé doby porodní.	
Jasmín lékařský	Zmírňuje trauma z dlouhotrvajícího porodu, nejúčinnější na podporu kontrakcí.	Je velmi silný, užívat v malých dávkách!
Kadidlo	Posiluje děložní kontrakce, při strachu z porodu dodá potřebnou podporu.	V kombinaci s epidurální analgezií může snižovat TK!
Levandule lékařská	Pomáhá relaxovat, urychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů, pomáhá zklidňovat matku.	Kontraindikace: nízký krevní tlak!
Majoránka sladká	Proti křečím, v masážním oleji na bolesti zad při porodu.	Kontraindikace: nízký krevní tlak!
Rozmarýn	Celkově stimuluje, zmírňuje bolest u porodu.	Zvyšuje TK!
Skořice	Vyvolává děložní kontrakce, antiseptikum, při fyzickém vyčerpání a únavě.	Používat nízké koncentrace!
Zázvor	Povzbuzující efekt, podporuje a vyvolává kontrakce.	

Zdroj: <http://www.zrozeni.cz/uporodu.php>>. [cit.2010-05-03]



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s

Éterické oleje

PŘÍLOHA P IV : POUŽITÍ HOMEOPATIE V PRŮBĚHU PORODU

Lék	Použit při následujících příznacích.
Aconitum	Náhly silný strach ze smrti, útrpné bolesti, suché sliznice, obavy o dítě, velký porodní šok.
Arnica	Žena nemůže lokalizovat porodní bolesti, cítí se rozlámaná.
Belladonna	Silné prudké porodní bolesti, rodička odmítá jakýkoliv dotek.
Caulophyllum	Neúčinné krátké děložní kontrakce které jsou vyčerpávající až mučivé, spontánní odtok PV.
Chamomilla	Netrpělivá rodička působí agresivně až hystericky, vnímá kontrakce jako nesnesitelné a vyžaduje analgetika.
Coffea	Nesnesitelné bolesti, v pauze mezi kontrakcemi ztráta vědomí.
Kalium carbonicum	Silné kontrakce, bolest lokalizována v oblasti zad, rodička vyhovuje teplo a masáži.
Nux vomica	Předrážděná a vystresovaná žena, porodní bolesti ji nervují, nízký prah bolestivosti, nauzea, nesnese průvan.

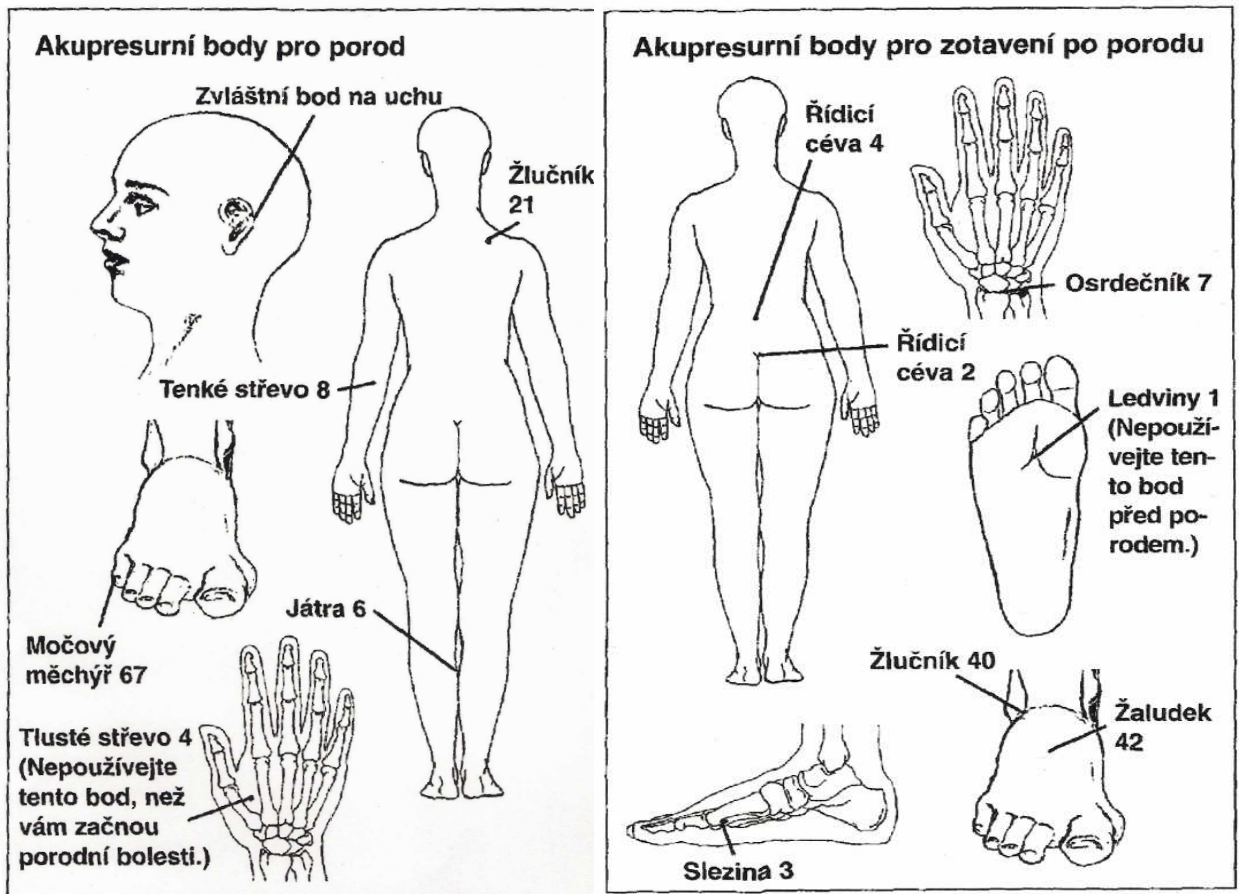
Zdroj: STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství přirozený porod.*



