

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Eliška Konopíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Eliška Konopíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Tlumení bolesti při porodu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2017

Pozor! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.

Prohlášení:

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

V Plzni dne 31.3.2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří se na vzniku této práce podíleli. Především děkuji Mgr. Lucii Kašové za cenné rady, za odborné vedení a připomínky při řešení praktické části a za trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Eliška Konopíková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Tlumení bolesti při porodu

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran – číslované: 47

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: porod, těhotenství, tlumení bolesti, analgezie, rodička

Souhrn:

Tato práce pojednává o metodách tlumení bolesti při porodu. Práce je rozdělena do části teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány témata historie tlumení bolesti při porodu, bolest – obecná charakteristika, fyziologie bolesti, porodní bolest, stupnice měření bolesti. Dále jsou v práci vypsány metody tlumení bolesti při porodu ať farmakologické tak i nefarmakologické. Také jsou zmíněny výhody a nevýhody metod tlumení bolesti při porodu. Praktická část má výzkumný charakter a hlavním cílem bylo zjistit, které metody tlumení bolesti ženy využívají během porodu. Získání dat v průzkumném šetření probíhalo pomocí anonymního dotazníků rozdaných vybranému vzorku respondentek. Po sběru dat byla provedena analýza. Následuje vyhodnocení výsledků šetření a ověřování cílů a předpokladů bakalářské práce.

Annotation

Surname and name: Eliška Konopíková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Pain relief during childbirth

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages - numbered: 47

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 25

Keywords: childbirth, pregnancy, reduce pain, analgesia, new mother

Summary:

This paper discusses methods of pain relief during labor. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the history of the themes of pain relief during labor, pain - general characteristics, physiology of pain, labor pain, pain measurement scale. Further, there are listed methods of pain relief during labor both pharmacological and non-pharmacological. Also mentioned advantages and the disadvantages of pain during childbirth. The practical part is a research character and the main goal was to determine which methods of pain control used by women during childbirth. Getting the data in an exploratory survey conducted by anonymous questionnaires distributed to the selected sample of respondents. After collecting the data analysis was performed. Followed by evaluation of the results of the investigation and verification objectives and provided the thesis.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU	11
2 BOLEST	13
2.1 Obecná charakteristika bolesti	13
2.2 Fyziologie bolesti	13
2.3 Porodní bolest.....	14
2.4 Role a vliv hormonů	15
2.5 Stupnice měření bolesti.....	15
3 TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU	17
3.1 První doba porodní	18
3.1.1 Fyzikální metody tlumení bolesti.....	18
3.1.2 Psychologické tlumení bolesti	20
3.1.3 Jiné metody tlumení bolesti.....	22
3.1.4 Farmakologické tlumení bolesti.....	24
3.2 Druhá doba porodní.....	25
3.2.1 Fyzikální metody tlumení bolesti.....	25
3.2.2 Psychologické tlumení bolesti	26
3.2.3 Jiné metody tlumení bolesti.....	27
3.2.4 Farmakologické metody tlumení bolesti	27
3.3 Třetí a čtvrtá doba porodní.....	27
4 VÝHODY A NEVÝHODY TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU	29
PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
5 FORMULACE PROBLÉMU	30
6 CÍL VÝZKUMU.....	30
6.1 Dílčí cíle a hypotézy.....	30
7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	31
8 METODA SBĚRU DAT.....	31
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	31
10 ANALÝZA ÚDAJŮ	33
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	49
12 DISKUZE	51

13 ZÁVĚR.....	55
LITERATURA A PRAMENY.....	57
SEZNAM GRAFŮ.....	60
SEZNAM TABULEK.....	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Tlumení bolesti při porodu“ jsem si vybrala z důvodu, že pracuji v gynekologicko-porodnické ambulanci, kde se s problematikou metod tlumení bolesti při porodu často setkávám. Tato práce je psána se záměrem podat více informací a odpovědi na mnoho otázek v oblasti porodní bolesti. Myslím si, že práce má význam jak pro praxi, tak i pro zdravotníky a obecnou veřejnost.

Jedním z nejkrásnějších okamžiků v životě ženy by mělo být narození dítěte. Jaké bude mít žena vzpomínky na tento okamžik v jejím životě, závisí na mnoha faktorech. Jeden z faktorů, který může tento veliký okamžik ovlivnit, je prožívání bolesti. Porodní bolest je považována za bolest velice silnou a v některých případech až nesnesitelnou.

Porodní bolest a její zvládnání je v dnešní době čím dál více diskutovaným tématem nejen mezi zdravotníky, ale i laickou veřejností v naší zemi, ale i v cizích zemích. Nejen u nás je porodní bolest často vnímána jako něco špatného. Něco, čemu jsou ženy během porodu vystavovány naprosto zbytečně. Jako by to byla cena, kterou musí zaplatit za to, aby mohly mít děti. Bohužel se dnes setkáváme s upřednostňováním farmakologických metod tlumení bolestí a to proto, že se snažíme všechno urychlit. Nefarmakologické metody se tak dostávají do pozadí a na porod se nahlíží jako na něco, co je potřeba farmakologicky tišit. Málokterá žena vnímá porodní bolest jako přirozenou součást, která k porodu bezpochyby patří. Proto je velmi důležité, aby ženy byly orientované v obrovském množství informací, které se jim dostává ze všech stran. Žena je pak lépe připravena na porodní bolesti, což napomáhá ke spokojenosti a klidu po dobu celého těhotenství a porodu.

V teoretické části mé bakalářské práci se nejdříve věnuji zvládnání porodních bolestí v historickém kontextu. Dále navazuji na téma bolest. Toto téma zahrnuje charakteristiku bolesti, porodní bolest, stupnice měření bolestivosti. Zároveň ukázat a popsat tlumení porodní bolesti farmakologickými i nefarmakologickými metodami během porodu.

Praktická část práce má několik cílů, které jsou zodpovězeny pomocí anonymního dotazníku. Mým hlavním záměrem bylo zjistit, které metody tlumení bolesti ženy využívají během porodu. Zjistit, zda jsou ženy informovány o metodách tlumení bolesti a také zjistit, které metody jsou nejvíce využívány a nejúčinnější. Posledním cílem jsem chtěla zjistit, jakým způsobem pracují porodní asistentky s nefarmakologickými metodami během porodu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU

Pokusy ulevit rodičce od porodních bolestí jsou staré jako lidstvo samo. Racionalita a účinnost těchto snah vždy závisely na úrovni myšlení, znalostí a především zkušeností člověka. Informace o porodnické analgezií na nejnižších stupních vývoje člověka je možno pozorovat, či spíše vytušit z chování některých lidských kultur, které ještě nedávno žily na úrovni doby kamenné. Během porodu byla rodičkám poskytována pomoc, ve které se mísily přístupy empiricko-rationální prvky s magickými. Panoval názor, že bolest a nemoc, způsobují zlí démoni, proti nimž bojují lidem naklonění bohové. Odháněním zlých démonů, prováděné šamanem tancujícím okolo ohně, nanášením roští kolem domu, kde měla žena родit, sypaním soli kolem lůžka rodičky, měla v křesťanském středověku nahradit modlitbu k patronkám porodu (svatá Margareta, svatá Alžběta). Přelom nastal v zemích, ve kterých se s rozvojem poznání začíná oddělovat racionální medicína od magického světa a démonů. (Pařízek, 2012, s. 1)

I přes pokroky, ke kterým došlo vyčleněním lékařství od magie, se v některých obdobích vývoje využívaly při porodu až metody drastické. Jednou z metod bylo například skákání na břicho rodičky. Drastické byly také praktiky Apačů, kteří ženu uvázali v podpaží a po spuštění ze stromu se zavěsili na děložní fundus. Tím se snažili pomoci porodnímu mechanismu. Více fyziologické a barbarské byly metody využívané na ostrovech Pago Pago. Rodička klečela, zatímco muž, který seděl za ní, ji tlačil svými patami do žeber během každé kontrakce. Touto cestou bylo také pomáháno porodnímu mechanismu. V perské literatuře se uvádí, že podávání vína během porodu mělo usnadnit zvládnout porodní bolesti. Z čínské literatury se dozvídáme o aplikaci opia podávaným při porodu. Extrakty z mandragory a konopí se buď polykaly, inhalovaly z houby nebo se přikládaly. V jihovýchodní Asii nacházíme informace o akupunktuře. Křesťanství spatřovalo v porodní bolesti boží trest a tak byla analgezií během porodu odpírána.

Do 18. století se porodu lékaři neúčastnili. Rodičky si úlevu od bolesti musely najít samy, ve zdrojích pro ně dostupných. Ženy musely spoléhat samy na sebe, některé našly útěchu ve svém okolí. V 17. a 18. století se začal utvářet ucelený pohled na porod, porodní mechanismus a všeobecně na problematiku porodu. V této době byla popsána flexe hlavičky, vyšetřování podle šípového švu a podle něho pak i vnitřní rotace hlavičky během porodu. V těchto porodnických objevech a prací autorů jako byli například Levret,

Baudelocque, Stein a Smellie. V 19. Století pak Michaelis, Naegele, vznikal ucelený pohled na problematiku porodu, který se využívá ještě v dnešní době. Ve 20. století završila klasické porodnictví „Montevidejská škola“. (Pařízek, 2012, s. 2-3)

2 BOLEST

Bolest existuje odjakživa tak jako pokusy rozumět jí a léčit ji. Bolest nás upozorňuje na nemoc nebo na poranění a funguje jako ochranný mechanismus. Podle WHO (World Health Organization) je bolest definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. (Ratislavová, 2008, s. 67)

2.1 Obecná charakteristika bolesti

Bolest lze obecně dělit dle délky trvání na bolest akutní, jejíž trvání je maximálně šest měsíců, a bolest chronickou, jež trvá déle než šest měsíců. Klient trpící akutní bolestí zbledne, potí se, trpí hypertensí, bradykardií. Na bolestivé místo klient reaguje sténáním a ztrátou zájmu o dění kolem sebe. Při chronické bolesti klient není schopen plnit své sociální role a zhoršuje se kvalita života. Dochází ke ztrátě zájmu o okolí, izolaci, stažení se do sebe, nechutenství. (Beranová, 2012, s. 14)

Bolest dělíme dle charakteru na povrchovou (jasná, ostrá, lokalizovaná bolest, pálivá, bodavá, řezavá, palčivá) a na bolest viscerální. Viscerální bolest je hůře tolerovatelná a šíří se ze zdroje po celém těle. Tento typ je charakteristický při otvírání porodních cest. O bolest přenesenou se jedná v případě pocíťování bolesti na jiném místě, než je vlastní zdroj jako příklad můžeme uvést dráždění nervus phrenicus, jež se projeví bolestí ramen. (Beranová, 2012, s. 14)

2.2 Fyziologie bolesti

Porodní bolesti představují zvláštní kategorii bolestí, kde se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Porodní bolesti patří mezi přirozený stav, který provází téměř každý porod. Porodní bolesti jsou fyziologické, ale pro některé rodičky mohou být nesnesitelné. Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nocisenzory (receptory rozmístěné po celém těle), které jsou trojího typu. Vysokoprahové mechanické nocisenzory jsou drážděny mechanickými podněty a jsou velmi výrazně zapojeny právě při porodních bolestech. Polymodální nocisenzory reagují výrazně na změny tepelné (chlad a teplo). Vlastní nocisenzory, tzv. mlčící – spící nocisenzory, jsou aktivní při zvýšené bolestivé stimulaci. I tyto senzory jsou zapojeny při vnímání porodní bolesti. Nocisenzory mohou být podrážděny mechanicky, tepelně, jiným bolestivým stimulem nebo kombinací těchto podnětů. Bolestivá informace je vedena z nocisenzorů dvěma skupinami vláken. Nemyelinizovaná vlákna C (vlákna pomalá) vedou bolest

zejména ze specifických nocisenzorů. Nemyelinizovaná vlákna A δ vedou bolestivé podráždění z polymodálních nocisenzorů nebo z vysokoprahových mechanosenzorů. Obě skupiny vláken vedou bolestivou stimulaci z různých oblastí pánve. Při porodu je stimulována široká oblast v rozsahu S2-S4 a dále Th10-L1. Jde o stimulaci kožních a svalových struktur. Jsou drážděny příčně pruhované i hladké svalstva dělohy. Vlákna C a A δ vedou z nocisenzorů bolestivou stimulaci k zadním kořenům míšním a odtud do zadních rohů míšních. Na míšní úrovni se uvolňují specifické bolestivé substance, substance P, enkefaliny, endorfiny, ale také mnoho dalších látek, zejména prekurzorů různých genů, které také ovlivňují další vedení bolesti. (Pařízek, 2012, s. 97 – 98)

2.3 Porodní bolest

Porodní bolest je bolestivou reakcí na fyziologický podnět v lidském těle. Jedná se o poplašnou reakci, která není vyvolána úrazem ani chorobou. Je to účelná reakce, která má těhotnou ženu připravit na nadcházející porod. Porodní bolest je časově omezená, trvá hodiny, přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimiž bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou. (Ratislavová, 2008, s. 67)

Bolest zároveň souvisí se stresem. Nelze ji od stresu úplně oddělit. Při intenzivní bolesti se rozvíjejí dva fenomény - stresová analgezie, při které se práh bolesti zvyšuje, či senzitivace, při které se práh bolesti snižuje. Psychologické a patofyzické poznatky mají zásadní smysl pro psychologickou přípravu porodu. Nikdy by neměla vzniknout situace, že by byla žena nadměrně stresována a tím byl ovlivněn prožitek zrození. Vnímání bolesti při porodu je individuální v intenzitě, lokalizaci a délce trvání. Intenzivnější porodní bolesti bývají u předčasných porodů, a to i přesto, že objem a tělesná hmotnost nedonošeného plodu je menší než u plodu donošeného. V psychice těhotné ženy hraje významnou roli údaj o termínu porodu. Před termínem porodu nejsou potřebně nastaveny endogenní modulátory bolesti. Porodní bolesti bývají silnější při uměle vyvolané děložní činnosti (indukovaný porod – prostaglandiny). (Pařízek, 2012, s. 102)

Mezi hlavní faktory, které modifikují intenzitu a vnímání bolesti patří faktory nervového systému (hladiny hormonů, především endorfinů), dále stav matky (připravenost porodních cest, prostornost pánve, síla kontrakcí, vyčerpanost), naléhání a pozice plodu, zdravotnické zákroky (poloha vleže při kontinuálním natáčení kardiokografickým záznamu, amniotomie). V neposlední řadě je důležitý faktor

psychosociální (kultura, strach, obavy rodičky z porodu, předchozí zkušenosti, sociální podpora ženy, věk a její vzdělání). (Ratislavová, 2008, s. 67)

2.4 Role a vliv hormonů

„Rodit je instinkt. To znamená, že když žena rodí, je nejaktivnější částí jejího těla primitivní mozek.“ (Čermáková, 2008, s. 95)

Nezanedbatelný vliv na vnímání bolesti a porodní proces mají hormony. Jako první na tuto souvislost upozornili porodníci Michel Odent a Frédérick Leboyer. Dle jejich názorů je důležité, aby žena rodila v prostředí, které na ni má zklidňující a uvolňující vliv. V prostředí, kde se cítí bezpečně. Na porodní bolesti reaguje organismus rodičky vylučováním adrenalinu a také endorfinu, prolaktinu, ale i oxytocin hraje důležitou roli. (Čermáková, 2008, s. 95-96)

Oxytocin je také znám jako „hormon lásky“. Vyvolává děložní stahy, vyvolává uvolnění mléka z prsou, posiluje mateřské pouto. Tento hormon přispívá k utlumení paměťových center a zároveň zvyšuje práh bolestivosti. Oxytocin podávaný intravenózně jako bolus nebo infuze tyto vlastnosti však nemá.