Zdroj: vlastní foto, KNTB Zlín, a.s

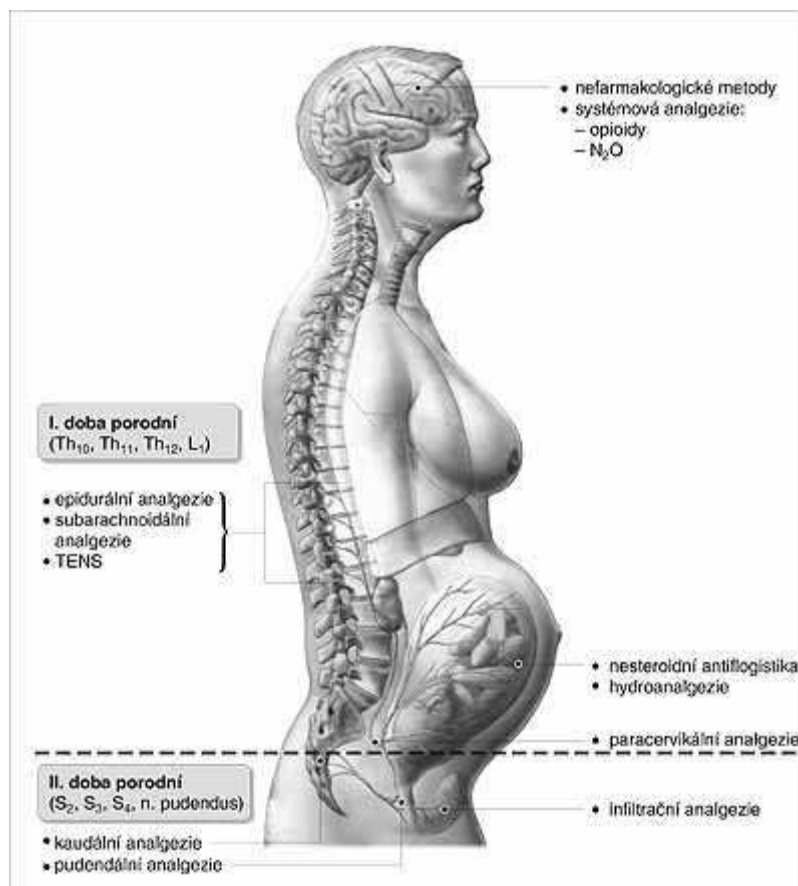
Homeopatická lékárnička

PŘÍLOHA P V : AKUPRESURNÍ BODY PRO POROD



Zdroj: BAUER, Cathryn. *Akupresura pro ženy*

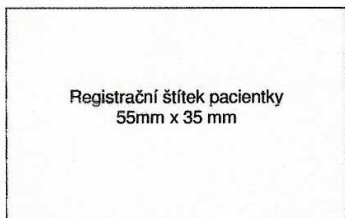
PŘÍLOHA P V : MÍSTA ÚČINKU JEDNOTLIVÝCH METOD PORODNICKÉ ANALGEZIE



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestézie*.

PŘÍLOHA P VI : DOKUMENTACE

Datum:



Záznam porodnické analgezie

Adresa bydliště: Gravidita/parita:/.....
 Kontaktní telefon: Výška (cm):
 Zaměstnání: Tělesná hmotnost (kg):
 Vzdělání: Body Mass Index (BMI):
 Porodník: Analgezie u předchozích porodů: ano ne
 Porodní asistentka: Použitá metoda:
 Anesteziolog: Spokojenost (1 – 5):
 1 – úplně spokojena, 5 – úplně nespokojena

Kódy: 78022; 78023; 78235; 78242

Indikace: žádost rodičky pro porodní bolest

A. Indikace ze strany matky:

Kardiovaskulární choroby
 Plicní choroby
 Oční choroby
 Neuropathie
 Epilepsie
 Hepatopatie
 Diabetes mellitus a jiné metabolické choroby
 Preeklampsie
 Nikotinismus, alkoholismus, narkomanie
 Úzkostná rodička