Endorfin je znám jako „hormon radosti“. Působí u porodu jako přirozený opiát. Endorfiny snižují vnímání bolesti, vyvolávají pocit úlevy a blaha a přispívají k pečovatelskému a láskyplnému chování matky k dítěti.

Prolaktin. Účinek tohoto hormonu spočívá především ve stimulaci tvorby mateřského mléka v prsní žláze.

Odlišné působení mají tzv. adrenalinové hormony. Tyto hormony se uvolňují do organismu v době, kdy jsme ohroženi a nuceni čelit hrozbám. V první době porodní jsou adrenalinové hormony nežádoucí, protože mají tlumivý účinek na tvorbu oxytocinu a endorfinu. Naopak ve druhé době porodní jsou důležité pro porodní děj. Také sehrávají důležitou roli v porodní adaptaci dítěte. Produkci vhodných hormonů podle M. Odenta brzdí rozumový mozek (neokortex). Pod jeho vlivem se rodička příliš kontroluje, soustředí se na to, jak její porod vnímá okolí. Rodička tak potlačuje svoje instinkty a o to více vnímá porodní bolesti. Podávání syntetických hormonů a analgetik během porodu ničí hormonální rovnováhu, na níž závisí spontánní průběh porodu. (Čermáková, 2008, s. 95)

2.5 Stupnice měření bolesti

Nejčastěji je využívána analogová stupnice intenzity bolesti, kterou můžeme zjistit aktuální bolest rodičky a nebo umožňuje sledovat dynamické změny v čase například

v průběhu analgetické terapie. VAS (vizuální analogová stupnice) je deseti centimetrová dlouhá čára, na níž je vyznačena škála. Rodička na ni křížkem zaškrtně úroveň pocíťované bolesti.

Ve světě je nejčastěji používán Melzackův dotazník MPQ (McGill Pain Questionary), který byl vyvinut na základě multidimenzionálního pojetí bolesti a kvantitativně vyjadřuje afektivní, sensorické a kognitivní komponenty algického syndromu. Jinou metodou je verbální způsob, který stanovuje mezníky, jež jsou rovnoměrně rozloženy mezi dvěma extrémy, tedy dle Krivohlavého: 0 – žádná bolest, 5 – zcela nesnesitelná bolest. Dalším důležitým způsobem diagnostiky bolesti je také pozorování chování rodičky (nářky, výraz, hlazení a tření míst podbřišku nebo bederní oblasti). (Ratislavová, 2008, s. 66)

3 TLUMENÍ BOLESTI V PRŮBĚHU PORODU

Porod je proces, během kterého dítě opouští dělohu a přichází na svět. Narození dítěte by mělo být jedním z nejkrásnějších okamžiků v životě ženy. Jaké bude mít žena vzpomínky na tento veliký okamžik v jejím životě, závisí na mnoha faktorech. Jeden z faktorů, který může tento okamžik ovlivnit, je prožívání bolesti. Porodní bolest je nepříjemný a stresující symptom, který je vždy osobní a subjektivní. Nikdo není schopen cítit bolest druhého člověka, ale empatická péče porodní asistentky přispívá ke zmírnění bolesti a napomáhá ženě ji překonat.

Díky porodní bolesti se do krevního oběhu vylučují takzvané přírodní opiáty, které ženě přinášejí pozitivní pocity z porodu. Bolest také spouští vyplavování hormonu oxytocinu ovlivňujícího děložní stahy a podílejšího se na rozvoji vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem v době těsně po porodu. Porodní bolest je prospěšná i pro dítě, neboť látky, které se jejím působením vylučují, napomáhají lepší poporodní adaptaci novorozence. Proto by se měly porodní asistentky snažit bolest tlumit velmi šetrně pomocí alternativních metod. (Chrastilová, 2017, s. 1)

Alternativní metody můžeme rozdělit do tří základních skupin, a to na metody fyzikální, psychologické a metody založené na působení přírodních látek. Mezi metody fyzikální řadíme - hydroanalgezi (léčba vodou), léčbu teplem, akupunkturu, akupresuru, masáž, dýchání, pohyb a změny polohy, využití pomůcek (gymnastické míče, žebřiny, provazy a porodní vak). Mezi metody psychologické řadíme – placeboefekt, sugesci či autosugesci, hypnózu, relaxaci a odvedení pozornosti. Metody zakládající se na přírodních prostředcích - homeopatie, aplikace Bachových esencí, aromaterapie. (Heřt, 1995, s. 14)

Vedle výše zmíněných nefarmakologických metod tišení bolesti během porodu se dnes mnohem častěji využívají metody farmakologického charakteru. Farmakologické metody využíváme tehdy, když je bolest intenzivnější. Intenzivnější porodní bolesti bývají u indukovaných porodů, u urychlených porodů, předčasných porodů, a to i přesto, že objem a tělesná hmotnost nedonošeného plodu je menší než u plodu donošeného. V dnešní době neexistuje ideální analgetická metoda i přes nesporné pokroky moderní medicíny. Metody porodnické analgezie se od sebe liší svojí účinností, délkou analgetického působení a technickou náročností. Pro použití všech metod porodní analgezie platí základní podmínky: neovlivnit fyziologii matky, fyziologii děložní činnosti, plodu a novorozence. (Pařízek, 2004, s. 1)

3.1 První doba porodní

Otevírací fáze, tedy první doba porodní, je zahájena pravidelnou děložní činností, která vede k postupnému otevření porodních cest. (Čech, 2006, s. 131-132)

V první době porodní se současně natahuje dolní děložní segment a dilatuje děložní hrdlo. V této fázi porodu převládají bolesti viscerální, které odpovídají bolestem kolikovitého charakteru dutých orgánů. Jsou to bolestivé kontrakce, při kterých narůstá pnutí a tlak, ale délka svalových vláken se nemění. Intenzita kontrakcí se postupně zvyšuje v souvislosti s pokročilostí dilatace děložní branky. V počátečních fázích I. doby porodní je poměrně dlouhý interval mezi začátkem kontrakce dělohy a pocitem bolesti. Jelikož děložní kontrakce nejsou ještě dostatečně silné na to, aby nastalo roztažení dolního děložního segmentu a děložního hrdla. Bolest postupně na kontrakce nasedá stále rychleji. (Říhová, 2013, s. 20)

3.1.1 Fyzikální metody tlumení bolesti

Pohyb v první době porodní. Má-li rodička možnost se volně pohybovat dle své libosti, cítí se během porodu mnohem lépe a porod se tím může i urychlit. V průběhu porodu si některé rodičky oblíbí řadu pozic, které používají při každém stahu. Na změně pozice netrváme v tom případě, když rodička své pocity během stahů snáší dobře a když porod dobře postupuje. (Simkin, 2000, s. 85)

Odborníci se shodují, že nejvhodnějším pohybem v aktivní fázi první době porodní je chůze, pozice ve stoje bez opory a ve stoje s oporou. Tyto polohy zvyšují účinnost kontrakcí, pomáhají k sestupu dítěte do pánve a snižují bolest. V poloze ve stoje s oporou se rodička může zavěsit za provaz nebo žebřiny. Pomoci může také partner. Pokud využívá partnera jako oporu, měl by držet ramena dole, mít mírně pokrčená kolena, zpevnit hýžd'ové svaly, aby nesl váhu rodičky a nebolely ho záda. Tuto polohu využijeme obzvláště u rodiček, které mají potřebu blízkého tělesného kontaktu. V poloze bez opory se rodička může opřít o stěnu a pomoci si rytmickými pohyby pánví (dopředu, dozadu, ze strany na stranu, pomalým kroužením). Tyto pohyby lze využít i při chůzi, kterou lze při kontrakcích doplnit předklonem dopředu. (Balasková, 2010, s. 118-119)

Při rovném sedu na lůžku je možné umístit rodičce na ramena obklady, což vede k zmírnění stresu a uvolnění. Ke zmírnění sacralgií docílíme umístěním kolen níže, než se nacházejí kyčle.

Dalšími vhodnými polohami je sed obkročmo na židli, sed ve dřepu a sed v předklonu. Tyto polohy snižují bolest zad, zlepšují rotaci hlavičky plodu a zvětšují

pánevní vchod. Můžeme je využít při nepostupujícím porodu. Sed ve dřepu, ať s oporou či nikoli, je účinná pozice pro otevírací fázi porodu. Pozice ve dřepu posílí děložní kontrakce a pomůže mezi stahy rozšířit pánev a povzbudí sestup dítěte. Rodička při poloze vsedě na židli má oporu a mezi stahy může pohodlně odpočívat. (Balasková, 2010, s. 121)

V přechodné fázi porodu při otevření děložního hrdla na 7-10cm se využívá poloha v kleče. Tato poloha ulevuje rodičce od sacralgií a při zadním postavení plodu. Je možné se pokusit kývavými pohyby převrátit plod do předního postavení. Jedná se o polohu, kterou je možné použít v první i druhé době porodní. Nejčastěji rodičky vyhledávají koleno-prsní polohu, jež jim umožňuje vejít do hlubšího stavu vědomí. Pokud by rodička sama tuto polohu nevyhledala, doporučili bychom jí tuto polohu při špatném naléhání plodu, při bolestivých hemoroidech, pokud má rodička tendenci předčasně tlačit, při oteklé brance, kolapsu pupečníku, při příliš rychlém postupujícím porodu nebo přetrvávajícím lemu. (Balasková, 2010, s. 124)

Pokud chce rodička odpočívat, doporučíme jí polohu na boku. Je důležité, aby si trup podepřela polštáři a aby si mezi kolena vložila podložku. Tím nebrání vstupu plodu do pánve. Mezi kontrakcemi se snaží odpočívat, relaxovat. Poučená žena sama většinou vycítí, která poloha je pro ni optimální a je pro ni do určité míry úlevová. Porodní asistentka rodičce může ukázat několik poloh, ale je s výhodou, když žena přijde na polohu sama. (Balasková, 2010, s. 122)

Aplikace tepla. Teplota a chlad jsou protiklady, přesto mají jedno společné. Mohou člověku pomoci při zmírňování bolesti. Blahodárný účinek tepla a chladu lze využít při porodu i po porodu k odstranění nebo alespoň omezení nepříjemných pocitů. Teplé, ale i studené obklady nepřikládáme rodičce přímo na kůži, ale řádně zabalíme do ručníku, abychom ženě nezpůsobili popáleniny nebo omrzliny. Teplota můžeme vytvořit nahřívací láhvi, sáčky s chemickou látkou uvolňující teplotu nebo elektrickou podušku, horkým zábalením, teplým obkladem. Během porodu můžeme přikládat teplé obklady na křížovou krajinu, podbříšek, stydkou krajinu nebo perineum. Terapie teplem zvyšuje krevní průtok, metabolismus tkání, tlumí bolest a napomáhá uvolnit porodní kanál. (Simkin, 2000, s. 89)

Akupresura vychází ze staročínského principu jin a jang, jež se zakládá na dráždění specifických bodů. Tato metoda je podobně jako akupunktura tisíce let stará. Při stlačení akupresurních bodů používáme palec nebo špičku prstu. Rodičce můžeme ulevit od bolesti a porod poněkud urychlit, stlačíme-li určité akupresurní body. Nejoblíbenějšími body při porodu jsou bod Ho-ku a bod sleziny číslo 6. Akupresuru můžeme úspěšně kombinovat s dalšími metodami, které přinášejí při porodu úlevu od bolesti. (Simkin, 2000, s. 92)

Akupunktura používá k léčení specifických postupů – dráždění přesně určených míst kožního povrchu těla, která se nazývají aktivními body akupunktury.

Body lze stimulovat pouze při jasném porodním nálezu (dilatace hrdla do branky čtyři centimetry společně s kontrakcemi) jako indukci k porodu a porodní analgezii. V tom případě porodní asistentka využije body s analgetickým účinkem. Také se můžeme pokusit o podpoření nebo vyvolání kontrakcí. Pro zlepšení dilatace porodních cest existují body se spasmolytickými účinky. V poloze rodičky na boku jsou doporučovány body v oblasti křížové. Pokud bude u porodu přítomen akupunkturista, nejspíše ponechá jehlu až do vypuzovací fáze. Efektivní účinnost je zvláště u dobře poučených a spolupracujících rodiček, které musí s metodou souhlasit. Dobrý přístup personálu a pozitivní psychické ladění rodičky je nezbytnou podmínkou úspěchu. (Heřt, 2002, s. 23)

Při porodu je použití akupunktury kontraindikováno v případě kožní infekce, akutní psychózy, poruchy srážlivosti krve, celkového infekčního onemocnění, nekompenzovaného diabetes mellitus, závažného srdečního onemocnění a nesouhlasu rodičky. (Heřt, 2002, s. 23)

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) je aplikace elektrického proudu přes pokožku za účelem zmírnění bolesti při porodu. TENS řadíme mezi jednoduché nefarmakologické prostředky, spojuje psychologický i somatický účinek. Elektrody se přikládají na kůži v oblasti Th10- L1 pro první dobu porodní a pak S2-S4 pro druhou dobu porodní. Druh této analgezie nepoškodí ani matku ani plod. (Pařízek, 2009, s. 443)

Hydroanalgezie tato metoda tlumení porodní bolesti je známa po staletí. Teplá voda tělo nadlehčuje a ulevuje od bolesti, stresu, napětí a nepříjemných pocitů. Pomocí sprchy nebo vířivky dochází k stimulaci kůže a to napomáhá k omezení vnímavosti bolesti. Během porodu se mohou využívat metody hydroanalgezie: relaxační koupel, možnost porodu do vody a intradermální injekce sterilní vodou. V první době porodní jsou nejčastěji využívány relaxační koupele. (Simkin, 2000, s. 86)

Teplá lázeň může během této porodní doby přispět k snadnějšímu uvolnění a k prohrátí organismu, tedy i porodních cest, které se pak rychleji a snadněji otevírají. (Štomerová, 2010, s. 106)

3.1.2 Psychologické tlumení bolesti

Doprovodem u porodu chápeme osobu, která během porodu pečuje o rodičku tím, že jí v průběhu porodu poskytuje všestrannou oporu. V Československu byla přítomnost otce u porodů umožněna poprvé ve Znojenské nemocnici v roce 1984.

Přítomnost důvěrné osoby u porodu dodá rodičce klid a pomůže ji snížit strach z cizího prostředí. Společný prožitek narození dítěte může mít příznivý efekt na posílení citových pout v manželství. Řada rodiček si raději svou těžkou hodinku prožije sama. I mnoho partnerů si je nejistých, neví, jak si při porodu počínat, a raději u porodu nechce být. Měl by dostatečně znát svou partnerku, aby o ni během porodu mohl adekvátně pečovat. Měl by 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.

K porodu nemusí doprovázet ženu jen partner, může ho zastoupit matka, sestra nebo dula či jiná blízká osoba. (Čekal, 2010, s. 137)

Pojem “dula” označuje odborníci na doprovázení ženy (a její rodiny) během těhotenství, při porodu a v poporodním období. Dula ženě poskytuje psychickou podporu, vytváří pro ni zázemí a může jí též fyzicky pomáhat. Je oporou každé ženě, ať se rozhodne pro jakýkoliv způsob porodu nebo se porod jakkoliv vyvine. Dula specifickým způsobem doplňuje práci porodních asistentek, lékařů a zdravotních sester. Nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny. (www.duly.cz)

Sugesce (podsouvám, našeptávám, dodávám) je podmanivé působení neboli ovlivňování myšlení či představ, jemuž osoba neúmyslně podléhá. Rodička může podléhat myšlence, představě, přání nebo názoru někoho druhého, ale také sama sebe (autosugesce). Sugesce probíhá jak na verbální úrovni, tak i v úrovni neverbální (posunky, gesta). Sugesce přináší uklidnění, uvolnění, navození pocitů úlevy v období nejen mezi kontrakcemi. (Ratislavová, 2008, s. 68)

Relaxaci rozumíme uvolnění, zbavení se napětí, uklidnění a odpočínutí. Bolest na rodičku působí jako stresor a relaxace na rodičku působí opačným směrem. Při porodu můžeme využít různé relaxační metody: progresivní svalová relaxace – Jacobsova metoda, Schulzův autogenní relaxační trénink, dotyková relaxace, speciální meditativní a dechové techniky relaxace, imaginativní techniky, vizualizace. Rodička by měla relaxační techniky nacvičit během předporodních kurzů, ale i nezkušenou rodičku může porodní asistentka vybídnout k tomu, aby zhluboka dýchala, uklidnila se a uvolnila. (Ratislavová, 2008, s. 69)

Odvedení pozornosti. Odvádíme pozornost od bolesti pomocí soustředění na jinou skutečnost např. k vnímání dechu, vnímání tlaku při masážích, tepla při obkladech či sprše (stimulací kůže), k vnímání pokynů porodní asistentky. Dalším způsobem je mentální stimulace. Rodička se může soustředit na jeden bod či objekt v místnosti, na hudbu, na fantazii. (Ratislavová, 2008, s. 69)

Behaviorální metody. Vlastní, spontánní aktivita ženy je podmínkou behaviorálních metod. Úkolem porodní asistentky je naučit ženu různé postupy jak zvládnout bolest a vycvičit ji v nich. Také jde o vytváření pozitivního postoje ke zvládnutí bolesti. Nácvik různých poloh vhodných pro porod je zahrnut v předporodním kurzu. Pomocí cvičení je těhotná udržována v aktivitě. Rodička při porodu využívá vzpřímené polohy, může se volně pohybovat, zaujímá úlevové polohy, využívá pomůcky (žebřiny, gymnastický míč). (Ratislavová, 2008, s. 69)

Kognitivní metody. Úkolem kognitivních metod je poznat kognitivní mapu rodičky (představa o porodním ději, o průběhu porodu, o zvládnání bolesti), zhodnotit ji a případně pozměnit, pomoci rodičce lépe chápat a přiměřeněji reagovat na bolest. Kognitivní psychoterapie se obrací výhradně k logickému myšlení. Je založena na logické argumentaci a přesvědčování. Usměřuje a vede rodičku pozitivním směrem, objasňuje souvislosti. (Ratislavová, 2008, s. 69)

Psychoterapeutický vztah. Vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou je velmi důležitý, protože bolest je nesmírně složitým bio – psycho – sociálním jevem. Vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou může ovlivňovat vnímání bolesti jak negativně tak pozitivně. Kladný vliv na bolest má harmonický vztah, ochota pomoci, ochota porozumět, informovanost, akceptování jejího bolestivého chování, věnování pozornosti a času, důvěra. Pocit bezpečí a jistoty je dán vzájemnou důvěrou mezi rodičkou, porodní asistentkou a lékařem. (Ratislavová, 2008, s. 70)

Hypnóza. Je to metoda, která je založena na kombinaci silné sugesce a distrakce. Podstatou je, aby se rodička dostala do transu, při kterém dokáže zapomenout na bolest a zůstat uvolněná. Aplikace hypnózy při porodu vyžaduje přípravu před porodem. Rodičku při porodu doprovází psychoterapeut zabývající se hypnózou. (Ratislavová, 2008, s. 70)

3.1.3 Jiné metody tlumení bolesti

Aromaterapie. Již mnoho set let je znám účinek masáže aromatickými oleji při porodu. Při dnešním trendu k šetrnějšímu a přirozenějšímu způsobu rození ženy se znovu

zkoumají způsoby, kdy by mohly pomoci esenciální oleje v tomto důležitém bodě jejich života.

Dosud nejběžněji užívaným olejovým nosičem pro masáže je mandlový olej. Existuje řada esenciálních olejů, které mohou při porodu velmi pomáhat, protože zesilují stahy a současně mají analgetický účinek. Mezi nejpoužívanější patří olej jasmínový a levandulový. Některé literatury uvádí využití i šalvěje muškátové, která však může na některé ženy působit příliš silně a zesílit kontrakce až do nežádoucí intenzity.

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

Směs levandule, heřmánku v jojobě a citron zmírní příliš silné kontrakce. Tato směs je nejvíce používaná. Napomáhá k úlevě, uvolnění, napětí ale i omezení stresu i úzkosti, může se použít pro masáž bederní a křížové oblasti. Na bolesti v kříži můžeme použít směs levandule a rozmarýnu a její účinek umocnit teplým obkladem. Kombinaci růžového dřeva a růži v jojobě lze využít při nepostupujícím porodu, nebo pomalém otvírání. Tyto vůně povzbuzují a odstraňují úzkosti. Kombinaci geránie a neroli můžeme použít u úzkostlivých rodiček. Směs jasmínu v jojobě a levandule pomůže zesílit kontrakce děložní. Při vyčerpání rodičky ke konci první doby porodní můžeme použít směs heřmánku, citronu a rozmarýnu. (Behinová, 2006, s. 131)

Homeopatie vznikla před 200 lety a patří k nejrozšířenějším z alternativních metod. Zakladatelem homeopatie je Samuel Hahnemann. Jeho základní myšlenkou je tato verze: „pokud existuje nějaká látka, která má schopnost vyvolat nějaké zlo (nemoc), má také schopnost toto zlo léčit“. Principem je podávání vysoce naředěné dávky, jež vyvolává ve vyšší koncentraci příznaky podobné právě léčené nemoci. Existují homeopatika, která ulehčují porod. Homeopatika lze využít k zmírnění strachu, napomáhají k účinnějším stahům, otevírání děložního hrdla (*Caulophyllum thalictroides*), v poporodním období ke zlepšení hojení (*Arnica montana*). (Moskowitz, 2008, s. 206)

V kompetenci proškolené porodní asistentky je podání základních homeopatik. Porodní asistentka zváží a určí podání a druh homeopat.

Audioanalgezie potlačuje a zmírňuje pocit bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Podstatou audioanalgezie je dráždění sluchového centra během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem, který rodička během porodu poslouchá ze sluchátek. Šum je směs

všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Jinou možností je použití relaxační hudby. (Pařízek, 2009, s. 442)

Dechové vzory pro porod. Jedná se o určité dýchání, které rodičce napomáhá k uvolnění. Rodička by měla pravidelně navštěvovat předporodní kurzy, kde se dozví dostatek informací o technice a druzích dýchání. Existují tři základní dechové vzory pro otevírací fázi porodu: pomalé dýchání, lehké dýchání a „funění“. Rodička si vždy zvolí způsob dýchání, jež jí vyhovuje, se správným rytmem a rychlostí. Porodní asistentka by měla navést rodičku od špatného a neefektivního dýchání ke správnému, aby dýchání při kontrakci nevedlo k hypoxii plodu, respirační acidóze a zároveň umožnilo rodičce vnořit se do dýchání a tak přečkat kontrakci. (Simkin, 2000, s. 95)

3.1.4 Farmakologické tlumení bolesti

Inhalační analgezie. Oxid dusný je také známý jako „rajský plyn“. V průběhu porodu podáváme oxid dusný ve směsi s kyslíkem v poměru 1:1 ze speciálního tlakového přístroje. (Čech, 2006, s. 145)

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

Nejvíce používaným lékem během porodu je v současné době Petidin. Petidin je svými účinky podobný Morfinu. Výhodou Petidinu je jednoduché podání a cenová dostupnost. Nevýhodou je, že tlumí dýchací centrum matky i plodu a v některých případech může dojít až ke ztrátě paměti na porod. Jeho zbytky se vylučují mateřským mlékem a tak může u dítěte vyvolat dráždivé reakce. Dalšími analgetiky používané v praxi jsou Nalbuphin a Tramadol. Nalbuphin se jeví jako vhodné analgetikum pro porodnickou analgezii. Je rychleji odbouráván a především méně ovlivňuje dýchání. (Čech, 2006, s. 145)

Regionální analgezie. Synonymum pro epidurální analgezii je peridurální analgezie. Anestetikum se podává samostatně nebo ve směsi s opioidem do epidurálního prostoru (oblast vně obalů míchy). Epidurální analgezie patří mezi častou využívanou porodnickou analgezii a je u rodiček oblíbená. Tuto metodu provádí zkušený anesteziolog. (Čech, 2006, s. 146)

Subarachnoidální analgezie (spinální, lumbální analgezie) se aplikuje do mozkomíšního moku. Po aplikaci analgezie dochází k ovlivnění přenosů bolestivých vzruchů v nervových drahách i v míše. (Čech, 2006, s. 147)

Paracervikální analgezie. Anestetikum přeruší vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. V dnešní době se s touto metodou setkáváme ve velmi malé míře. Metodu využíváme při bolesti u fyziologického porodu a při spastické porodní brance. (Čech, 2006, s. 145)

3.2 Druhá doba porodní

Doba vypuzovací, tedy druhá doba porodní, začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. V této fázi plod prochází porodním kanálem, který je tvořen měkkými a tvrdými porodními cestami. Kontrakce děložní jsou během druhé doby porodní silnější, častější a trvají déle. Dochází – li v průběhu fáze k častým kontrakcím, je důležité sledovat mezikontrakční období, které by nemělo být kratší než 30 s. Druhá doba porodní je ukončena porodem plodu. (Čech, 2006, s. 132)

V této porodní době převažují bolesti somatické - povrchové, které vycházejí převážně z oblasti perineální. Bolest způsobuje nervus pudendus aktivací svých vláken. (Říhová, 2013, s. 20)

Bolest ve druhé době přibližně trvá u prvorodiček asi hodinu a u vícero diček 10-15 minut. Zda ale porod nepokračuje, může mít porodní bolest negativní vliv na matku i na dítě. (Roztočil, 1996, s. 171)

3.2.1 Fyzikální metody tlumení bolesti

Pohyb v druhé době porodní. V druhé době porodní jsou vhodné vzpřímené polohy až do období prořezávání hlavičky, kdy je dobré zaujmout polohu k porodu.