B. Indikace ze strany plodu:

Partus praematurus
 Vícečetné těhotenství
 Chronická insuficience placenty
 Hypotrofický plod
 Poloha plodu koncem pánevním

C. Jiné porodnické indikace

Indukovaný porod (zejména prostaglandiny)
 Dystokia cervicocorporalis („nepostupující porod“)
 Stav po operaci děložního hrdla
 Porod, kde lze očekávat operační ukončení
 Přerušení těhotenství ve II. nebo III. trimestru
 Porod mrtvého plodu

Metody porodnické analgezie

Nefarmakologické metody

Hydroanalgezie
 Akupunktura/akupresura
 TENS
 Audioanalgezie
 Aromaterapie
 Homeopatie
 Jiný druh

Systémová analgezie

Petidin
 N₂O
 Jiný druh

Regionální analgezie

Pudendální analgezie
 Paracervikální analgezie

Neuroaxiální analgezie

Epidurální analgezie
 Subarachnoidální analgezie
 Kombinovaná (CSE)

Zdravotní stav rodičky

alergie: hemat.:
 srdce: ledviny:
 cévy: endokrín.:
 resp.: GIT:
 neuropol: jiné
 0 - bez patologie
 1 - nevýznamná patologie
 2 - významná patologie

Anesteziologické poznámky

APTT:
 INR:
 Trombocyty:
 TEG:
 Podání antikoagulancia (druh, čas):
 Úrazy/vertebrogenní obtíže:

Ordinace:

1. Tekutiny/iontový nápoj/ po douškách maximálně 200ml/ hod
2. TK, P a 10 min do stabilizace, potom a 1 hod.
Zopakovat po každé dávce
3. Kontinuální kontrola vitálních funkcí a motoriky DK
4. Infúze: R1/1 500ml, dále dle klinického stavu

Neuroaxiální analgezie

Pořadí:	Detekce:	Jehla:	Hrot	Úroveň vpichu	Anestetikum:	Analgetikum:	Katétr:
vleže	taktilní	17 G	Quincke	Th ₁₂ - L ₁	levo	fenta	zaveden
vsedě	vizuální	18 G	tužka	L ₁₋₂	ropi	sufenta	obtíže
jiná	jiná	25 G	Tuohy	L ₂₋₃	bupi	klonidin	nezaveden
		26 G	jiný	L ₃₋₄	jiné	jiné	odstraněn
		27 G	jiná	jiná	koncentrace

Časné anesteziologické komplikace

> 2 pokusy	krvácení	perforace tvrdé pleny	pokles TK pod 100 mmHg	nevolnost, zvracení	dušnost	svědění	jiné
Poznámky:							

Pozdní anesteziologické komplikace

retence moči	bolest hlavy	bolest zad	poruchy čítí:	jiné:
Poznámky:				

podpis:

Anesteziologický záznam												
Medikace												
Testovací dávka												
TK	180											
P	160											
	140											
	120											
	100											
	80											
	60											

Porodní křivka												
Branka	φ 3 cm											
	φ 4 cm											
	φ 5 cm											
	φ 6 cm											
	φ 7 cm											
	φ 8 cm											
Lem												
Zánik branky												
Porod												
Placenta												

Přídavná dávka: (nejdříve za 60-90 minut)

Naropin	%	ml	Sufenta 1ml a 5ug	ml
Chirocain	%	ml	FR 1/1	ml
Marcaín	%	ml		

Ukončení porodu

spontánní	Datum:	Čas:	
per forcipem	Indikace:	vakuumextrakce	Sectio Caesarea
		Indikace:	Indikace:

Bromage skóre

0-3

0 - není paralýza, hybnost v kyčelním, kolenním a hlezenním kloubu trvá
 1 - není možno zdvíhnout dolní končetinu v extenzi, hybnost v kolenním a hlezenním kloubu zachována
 2 - neschopnost flexe v kolenním kloubu, pohyb v hlezenním kloubu zachován
 3 - kompletní paralýza: ani pohyb palce dolní končetiny není možný

Vizuální analogové skóre (VAS)												
Bolest	10											
	9											
	8											
	7											
	6											
	5											
	4											
	3											
	2											
	1											

Subjektivní hodnocení rodičkou

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 (1 - úplně spokojena, 5 - úplně nespokojena)

Poznámky:

Novorozeneček								Komplikace:
Pohlaví:	mužské	ženské	Hmotnost (kg):	Délka (cm):		
Apgar skóre:	1 min	5 min	10 min.					
Astrup	pH	PCO ₂	HCO ₃ a	HCO ₃ s	aBE	PO ₂	SO ₂	
Arterie								
Vena								

Epidurální katétr odstraněn celý ano ne datum čas.....

podpis