Stoj v mírném podřepu s oporou je nejúčinnější pozice, aby plod sestoupil co nejrychleji. Výhodou této polohy je široké rozevření pánve. Druhá fáze bývá v této pozici nejrychlejší, dítě se po prořezání hlavičky většinou narodí na jeden stah. To je velká výhoda, je-li druhá fáze náročná a dlouhá, pokud dítě leží v nepravidelných polohách (konec pánevní, zadní postavení), makrosomii plodu nebo při podezření na nitroděložní tíseň plodu. Stoj v mírném podřepu urychluje druhou dobu porodní, zvyšuje kvalitu kontrakcí a snižuje jejich bolestivost. (Balaskasová, 2010, s. 132-135)

Sed ve dřepu s oporou dvou lidí je ideální pro rodičku, která nemá se setrváním v této poloze problém nebo tuto polohu trénovala. Během stahů si rodička sedne na zem do dřepu a každý z asistentů dá pod její hýždě svoje koleno. Zároveň ji oba mohou zezadu podpírat rukama. Mezi kontrakcemi si může rodička opět stoupnout nebo může v této poloze setrvat i pro samotný porod. Výhodou polohy je, že rodička dobře vidí, jak dítě přichází na svět. Podobnou polohou je sed ve dřepu s pomocí židle, kdy partner sedí na

jejím okraji, žena klečí před ním a pohodlně se opírá o jeho tělo. (Balaskasová, 2010, s. 136)

Polohy vleže na boku jsou vhodné pro odpočinek rodičky a také pro správný vstup hlavičky plodu do pánve. V případě použití za účelem dorotování se poloha rodičky řídí vždy dle postavení plodu: levé postavení – levý bok. Tuto polohu nevyužijeme při nepostupujícím porodu. Při ukládání do této polohy je dobré rodičce podložit horní polovinu těla. Nohu si pak může sama přidržet nebo ji ukládá do šautu. (Balaskasová, 2010, s. 138)

Poloha na všech čtyřech se často používá v klasickém porodnictví jako porodní poloha. Tato poloha zpomaluje rychle probíhající porod, dává ženě pocit větší kontroly a snižuje pocit tlaku. Též ji můžeme použít ke stočení plodu do předního postavení a napomáhá upravit frekvenci srdce plodu. (Balaskasová, 2010, s. 137)

Aplikace tepla. Účinky tepla mají blahodárný účinek v celém porodním procesu. Můžeme použít různé druhy hřejivých polštářků, hřejivých dek, přikrývek. V druhé době porodní především pokládáme teplé obklady. (Simkin, 2000, s. 89)

Porod do vody je způsob vedení porodu, při kterém je plod vypuzen pod hladinou vody. Žena tráví druhou dobu ve vodě. Porod do vody v bazénku je snazší, pohodlnější, méně bolestivý a plynulejší. Voda přivádí ženu téměř do stavu beztlíže: může se prostě nechat nadnášet a už nemusí při stazích zápolit s tíhou vlastního těla. (Odent, 1995, s. 70)

Porod do vody není vhodný pro všechny rodičky, k tomu aby mohla rodička родit do vody, musí splňovat několik podmínek, jednou z nich je fyziologická gravidita. (Pařízek, 2012, s. 192)

3.2.2 Psychologické tlumení bolesti

Doprovodem u porodu. I v této fázi porodu je důležité pečovat o rodičku blízkou osobou, doulou či partnerem tím, že jí poskytuje všestrannou oporu.

Přítomnost známe osoby u porodu, dodá rodičce klid a pomůže ji snížit strach z cizího prostředí. Podstatným požadavkem na partnera u porodu je bezvýhradná láska k rodičce, kterou doprovází. Potom o ni bude nepochybně pečovat s tím nejlepším možným způsobem. (Hofer, 2010, s. 141)

Sugesce přináší rodičce uklidnění, uvolnění, navození pocitů úlevy v období mezi kontrakcemi. (Ratislavová, 2008, s. 68)

Relaxace. Při porodu můžeme využít dotykovou relaxaci, speciální meditativní a dechové techniky relaxace, imaginativní techniky. Tyto metody by měla rodička během

předporodních kurzů, ale i nezkušenou rodičku může porodní asistentka vybídnout k tomu, aby zhluboka dýchala, uklidnila se a uvolnila. (Ratislavová, 2008, s. 69)

Psychoterapeutický vztah. I v druhé porodní době je velmi důležitý vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou. Je – li navázaná důvěra mezi porodní asistentkou a rodičkou je tak dán pocit bezpečí a jistoty. (Ratislavová, 2008, s. 70)

3.2.3 Jiné metody tlumení bolesti

Aromaterapie. Někdy se může stát, že se porod mírně pozastaví. Velmi často je pozastavení porodu způsobeno únavou a vyčerpáním, ale i strachem rodičky. Podpořit děložní činnost můžeme směsí jasmínu v jojobě a šalvěje. Pro inhalaci je výborný citron, který osvěží, povzbudí a zmírní napětí. Směs z geránie a rozmarýnu dodá rodičce energii a sníží stres. (Samková, 2011, s. 27-28)

3.2.4 Farmakologické metody tlumení bolesti

Pudendální analgezie. Anestetikum se aplikuje k nervus pundus. Rodička pociťuje úlevu od bolesti v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Pudendální analgezii využíváme: k analgezii ve II. době porodní, při partus praematurus, klešťových porodech, pomáhá uvolnit pánevní dno. Tuto analgezii nevyužíváme při výrazné anatomické odchylce pánve. (Pařízek, 2004, s. 7)

Infiltrace pochvy a hráze. Infiltrace (obstřík) je nejčastěji užívaná metoda v běžné porodnické praxi. Tato metoda se využívá k znecitlivění pochvy a perinea před episiotomií, při operačním porodu nebo před ošetřením porodních poranění. (Pařízek, 2004, s. 7)

3.3 Třetí a čtvrtá doba porodní

Třetí doba porodní nebo doba k lůžku začíná vypuzením plodu a končí porodem placenty. (Zwinger, 2004, s. 132)

Po porodu plodu se děloha přizpůsobí výraznou retrakcí. Děložní fundus je ve výši pupku, zaoblený a děloha má kulovitý tvar. Retrakce děložní probíhá v celé stěně dělohy s výjimkou plochy, kde je inzerována placenta. Po určité klidové fázi se opět dostaví kontrakce. Tyto kontrakce zaujímají i stěnu dělohy, kde inzeruje placenta. Mezi placentou a stěnou děložní dochází k tkáňovému posuvu, při kterém se přetrhají uteroplacentární septa a cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. Placenta se začíná odlučovat ve spongiózní vrstvě deciduální sliznice. Podle lokalizace, způsobu porodu placenty rozeznáváme tři typy mechanismu. Mechanismus dle Baudelocquea-Schultzeho, při němž se placenta odlučuje od centra k periferii. Druhý typ odlučování placenty je dle

Duncana, při němž se placenta odlučuje od distální periferie přes centrum k opačné periferii. Poslední mechanismus odlučování placenty je mechanismus dle Gessnera, kdy se placenta odlučuje od periferie, pak ale sklesne do pochvy, kde se kornoutovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. (Čech, 2006, s. 135-136)

Čtvrtá doba porodní, patří již do raného šestinedělí. Končí dvě hodiny po porodu placenty a označujeme jí za období poporodní. V tomto období musí dojít k retrakci dělohy a k aktivaci koagulačního systému. Rodička zůstává dvě hodiny na porodním sále pro případné poporodní komplikace. Po tuto dobu u rodičky porodní asistentka kontroluje krvácení, zavínování dělohy, měří fyziologické funkce, a to jednou po porodu, poté po hodině, pak po dvou hodinách a nakonec před převozem na oddělení šestinedělí. Je vhodné si s rodičkou o celém průběhu porodu promluvit a odpovědět jí na případné otázky. Je vhodné s rodičkou mluvit o průběhu porodu s odstupem času a to minimálně tři dnů. (Čech, 2006, s. 141)

Po porodu se děloha přizpůsobuje retrakci. Zavínování dělohy se může u vícerodiček projevit bolestí. Také dále mohou pociťovat bolest porodního poranění a sutury. (Čech, 2006, s. 141)

Ve třetí a čtvrté době porodní už není třeba tlumit porodní bolest, ale je třeba tlumit bolest jako takovou. V této fázi porodu může žena pociťovat bolest v oblasti perinea. Příčinou může být například episiotomie v druhé době porodní nebo ruptura pochvy. Na ošetření využíváme obstrík (infiltrace). Infiltrace (obstrík) je nejčastěji užívaná metoda v běžné porodnické praxi. Tato metoda se využívá k znecitlivění pochvy a perinea před episiotomií (nástřih hráze), při operačním porodu nebo před ošetřením porodních poranění. (Pařízek, 2004, s. 6)

Po ošetření můžeme aplikovat studené obklady. Studené zábaly můžeme vytvořit sáčky s ledovými kostkami, gumovou rukavicí naplněnou ledovou drtí, namočenou a zmrzlou podložkou. Terapie chladem snižuje citlivost k bolesti ochlazením nervových zakončení. Studené obklady můžeme přiložit na perineum nebo anální oblast.

4 VÝHODY A NEVÝHODY TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU

Několik výhod mají nefarmakologické metody tlumení bolesti. Nedostatečně tlumená bolest zvyšuje strach a obavy, odvádí krev z dělohy a tím brání porodnímu procesu. Tyto metody neškodí na zdraví matky ani dítěte. Posilují prožitek z porodu a pocit, že rodička porod aktivně zvládla. Nefarmakologické metody nezkreslují průběh porodu a celý porodní proces je tak stále čitelný. Nebrání plynulému tempu porodního procesu, spíše naopak. Abychom dosáhli nejlepších výsledků, je dobré nefarmakologické metody nacvičit před počátkem porodu. Porodní asistentka pomáhá rodičce při několika z možných technik tlumení porodní bolesti. Především jde o relaxaci, mentální stimulaci, stimulaci kůže a nácvik dýchání. Je s výhodou, když žena s partnerem či blízkou osobou navštěvovali předporodní kurz. Díky tomu porodní asistentka může v průběhu porodu stavět na jejich získaných znalostech.

Farmakologické metody patří mezi nejúčinnější metody k potlačení porodní bolesti během porodu. Jsou to metody účinné, ale také mají svá omezení. Jakýkoli podaný lék k tlumení bolesti může mít negativní účinek na matku i na plod. Farmakologické metody mohou zpomalit porodní proces, pokud se aplikují příliš brzy. (Leifer, 2004, s. 179-185)

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

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Domnívám se, že v dnešní době, kdy ve zdravotnictví jsou díky rozvoji vědy a techniky velmi dobře dostupné látky, které nám umožňují ovlivnit průběh porodu, zapomínáme bohužel na nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu, které se díky tomu dostávají do pozadí. Tyto jednoduché cesty, jak se domnívám, ne vždy pomáhají zcela jednoznačně a bez následků, jak si většina rodiček představuje. Mojí snahou je zjistit zda rodičky jsou informované o metodách tlumení bolesti již před vstupem na porodní sál a zda dají přednost nefarmakologickým metodám tlumení bolesti před farmakologickými metodami.

6 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zjistit, které metody tlumení bolesti ženy využívají během porodu.

6.1 Dílčí cíle a hypotézy

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rodičky informovány o řešení tlumení bolesti při porodu před příchodem na porodní sál.

Předpoklad 1: Domnívám se, že více než polovina rodiček získala informace o řešení tlumení bolesti při porodu z internetu.

Otázky č.: 4, 5, 6

Cíl 2: Zjistit, které metody tlumení porodních bolestí jsou u porodu nejčastěji využívány a které přinášejí největší úlevu?

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií.

Předpoklad 3: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí za neúčinnější nabízenou metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií.

Otázky č.: 7, 8, 9, 10

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem pracují porodní asistentky s nefarmakologickými metodami během porodu.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina porodních asistentek ženám doporučila nefarmakologické metody tlumení bolesti.

Otázky č.: 11, 12, 13, 14, 15

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V dotazníkovém šetření jsem využila záměrný výběr respondentek. Cílovou skupinou mého výzkumu, byly ženy po porodu nebo ženy, které rodily před třemi lety. Dotazníky jsem rozdala v gynekologické ambulanci s kritériem rozdaní dotazníků ženám po porodu. Dále také jsem oslovila ženy z mého okolí.

8 METODA SBĚRU DAT

Pro zpracování praktické části své bakalářské práce jsem využila kvantitativního výzkumného šetření, formou strukturovaného dotazníku. Dotazník obsahuje 16 otázek, které byly sestaveny tak, aby vyvrátily nebo potvrdily stanovené předpoklady. Dotazník obsahuje polootevřené a uzavřené otázky. První tři otázky jsou demografické, kde jsem zjišťovala věk žen, po kolikáté rodily a jakým způsobem se narodilo dítě. Dalších 13 otázek je zaměřeno na informovanost žen o metodách tlumení bolesti, zda ví o metodách tlumení bolesti a kde informace získávají. Dále jsem se zajímala, kterou metodu nejvíce využily a která metoda ženám nejvíce ulevila od bolesti. Také mě zajímalo, kterou nefarmakologickou metodu porodní asistentky doporučují.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Před rozdaním dotazníku jsem provedla „pilotní studii“ s 10 dotazníky. Na základě studie jsem provedla úpravy některých otázek. Následně jsem distribuovala dotazníky ve Stodské nemocnici na gynekologicko – porodnickém oddělení (na základě schválené žádosti o umožnění dotazníkové akce – viz příloha č. 2). Dále také jsem dotazníky rozdala ve svém okolí ženám, které splňovaly předem daná kritéria. Sběr dat probíhal v období od

února 2017 do března 2017. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 80. Vyhodnocení výsledků jsem tedy prováděla z 80 dotazníků.

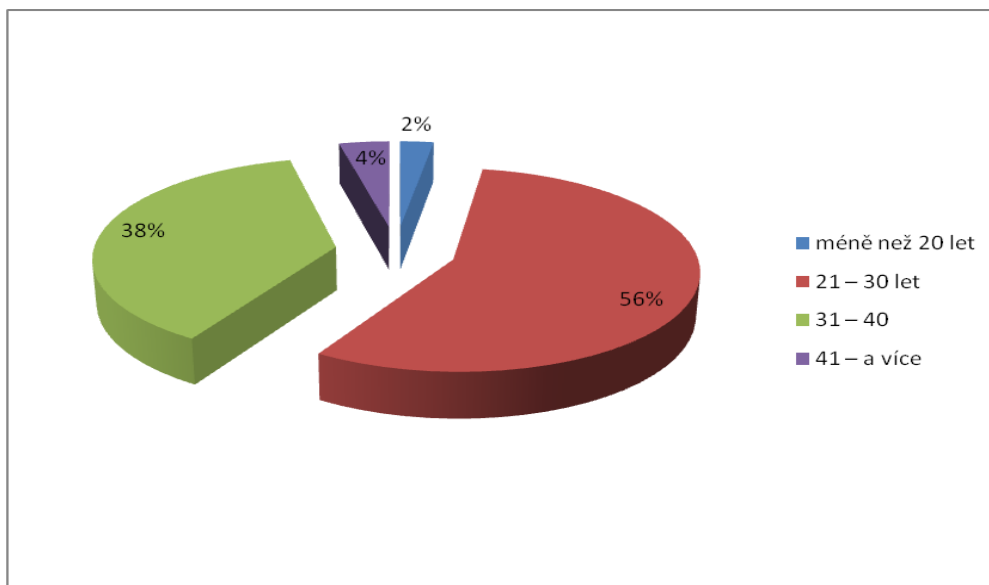
Vyhodnocení dotazníků jsem prováděla ručním tříděním a získaná data jsou zpracovány do tabulek a grafů, kde jsou uvedeny v procentech.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (Otázka č. 1, 2, 3)

Otázka č. 1: *Kolik je Vám let?*

Graf č. 1: Věk respondentek

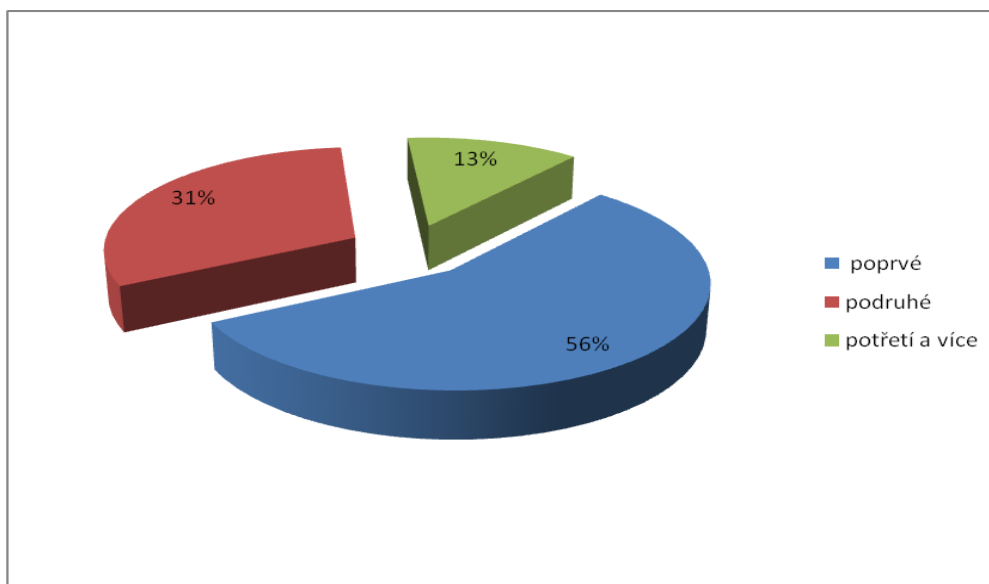


Zdroj: vlastní

Na otázku odpovídalo celkem 80 respondentek. Nejčastější věk žen je 21 - 30 let, což činí 56%. Druhý nejčastější věk žen je 31 – 40 let a to činí 38%. Respondentky ve věku 41 a více obsadily 4% a pouze 2% respondentek tvoří ženy mladší než 20 let.

Otázka č. 2: Kolikrát jste již rodila?

Graf č. 2: Počet porodů

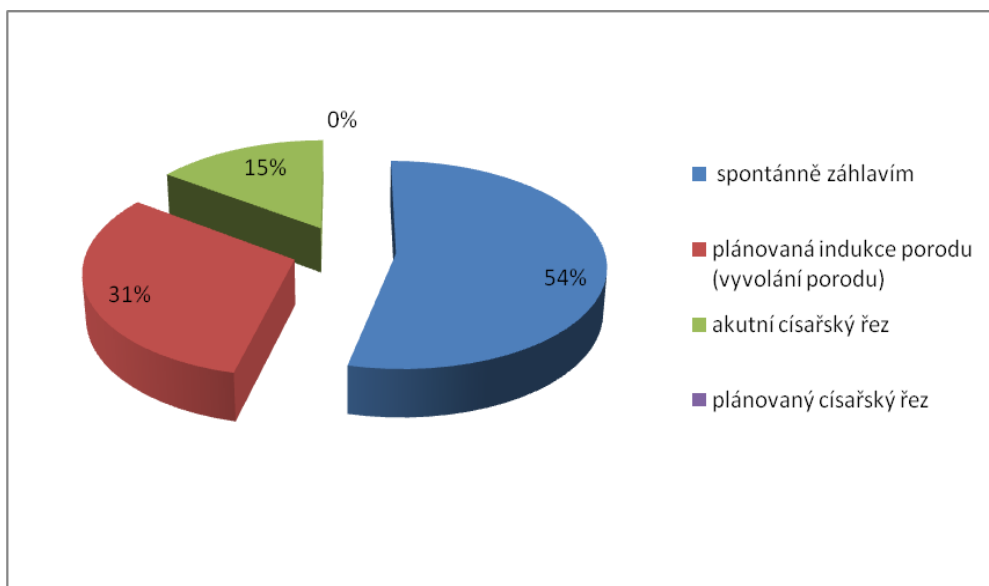


Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem zjišťovala, kolikrát již respondentky rodily. Variantu rodila jsem poprvé, zvolilo 56%. Druhou možností byla varianta: rodila jsem podruhé, tuto možnost zvolilo 31% respondentek. 13% respondentek zvolilo třetí možnost, která označovala respondentky se třemi a více porody.

Otázka č. 3: Jakým způsobem se miminko narodilo?

Graf č. 3: Způsob porodu



Zdroj: vlastní

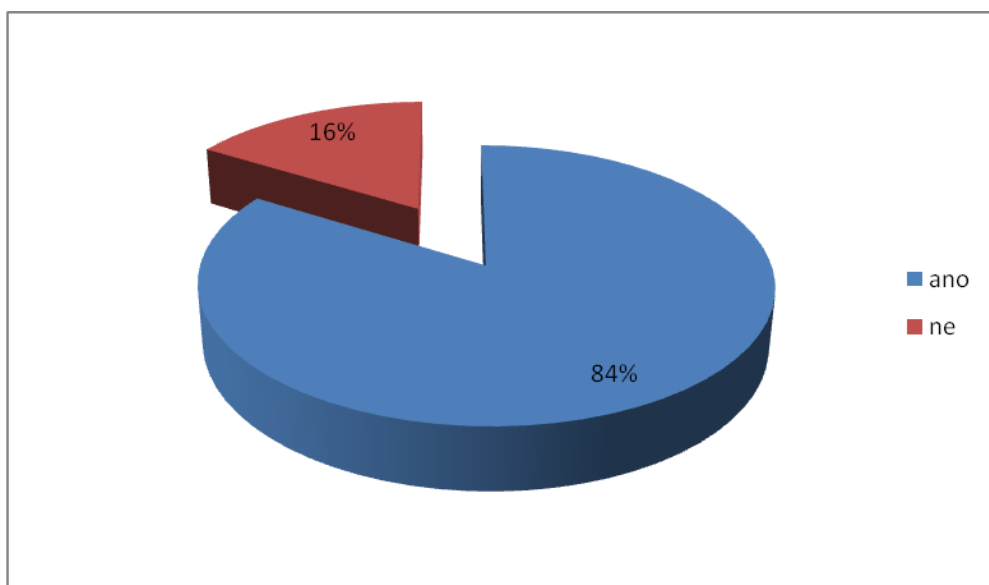
Z celkového počtu 80 respondentek, odpovědělo 54%, že rodilo spontánně záhlavím. 31% žen mělo plánovanou indukci porodu a u 15% žen skončil porod jako akutní císařský řez. Plánovaný císařský řez nezvolila ani jedna respondentka.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rodičky informovány o řešení tlumení bolesti při porodu před příchodem na porodní sál.

Předpoklad 1: **Domnívám se, že více než polovina rodiček získala informace o řešení tlumení bolesti při porodu z internetu.** (Otázky č. 4, 5, 6)

Otázka č. 4: *Věděla jste, jak můžete nefarmakologicky ovlivnit bolest během porodu před příchodem na porodní sál?*

Graf č. 4: Informovanost žen



Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 67 (84%) žen o nefarmakologických metodách tlumení porodních bolestí před příchodem na porodní sál vědělo, 13 (16%) žen nemělo žádný zdroj informací o této metodě tlumení bolesti před příchodem na porodní sál.

Otázka č. 5: *Pokud ano, kde jste informace o tlumení bolesti získala? (označeno více odpovědí)*

Tabulka č. 1: Získané informace o metodách tlumení bolesti

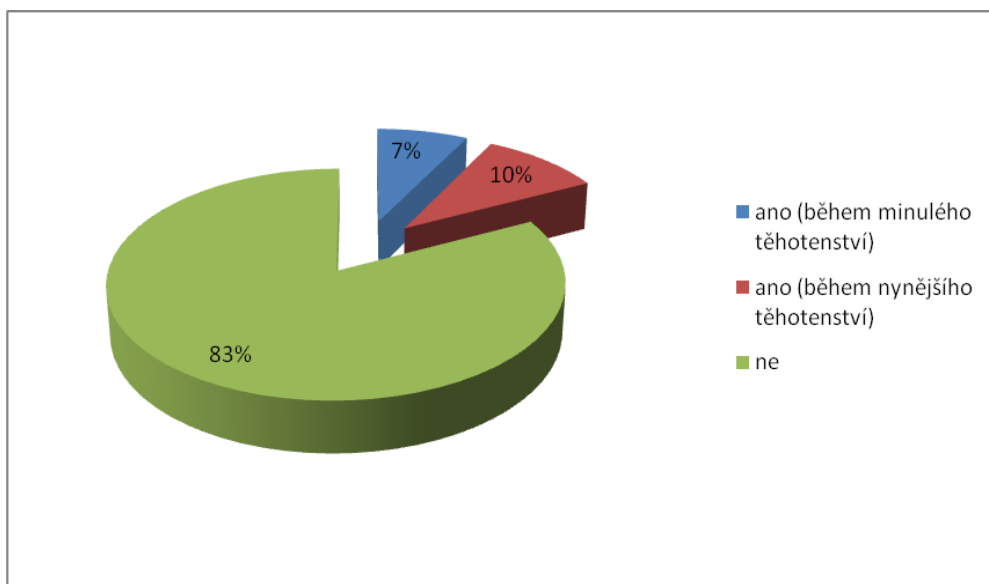
Kde	Počet	Procentní podíl
porodní asistentka u ambulantního gynekologa	18	27 %
porodní asistentka – předporodní kurz	14	21 %
odborná literatura, časopisy	15	22 %
internet	58	87 %
kamarádky, rodina	27	40 %
jiné	4	6 %

Zdroj: vlastní

Tato otázka nabízela více variant odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 67 (84%) respondentek. Z grafu vyvozujeme, že největší počet 87% žen hledalo informace na internetu, 27% žen uvedlo jako zdroj informací porodní asistentku u ambulantního gynekologa, 22% žen čerpalo informace z odborné literatury či časopisu. Informace získalo 21% žen od porodní asistentky v předporodních kurzech a 40% žen získalo informace od kamarádek či rodiny. Z jiných zdrojů čerpalo 6% žen.

Otázka č. 6: *Navštěvovala jste v těhotenství kurz pro těhotné?*

Graf č. 5: *Návštěvnost předporodních kurzů*



Zdroj: vlastní

Předporodní kurz navštěvovalo celkem 17% žen, 10% žen během nynějšího těhotenství a 7% žen během minulého těhotenství. Překvapilo, mě že 83% nenavštěvovalo žádný předporodní kurz.

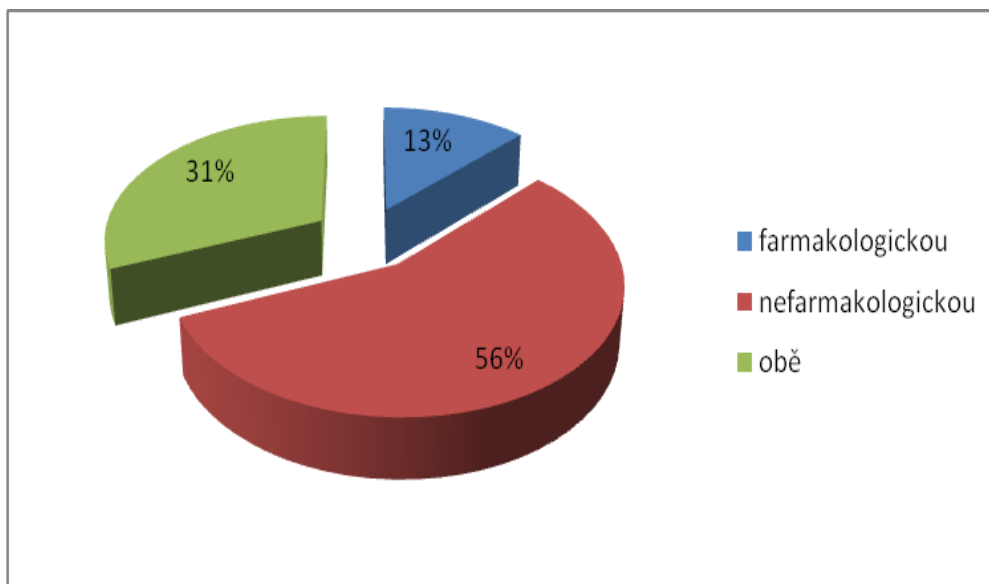
Cíl 2: Zjistit, které metody tlumení porodních bolesti jsou u porodu nejčastěji využívané a které přinášejí největší úlevu?

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií.

Předpoklad 3: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí za nejúčinnější nabízenou metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií. (Otázky č. 7, 8, 9, 10)

Otázka č. 7: Jaký způsob tlumení bolesti jste zvolila během porodu?

Graf č. 6: Způsob tlumení bolesti



Zdroj: vlastní

Z toho to grafu vyplývá, že 56% žen zvolilo nefarmakologické metody tlumení bolesti. 31% žen zvolilo, jak metodu farmakologickou tak i nefarmakologickou a 13% žen zvolilo pouze farmakologickou metodu tlumení bolesti.

Otázka č. 8: *Využila jste nefarmakologickou metodu tlumení bolesti, z jakého důvodu?
(označeno více odpovědi)*

Tabulka č. 2: Důvod volby nefarmakologické metody

Důvody	Počet	Procentní podíl
nezatěžuje zdraví moje ani dítěte	45	64 %
mám s nimi dobré zkušenosti	7	10 %
poradila mi je porodní asistentka	52	74 %
Jiné	1	2 %

Zdroj: vlastní

Z této tabulky vyplývá, že z celkového počtu 70 žen zvolilo tuto metodu tlumení bolesti z důvodů, že nezatěžuje zdraví dítěte 64%. 10 % žen má zkušenost vlastní s touto metodou. 74% žen tuto metodu tlumení bolesti zvolilo na doporučení porodní asistentky a 1 žena tuto metodu zvolila z jiného důvodu.

Otázka č. 9: V případě že jste zaškrtnla u otázky 7. b) nebo c), které nefarmakologické metody jste využila? (označeno více odpovědi)

Tabulka č. 3: Využité nefarmakologické metody

Metody	Počet	Procentní podíl
Hydroanalgezie - sprcha	62	86%
koordinované dýchání	55	79%
úlevové polohy	23	33%
aromaterapie	10	14%
muzikoterapie	18	24%
Masáže	12	17%
akupresura, akupunktura	2	3%
Hypnóza	0	0%
homeopatika	1	1%
Jiné	0	0%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 70 žen jich 86% využilo hydroanalgezii, 79% žen využilo koordinované dýchání, 33% žen využilo úlevové metody. Dále 24% žen využilo muzikoterapii, 17% žen masáže a 14 % žen aromaterapii. 3% žen využilo akupresuru či akupunkturu a nejméně žen využilo homeopatika 1%. Hypnózu a jiné metody ženy nevyužily.

Otázka č. 10: *Pokud Vám přinesla nefarmakologická metoda úlevu, která? (označeno více odpovědí)*

Tabulka č. 4: Nejúčinnější nefarmakologické metody

Metody	Počet	Procentní podíl
Hydroanalgezie - sprcha	54	77%
koordinované dýchání	37	53%
úlevové polohy	18	26%
aromaterapie	6	9%
muzikoterapie	5	7%
Masáže	10	14%
akupresura, akupunktura	0	0%
Hypnóza	0	0%
homeopatika	0	0%
Jiné	0	0%

Zdroj: vlastní

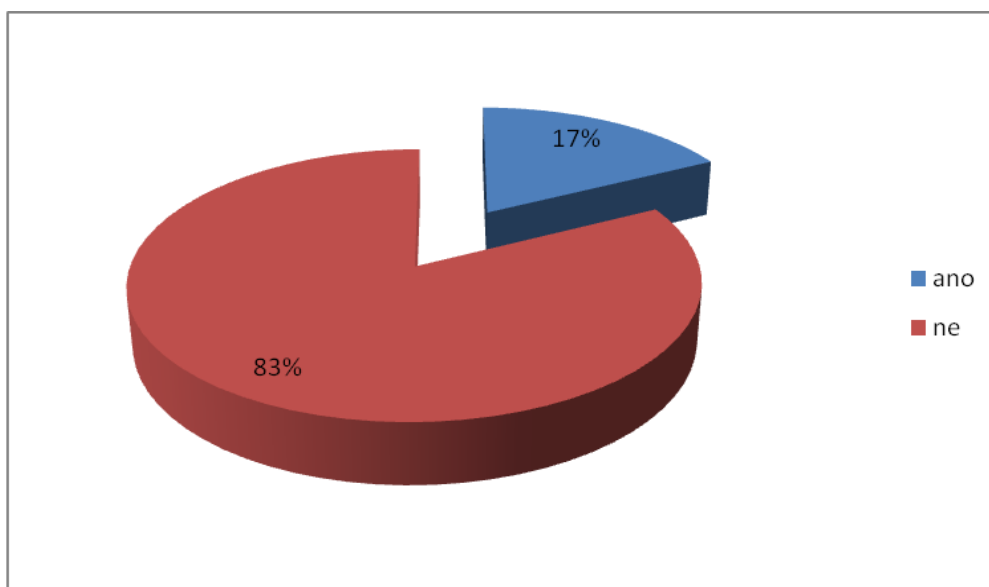
Z tabulky vyplývá, nejúčinnější nefarmakologická metoda tlumení porodní bolesti je hydroanalgeie. Z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných žen jich 77% označilo hydroanalgezi. Jako druhou neúčinnější metodu tlumení bolesti označilo 53% žen koordinované dýchání, 26% žen úlevové polohy, 14% žen vybralo masáže a 9% žen aromaterapii. 7% žen označilo muzikoterapii. Akupresuru, akupunkturu, hypnózu, homeopatika a jiná neoznačila ani jedna žena.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem pracují porodní asistentky s nefarmakologickými metodami během porodu.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina porodních asistentek ženám doporučila nefarmakologické metody tlumení bolesti. (Otázky č.: 11, 12, 13, 14, 15, 16)

Otázka č. 11: *Měla jste připravený porodní plán?*

Graf č. 7: Porodní plán

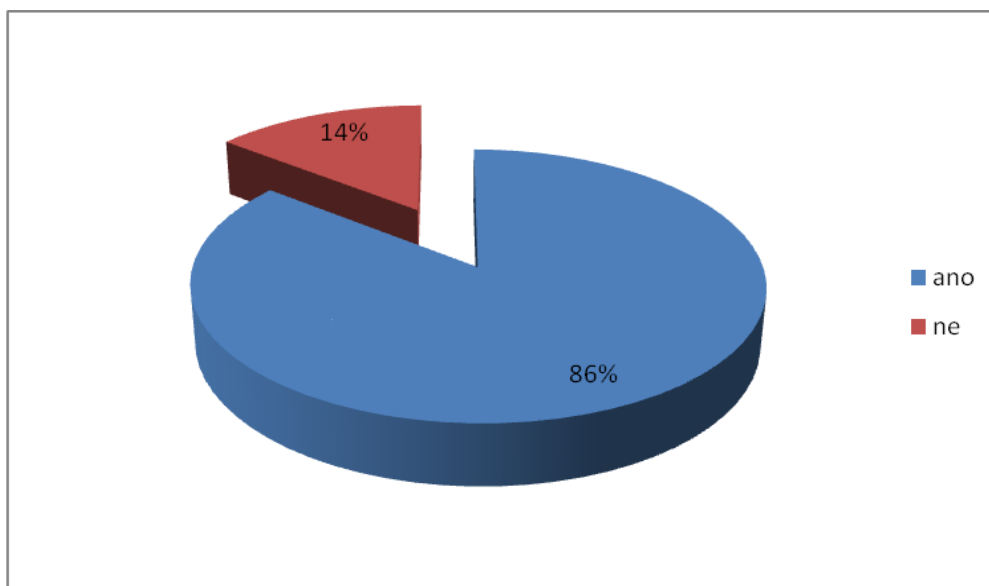


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 66 (83%) žen nemělo připravený porodní plán. Pouze 14 (17%) žen mělo porodní plán připravený.

Otázka č. 12: Zaměřila jste se v porodním plánu cíleně i na metody ovlivnění bolesti?

Graf č. 8: Zahrnutí metod tlumení bolesti v porodním plánu

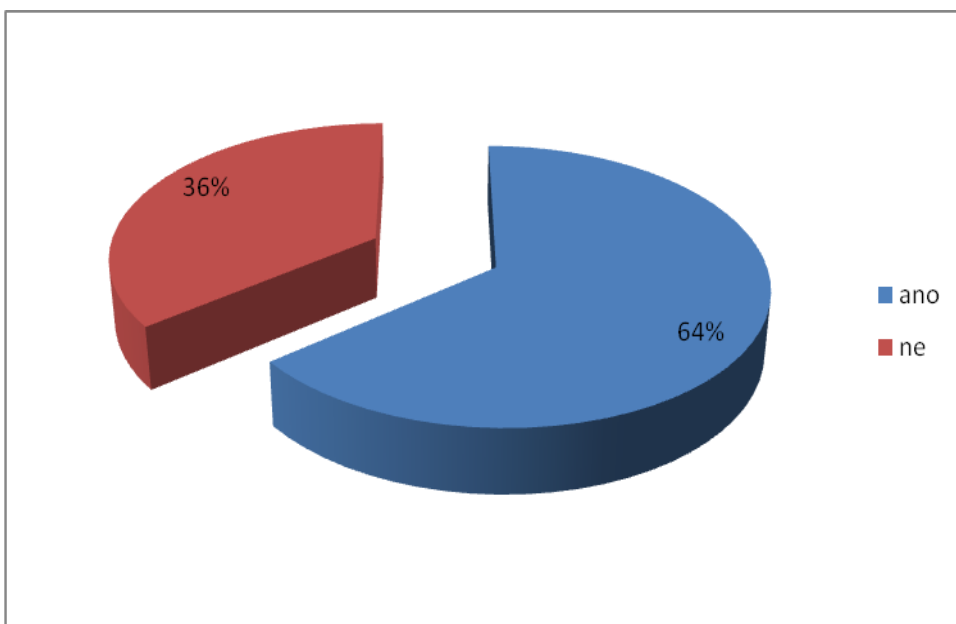


Zdroj: vlastní

Z předešlého grafu vyplynulo, že 14 (17%) žen mělo porodní plán. U těchto žen jsem se snažila zjistit, zda se v porodním plánu zaměřilo cíleně na metody tlumení bolesti. 12 (86%) žen odpovědělo, že se zaměřilo a 2 (14%) žen ne.

Otázka č. 13: *Snažila se porodní asistentka vyhovět Vaším přáním v porodním plánu?*

Graf č. 9: Přání v porodním plánu

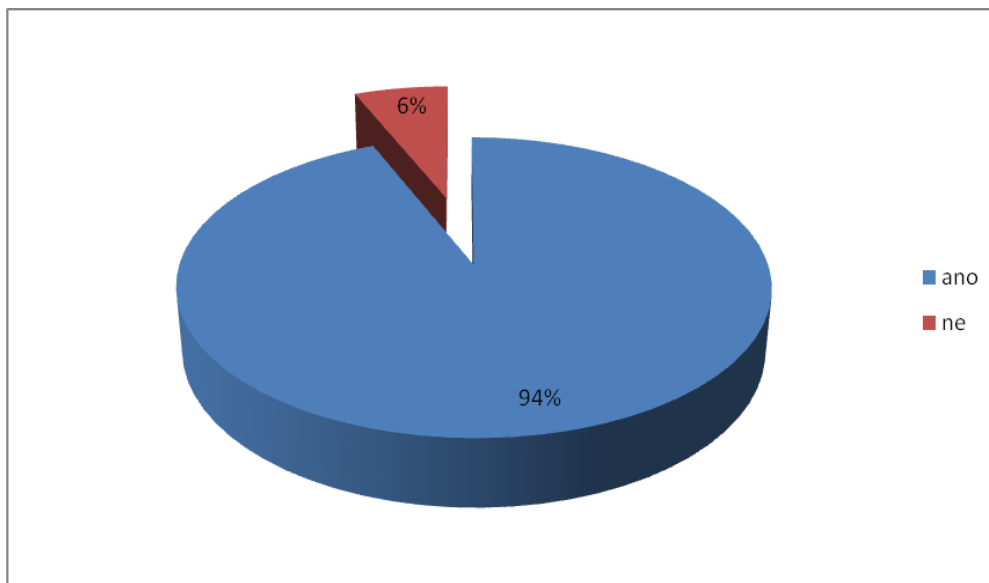


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 14 žen (17%) odpovědělo, že mělo porodní plán. Zajímalo mě, zda porodní asistentka vyhověla přání, rodiček v porodním plánu. 64% ženám porodní asistentka vyhověla s přáním, 36% žen uvedlo, že porodní asistentka se nesnažila vyhovět jejich přáním.

Otázka č. 14: Nabízela Vám porodní asistentka během porodu nefarmakologické metody mírnění porodních bolestí?

Graf č. 10: Nabízené metody tlumení bolesti porodní asistentkou



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku mohly ženy odpovědět ano nebo ne. 75 (94%) žen uvedlo, že jim porodní asistentka nabízela nefarmakologické metody tlumení bolesti a 5 (6%) žen uvedlo, že jim porodní asistentka nenabízela nefarmakologické metody tlumení bolesti.

Otázka č. 15: *Pokud ano, jaké? (označeno více odpovědí)*

Tabulka č. 5: Nefarmakologické metody tlumení bolesti

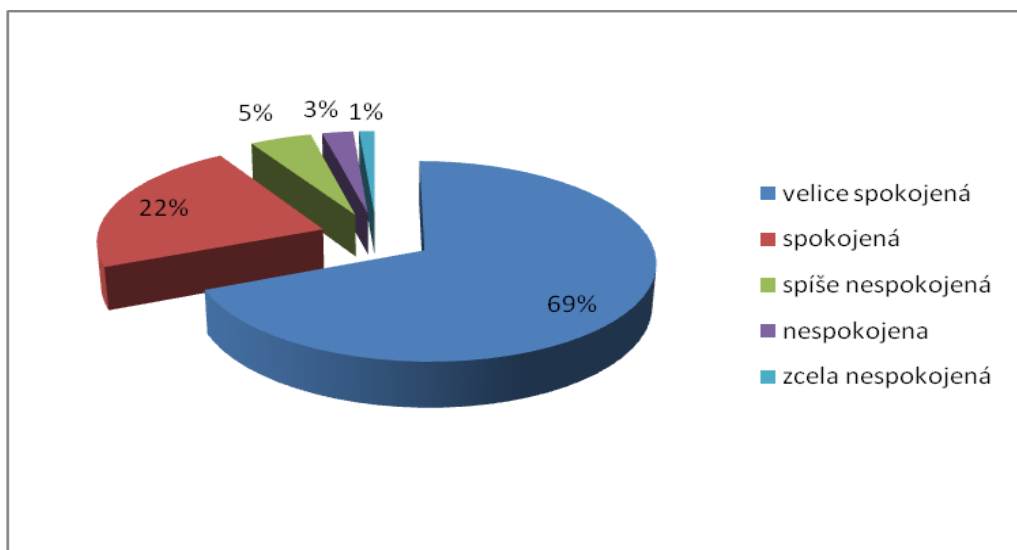
Metody	Počet	Procentní podíl
Hydroanalgezie - sprcha	58	77%
koordinované dýchání	45	60%
úlevové polohy	55	73%
aromaterapie	5	7%
muzikoterapie	18	24%
Masáže	10	13%
akupresura, akupunktura	0	0%
Hypnóza	0	0%
homeopatika	1	1%
Jiné	0	0%

Zdroj: vlastní

Pokud respondentky odpověděly ano, u otázky č. 14 měly, označit nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, které jim porodní asistentka nabídla. Z grafu je patrné, že 77% žen uvedlo hydroanalgezie, 60% žen uvedlo koordinované dýchání, 73% žen uvedlo úlevové polohy, 7% žen uvedlo aromaterapii, 24% žen uvedlo muzikoterapii, 13% žen uvedlo masáže, 1% žen uvedlo homeopatika, 0% žen uvedlo akupresuru, akupunkturu, hypnózu a jiné.

Otázka č. 16: *Byla jste spokojená s péčí porodní asistentky na porodním sále?*

Graf č. 11: Spokojenost žen s porodní asistentkou



Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, zda byly ženy spokojené s péčí porodní asistentky. Z 80 respondentek, odpovědělo 69% žen, že bylo velice spokojeno, 22% žen bylo s péčí porodní asistentky spokojeno a 5% spíše nespokojeno. 3% žen bylo nespokojeno a 1% bylo zcela nespokojeno s péčí porodní asistentky.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rodičky informovány o řešení tlumení bolesti při porodu před příchodem na porodní sál.

K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 4, 5 a 6. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit, zda jsou ženy informovány o metodách tlumení bolesti před příchodem na porodní sál a kde získávají informace.

K tomuto cíli se vztahoval předpoklad č. 1: Domnívám se, že více než polovina rodiček získala informace o řešení tlumení bolesti při porodu z internetu.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 4, kterou jsem si ověřila, zda ženy vědí, jak můžou nefarmakologicky ovlivnit bolest během porodu před příchodem na porodní sál. Na tuto otázku odpovědělo 80 respondentek. 84% žen odpovědělo, že o této metodě věděly již před příchodem na porodní sál. Zbýlých 16% žen o této metodě nevědělo. Další otázkou č. 5 jsem zjišťovala, kde informace ženy získávají. Nejvíce informací získávají pomocí internetu, kde zvolilo tuto metodu 54 % respondentek. Druhá nejčastější odpověď byla: porodní asistentka u ambulantního gynekologa 17,4% a 11% získalo informace z odborné literatury, časopisu. Respondentky získávaly také informace od porodní asistentky v předporodním kurzu 10,3% nebo 8,1% získalo od kamarádky či rodiny. Jiné zdroje uvedlo 2, 9% žen.

Předpoklad 1 se mi potvrdil.

Cíl 2: Zjistit, které metody tlumení porodních bolestí jsou u porodu nejčastěji využívány a které přinášejí největší úlevu?

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10. Těmito otázkami jsem zjišťovala, která nefarmakologická metoda je nejčastěji dotazovanými respondentky využívaná a která nefarmakologická metoda přináší respondentkám

K tomuto cíli se vztahoval předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií. Také se k tomuto cíli vztahoval předpoklad 3: Domnívám se, že více než polovina rodiček zvolí za nejúčinnější nabízenou metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií.

Předpoklad 2 jsem si ověřila otázkou č. 9, kde jsem se snažila zjistit, které nefarmakologické metody tlumení bolesti nejčastěji ženy využívají. Nejčastěji využívanou metodou tlumení bolesti označily respondentky hydroanalgezií. Z celkového počtu 70 žen

jich 86 % využilo hydroanalgezií, 79% žen využilo koordinované dýchání, 33% žen využilo úlevové metody. Dále 24% žen využilo muzikoterapii, 17% žen masáže a 14% žen aromaterapii. 3% žen využilo akupresuru či akupunkturu a nejméně žen využilo homeopatika 1%. Hypnózu a jiné metody tlumení bolesti ženy nevyužily.

Předpoklad 3 jsem si ověřila pomocí otázky č. 10, kde jsem zjišťovala, která metoda nejvíce ženám přinesla úlevu od porodních bolestí. V šetření mi vyšlo, že z celkového počtu 70 dotazovaných žen jich 77% označilo hydroanalgezií. Jako druhou neúčinnější metodu tlumení bolesti označilo 53% žen koordinované dýchání, 26% žen úlevové polohy, 14% žen vybralo masáže a 9% žen aromaterapii. 7% žen označilo muzikoterapii. Akupresuru, akupunkturu, hypnózu, homeopatika a jinou metodu neoznačila ani jedna žena.

Předpoklad 2 se mi potvrdil a předpoklad 3 se mi potvrdil.

Cíl 3 : Zjistit, jakým způsobem pracují porodní asistentky s nefarmakologickými metodami během porodu.

K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 11, 12, 13, 14, 15, 16. Těmito otázkami jsem zjišťovala, zda ženám porodní asistentka nabízela nefarmakologické metody tlumení bolesti a které konkrétní nefarmakologické metody tlumení bolesti.

Předpoklad 4 : Předpokládám, že více než polovina porodních asistentek doporučila nefarmakologickou metodu tlumení bolesti.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 14, kde jsem zjišťovala, zda porodní asistentka nabízela ženám během porodu nefarmakologické metody tlumení bolesti. Z 80 dotazovaných žen 94% respondentek uvedlo, že porodní asistentka nabízela nefarmakologickou metodu tlumení bolesti během porodu. Zbývajících 6% žen uvedla, že porodní asistentka jim nefarmakologickou metodu tlumení bolesti během porodu nenabízela. S tímto předpokladem pak souvisí i to, jaké metody nefarmakologické metody ženám porodní asistentka nabízela. Z celkového počtu 75 repondentek uvedlo, že 77% ženám byla nabídnuta porodní asistentkou hydroanalgezie. 60% žen uvedlo koordinované dýchání, 73% žen uvedlo úlevové polohy, 7% žen uvedlo aromaterapii, 24% žen uvedlo muzikoterapii. 13% žen uvedlo masáže a 1% žen uvedlo, že jim porodní asistentka doporučila homeopatika. 0% žen uvedlo akupresuru, akupunkturu, hypnózu a jiné.

Předpoklad 4 se mi potvrdil

12 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem tlumení bolesti při porodu. Můj hlavní cíl v této práci, bylo zjistit, který metody tlumení bolesti ženy preferují. Po stanovení cíle a předpokladu práce, byl sestaven dotazník o 16 otázkách pro ženy po porodu. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků. Z tohoto celkového množství byla jejich návratnost 80 dotazníků použitelných pro vypracování praktické části. Návratnost dotazníků tedy činila 67%.

V této kapitole bakalářské práce jsou rozebrány výsledky daných předpokladů, včetně tří otázek, týkající se obecného přehledu. V otázce č. 1 jsem zjišťovala, věk respondentek. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastější věk respondentek je 21 -30 let. V dalších dvou otázkách jsem zjišťovala, kolikrát ženy rodily a jakým způsobem se miminko narodilo. Tyto otázky se k žádnému předpokladu nevztahují.

Prvním dílčím cílem jsem se zajímala, zda jsou rodičky informovány o řešení tlumení bolesti při porodu před příchodem na porodní sál. Mým předpokladem bylo, že více než polovina rodiček získala informace o řešení tlumení bolesti při porodu z internetu. Z výzkumu plyne, že 98% žen vědělo o nefarmakologických metodách tlumení bolesti před příchodem na porodní sál a 2% žen o těchto metodách nevědělo. Docent Pařízek (2009, s. 438) uvádí, že v současné době je známo mnoho metod porodnické analgezie, které nabízejí mnoho možností. Metody se od sebe liší svojí účinností, technikou náročnosti a délkou působením. Jsou – li metody správně a ve správný čas využity, pak tlášení porodních bolestí vede ke snížení porodních komplikací u matky i u plodu. Platí zde základní podmínky: žádná metoda nesmí ovlivnit stav matky ani dítěte, neměla by ovlivňovat činnost dělohy, ale přitom by měla být vysoce účinná. Můj předpoklad se mi potvrdil. Z mého šetření vyplývá, že ze 134 odpovědí se 54% žen zajímalo o řešení tlumení bolesti z internetu. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že ženy získaly informace od porodní asistentky u ambulantního gynekologa (17,4%). Dále pak získaly ženy informace z odborné literatury či časopisu (11%), od porodní asistentky v předporodním kurzu (10,3%), od kamarádek či rodiny (8,1%) a v poslední řadě jiné zdroje (2,9%). Během své praxe u ambulantního gynekologa jsem se často setkala z mnoha ženy, které využívají internet jako hlavní zdroj informací. Často jsem se sama sebe ptala, proč ženy tento zdroj informací tolik využívá. Většinou jsem obdržela odpověď, že je internet praktická a jednoduchá metoda, kterou má a využívá dnes doma skoro každý. Jde o rychlé nalezení potřebných informací, které zrovna hledáte. Po té jsem se vždy snažila ukázat, ale druhou

stranu tohoto zdroje. Myslím si, že na internetu sice existuje i mnoho cenných rad, ovšem laik se v nich pouze těžko vyzná a nedokáže posoudit jejich správnost nebo přínos. Lenka Sikorová (2010, s. 72) ve své bakalářské práci na téma Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod (ovlivnění porodní bolesti pomocí nefarmakologických metod), také zjišťovala informovanost žen o nefarmakologických metodách tlumení bolesti před příchodem na porodní sál. Výzkum této práce byl veden pomocí dotazníkového šetření. Sikorové z toho to šetření vyplynulo, že ze 71 žen 59% žen hledalo informace o nefarmakologických metodách tlumení bolesti na internetu. Z mého výzkumu vyplývá, že ze 134 odpovědí se 54% žen zajímalo o informace na internetu. Zajímavé je, že i po 7 letech od provedení výzkumného šetření Sikorové se moje i jí odpovědi na tuto otázku shodují.

Dalším cílem mé práce bylo zjistit, které metody tlumení porodních bolestí jsou u porodu nejčastěji využívané a které přináší největší úlevu. Mým předpokladem k tomuto cíli bylo, že více než polovina rodiček zvolí metodu pro zmírnění bolesti hydroanalgezií. Tak též, byl určen ještě jeden předpoklad a to, že více než polovina rodiček zvolí za nejúčinnější nabízenou metodu pro tlumení bolesti hydroanalgezií.

Předpoklad 2 se mi potvrdil. Z mého šetření vyplývá, že nejčastější využívanou metodou tlumení bolesti je hydroanalgezie. Z celkového počtu 70 žen jich 86% využilo hydroanalgezií. Druhou nejčastější využívanou metodou je koordinované dýchání. 79% žen využilo tuto metodu. Romana Vicánová (2010, s. 50) ve své bakalářské práci na téma Bolest a porod. Ve svém výzkumném šetření, také zkoumala, která nefarmakologická metoda tlumení bolesti ženy využijí ke zmírnění bolesti. Vicánové z tohoto šetření vyplynulo, že nejvíce odpovědí získala hydroanalgezie. Ze 105 odpovědí využívaly ženy z 51% hydroanalgezií. Druhou nejčastější odpovědí bylo koordinované dýchání (37%). I zde se nám odpovědi shodují.

Předpoklad 3: Z výzkumu vyplynulo, že nejúčinnější nefarmakologická metoda tlumení porodní bolesti je hydroanalgezie. Z celkového počtu 70 (100%) dotazovaných žen jich 77% označilo hydroanalgezií. Jako druhou metodu tlumení bolesti, která přinesla ženám úlevu je koordinované dýchání 53%. Docent Pařízek (2012, s. 192) uvádí, že relaxační koupele navodí rodičce příjemný pocit a pomáhají ji nadlehčovat, zejména při změně polohy. Při relaxačních koupelích dochází ke zvýšení psychické i somatické relaxace. Žena se nemusí pouze sprchovat, první dobu porodní může strávit i ve vaně.

Z vlastní praxe vím, že si rodičky tuto metodu tlumení bolesti velice chválí a porodní bolesti jsou pro ně snesitelnější. Lenka Sikorová (2010, s. 73) také zkoumala, které nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou nejúčinnější. Jejího výzkumu vyšlo, že 58% žen uvedlo hydroanagezii jako nejúčinnější nefarmakologickou metodu tlumení bolesti. Naše odpovědi se shodují v metodě tlumení bolesti, ale v počtu dotazovaných žen má Sikorová o 19 respondentek méně.

Třetím dílčím cílem mé práce bylo zjistit, jakým způsobem pracují porodní asistentky s nefarmakologickými metodami během porodu. Předpokladem bylo, že více než polovina porodních asistentek ženám doporučila nefarmakologické metody tlumení bolesti. Tento předpoklad se potvrdil, když se ukázalo, že z 80 respondentek 94% žen uvedlo, že jim porodní asistentka nabízela nefarmakologické tlumení bolesti. Zbývajících 6% žen uvedlo, že jim porodní asistentka tuto metodu tlumení bolesti nenabízela. S tímto předpokladem pak souvisí, i to jaké metody nefarmakologické metody tlumení bolesti ženám porodní asistentka nabízela. Z výzkumu plyne, že porodní asistentky nejvíce nabízejí ženám hydroanalgezii. Můj výzkum ukázal, že 77% žen byla nabídnuta hydroanalgezie. I z vlastní praxe vím, že nejčastěji nabízenou nefarmakologickou metodou je právě hydroanalgezie, ať už formou sprchy či vany. Štomerová (2010, s. 106) uvádí, že hydroanalgezie vychází z relaxačních účinků teplé vody na tělo a rodičce se tak pomáhá ulevit od porodní bolesti. Dochází při ní k rychlejší dilataci děložní branky, pomáhá uvolňovat stažené svaly, napomáhá psychickému uvolnění ženy a především, pomáhá urychlit samotný porod. Mezi hydroanalgezií se řadí: relaxační koupele, porod do vody, relaxační sprchování. Lenka Sikorová ve své bakalářské práci (Sikorová, 2010, s. 62) také zjišťovala, zda jsou ženám nabízeny nefarmakologické metody tlumení bolesti. Sikorová se ptá, zda ženám nabízel personál porodního sálu nefarmakologické metody tlumení bolesti. Z tohoto dotazníkového šetření vyplynulo že, 79% žen bylo nabídnuto personálem porodního sálu nefarmakologické metody tlumení bolesti. I Sikorová se pak dále doptává, která nefarmakologická metoda tlumení bolesti je nejčastěji doporučovaná personálem na porodním sále. Z jejího výzkumu vyšlo, že nejčastěji personál nabízí přítomnost blízké osoby. Jako druhou nejčastější nefarmakologickou metodou tlumení bolesti z jejího šetření vyplynulo, že personál nabízí úlevové polohy (balon) 83% až po té vyšla hydroanalgezie (82%) jako nabízená metoda tlumení bolesti personálem. Kdežto z mého šetření vyplynula hydroanalgezie jako nejčastější nabízená nefarmakologická metoda tlumení bolesti.

Otázkou je, zda by mi z výzkumného šetření, tak též vyšlo, že nejčastěji nabízenou metodou je přítomnost blízké osoby, kdybych tuto možnost v dotazníkovém šetření uvedla.

Doporučení pro praxi:

- Sestavení edukačního letáku s přehledným popisem nefarmakologickým metod ovlivnění porodní bolesti.
- Rozšíření povědomí o nefarmakologických metodách tlumení bolesti.
- Důsledná varování o nežádoucích účincích spjatých s farmakologickým řešením tlumení bolesti.
- Podpora možnosti podávání informací porodní asistentkou.

13 ZÁVĚR

Během těhotenství se žena setkává s mnoha radami a doporučeními, jakým způsobem řešit tlumení bolesti během porodu. Problém je v tom, že informací je celá řada a otázkou je jak se v nich mají nastávající maminky vyznat. Jak správně oddělit smysluplné a odborně ověřené informace od neodborných? Tato bakalářská práce je zaměřena na tlumení bolesti při porodu. Obsahem teoretické části je popis historie tlumení bolesti při porodu. Dále je popsána kapitola bolest – obecná charakteristika, fyziologie bolesti, porodní bolest, stupnice měření bolesti. Třetí kapitola podrobně popisuje nefarmakologické a farmakologické metody tlumení bolesti v jednotlivých dobách porodních. V poslední kapitole jsou zmíněné výhody a nevýhody metod tlumení bolesti při porodu.

Informace do praktické části jsem získávala kvantitativním výzkumem, pomocí dotazníkového šetření. Mým hlavním cílem bylo zmapovat, které metody tlumení bolesti ženy využívají během porodu. Z mého výzkumu vyplynulo, že ženy využívají nejvíce nefarmakologické metody tlumení bolesti. Jako první dílčí cíl jsem si stanovila, zda jsou rodičky informovány o řešení tlumení bolesti při porodu před příchodem na porodní sál. Mile mě překvapilo, že se ženy zajímají o metody tlumení bolesti během porodu. Na otázku, kde získaly informace, jsem zjistila, že přes polovinu žen získala informace díky internetu. Zde si sama pokládám otázku, proč si ženy vybírají zrovna tuto metodu získávání informací. I přes to, že víme, že některé názory a rady žen jsou zavádějící. Proto jsem se na podkladě této práce rozhodla navrhnout edukační leták, který je sestaven pomocí mého výzkumu. Nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou seřazeny podle nejčastějšího využití během porodu. Na závěr edukačního letáku jsem uvedla kontakt na porodní asistentku, která poskytne ženám informace o nefarmakologických metodách tlumení bolesti během porodu. Také jsem zde uvedla název knihy, která umožní ženám získat informace o nefarmakologických metodách tlumení bolesti. Domnívám se, že tento leták by mohl některým ženám pomoci při výběru metod tlumení bolesti během porodu. Na otázku, které metody tlumení porodních bolesti jsou u porodu nejčastěji využívané a které přinášejí největší úlevu. Vyplynulo, že nejčastěji využívanou metodou tlumení porodní bolesti při porodu je hydroanalgezie a největší úlevu přináší dle mého výzkumu hydroanalgezie. Také mne velmi mne potěšila, odpověď na otázku, zda porodní asistentka nabízela ženám nefarmakologické metody tlumení bolesti. Z mého výzkumu vyplynulo, že pouze 6% žen uvedlo, že jim porodní asistentka nenabízela nefarmakologické metody

tlumení bolesti. Nejčastěji nabízenou metodou je tak též hydroanalgezie. Domnívám se, že tato metoda je nejčastěji doporučována ve všech nemocnicích. Veškeré dílčí cíle a předpoklady jsou shrnuty v kapitole Diskuze, kde jsem uvedla další zjištění plynoucí z mého výzkumu.

Závěrem bych ráda uvedla, že zpracování této práce, jsem se obohatila o mnoho informací k dané problematice. Domnívám se a doufám, že zjištěné informace mi pomohou ve výkonu mé budoucí profese porodní asistentky. Ráda bych ve své praxi využívala nefarmakologické metody tlumení bolesti a nabízela je rodícím ženám. Chtěla bych chápat porodní bolest jako potřebnou a přirozenou součást porodu, zároveň se naučit pracovat s porodní bolestí.

LITERATURA A PRAMENY

PAŘÍZEK, A. a kolektiv. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Galén, 2012. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

BERANOVÁ, M. *Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Dostupnost z: <https://portal.zcu.cz/portal/prohlizeni.html>

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

CHRASTILOVÁ, G. *Farmakologické metody tlumení bolesti u porodu*. In babyweb.cz, [cit. 1.11.2013]. Dostupné: <http://www.babyweb.cz/farmakologicke-metody-tlumeni-bolesti-u-porodu>

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

PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie*. In Levret.cz [online]. [cit. 10. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>

ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 546s. ISBN 978-80-247-1303-8.

ŘÍHOVÁ, H. *Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

SIMKIN, P.. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. vydání. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.

BALASKASOVÁ, J.; ODENT, M.; KITZINGEROVÁ, S. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. 1. vydání. Praha: Argo, 2010. 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.

HEŘT, J.; HNÍZDIL, J.; KLENER, P. *Akupunktura: Mýty a realita*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 183 s. ISBN 80-7262-167-X.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.

ČEKAL, M., ŠULC, J. *Průvodce ženou jiným stavem: početí, těhotenství, porod, šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.

Duly [online]. *Kdo je dula* [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.duly.cz/o-nas/>

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

CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2549-9.

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

MOSKOWITZ, R. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. 1. vydání. Praha: Alternativa, 2008. 299 s. ISBN 978-80-86936-05-5.

HÖFER, S.. *Hebammen gesundheitswissen: für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach*. 5. Aufl. München: Gräfe und Unzer, 2010. 304 s. ISBN 978-3-7742-7463-1.

ŠTROMEROVÁ, Z., a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče)*. 1. vydání. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

ROZTOČIL, A., a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.

SAMKOVÁ, A., *Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky*. In. *Moderní babičství – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*, 2011, č. 20. 62 s., ISSN 1214-5572.

ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 511 s. ISBN 80-7262-257-9.

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

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentek	33
Graf č. 2 Počet porodu	104
Graf č. 3 Způsob porodu	35
Graf č. 4 Informovanost žen.....	36
Graf č. 5 Návštěvnost předporodních kurzu.....	38
Graf č. 6 Způsob tlumení bolesti	39
Graf č. 7 Porodní plán	43
Graf č. 8 Bolest v porodním plánu.....	44
Graf č. 9 Přání v porodním plánu	45
Graf č. 10 Nabízené metody tlumení bolesti porodní asistentkou.....	46
Graf č. 11 Spokojenost žen s porodní asistentkou	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Zdroj informací.....	37
Tabulka č. 2 Důvod volby nefarmakologické metody	40
Tabulka č. 3 Využité nefarmakologické metody	101
Tabulka č. 4 Nejúčinnější nefarmakologické metody	112
Tabulka č. 5 Nefarmakologické metody tlumení bolesti	117

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - dotazník	63
Příloha č. 2 – informovaný souhlas	67

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Eliška Konopíková a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotních studií. Tento anonymní dotazník poslouží k vypracování mé bakalářské práce, která se věnuje tlumení bolesti při porodu. Chtěla bych Vás proto poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Informace budou sloužit pouze pro účely zpracování bakalářské práce a nebudou nijak zneužity. Dotazník vyplňujte označením odpovědi. Můžete vybrat i více možností u jedné otázky.

Děkuji za Váš čas. Eliška Konopíková

1. Kolik je Vám let?
 - a. méně než 20 let
 - b. 21 – 30 let
 - c. 31 – 40
 - d. 41 a více

2. Po kolikáté jste rodila?
 - a. poprvé
 - b. podruhé
 - c. potřetí a více

3. Jakým způsobem se miminko narodilo?
 - a. spontánně záhlavím
 - b. plánovaná indukce porodu (vyvolání porodu)
 - c. akutní císařský řez
 - d. plánovaný císařský řez

4. Věděla jste, jak můžete nefarmakologicky ovlivnit bolest během porodu před příchodem na porodní sál?
 - a. ano
 - b. ne

5. Pokud ano, kde jste informace o tlumení bolesti získala? *(možno více odpovědí)*
 - a. porodní asistentka u ambulantního gynekologa

- b. porodní asistentka – předporodní kurz
- c. odborná literatura, časopisy
- d. internet
- e. kamarádky, rodina
- f. jiné

6. Navštěvovala jste v těhotenství kurz pro těhotné?

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

7. Jaký způsob tlumení bolesti jste zvolila během porodu?

- a. farmakologickou
- b. nefarmakologickou
- c. obě

8. Využila jste nefarmakologickou metodu tlumení bolesti, z jakého důvodu? *(možno více odpovědí)*

- a. nezatěžuje zdraví moje ani dítěte
- b. mám s nimi dobré zkušenosti
- c. poradila mi je porodní asistentka
- d. jiné

9. V případě že jste zaškrtnla u otázky 7. b) nebo c), které nefarmakologické metody jste využila? *(Možno více odpovědí)*

- a. hydroanalgezie – sprcha
- b. koordinované dýchání
- c. úlevové polohy
- d. aromaterapie
- e. muzikoterapie
- f. masáže
- g. akupresura, akupunktura
- h. hypnóza
- i. homeopatika

j. jiné

10. Pokud Vám přinesla nefarmakologická metoda úlevu, která? *(možno více odpovědí)*

- a. hydroanalgezie
- b. koordinované dýchání
- c. úlevové polohy
- d. aromaterapie
- e. muzikoterapie
- f. masáže
- g. akupresura, akupunktura
- h. hypnóza
- i. homeopatika
- j. jiné

11. Měla jste připravený porodní plán?

- a. ano
- b. ne

12. Zaměřila jste se v porodním plánu cíleně i na ovlivnění bolesti?

- a. ano
- b. ne

13. Snažila se porodní asistentka vyhovět Vaším přáním v porodním plánu?

- a. ano
- b. ne

14. Nabízela Vám porodní asistentka nefarmakologické metody mírnění porodních bolestí?

- a. ano
- b. ne

15. Pokud ano, jaké? *(Možno více odpovědí)*

- a. hydroanalgezie
- b. koordinované dýchání

- c. úlevové polohy
- d. aromaterapie
- e. muzikoterapie
- f. masáže
- g. akupresura, akupunktura
- h. hypnóza
- i. homeopatika
- j. jiné

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

- a. velice spokojená
- b. spokojená
- c. spíše nespokojená
- d. nespokojená
- e. zcela nespokojená

Děkuji za Váš čas a poskytnutí cenných informací.

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Tlumení bolesti při porodu

STUDENT

Jméno: Eliška Konopíková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e -mail: konopikovaa@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno: **Mgr. Lucie Kašová**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e -mail: lucie.kasova@centrum-robotko.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, které metody tlumení bolesti ženy využívají během porodu.

S Vaším svolením bude rozdán pacientkám Vaší ordinace dotazník, který bude použit pro sběr informací pro praktickou část mé BP. Pořízené dotazníky a informace v něm obsažené nebudou sdíleny s nikým jiným, než studentem a vedoucím bakalářské práce. Dotazníky jsou anonymní a ihned po kompletaci studie budou zničeny.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s umístěním anonymních dotazníků, které budou použity pro výzkumné účely do bakalářské práce v naší nemocnici.

Razítko a podpis ordinace:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: