

Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi

Anna Vyorálková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Vyorálková**

Osobní číslo: **H13769**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu související se zvoleným tématem bakalářské práce.

Stanovit a formulovat cíle bakalářské práce.

Zvolit vhodné výzkumné metody a výběr respondentů.

Vymežit v teoretické části pojmy porod, porodní bolesti a přiblížit metody tlumení bolestí během porodu.

Realizovat výzkumné šetření.

Analyzovat a interpretovat získaná data.

Zhodnotit výsledky bakalářské práce a uvést doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BERÁNKOVÁ, Světлана a Markéta MORAVCOVÁ. Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007. ISBN 978-80-7395-011-8.

BINDER, Tomáš. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

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

MORAUČÍKOVÁ, Eva. New methods in performing births. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2013. ISBN 978-80-263-0533-0.

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

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3. přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Konzultant:

Mgr. Dagmar Moravčíková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

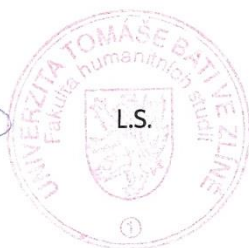
18. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 18. prosince 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně12.2.2016.....

..........

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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je složena ze dvou hlavních kapitol. První kapitola popisuje bolest jako fyziologický proces a bolest v jednotlivých fázích během porodu. Druhá kapitola obsahuje nefarmakologické techniky tlumení bolesti při porodu. Praktická část má výzkumný charakter. Prostřednictvím dotazníků jsou zkoumány jednotlivé cíle práce. Výsledky dotazníkového šetření jsou shrnuty do tabulek, grafů a jsou uvedeny v závěru práce.

Klíčová slova: bolest, porodní bolest, nefarmakologické metody

ABSTRACT

The bachelor thesis on Non-pharmacological methods to relieve labor pains in practice is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part consists of two main chapters. The first chapter describes the pain as a physiological process and pain in individual stages during childbirth. The second chapter contains non-pharmacological techniques of pain relief during labor. The practical part has a research character. The individual aims of the thesis are examined through questionnaires. The results of the survey are summarized in tables, graphs, and are presented in the conclusion.

Keywords: pain, labor pain, non-pharmacological methods

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Zdeňku Adamíkovi a Mgr. Dagmar Moravčíkové za odborné vedení práce, cenné rady, ochotu a milý přístup, který provázel celou naši spolupráci. Také bych chtěla poděkovat všem porodním asistentkám, které se zapojily do realizace výzkumného šetření bakalářské práce.

Mé poděkování patří také mé rodině a příteli za podporu, kterou mi poskytli v průběhu celého studia.

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

Ve Zlíně dne:

.....

Anna Vyorálková

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 BOLEST	12
1.1 PORODNÍ BOLESTI.....	12
1.1.1 Faktory vyvolávající kontrakce	13
1.1.2 Monitorování děložní činnosti	14
1.2 PORODNÍ BOLESTI V JEDNOTLIVÝCH FÁZÍCH PORODU.....	16
1.2.1 Biologické přípravy organismu k porodu	17
1.2.2 I. doba porodní	17
1.2.3 II. doba porodní	18
1.2.4 III. doba porodní a doba po porodu	18
2 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY ZVLÁDÁNÍ PORODNÍCH BOLESTÍ.....	20
2.1 PSYCHOLOGICKÉ METODY	21
2.1.1 Psychoprofylaxe	21
2.1.2 Přítomnost blízké osoby u porodu.....	22
2.1.3 Hypnóza	23
2.1.4 Hudba u porodu	24
2.2 RELAXACE A DÝCHÁNÍ	24
2.3 MASÁŽ A DOTEKY	26
2.3.1 Efleráž.....	27
2.3.2 Terapeutický dotek	27
2.3.3 Akupresura a akupunktura	27
2.4 AROMATERAPIE	28
2.5 VYUŽITÍ VODY U PORODU	30
2.5.1 Relaxační koupel nebo sprcha	30
2.5.2 Kožní obstríky	30
2.6 ALTERNATIVNÍ POLOHY.....	31
2.6.1 Úlevové pozice	32
2.7 ELEKTROSTIMULACE (TENS).....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 METODIKA PRÁCE.....	36
3.1 CÍLE PRÁCE.....	36
3.2 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	36
3.2.1 Charakteristika souboru	37
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	38
5 DISKUZE	62
5.1 VÝSLEDKY VÝZKUMU	62
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	72

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	75
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Porod je zcela přirozený, bez pochyby fyziologický proces, který s sebou nese jak pocity štěstí a radosti, tak na druhé straně způsobuje ženě emoční a fyzické vypětí – bolest. Vnímání této bolesti je naprosto subjektivní pocit a je důkazem profesních dovedností a profesionality personálu porodního sálu, především porodních asistentek, jak dokáže rodící ženě v takové situaci pomoci a od bolesti ulevit. Smyslem by měla být snaha minimalizovat aplikaci farmak během porodu, a pokud to situace dovoluje, využít ke snížení bolesti za porodu některou nebo dokonce několik nefarmakologických metod. Jelikož v dnešní době tyto metody nejsou tak neznámé, ba naopak někdy až moc prosazované, mají o ně zájem samotné rodičky, ale především se jimi zabývají porodní asistentky, které tak mohou rodící ženě poskytnout osobnější péči a udělat z porodu krásný a příjemný zážitek.

Nejznámějšími metodami jsou v praxi nejspíše psychoprolaxe těhotných, která má za úkol těhotné ženy připravit a seznámit s průběhem porodu, nebo přítomnost partnera či jiné blízké osoby u porodu, jež při prožívání bolesti s ním spojených může poskytnout obrovskou duševní podporu. Tyto metody spolu s hypnózou a využitím hudby u porodu patří mezi tzv. psychologické metody. Ostatními možnostmi, jak snížit bolest u porodu mohou být například relaxace, využití bylinných extraktů ať už při masáži nebo koupeli, nebo polohování rodičky. Ve své podstatě jde o velmi jednoduché až primitivní techniky, které lidstvo využívá od pradávna – dotek, aromatické esence, teplo, voda či pohyb.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) charakterizována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním, nebo potencionálním poškozením tkání, a je vždy subjektivní. Význam bolesti je signální a informační. Pokud delší dobu neustupuje, stává se komplikací a postiženého sužuje. (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 163)

Bolest a její dráhu v těle popisuje Mander (2014, s. 84) jednoduše, a to tak, že bolest stimuluje receptory bolesti a tento podnět je přenášen nervy do míchy a míchou do mozku. Nocicepce je proces, jež popisuje normální zpracování bolestivého stimulu a reakce na škodlivé podněty. Nocicepce se skládá ze čtyř základních procesů – transdukce, transmise, vnímání a modulace.

Transdukce bolesti začíná, když volná nervová zakončení (nociceptory) C-vláken a A-delta vláken primárních aferentních neuronů reagují na nelibé nebo škodlivé podněty. Do mozku se díky těmto vláknům dostane zpráva, že organismus může být vystaven bolesti nebo utrpení. Nociceptory jsou v somatických tkáních, jako je kůže, sval, kost nebo kloub, a v útrobních tkáních, tedy orgánech jako jsou například játra. C-vlákna a A-delta vlákna jsou propojena s odlišnými vlastnostmi bolesti. V mozku jsou vyhodnocovány bolestivé podněty a ten následně vyšle impuls míchou až do příslušných nervů, které donutí tělo, aby zareagovalo. Tato naučená reakce se později stává téměř reflexem. Průběh transmise je rozdělen na tři stádia. Bolestivý podnět je převáděn z místa transdukce pomocí nociceptivních vláken do zadního rohu míšního, z míchy do mozkového kmene a drahami mezi thalamem a kůrou mozkovou. V mozku není žádné specializované centrum bolesti, tudíž jsou podněty z thalamu přeměřovány do několika oblastí mozku, kde dochází k jejich zpracování. Konečným výsledkem práce neuronů je vnímání bolesti, kdy se bolest stává vědomým prožitkem. Posledním procesem nocicepce je modulace. Ta zahrnuje přeměny, anebo útlum přenosu bolestivých impulsů v míše. (Mander, 2014, s. 84 – 89)

1.1 Porodní bolesti

Kameníková, Kyasová a Pannová (2003, s. 14) charakterizují porodní bolest jako situaci, kdy žena vnímá a popisuje přítomnost silného, prudkého a nelibého pocitu. Je to nepříjemný smyslový i emoční zážitek a přirozená reakce těla na skutečné, nebo potencionální poškození. Z porodnického hlediska mluvíme o vnímání a prožívání kontrakcí. Během poro-

du nelze bolest zcela odstranit, avšak cílem porodní asistentky je snížení jejího vnímání a její intenzity.

Porodní bolest je dvojího charakteru. Viscerální bolest doprovázející první dobu porodní, je zapříčiněna kontrakcemi dělohy a dilatací dolního děložního segmentu a bolest somatická, typická pro druhou dobu porodní vyvolaná traumatizací pochvy a perinea. (Roztočil a kol., 2008, s. 314)

Kontrakce dělohy jsou bezděčné stahy myometria, tedy svaloviny děložní, v horní části dělohy, kdy po každém stahu následuje relaxace svalových buněk. Je to děj reverzibilní, rytmicky se opakující. Cílem děložních kontrakcí je přetáhnout dolní děložní segment přes plod a porodit jej. Oba dva segmenty děložní, jak horní, tak dolní, fungují koordinovaně. Během toho, co se horní segment ztlušťuje a zkracuje svou délkou, naopak dolní segment se ztenčuje a vytahuje. Děložní kontrakce má svůj počátek v oblasti děložních rohů, v tzv. pacemakerech, ze kterých se lavinovitě šíří k dolnímu děložnímu segmentu a celou dělohou proběhne asi za 15 sekund. (Hájek a kol., 2014, s. 180; Roztočil a kol., 2008, s. 111)

Porod je pro ženu psychická i tělesná zátěž, která splňuje všechny rysy stresové reakce organismu. Bolest tedy vyvolává reflexní odpovědi, jako je zvýšená ventilace, vyšší srdeční výdej a spotřeba kyslíku. Zároveň klesají gastrointestinální a urogenitální funkce. Rozvratem acidobazické rovnováhy a velkým množstvím vyplavovaných katecholaminů (hormony produkované buňkami dřeně nadledvin) může dojít až ke snížení děložních kontrakcí, což není pro další vývoj porodu příznivé. Řešením je tedy zmírnit bolest a přerušit bludný kruh fear-tension-pain, neboli strach-napětí-bolest. (Roztočil a kol., 2008, s. 315)

Dle Leifer (2004, s. 172) se porodní bolesti od ostatních typů bolesti odlišují v několika ohledech. Zaprvé, bolest při porodu je součástí normálního tělesného procesu, dále tím, že se žena může na tuto bolest připravovat dopředu a v neposlední řadě tím, že bolest sama odezní a po porodu se ztrácí. Bolesti ženu motivují, takže bolest, jako taková, může být prospěšná.

1.1.1 Faktory vyvolávající kontrakce

Příčiny vyvolávající porodní činnosti jsou multifaktoriální a nejsou stále zcela objasněny. Celý proces spuštění porodu je postupný a trvá dny až týdny před samotným začátkem děložních kontrakcí. (Roztočil a kol., 2008, s. 110) Hájek a kol. (2014, s. 179) dělí faktory podílející se na rozvoji děložních kontrakcí na mechanické, endokrinní a neurogení.

Mechanické faktory jsou podmíněny tím, že děložní stěna je rozepnuta narůstajícím děložním obsahem, tlakem na dolní děložní segment a děložní hrdlo ke konci těhotenství roste, a tím dochází k dráždění sakrálních nervových receptorů, čímž je podpořena produkce oxytocinu – Fergusonův reflex. Mezi mechanické činitele patří i tzv. Hamiltonův manévr, což je šetrné obkroužení vnitřní plochy branky prstem při vnitřním vyšetření. (Hájek a kol., 2014, s. 179)

V případě endokrinních faktorů spouštějících děložní kontraktilitu uvádí Hájek a kol. (2014, s. 179) několik hormonů:

- Zvýšení hladiny estradiolu E₂ (relativní hyperestrinismus) – podmiňuje stimulaci syntézy prostaglandinů a stimulaci oxytocinových receptorů a vzrůst jejich počtu. Svým působením utlumuje odbourávání oxytocinu a ovlivňuje membránový potenciál svalové buňky.
- Oxytocin – zvyšuje dráždivost svalové buňky a ovlivňuje sílu a délku děložních kontrakcí. Pravděpodobně dává prvotní impuls pro začátek porodu, kdy je sekretovaný v impulzech a rostoucí frekvencí.
- Prostaglandiny – senzibilují myometriu na oxytocin a způsobují prosáknutí a změknutí děložního hrdla neboli cervixu.
- Gestageny – v předporodním období se snižuje efektivita tzv. progesteronového bloku kontrakcí dělohy a s nárůstem estrogenů se zvyšuje aktivita myometria.

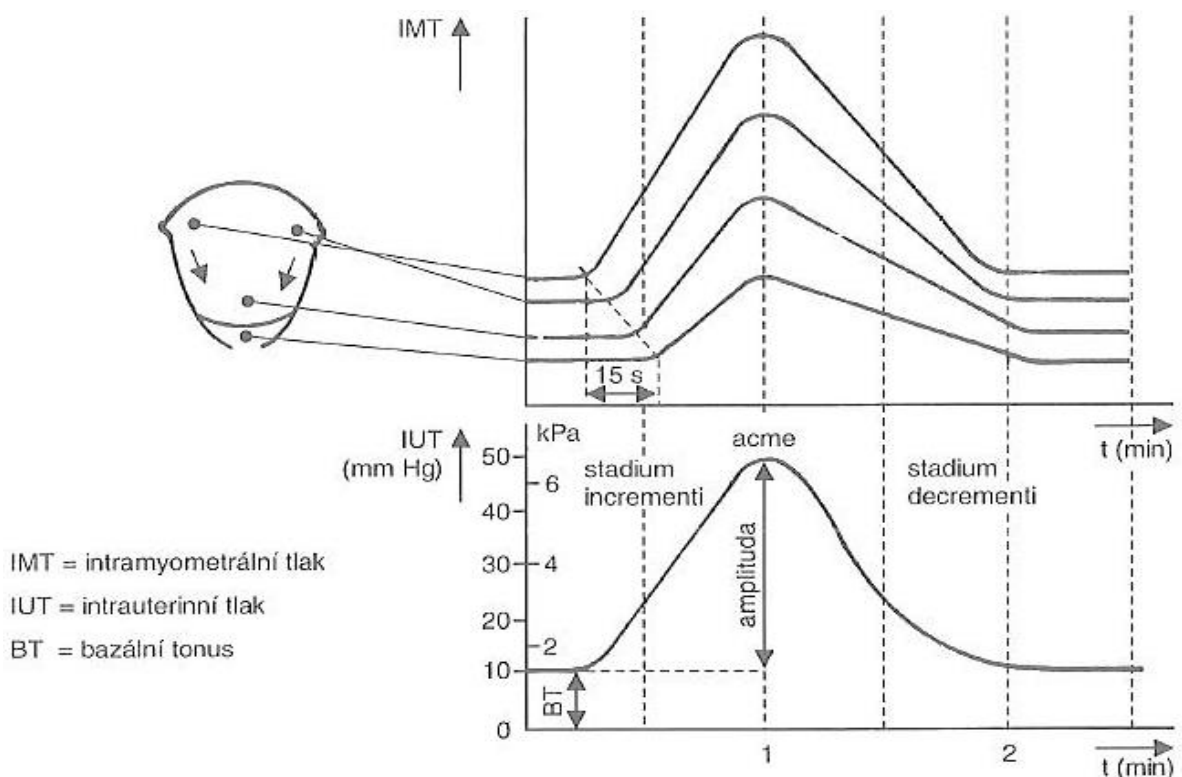
Faktory neurogenní zahrnují proces, při kterém vychází impulzy z receptorů uvnitř dělohy do oblasti v mozku, konkrétně do hypotalamu, kde podmiňují zvýšenou tvorbu oxytocinu, který je uložen v neurohypofýze a následně produkován do oběhu. Díky reflektorickým impulzům dochází zároveň k zvýšené aktivitě děložní svaloviny a snížení napětí v hrdle děložním. (Hájek a kol., 2014, s. 179)

1.1.2 Monitorování děložní činnosti

Děložní kontrakce mají určité parametry, které je nezbytné během porodu sledovat (Roztočil a kol., 2008, s. 111). Každá děložní kontrakce vychází z hodnoty bazálního tonusu (BT), tedy výši nitroděložního tlaku v klidovém období mezi jednotlivými kontrakcemi. Toto bazální napětí se na začátku porodu pohybuje kolem 8 – 12 torrů a postupně narůstá na úroveň 12 – 18 torrů (mm Hg). Nikdy by tyto hodnoty neměly přesáhnout 20 torrů. Výška intrauterinního tlaku neboli amplituda, je individuální. Na začátku porodu jsou její hodnoty okolo 30 – 40 torrů, ke konci první porodní doby vzrostou až na 50 – 60 torrů.

Tzv. montevidejské jednotky (MU), slouží k posuzování intenzity děložních kontrakcí. Násobkem intenzity děložních stahů v torrech a jejich frekvenci během 10 minut dostaneme výslednou hodnotu, která by neměla přesáhnout 300. (Hájek a kol., 2014. S. 180)

Kontrakční stah je charakterizován i svým průběhem. Má své vzestupné raménko, jež znázorňuje depolarizační vlnu děložní svaloviny (*stadium incrementi*). V průběhu porodu se jeho strmost mění. Nejprve má rychlé stoupání a k závěru porodu se zpomaluje. Vrchol kontrakce (*acme*) obvykle trvá krátkou dobu a je vystřídán sestupným raménkem (*stadium decrementi*), vyjadřující repolarizaci myometria, jejíž strmost je naopak zpočátku vyšší a později se zplošťuje. (Hájek a kol., 2014, s. 180)



Obr. 1 Průběh kontrakční vlny podle Caldeyro-Barceli (Zdroj: Čech a kol., 2006, s. 128)

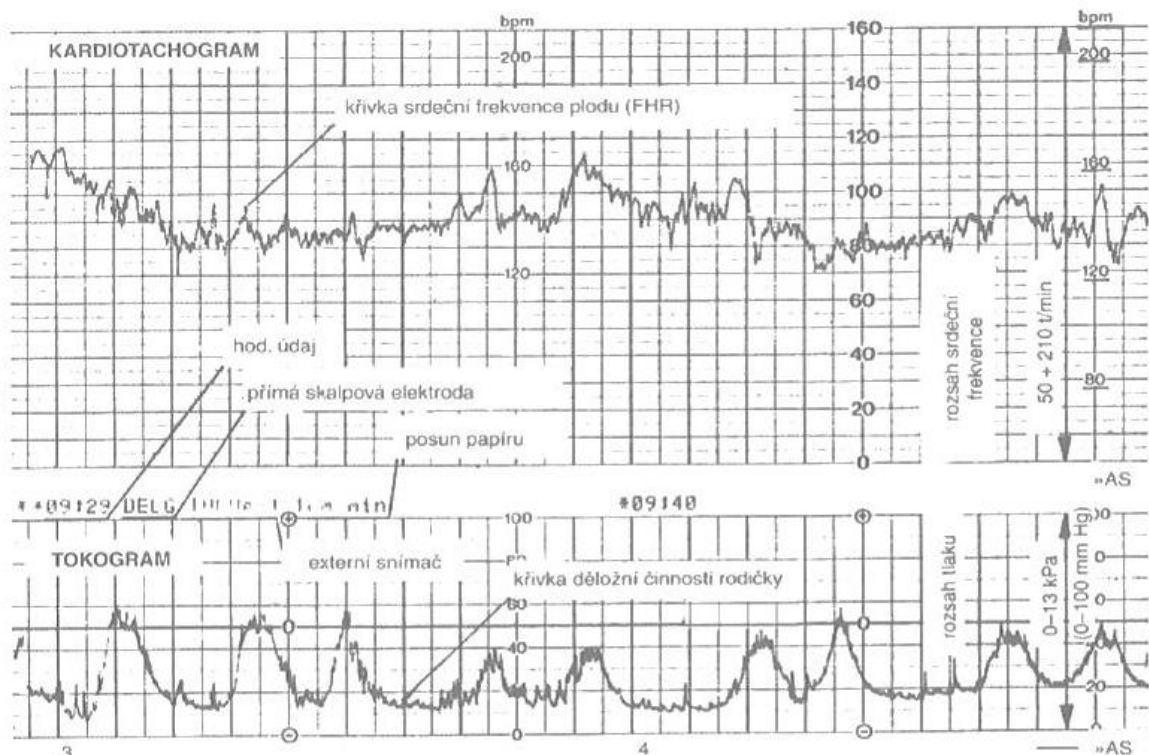
Dále stanovujeme frekvenci jednotlivých děložních stahů, která je na konci první doby porodní kolem čtyř kontrakcí za 10 minut, délku kontrakcí a mezikontrakční období od konce jedné do začátku druhé kontrakce. Počet všech stahů během porodu u prvorodiček je asi 110 – 150, u žen které již rodily 60 – 80, včetně druhé porodní doby. (Hájek a kol., 2014, s. 180)

Běžně se využívající variantou, jak měřit děložní aktivitu, je externí tokometrie, neboli zevní monitorování děložní činnosti, jako součást kardiografického vyšetření (KTG). Použitím tlakového snímače, který se upevňuje mediálně v oblasti pod fundem dělohy, se

v dolní části KTG záznamu zakresluje tokometrická křivka odpovídající pouze relativním hodnotám kontrakcí. Mezi parametry, které můžeme určit objektivně, patří frekvence kontrakcí, mezikontrakční období a jeho délka. (Hájek a kol., 2014, s. 155; Měchurová, 2012, s. 16)

Druhý způsob, jak lze monitorovat děložní činnost, je intrauterinní tenzometrie. Tato metoda využívá intrauterinní katétr s tlakovým senzorem, zavedený transvaginálně do dělohy za přísných aseptických podmínek, který podává objektivní hodnoty tlaku v děloze. Ovšem kvůli velkému invazivnímu zásahu do organismu se v dnešní době tato metoda již nepoužívá. (Měchurová, 2012, s. 16)

V neposlední řadě můžeme mezi možnosti sledování děložních kontrakcí zařadit subjektivní hodnocení rodičky nebo palpaci stahů dělohy přes břišní stěnu rodičky (Beránková a Moravcová, 2007, s. 45).



Obr. 2 Kardiotokogram plodu (Zdroj: Čech a kol., 2006, s. 442)

1.2 Porodní bolesti v jednotlivých fázích porodu

Úloha porodní bolesti spočívá zřejmě ve varování organismu před porušením celistvosti tkáně. Předpokládá se, že má také sloužit ženě jako signál blížícího se porodu, a tudíž vyhledat bezpečné místo, kde porod proběhne. (Roztočil a kol., 2008, s. 314)

I přesto, že porodní bolesti jsou subjektivním prožitkem, mohou být analyzovány a měřeny stupnicemi bolestivosti. Nejjednodušším zástupcem těchto metod je vizuální analogová škála (VAS), která nabízí desetibodové skóre od 0 (bez bolesti) do 10 (nesnesitelná bolest). Skóre porodní bolesti hodnocené podle desetibodové stupnice je 8 – 10 bodů. (Tournaire a Theau-Yonneau, 2007, s. 410; Roztočil a kol., 2008, s. 314)

Využití dotazníků McGillovy univerzity k hodnocení porodních bolestí napomohlo k závěru, že prvorodičky, které před těhotenstvím trpěly dysmenoreou (menstruace provázena značnou bolestivostí), a ženy z nižších socioekonomických skupin, klasifikují porodní bolesti nejsilněji. Ženy během porodu nebo nedlouho po něm, označily bolesti během kontrakcí jako kruté, ale najdou se i takové, co vypovídaly, že bolesti byly slabé nebo žádné. (Mander, 2014, s. 95)

Při porodu probíhajícím bez větších komplikací rodička snáší bolesti dobře, avšak významný podíl na tom má především důvěra ženy k personálu porodního sálu i k prostředí, kde rodí (Marek, 2002, s. 41).

1.2.1 Biologické přípravy organismu k porodu

Konec těhotenství je provázen známkami blížícího se porodu a je zahájen proces biologické přípravy těhotné ženy i plodu. V tomto období může žena pociťovat bolesti v podbřišku i kříži a mylně je považovat za počátek porodu. Tyto bolesti označujeme jako stahy předzvěstné neboli poslíčky (Braxton-Hicksovy kontrakce). Jedná se o nekoordinované a nepravidelné stahy děložní svaloviny. Jejich intenzita a frekvence se nezvyšuje, tudíž nedochází k otevírání dolního děložního segmentu, jako je tomu u samotného porodu v první době porodní. (Roztočil a kol., 2008, s. 113)

1.2.2 I. doba porodní

V první době porodní dochází k nástupu pravidelných děložních činností, které se postupem porodu stabilizují, zvyšuje se jejich frekvence, délka trvání i intenzita. Na počátku této fáze je jejich intenzita mírná a objevují se v rozmezí 10 – 15 minut. Trvají přibližně 15 – 20 sekund. Hlavička postupuje níže do porodních rovin a bolestivost děložní činnosti se projevuje bolestmi v podbřišku nebo v kříži (saklagicie). Vývojem první doby porodní se zvyšuje frekvence děložních kontrakcí, nastupují po 1 – 2 minutách a trvají 50 – 60 sekund. Průměrná intenzita kontrakcí ke konci první doby porodní je průměrně 55 – 60 torrů. První dobu porodní charakterizuje bolest viscerální, tupá, která vzniká v děložním

těle. Postupem této fáze porodu se zvyšuje i intenzita bolesti. Aferentní dráhy směřují cestou zadních míšních provazců desátého, jedenáctého, dvanáctého hrudního a prvního bederního obratle a promítají se do kožních dermatomů v oblasti jedenáctého a dvanáctého hrudního obratle. S postupujícím porodem zasahují do rozsáhlejší zóny od desátého hrudního až do druhého bederního obratle. Hlavička plodu v závěru první doby porodní stále více postupuje do pánve, a tím dochází k tlaku na lumbosakrální plexus, což vyvolává bolesti i v úseku mezi druhým bederním a prvním křížovým obratlem. Trvání bolesti v této fázi porodu je přibližně 8 hodin u prvorodiček a 5 – 6 hodin u žen, které již rodily. (Roztočil a kol., 2008, s. 114 a 315)

V průběhu první doby porodní je nezbytné pravidelně monitorovat děložní činnost, pomocí KTG, který je prováděn buď kontinuálně, popřípadě přerušovaně. Následně na něm posuzujeme intenzitu, frekvenci a trvání stahů dělohy, bazální tonus a ozvy plodu v závislosti na děložní činnosti. (Hájek a kol., 2014, s. 190)

1.2.3 II. doba porodní

V průběhu druhé doby porodní má rodička potřebu zapojit sílu břišního lisu, a to kvůli tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně pánevního dna (totožný s defekačním reflexem). Nitroděložní tlak se tak během kontrakce zvětší až o trojnásobek. Jak už svalstvo přední břišní stěny, tak i bránice napomáhají podpoře děložních kontrakcí, které se v tuto chvíli rozbíhají každé 2 až 3 minuty a trvají v rozmezí 60 až 90 sekund. Síla děložních kontrakcí je 70 – 80 torrů a v jejich monitorování se pokračuje kontinuálně. S druhou dobou porodní se mění i bolest, a to na somatickou, ostrou. Ta aktivuje somatická vlákna v oblasti od druhého až po čtvrtý křížový obratel (*nervus pudendus*). Bolest doprovázející tuto dobu porodní trvá asi 15 – 20 minut u primipar, u vícerodiček přibližně 5 až 10 minut. (Hájek a kol., 2014, s. 185 a 191; Roztočil a kol., 2008, s. 115 a 315) Plod dále sestupuje porodními cestami, čímž působí větší tlak na poševní tkáň, svaly pánevního dna a na perineum. Zdrojem bolesti v této fázi porodu je zároveň roztažení porodního kanálu a případné ruptury fascií a podkožní tkáně. (Wong, 2009, s. 139 – 154)

1.2.4 III. doba porodní a doba po porodu

Třetí doba porodní je období, kdy se rodí placenta, pupečník a plodové obaly. Po porodu plodu, přibližně do 5 minut, se obnovují děložní kontrakce, jejichž intenzita je mnohem slabší než v druhé době porodní a rodička je často ani nepocítuje. Jejich označení je kon-

trakce k lůžku (*contractiones ad secundinas*). K odloučení placenty stačí takových kontrakcí jen několik, ale ani po jejím odloučení kontrakce neustávají a rodička může pociťovat nucení na tlačení. Teprve po porodu placenty a plodových blan dochází ke kompletní retrakci dělohy, při níž se roztažená pružná děložní vlákna zkracují, stěna dělohy se stahuje, čímž nabývá na tloušťce a plocha dělohy se zmenšuje. Na děloze také dochází k involuci, kdy se působením enzymů schopných štěpit bílkoviny svrašťují svalová vlákna, ale jejich počet se nemění. V raném období po porodu v důsledku zmenšeného děložního obsahu také narůstá nitroděložní a myometrální tlak. Intenzita děložní činnosti je poměrně vysoká a vnímána rodičkami první dny po porodu jako porodní bolesti. Tato bolestivost narůstá při kojení vlivem vyplavovaného oxytocinu z hypofýzy. (Čech a kol., 2006, s. 153; Roztočil a kol., 2008, s. 117)

2 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY ZVLÁDÁNÍ PORODNÍCH BOLESTÍ

Jednotlivé metody porodnické analgezie se od sebe odlišují svou působností, trváním jejich efektu a technickým provedením (Hájek a kol., 2014, s. 198). Základním cílem porodnické analgezie ke zmírnění porodních bolestí je, aby rodička porod snášela relativně bez bolestí, ale i tak jej mohla plnohodnotně prožít. V ideálním případě by žádná z metod tišení porodních bolestí neměla mít vedlejší účinky nebo rizika pro matku i plod. (Labor a Maguire, 2008, s. 15 – 19)

Metody, které tiší bolesti během porodu, musí být zvoleny pokaždé individuálně. Těhotná žena by měla mít at' už z literatury nebo z předporodních kurzů přibližnou představu, zda bude chtít porodní bolesti tišit, a pokud ano, tak jakou metodou. Všechny rodičky, které se rozhodly pro porod bez jakéhokoliv způsobu tlumení bolestí, by si měly být jisté, že pokud bude porodní proces nad jejich síly, mohou požádat o pomoc i posléze a že mají alternativní východisko, když danou situaci nebudou zvládat fyzicky nebo psychicky. Svou roli při výběru porodnické analgezie dále hraje stav plodu, porodnická situace, vybavení porodního sálu a zkušenosti porodníka. (Pařízek, 2006, s. 263; Roztočil a kol.; 2008, s. 315)

Binder a kol. (2011, s. 284) popisuje, že v dnešní době je obvyklé tzv. lékařské vedení porodu využívající moderních technik, přičemž je kladen důraz na fyzické zdraví žen a jejich psychické nebo psychologické aspekty jsou přecházeny. Asi 60 – 70 % veškerých porodů je ovlivněno různými farmaky. Negativním důsledkem využití farmakologických metod při zmírňování porodních bolestí je průnik medikamentů skrz placentu a následné působení na plod, nebo ovlivnění fyziologických funkcí matky. Farmakologické metody lze rozdělit do dvou kategorií. První metodou využívající farmaka k tišení porodních bolestí je celková (systémová) analgezie. Systémová analgezie představuje způsob modifikace vnímání bolesti díky podání látky, která účinkuje přímo v centrální nervové soustavě rodičky. Druhou skupinou zahrnující farmakologické postupy tlumení bolestí při porodu je místní (regionální) analgezie, která zmírňuje bolest podáním lokálně účinných látek. (Hájek a kol., 2014, s. 199 – 200; Málek a kol., 2011, s. 61)

O zmírnění vlivu stresu, jak z nemocničního prostředí, tak i z chápání porodu jako lékařského zákroku, přispěly alternativní přístupy k porodu. Takový přístup v rámci porodnice lze přijmout jako rozumný. Je to snaha vyjít vstříc rodičím ženám a jejich přáním, která jim porod ulehčí. Michel Odent, autor knihy „Znovuzrozený porod“, zdůrazňuje, že cho-

vání personálu v porodnici by mělo být co nejvíce vstřícné, že je pouze na rodící ženě, v jaké poloze bude rodit, nebo že přítomnost blízké osoby u porodu je vítána. Také hodnotí prostředí, ve kterém žena rodí a doporučuje maximální omezení aplikovaných léků. Mnohá z těchto doporučení se obvykle v českých porodnicích využívají, například relaxační koupele, aromaterapie, relaxační hudba a jiné. (Binder a kol., 2011, s. 284 – 286)

2.1 Psychologické metody

Důležitým psychologickým faktorem k odstranění pocitu strachu z porodního procesu, je vědomí, že při porodních bolestech nejde o nebezpečný zážitek, který ohrožuje matku a nenarozené dítě, ale naopak se jedná o fyziologický pochod (Pařízek, 2004, s. 2).

2.1.1 Psychoprofylaxe

Podle autorek Procházkové a Myšákové (2006, s. 5 – 6) nezbytným předpokladem ve vývoji nových metod v porodnictví je dobře informovaná a připravená rodička i její partner. Z toho důvodu většina zařízení nabízí organizovanou přípravu pro budoucí rodiče, kterou vedou porodní asistentky. Také tvrdí, že ženy, které prošly psychoprofylaktickou přípravou, mají menší potřebu analgetik, zvládají lépe stresové situace během porodu a mohou tak lépe spolupracovat s personálem porodnice. Všeobecně psychoprofylakticky připravené rodičky mají nižší procento porodnických komplikací.

Binder a kol. (2011, s. 286) uvádí, že psychoprofylaxe má svůj původ v 50. letech v Sovětském svazu, kdy se jednalo o systém předporodní přípravy. Tato metoda přípravy těhotných žen k porodu oslovila francouzského porodníka Fernanda Lamaze, díky kterému se mírně pozměněná metoda šířila v západní Evropě. Prvotním smyslem přípravy těhotných k porodu bylo snížit porodní bolesti, vycházela ze snah o vedení porodu v hypnóze a z využití sugesce v porodnictví. Nezávisle na hypnosuggestivní technice vznikla koncepce přirozeného porodu, která pak splynula s psychoprofylaxí. (Kuželová, 2003, s. 1)

Podstatou psychoprofylaxe před porodem je vybudovat u ženy reflexy, které se vážou s porodem, nevedou k bolestivým prožitkům, ale k aktivní koncentraci na jiné podněty, zejména na dýchání, na svalové uvolnění a podobně (Pařízek, 2004, s. 2). Cílem psychoprofylaxe je, aby do porodnice přicházely připravené rodičky, jak po stránce fyzické, tak i psychické, byly seznámeny s prostředím i personálem porodnice. Nezbytná je i spolupráce s partnerem, který má být přítomen u porodu, kde není pouze pozorovatelem, ale aktivní účastník. (Procházková a Myšáková, 2006, s. 1)

Co se týká skladby předporodní přípravy, Roztočil (2008, s. 150) doporučuje minimálně šest lekcí, z nichž první dvě absolvuje těhotná žena už v prvních měsících těhotenství a zbylé čtyři po 32. týdnu gravidity. Jednotlivé lekce by měly být po dobu 60 minut a ženy by je měly navštěvovat ve skupině po osmi. Kurzy by měly probíhat na úrovni diskuze nebo besedy a velkou výhodou je využití názorných pomůcek, jako jsou modely či videa. Jedním z prvků předporodní přípravy je praktický nácvik chování při porodu.

2.1.2 Přítomnost blízké osoby u porodu

Pocit bezpečí, menší pocit strachu i vnímání bolesti podporuje přítomnost blízké osoby u porodu. Doprovodem u porodu chápeme člověka, který během porodu pečuje o rodičku, zejména tím, že jí poskytuje všestrannou oporu. Není podmínkou, že takovou osobou musí být pouze partner rodičky, ale třeba i matka nebo kamarádka. (Lábusová a Mrzilková Susová, 2004, s. 42; Procházková a Myšáková, 2006, s. 4)

Mužský doprovod

Pařízek a kol. (2012, s. 179) píše, že přítomnost otce u porodu by budoucí rodiče měli probrat, a to nejpozději měsíc před termínem porodu. Není dobré se při rozhodování nechat ovlivnit dnešními moderními trendy a řešením tohoto tématu v tisku a jiných sdělovacích prostředcích. Po muži nemůže být vynucována jeho přítomnost u porodu a také naopak, nemůže vyžadovat svoji účast, když by to rodiče bylo nepříjemné. Většina mužů je ženami považována jako opravdová pomoc v těžkých situacích, kdy se žena necítí sama, muž ji drží za ruku, dodává jí odvalu a uklidňuje ji. Je prokázáno, že podpora rodičky blízkou osobou u porodu má pozitivní vliv na probíhání porodu a snižuje potřebu analgetik.

V průběhu první doby porodní partner napomáhá rodící ženě tak, že je s ní. Rodička nemá pocit osamocení, vnímá lásku svého muže. Zanedbatelné není ani to, že pouhá přítomnost partnera rodičky výrazně působí na chování personálu a celkovou atmosféru porodního sálu. Rodičce muž poskytuje psychickou i fyzickou pomoc – masáže, otření zpoceného čela, opora při některých polohách atd. V druhé době porodní, kdy na svět přichází dítě, se žena uzavře před okolním světem a plně se poddává síle porodu. Jedinečnou příležitostí pro muže během porodu je poznání, čím si žena prochází a jakého výkonu je schopna. V mnoha případech je takový zážitek posílením obdivu a úctě k ženě i k její roli matky. (Pařízek a kol., 2012, s. 179)

Ženský doprovod

Obvyklým doprovodem u porodu v minulosti byly ženy. V dnešní době, především v méně rozvinutých zemích, porod stále zůstává doménou žen. U nás, v tzv. západní kultuře, bývají kromě porodních asistentek u porodu přítomny další ženy, které nabízí rodičce soukromou pomoc. K takovým osobám ženu poutá silný citový vztah a vzájemná důvěra. Může to být například matka, sestra nebo přítelkyně. Tyto ženy neposkytují odborný dohled, ale obohacují péči o ženu svou empatií a spřízněním. Na tuto tradici, ženských pečovatelek u porodu, navazují profesionální průvodkyně u porodu, tzv. duly. Dula se snaží všelijak porod ženě zpříjemnit a poskytnout jí morální i fyzickou oporu. Snaží se nezasahovat, když si to žena nepřeje. Duly mají speciální přípravu, přesto samy neposkytují odborné zdravotnické služby a svou činností doplňují práci porodníků a porodních asistentek a do vztahu mezi personálem a rodičkou nevstupuje. (Lábusová a Mrzilková Susová, 2004, s. 43 – 44)

2.1.3 Hypnóza

Hypnóza je technika založena na kombinaci silné sugesce a distrakce, což je vlastně izolace od nepříjemného zážitku a soustředění se na jiný, vnesený a daleko příjemnější zážitek (Pařízek, 2004, s. 2). Hypnosuggestivní metoda dala za vznik předporodní přípravě těhotných. První zmínka o porodu vedeném v hypnóze je již z roku 1833, kdy se této technice ještě říkalo magnetismus. Hypnóza do porodnictví byla z velké části zavedena díky von Oettingenovi z Heidelbergu. (Kuželová, 2003, s. 1)

Vedle zkušeného odborníka si metoda hypnózy vyžaduje i senzitivní ženu, což dokazuje i 25% úspěšnost v závislosti na individuální sugestibilitě (Pařízek, 2004, s. 2). Jelikož porod trvá delší dobu a jeho začátek nelze přesně určit, je na místě, když hypnózu umí a navozuje sám porodník. Nepředvídatelné započetí porodu také znemožňuje uplatnění hypnoterapeuta s jinou erudicí, proto někteří hypnoterapeuti dávají přednost tzv. autohypnóze. To znamená, že hypnózu k navození klidu a snížení vnímání bolesti si rodičky na porodním sále vyvolají samy. (Kratochvíl, 2009, s. 232)

Hypnotické metody a formulace sugescí pro přípravu k porodu a jeho průběh jsou různé. Cvičí se relaxace a opakovaně se zadávají sugesce, že porod proběhne bez bolestí nebo jen s mírným nepohodlím, ale jako celek bude příjemný a uspokojující. Své využití mají také sugesce, jejichž úkolem je nahradit pocity bolesti nějakým akceptovatelnějším vjemem, například pocitem mravenčení nebo pocitem tepla. Další variantou je přesun pocitů z břicha do jiné oblasti. Příkladem je situace, kdy žena, která má právě kontrakci, sevře ruku a

stiskne v pěst. Tím se její soustředěnost nasměřuje od bolestivých stahů dělohy k nebolestivým stahům pěstí. (Kratochvíl, 2009, s. 232)

2.1.4 Hudba u porodu

Jak popisuje Marek (2002, s. 145), při stresu je do organismu vyplavován stresový hormon katecholamin, který pak následně zpomaluje děložní stahy. Hladinu stresu při porodu může snížit i hudba, která navíc dokáže zútulnit nemocniční prostředí a zklidnit rodičku i blízkou osobu, která ji doprovází k porodu. Zvuk deště, větru nebo zvuk moře napomáhají k uvolnění a brání vnímání rušivých zvuků (Leifer, 2004, s. 181).

K využití hudby u porodu musí dát rodička souhlas, nebo sama o ni požádá. Samotný výběr hudby by měl být také na rodící ženě. Žena si sama kontroluje a řídí audio vybavení a během děložních kontrakcí může regulovat hlasitost hudby. K prohloubení účinku hudby napomáhá tlumené světlo a využití sluchátek. Rodička se tak snáz zbaví vnitřního napětí a dalších problémů. Relaxační hudba je využitelná pro všechny ostatní metody porodnické analgezie. Pomáhá navodit útulnou, uklidňující atmosféru. (Leifer, 2004, s. 181; Moraučíková, 2013, s. 43 – 44)

2.2 Relaxace a dýchání

Uvolnění, neboli relaxace, je základem všech ostatních technik tlumení porodních bolestí, jak nefarmakologických, tak farmakologických (Leifer, 2004, s. 180). Relaxace snižuje a odbourává svalové i psychické napětí a přispívá k dosažení vnitřní rovnováhy. Zároveň tato metoda usnadňuje proniknutí k podvědomí, které obsahuje více informací než vědomí. Napomáhá řešit aktuální problémy, jelikož ve stavu uvolnění se lépe oddělují věci důležité od těch méně důležitých. (Bejdáková, 2006, s. 95)

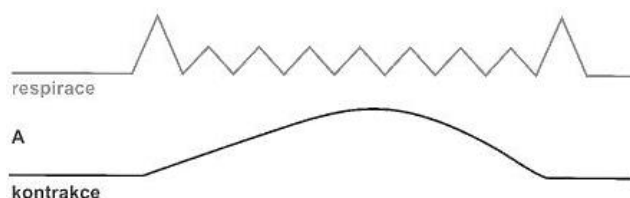
Vědomé dýchání během děložních kontrakcí i mimo ně je bráno jako efektivní postup od-poutání mysli od bolesti i za vhodnou formu uvolnění (Lábusová a Mrzilková Susová, 2004, s. 33). Dýchání, podobně jako jiné metody, je efektivnější v případě, pokud se cvičí ještě před porodem. Využití dechových technik by mělo nastat v případě, kdy už není žena během kontrakcí schopná mluvit nebo chodit. Pokud se dýchačské techniky začnou využívat dříve, než by měly, nebo jejich intenzita je vyšší, než aktuální stav vyžaduje, rodička se snáze a dříve unaví. (Leifer, 2004, s. 181)

Je vhodné, aby rodící ženě s dýcháním pomáhala porodní asistentka. Na začátku i na konci každé série dýchání je tzv. očištný dech, což je hluboký nádech nebo výdech podobný hlu-

bokému vzdechu. Tyto čistící dechy pomáhají relaxaci a soustředění se na ni. Nádech přináší sílu a výdech uvolnění. Pokud rodící žena necítí stah, měla by se úplně uvolnit a dýchat tak, jako by každou chvilku měla usnout. Jestliže rodička dělá problémy dlouhé vydechování, může vydechovat nahlas (Leifer, 2004, s. 181; Štomerová a kol., 2010, s. 99 – 101).

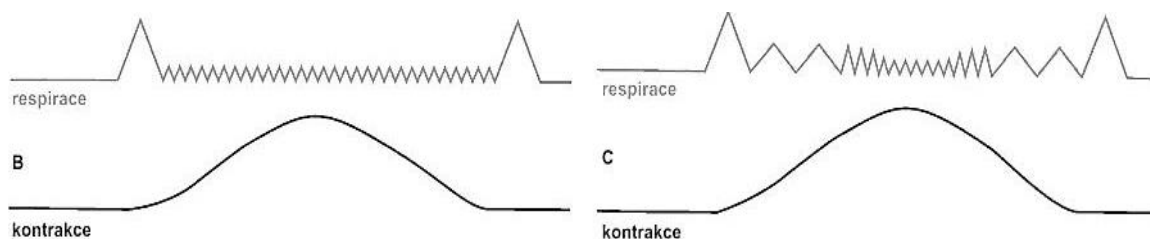
Dýchání v první době porodní

Jednou z variant je pomalé dýchání. Rodící žena zahájí techniku očištným dech následovným pomalým dýcháním jako ve spánku. Na konci děložní kontrakce provede znovu očištný dech. Průměrně se jedná o šest až devět dechů za minutu, takže dechová frekvence by měla být přibližně polovinou obvyklého dýchání, aby byl plod dostatečně zásoben kyslíkem. (Leifer, 2004, s. 181)



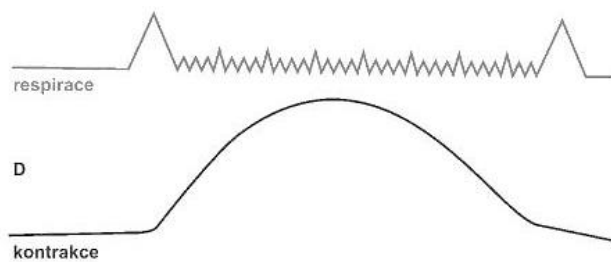
Obr. 3 A – Pomalé dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182)

Další možností je dýchání s modifikovanou frekvencí, která opět začíná a končí očištným dechem. Dýchání během kontrakce je zrychlené a mělké, avšak počet dechů by neměl přesáhnout dvojnásobek normální frekvence. Modifikované dýchání lze kombinovat s dýcháním pomalým, kdy na začátku a na konci děložního stahu dýchá rodička pomalu a hluboce, naopak na vrcholu kontrakce dech zrychlí a dýchá povrchově. Negativním důsledkem rychlého dýchání může být hyperventilace, kdy rodička pociťuje malátnost, mravenčení a znecitlivění kolem úst, v některých případech mohou nastat křeče v prstech a na nohách. (Leifer, 2004, s. 182)



Obr. 4 B – Modifikované dýchání, C – Kombinace pomalého a modifikovaného dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182)

Poslední způsob, jak dýchat v první fázi porodu podle Leifer (2004, s. 182 – 183), je modulované dýchání, které je však komplikovanější pro nepřipravenou rodičku, jelikož si vyžaduje soustředění. Zahájení dechové techniky je opět pomocí očištného dechu, po němž následují dechy zdůrazněné prokládaným vyfouknutím. Toto dýchání je podobné funění. Žena udržuje pravidelný počet dechů před vyfouknutím (dech-dech-vyfouknutí, dech-dech-vyfouknutí) nebo jejich množství může šablonovitě měnit (dech-vyfouknutí, dech-dech-vyfouknutí, dech-dech-dech-vyfouknutí, dech-dech-vyfouknutí, dech-vyfouknutí).



Obr. 5 D – Strukturované neboli modulované dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182)

Dýchání v druhé době porodní

Ve fázi, kdy je děložní hrdlo zcela otevřeno a žena cítí nutkání k tlačení, provede očištný dech, znovu se zhluboka nadechne a tlačí za současného pomalého vydechování. Pomůckou může být počítání od jedné do deseti. Následně vyfoukne, provede hluboký nádech a znovu tlačí. (Leifer, 2004, s. 183)

2.3 Masáž a doteky

Během porodu je využívána řada masážních technik. Spousta z nich nepotřebuje k aplikaci zkušeného odborníka, ale žena nebo její partner se je může naučit. O masáži se tvrdí, že jde o nejprimitivnější úlevu od bolesti, využívající lidský reflex držet si, svírat nebo třít bolavou část těla. Masáž zahrnuje pět základních složek – efleráž (základní masážní hmat), petrisáž (hnětení), poklepávání, tření a vibrace. Tyto postupy jsou typické různým tlakem, směrem, rychlostí, pohybem a pozicí rukou. V souvislosti s bolestí, masáž snižuje průchod podnětům nesoucí bolest do centrálního nervového systému a stimuluje uvolňování endorfinů. (Leifer, 2004, s. 180; Mander, 2014, s. 172 – 173)

2.3.1 Efleráž

Pomocí této metody dochází k dráždění silných nervových vláken, která zastavují nebo zpomalují podněty procházející tenkými vlákny nervů. Tato technika spočívá v tom, že si žena hladí břišní oblast krouživými pohyby během kontrakcí. Jestliže jsou přes břicho zapnuty pásy kardiografického monitoru, hladí si žena břicho mezi popruhy. Další variantou je hlazení stehen, nebo dokonce může dělat krouživé pohyby či pohyby ve tvaru osmičky celým tělem. (Leifer, 2004, s. 180)

2.3.2 Terapeutický dotek

Tournaire a Theau-Yonneau (2007, s. 414) uvádí, že pocit jistoty a bezpečí lze během porodu docílit i tzv. léčebným dotekem. Bolestivé stahy dělohy jsou zmírňovány v průběhu porodu tak, že je vyvíjen tlak dlaněmi na určitá místa na těle rodičky (křížová oblast zad, břicho, boky, stehna, hráz). Svou roli v účinnosti hraje i to, kým jsou doteky prováděny. Autoři také popisují, že studie třiceti dotazovaných rodiček, které během porodu vyzkoušely techniku terapeutického doteku, prokázala, že 77 % těchto žen pocítovala menší porodní bolesti a 40 % uvedlo nižší potřebu léků k odstranění bolesti. Leifer (2004, s. 180) i Moraučiková (2013, s. 39) se v souvislosti s touto metodou zmiňují především o tlaku na sakrum, tedy kost křížovou. Je jen potřeba zjistit, na kterou oblast tlačit a v jaké intenzitě.

2.3.3 Akupresura a akupunktura

Při akupresuře, stejně jako při akupunktuře, dochází ke stimulování důležitých bodů, které ovlivňují energetické dráhy v těle. Tyto body jsou ve tkáni pod kůží, podél energetických drah probíhajících na povrchu těla. Akupunktura pracuje s velmi jemnými jehlami z oceli nebo jiných ušlechtilých kovů. Na rozdíl v akupresuře jsou využity manuální techniky jako masáž a tlak prstů. Díky akupresuře lze dojít k hlubší a celkovější stimulaci. Cílem obou metod je energetická rovnováha, harmonizace těla, která vede ke zmírnění bolesti. (Möhring, 2008, s. 11)

Během toho, co je u rodičky prováděna akupresura, měla by relaxovat se zavřenýma očima a dýchat otevřenou pusou. Ještě před začátkem akupresury, by si měla osoba, která bude metodu provádět, umýt ruce teplou vodou a nějakou dobu si je třít vzájemně o sebe. K výkonu této techniky není potřeba žádného speciálního vybavení nebo masážních produktů. Akupresura využívá použití palců, dlaní, jednotlivých prstů, kolen, loktů nebo speciálně

upravených tyčí. Akupresurní body, které lze využít u žen během porodu, jsou v oblasti beder a na chodidlech. (Moraučíková, 2013, s. 46 – 47)

Akupunktura je nejefektivnější v první době porodní, do otevírání branky na 5 cm, kdy poskytuje ženě klidnější průběh porodu a snazší vyrovnání se s porodními bolestmi. Ještě před vypuzovací fází porodu se musí akupunkturní jehly odstranit. Účinnost dané techniky je závislá na dobře poučené rodičce, která musí s metodou souhlasit a spolupracovat. Tzv. bezbolestnost porodu je způsobena stimulací hlavního uklidňujícího bodu s generalizovanou působností spolu s podrážděním bodů lokálních k znecitlivění hráze, pochvy, konečníku a zad. Účinek akupunktury spočívá ve vyplavování endorfinů a enkefalinů tělu vlastních. (Moraučíková, 2013, s. 45 – 46)

2.4 Aromaterapie

Základní součástí aromaterapie jsou čisté silicové oleje. Jsou to silně koncentrované výtažky, smíchané s jinými složkami, které jejich účinnost prodlouží. Pro účely aromaterapeutické metody jsou využívány nejčistší esence, aby léčebné účinky byly co nejsilnější a daly se předvídat, které se snadno rozpouštějí zejména v tucích. Snadněji pronikají přes pokožku a v těle pak účinkují díky smísení s tukovou tkání. (Stuart, 2008, s. 319) Samková (2011, s. 24) uvádí, že působení éterických olejů je na úrovni fyzické a psychické. Fyzické působení zahrnuje pomoc při zvládnání bolestí nebo nevolnostech. Po stránce psychické jde o pomoc s vyrovnáním se s těžkou situací, s koncentrací nebo nás dokážou osvěžit.

V porodnictví je tato metoda často kombinována s masáží, nebo se upřednostňují koupele, aromatické svíčky, inhalace nebo obklady. Využití aromaterapie je během porodu prospěšné, avšak tato metoda neúčinkuje přímo proti bolesti. Uvolňuje úzkost, stres a povzbuzuje pocity pohody. (Mander, 2014, s. 173 – 174) Vůně dělají z často neosobních prostor porodnic prostředí bezpečí a přírody. Navozují klid, teplo, jemnou, smyslnou až lehce erotic-kou atmosféru. (Stadelmann, 2009, s. 241)

Vůně využívané v I. době porodní

V této fázi porodu dochází k otvírání porodních cest a správnému vstupování dítěte do pánve, a to pomocí děložních kontrakcí. Pokud tyto stahy děložní svaloviny jsou silné, je vhodné využít směs levandule úzkolisté, heřmánku římského a citronu. Směs, kterou je dobré vmasírovat na bederní a křížovou oblast, napomáhá k uvolnění, úlevě od bolesti, napětí a svůj pozitivní účinek má i při odbourávání úzkosti. Růžové dřevo a růže se nabízí

při nepostupujícím porodu, či při pomalém otevírání. Za to ve většině případů může psychický blok rodičky. Tyto oleje současně působí antidepresivně a proti bolesti, pozvednou psychiku a odstraňují psychické vyčerpání. Pokud je rodící žena úzkostlivá a nevěří si, porod je často dlouhý a komplikovaný. Vyplatí se tedy využít kombinaci geranie a neroli, jež napomáhá uvolnit se a snižuje pocity úzkosti a zmatku. S psychikou ženy jsou ve spojení i slabé kontrakce v první době porodní, které jsou podvědomě tlumeny. Ideální volbou je jasmín. Jakožto děložní tonikum, navozuje optimismus a dodává energii spolu s levandulí úzkolistou. V první době porodní má za sebou žena několik hodin bolesti a ubývá jí síla k dokončení porodu. Pomoc při stimulaci rodičky právě v takové situaci nabízí směs heřmánku římského, citronu a rozmarýnu. Pročišťuje hlavu jak na úrovni fyzické, tak i mentální. Křížové bolesti žena pociťuje se začátkem porodu, nebo se dostaví až na konci první doby porodní, kdy plod sestupuje do pánve a svou vahou právě tlačí na tuto oblast. Tyto bolesti jsou rodičkami popisovány jako nejhorší, proto je dobré zvolit oleje rozmarýnu spolu s levandulí úzkolistou, které mají výrazné analgetické účinky. (Samková, 2011, s. 27 – 28)

Vůně využívané v II. době porodní

Kontrakce z první doby porodní, které otevřely porodní cesty, mění v druhé době porodní svou sílu a intenzitu k tomu, aby vypudily dítě z těla matky. Děložní činnost je vypuzovací a matku nutí vytlačit dítě ven vlastní silou. Může se stát, že se porod zastaví a děložní aktivita slábně z důvodu únavy či strachu rodící ženy, ale často i kvůli strachu z tlaku, který žena cítí. K tomu, abychom slábnoucí kontrakce podpořili, slouží kombinace jasmínu a šalvěje muškátové, která je tonikem pro dělohu, má antispazmické účinky a napomáhá vnitřní vyrovnanosti a síle. Aromaterapie ve druhé době porodní není tak často využívaná, jako v první. Další éterické oleje jsou aplikovány spíše formou inhalace, a to například citron na osvěžení a úlevu od napětí, nebo neroli k odbourání stresu. (Samková, 2011, s. 28)

Vůně využívané v III. době porodní

V této fázi porodu dochází k porození placenty. Ne vždy se placentu podaří porodit. Když nastane taková situace, nejprve se zkouší přirozeně pomoci placentě, aby se odloučila. Nejdříve se přikládá dítě k prsu matky nebo se aplikuje směs éterických olejů, ve které se objevuje jasmín, šalvěj muškátová a heřmánek římský. Tyto silice působí díky masáži podbříšku spolu s přiložením hřejivého obkladu. (Samková, 2011, s. 28)

2.5 Využití vody u porodu

Metody, kdy je u porodu použita voda, jako prostředek analgezie, jsou známy už po staletí. Voda má bezesporu relaxační vlastnosti a většinou pomáhá k otevírání hrdla dělohy a k dilataci branky. (Binder a kol., 2011, s. 287)

2.5.1 Relaxační koupel nebo sprcha

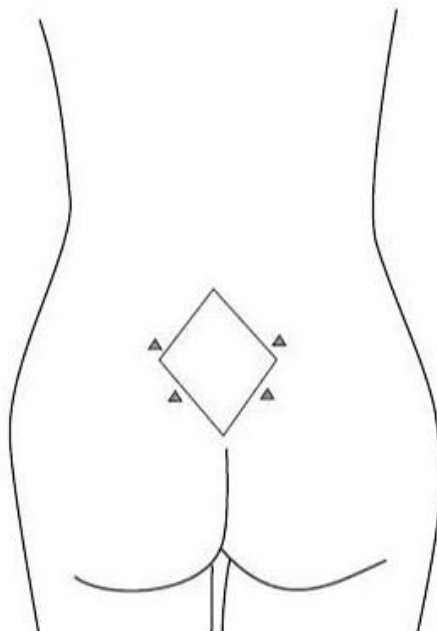
Princip koupele během porodního procesu je založen na využití vztlaku, hydrostatického tlaku a tepla (Simpson a Creehan, 2008, s. 453). Díky nadnášení vodou může žena zaujímat pohodlnější pozice, zmenšuje tlak na pánev a další orgány a pomáhá flexi hlavičky plodu. Úlevu od bolesti způsobuje i teplá voda, která uvolňuje křeče ve svalech. Mander (2014, s. 166), Simpson a Creehan (2008, s. 453) uvádí, že samotné naplánování relaxační koupele je velmi důležité, jelikož děložní kontrakce mohou být zpomaleny nebo úplně zastaveny, pokud není porod v dostatečně aktivní fázi. Nejvhodnější je v první době porodní, kdy žena prochází obdobím otevírání děložního hrdla a branky, ale zároveň tvrdí, že pobyt ve vaně před dilatací porodních cest alespoň na 5 cm prodlouží porod, než když je koupel aplikovaná po dilataci nad 5 cm. V případě, že se rodící žena rozhodne užít vodní lázeň, je podstatné, aby měla možnost pobýt v ní alespoň hodinu, bude-li jí to příjemné. Ve vaně by se měla žena pohybovat a zaujímat různé polohy, kdy by jí měla voda sahat k prsům. Proto je nezbytná optimální velikost vany nebo bazénku. (Pařízek, 2006, s. 286; Štromerová a kol., 2010, s. 160)

Pokud se žena rozhodne využít sprchu během porodu, nevýhodou oproti vaně je absence účinku vztlaku a pohodlí. Naopak výhodou je teplota vody, kterou si ve sprše, rodička může regulovat snadněji než ve vaně, ruční hlavice sprchy nabízí možnost masírování pomocí trysek, tam kde je to ženě příjemné a zároveň je ve sprše menší riziko přenosu infekce. (Simpson a Creehan, 2008, s. 454)

2.5.2 Kožní obstříky

Tato metoda byla popsána již v roce 1885, kdy byla využívána jako lokální anestetikum během malých chirurgických zákroků. V roce 1920 byla použita v porodnictví, kdy napomáhala během porodu efektivněji odstranit bolesti břicha než bolest v dolní oblasti zad. Technika kožních obstřiků spočívá v aplikaci čtyř až šesti injekcí sterilní vody do kůže nebo podkoží v křížové oblasti. Voda je bez obsahu soli a způsobuje mechanické podráždění kůže s narůstajícím tlakem v místní tkáni. Následná úleva, především v křížové oblas-

ti, se dostavuje přibližně za 30 vteřin. Pokud si to rodička přeje, aplikace injekcí může být opakována několikrát. Technika kožních obstříků je velmi rozporuplná, jelikož samotné injekce čisté vody jsou velmi bolestivé, mohou způsobovat pálení nebo píchání. (Mårtensson a Wallin, 2008, s. 369 – 370; Pařízek, 2006, s. 287)



Obr. 6 Michaelisova routa, místo aplikace injekcí sterilní vody (Zdroj: Mårtensson a Wallin, 2008, s. 371)

2.6 Alternativní polohy

Zkoumání národů nedotčených naší civilizací v odlehlých koutech planety dokazuje, že přibližně 85 % žen, těchto národů rodí v pozici vertikální, tedy v poloze vestoje, vkleče, v dřepu nebo vsedě. Tato poloha je jim usnadněna přidržováním za okolní předměty nebo jsou jim k dispozici pomocnice. Polohování rodičky se dříve vztahovalo k postupu samotného porodu než k úlevě a pohodlí ženy. Tato metoda využívá nejenom gravitaci, ale i jiné pozice než vleže a vzpřímený postoj během porodních kontrakcí, k lepšímu rozpínání pánve. V dnešním porodnictví je běžnější horizontální poloha na zádech, která je příznivá pro prevenci a následné ošetření poporodních poranění. Proti této pozici je namítáno, že není přirozená a není zde využita zemská gravitace jako porodní síla, prodlužuje se tak fáze vypuzovací a pro rodičku je to vyčerpávající a bolestivé. (Mander, 2014, s. 170; Pařízek, 2006, s. 266)

Určitým kompromisem mezi polohou na zádech a polohou vertikální, je poloha v polosedě. V takové pozici je tedy využita jak gravitace, tak i výhodné působení vertikální polohy. Oblast rodidel zůstává dobře viditelná a přístupná. (Roztočil a kol., 2008, s. 155)

Jak píše ve své knize Stadelmann (2009, s. 223 – 224), změna pozice by se měla preferovat, jelikož je jednodušší a bez bolesti oproti jakémukoliv manuálnímu zákroku na děložním hrdle. Dnešní ženy nemají zkušenosti s porodem jako dřívější generace žen, proto je na porodní asistentce, aby ženy povzbuzovala a vybízela ke změně polohy. Poloha ženy při porodu významně ulehčuje plodu cestu porodními cestami.

2.6.1 Úlevové pozice

Dle Štormerové a kol. (2010, s. 102 – 105) rodičí ženě bude každá poloha pohodlná nanejvýš 20 až 30 minut. Rodičky takové polohy vyhledávají intuitivně a je na porodní asistentce, aby ženu podpořila.

Stoj s oporou

V této pozici se žena může opírat o svého partnera, nebo jiný doprovod – známá taneční pozice. Oporu jí však může poskytnout cokoliv pevného, a tak vysokého, aby při opírání byla v mírném předklonění. Na ruce pak částečně přenesou váhu svého těla. Tímto způsobem dochází k úlevě v oblasti zad a nohou. Nápomocným prvkem, v této pozici je, různé vrtění a kroucení pánví. Uvolňuje se tak křížová oblast páteře a plod snadněji prochází porodními cestami. Není od věci, tuto polohu kombinovat s pozicí v podřepu, která dítěti nabízí největší prostor v pánvi. Toho samého efektu dosáhne žena tehdy, když bude zvedat nohy vysoko do stran, jako by chtěla přestoupit předmět po svém boku. Statickou obdobou tohoto cviku pro rodičku je, když si jednu nohu položí o nízkou stoličku či žebřiny a nohy střídá podle potřeby. (Štormerová a kol., 2010, s. 102)

Klek s oporou

Tuto pozici žena zaujme vkleče, kdy se opře o míč, o postel nebo o židli. Nejvýhodnější z variant je právě míč, který není nijak upevněn, a nabízí ženě volný pohyb během děložních stahů. Žena se může různě kývat a pohupovat, což má za následek uvolnění křížové oblasti, pánve a posunu dítěte dopředu. Více místa v pánvi rodička docílí tak, že klečet bude zeširoka. Když nastane vrchol kontrakce, žena by si měla sednout na paty s hlubokým výdechem a současně se koncentrovala na relaxaci dna pánevního, především svěračů. (Štormerová a kol., 2010, s. 103)

Startovací pozice

Žena v této pozici klečí na jedné noze a sedí na patě druhé nohy, je jakoby ve dřepu, kde se mírně předklání. Jednou rukou se přidržuje a druhou má volnou. Tato pozice, ač to na první pohled nevypadá, je velmi prostá, stabilní a celkem komfortní. (Štomerová a kol., 2010, s. 104)

Leh na boku

Jestliže je rodička unavená a nezvládá polohy vertikální, tehdy je vhodná pozice na boku, na kterém je ženě lépe. Ještě většího pohodlí dosáhneme, když ženě mezi kolena vložíme polštář nebo složenou deku. Kromě pohodlí tento manévr způsobí více místa v pánvi pro sestupující plod. (Štomerová a kol., 2010, s. 105)

2.7 Elektrostimulace (TENS)

Tato metoda byla využívána především pro kontrolu chronické nebo pooperační bolesti. Jako prostředek k odstranění bolesti v porodnictví byla tato metoda použita v roce 1970 ve Skandinávii. Transkutánní elektrická nervová stimulace užívá přenos proměnlivých elektrických stimulů na kůži pomocí povrchových elektrod. Jeden pár elektrod je umístěn podél páteře na rozmezí desátého hrudního a prvního bederního obratle a druhý pár elektrod se upevňuje na oblast druhého až čtvrtého bederního obratle. Frekvence aplikovaného proudu je 40 až 15 Hz a jeho síla je od 0 do 40 mA, žena si tak může stimulovat pro ni příjemnou intenzitu proudu. TENS je neškodná technika odstranění porodních bolestí jak pro matku, tak i plod. Nástup účinku této metody je do 40 minut po jejím zavedení. (Pařízek, 2009, s. 443; Simkin a Bolding, 2004, s. 14 – 15)

Přesný mechanismus, kterým elektrostimulace ulevuje od bolesti, není znám, ale existuje řada teorií. První z nich je tzv. gate control theory, v češtině známá jako vrátková kontrola bolesti. Podle této teorie, dochází k dráždění velkých aferentních nervových vláken, které přenášejí impulzy do centrální nervové soustavy. Jsou-li tyto nervy stimulovány, dráha pro ostatní bolestivé podněty je uzavřena díky funkci míchy, která řídí přenos bolesti do mozku. Tedy při porodu jsou stimulovány aferentní nervy pomocí elektrod umístěných v dolní části zad, a tak je zabráněno přenosu bolestivých podnětů vyplývajících z kontrakční činnosti dělohy, napínání pochvy a hráze. (Dowswell, Bedwell, Lavender a Neilson, 2009, s. 2 – 3)

Druhým vysvětlením je, že bolestivé podněty mají za následek chemické změny v mozku, především vyplavování endorfinu po zkušenosti s bolestí a elektrostimulace má svým působením doplnit tento proces (Dowswell, Bedwell, Lavender a Neilson, 2009, s. 3).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

V empirické části bakalářské práce byly zpracovány a následně vyhodnoceny získané výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo u porodních asistentek pracujících na porodním sále.

3.1 Cíle práce

V předkládané práci byly stanoveny následující tři cíle:

Cíl 1: Zjistit zájem porodních asistentek pracujících na porodním sále o využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi.

Cíl 2: Zjistit nejčastěji využívané nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí porodními asistentkami na porodním sále v jednotlivých dobách porodních.

Cíl 3: Zjistit, zda porodní asistentky pracující na porodním sále mají dostatečnou podporu ze strany zdravotnického zařízení v poskytování nefarmakologických metod v průběhu porodu.

3.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvantitativní, formou anonymního dotazníku (příloha P I), který obsahuje 15 položek. Respondentky na tyto otázky odpovídaly pomocí uzavřených, polouzavřených a otevřených odpovědí. Šíření dotazníků probíhalo jak v elektronické formě, tak i rozdáním na porodní sál Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, na porodní sál Uherskohradištské nemocnice a nemocnice v Kyjově. Celkem bylo rozdáno 108 dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků bylo vráceno a zpracováno 95 dotazníků. Návratnost dotazníků činila 88 %.

Otázky v dotazníku byly seřazeny podle stanovených cílů. Položka č. 1 – 5 se vztahuje k zjištění, zda porodní asistentky mají zájem o využívání a všeobecně o nefarmakologické metody tišení porodních bolestí. Následující položky č. 6 – 8 zjišťovaly, jaké konkrétní nefarmakologické techniky tlumení bolestí porodní asistentky využívají v jednotlivých dobách porodních. Položky č. 9 – 11 zjišťovaly podporu ze strany zdravotnického zařízení v poskytování nefarmakologických metod během porodu. Poslední položky č. 12 – 15 zahrnovaly obecné informace o respondentkách, jako jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku jejich praxe v oboru porodní asistence a nemocnici, ve které pracují. Každá

z položek dotazníku byla zpracována do podoby tabulky, grafu a krátkého slovního komentáře. Relativní četnost je v tabulkách a grafech zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

3.2.1 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byly porodní asistentky pracující na porodním sále. Do výzkumného šetření se zapojilo 95 respondentek ve věku 23 – 58 let, přičemž nejpočetnější skupinu tvořily porodní asistentky mezi 23 – 30 lety. Více jak polovina respondentek uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské s titulem Bc. Výzkumné šetření zahrnovalo porodní asistentky s délkou praxe od 2 do 37 let, kdy nejvíce respondentek spadalo do kategorie 6 – 10 let praxe v oboru porodní asistence. Co se týče místa zaměstnání, do výzkumného šetření se zapojilo nejvíce porodních asistentek ze Zlínského a Jihomoravského kraje.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola se zabývá prezentací výsledků, které byly získány dotazníkovým šetřením.

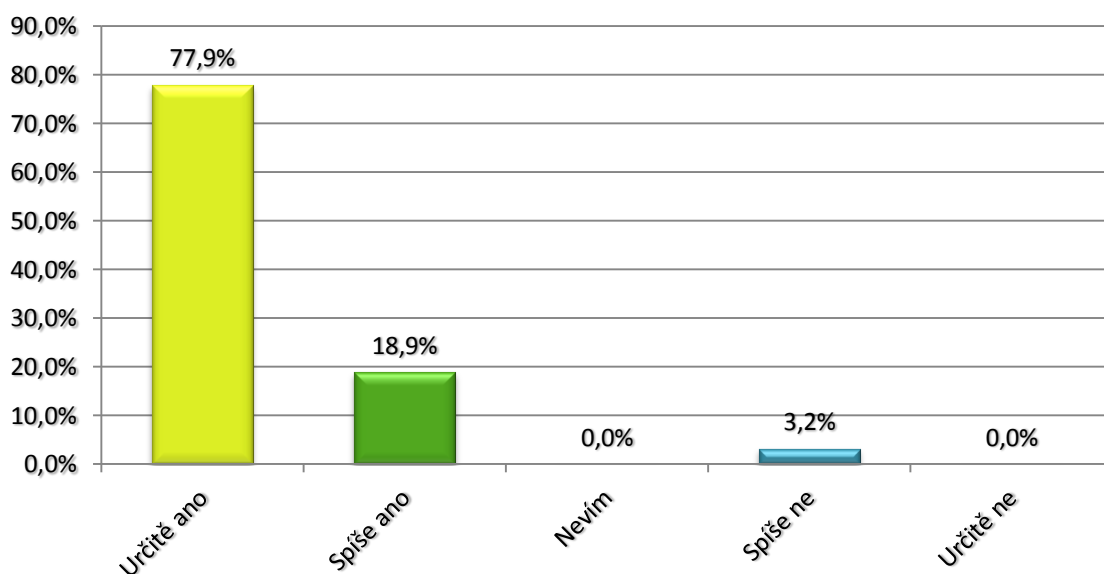
Položka č. 1: Využíváte v praxi nefarmakologické metody k tišení porodních bolestí?

Tabulka 1: Využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	74	77,9 %
Spíše ano	18	18,9 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	3	3,2 %
Určitě ne	0	0 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 1: Využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Naprostá většina, a to 77,9 % respondentek uvedlo, že v praxi určitě využívají nefarmakologické metody tišení porodních bolestí, 18,9 % odpovídajících tyto metody spíše aplikují a 3,2% respondentek spíše ne. Variantu nevím a určitě ne nevybrala žádná respondentka.

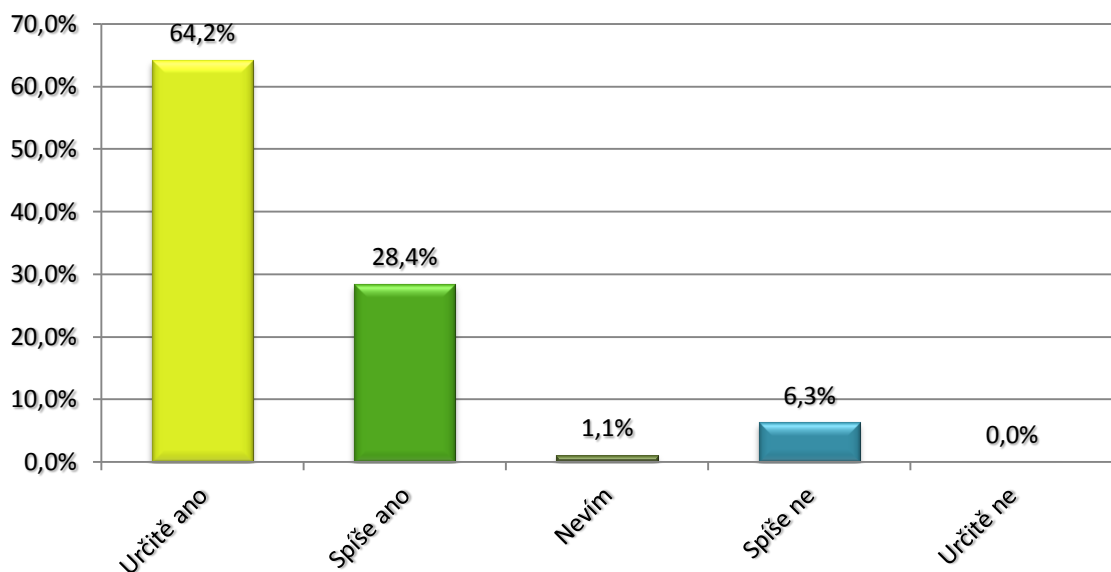
Položka č. 2: Dáváte přednost před farmakologickými způsoby (pokud to situace dovoluje) raději nefarmakologickým metodám tlumení bolesti v průběhu porodu?

Tabulka 2: Preference nefarmakologických metod před metodami farmakologickými.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	61	64,2 %
Spíše ano	27	28,4 %
Nevím	1	1,1 %
Spíše ne	6	6,3 %
Určitě ne	0	0 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 2: Preference nefarmakologických metod před metodami farmakologickými.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Z analýzy dat vyplynulo, že 64,2 % respondentek určitě dává přednost nefarmakologickým metodám tlumení porodních bolestí před metodami farmakologickými. Dále 28,4 % odpovídajících uvedlo, že spíše dává přednost těmto metodám a 6,3% spíše ne. Jedna respondentka, čili 1,1 %, vybrala možnost nevím. Žádná porodní asistentky nevedla možnost určitě ne.

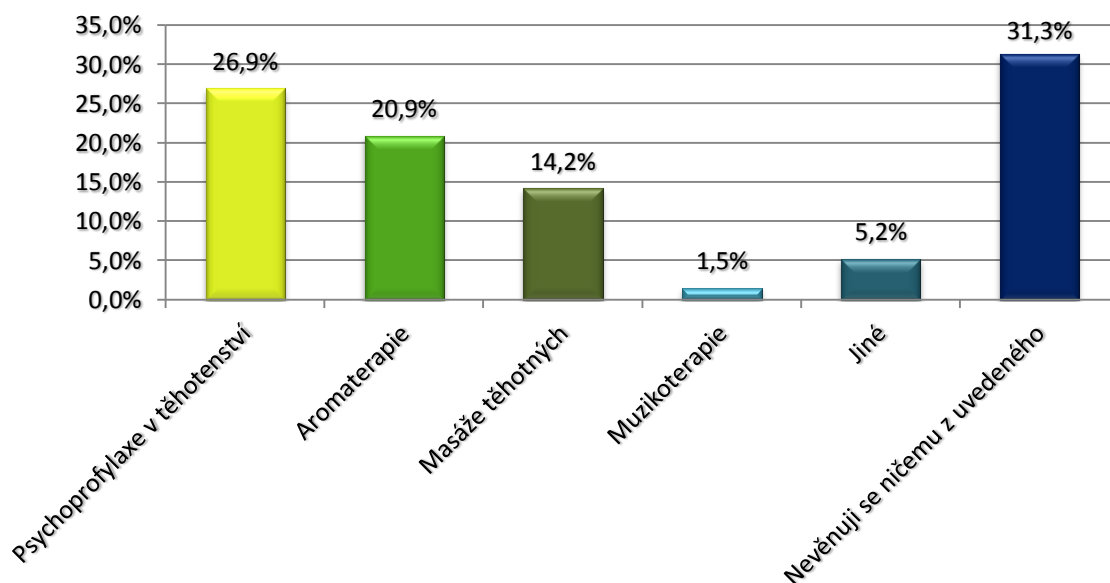
Položka č. 3: Věnujete se některé z níže uvedených činností i mimo práci na porodním sále?

Tabulka 3: Činnost porodních asistentek mimo práci na porodním sále.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychoprofylaxe v těhotenství	36	26,9 %
Aromaterapie	28	20,9 %
Masáže těhotných	19	14,2 %
Muzikoterapie	2	1,5 %
Jiné	7	5,2 %
Nevěnuji se ničemu z uvedeného	42	31,3 %
Celkem	134	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 3: Činnost porodních asistentek mimo práci na porodním sále.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Respondentky u otázky mohly zvolit více odpovědí. Celkem bylo odpovědí 134 (100 %). Mimo práci na porodním sále se ničemu dalšímu nevěnuje 31,3 % odpovídajících. Dalších 26,9 % vykonává psychoprofylaxi v těhotenství, 20,9 % se věnuje aromaterapii a 14,2% respondentek provádí masáže těhotných. Porodní asistentky, přesně 5,2 %, vybraly také možnost jiné, kde uváděly: reflexologie, akupresura, cvičení pro těhotné. Zbylých 1,5 % se zabývá muzikoterapií.

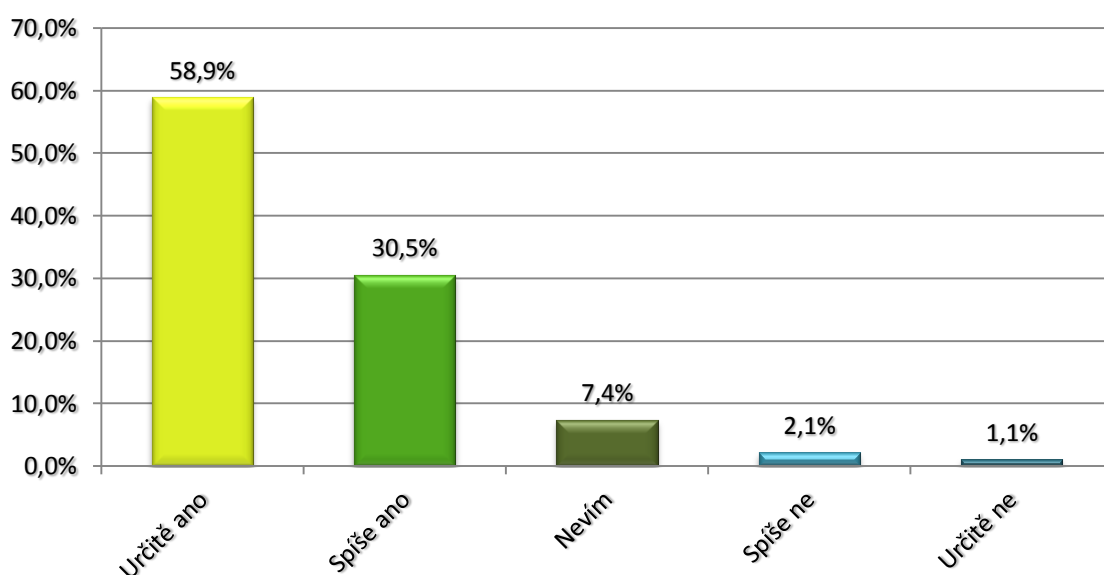
Položka č. 4: Chtěla byste své dosavadní znalosti o nefarmakologických technikách tlumení bolestí u porodu rozšířit a upevnit, např. seminářem, přednáškou nebo kurzem?

Tabulka 4: Zájem o více informací.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	56	58,9 %
Spíše ano	29	30,5 %
Nevím	7	7,4 %
Spíše ne	2	2,1 %
Určitě ne	1	1,1 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 4: Zájem o více informací.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Celkem 58,9 % respondentek by chtělo určitě rozšířit a upevnit své dosavadní znalosti o nefarmakologických metodách. Dalších 30,5 % by své znalosti chtělo spíše rozšířit a upevnit. Možnost nevím vybralo 7,4 % odpovídajících. Pouze 2,1 % respondentek by spíše nechtělo rozšířit své dosavadní znalosti a jedna respondentka, tedy 1,1 % uvedla možnost určitě ne.

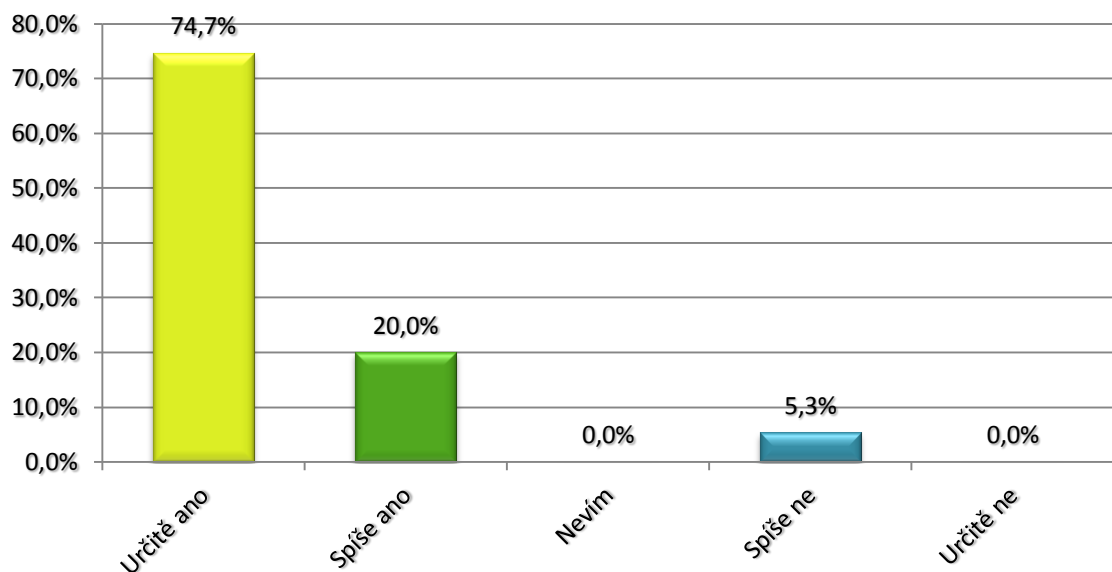
Položka č. 5: Nabízíte rodičkám nefarmakologické metody tišení porodních bolestí, které lze využít při porodu?

Tabulka 5: Nabídka nefarmakologických metod rodičkám.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	71	74,7 %
Spíše ano	19	20,0 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	5	5,3 %
Určitě ne	0	0 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 5: Nabídka nefarmakologických metod rodičkám.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Z výsledků vyplývá, že většina odpovídajících porodních asistentek, tedy 74,7 %, určitě nabízí rodičkám nefarmakologické metody tišení porodních bolestí, jež mohou využít u porodu. Dalších 20,0% uvedlo, že tyto metody tišení porodních bolestí spíše nabízí a zbylých 5,3 % je spíše nenabízejí. Nikdo nevybral možnosti nevím a určitě ne.

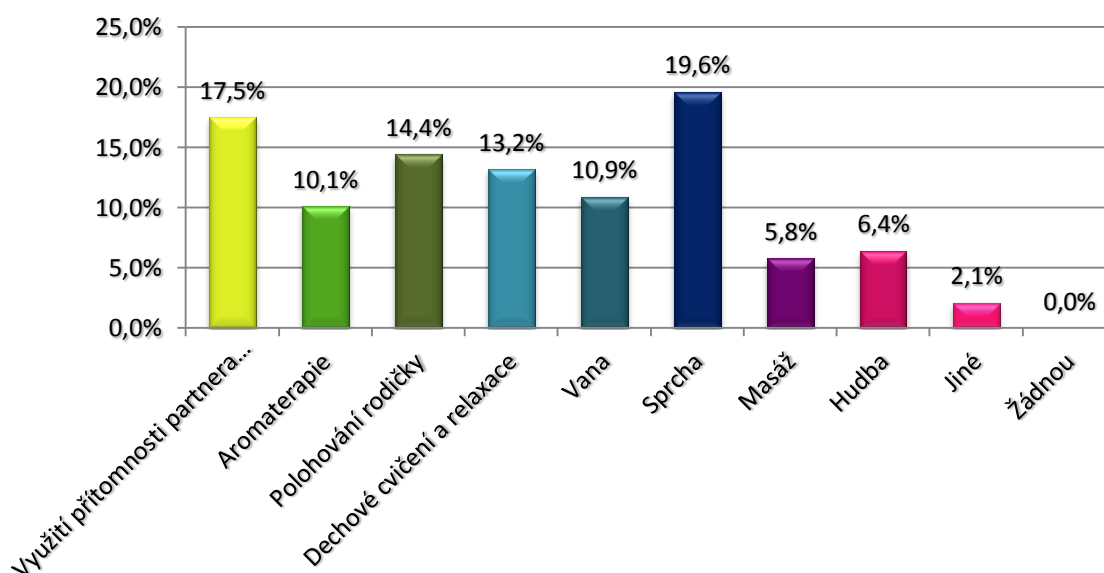
Položka č. 6: Vyberte nefarmakologickou metodu tišení porodních bolestí, kterou nejčastěji aplikujete, pokud to situace umožňuje, během první doby porodní: (můžete vybrat více možností)

Tabulka 6: Nefarmakologické metody aplikované v první době porodní.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby	85	17,5 %
Aromaterapie	49	10,1 %
Polohování rodičky	70	14,4 %
Dechové cvičení a relaxace	64	13,2 %
Vana	53	10,9 %
Sprcha	95	19,6 %
Masáž	28	5,8 %
Hudba	31	6,4 %
Eventuálně jiné metody, které využíváte	10	2,1 %
Žádnou	0	0 %
Celkem	485	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 6: Nefarmakologické metody aplikované v první době porodní.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: U položky č. 6 mohly respondenty zvolit více možností. Celkový počet odpovědí činil 485 (100 %). Odpovídalo 95 respondentek. Z analýzy dat vyplývá, že nejčas-

těji aplikovanou nefarmakologickou metodou v první době porodní je sprcha, kterou uvedlo všech 95 (19,6 %) odpovídajících porodních asistentek. Celkem 85 (17,5 %) respondentek zvolilo využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby. Polohování rodičky uvedlo 70 (14,4 %) porodních asistentek a 64 (13,2) zvolilo dechové cvičení a relaxaci. Respondentky, přesněji 10,9 % dotazovaných, vybralo využití vany a téměř stejný počet respondentek, tedy 10,1 % uvedlo využití aromaterapie. Dalších 31 (6,4%) respondentek využívá v první době porodní proti porodním bolestem hubu a 28 dotázaných (5,8%) uvedlo masáž. Konkrétně 2,1 % porodních asistentek vybralo variantu jiné: teplé obklady, nahřáté třešňové pecky. Možnost žádnou nevybral nikdo z odpovídajících.

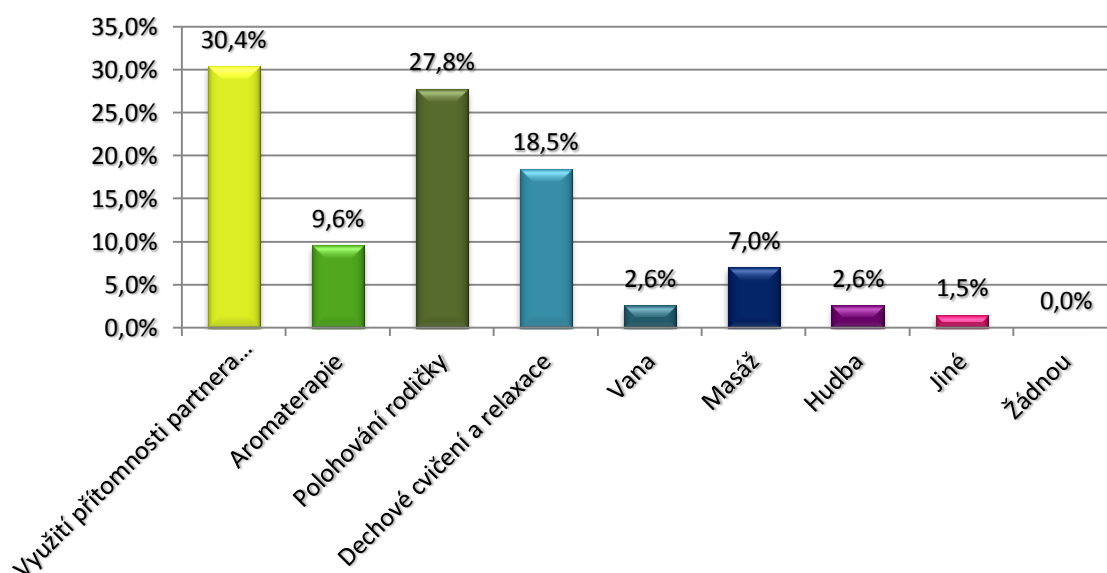
Položka č. 7: Kterou z nefarmakologických metod k tlumení bolestí během porodu využíváte nejčastěji během druhé doby porodní? (můžete vybrat více možností)

Tabulka 7: Nefarmakologické metody aplikované v druhé době porodní.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby	82	30,4 %
Aromaterapie	26	9,6 %
Polohování rodičky	75	27,8 %
Dechové cvičení a relaxace	50	18,5 %
Vana	7	2,6 %
Masáž	19	7,0 %
Hudba	7	2,6 %
Eventuálně jiné metody, které využíváte	4	1,5 %
Žádnou	0	0 %
Celkem	270	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 7: Nefarmakologické metody aplikované v druhé době porodní.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Na tuto otázku mohly respondentky odpovědět více možnostmi. Odpovídalo 95 respondentek a uvedlo 270 (100 %) odpovědí. Nejvíce dotazovaných, a to 82 (30,4 %) uvedlo jako nejčastěji používanou nefarmakologickou metodu tlumení porodních bolestí v druhé fázi porodu využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby. Druhá nejčastěji zvo-

lená metoda bylo polohování rodičky, kterou vybralo 75 (27,8 %) respondentek. Dalších 50 (18,5 %) odpovídajících porodních asistentek uvedlo metodu dechového cvičení a relaxace a 26 (9,6 %) respondentek označilo aromaterapii. Dále výsledky analýzy ukazují, že 19 (7,0 %) respondentek využívá v druhé době porodní masáž a shodný počet porodních asistentek, tedy 7 (2,6 %) vybralo variantu vana a hudba. Zbylé 4 (1,5 %) z dotazovaných uvedly jinou možnost: teplý obklad na hráz. Žádná z 95 respondentek nevybralo variantu žádnou.

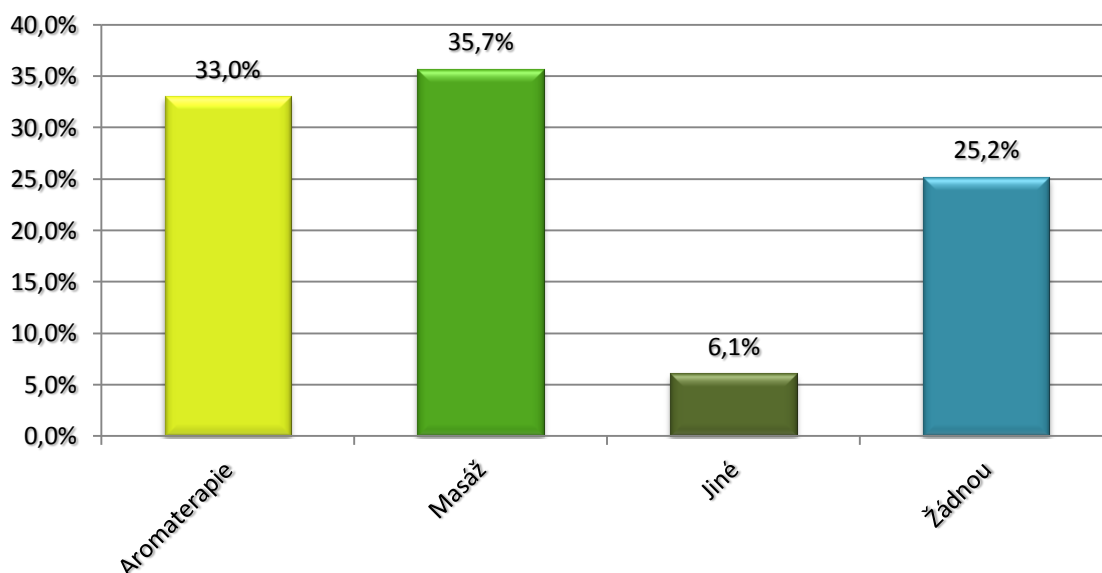
Položka č. 8: Zakřížkujte nefarmakologickou metodu, kterou používáte během třetí doby porodní: (můžete vybrat více možností)

Tabulka 8: Nefarmakologické metody aplikované v třetí době porodní.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aromaterapie	38	33,0 %
Masáž	41	35,7 %
Eventuálně jiné metody, které využíváte	7	6,1 %
Žádnou	29	25,2 %
Celkem	115	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 8: Nefarmakologické metody aplikované v třetí době porodní.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: U položky č. 8 mohly porodní asistentky uvést více variant. Celkem bylo 115 (100 %) odpovědí 95 respondentek. Nejčastěji aplikovanou nefarmakologickou metodou proti porodním bolestem ve třetí době porodní je podle 41 (35,7 %) dotazovaných masáž. 38 (33,0 %) respondentek vybralo možnost aromaterapie a 29 porodních asistentek (25,2 %) neaplikuje žádnou nefarmakologickou metodu. Zbýlých 7 (6,1%) odpovídajících uvedlo jinou metodu: polohování rodičky, bonding.

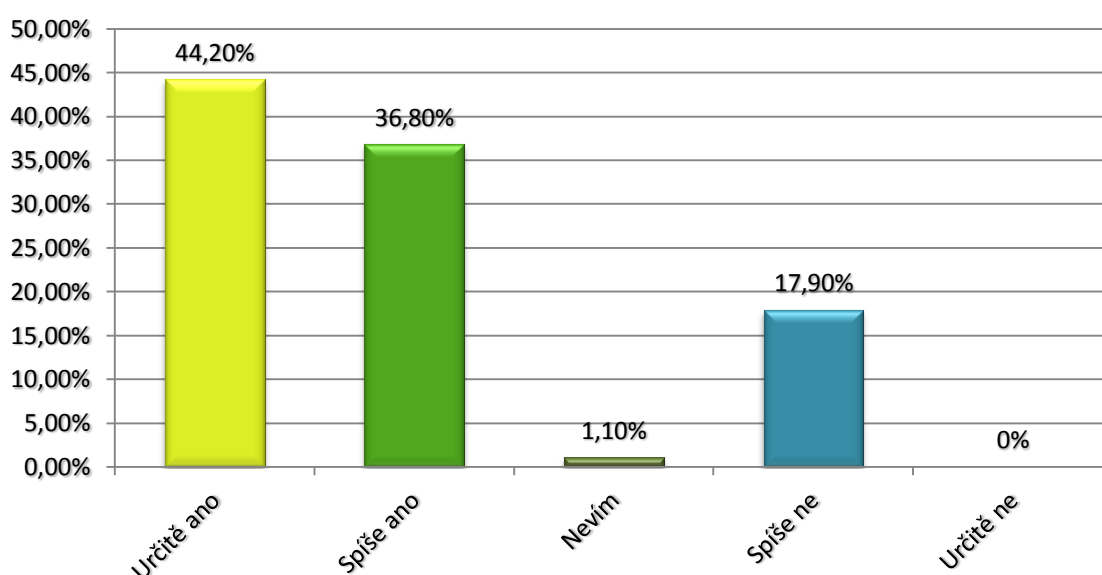
Položka č. 9: Poskytuje Vám zařízení, ve kterém nyní pracujete, vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod tišení porodních bolestí?

Tabulka 9: Podmínky k praktikování nefarmakologických metod.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	42	44,2 %
Spíše ano	35	36,8 %
Nevím	1	1,1 %
Spíše ne	17	17,9 %
Určitě ne	0	0 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 9: Podmínky k praktikování nefarmakologických metod.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Ze 100 % odpovědí 44,2 % dotázaných uvedlo, že jim zařízení, ve kterém pracují, určitě poskytuje vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod. Další 36,8 % tvrdí, že tyto podmínky jsou jim ze strany zařízení spíše poskytovány. Celkem 17,9 % respondentek si myslí, že jim podmínky k aplikaci nefarmakologických metod, spíše nejsou poskytovány. Pouhé 1,1 % procento uvedlo možnost nevím. Žádná s respondentek nevybrala odpověď určitě ne.

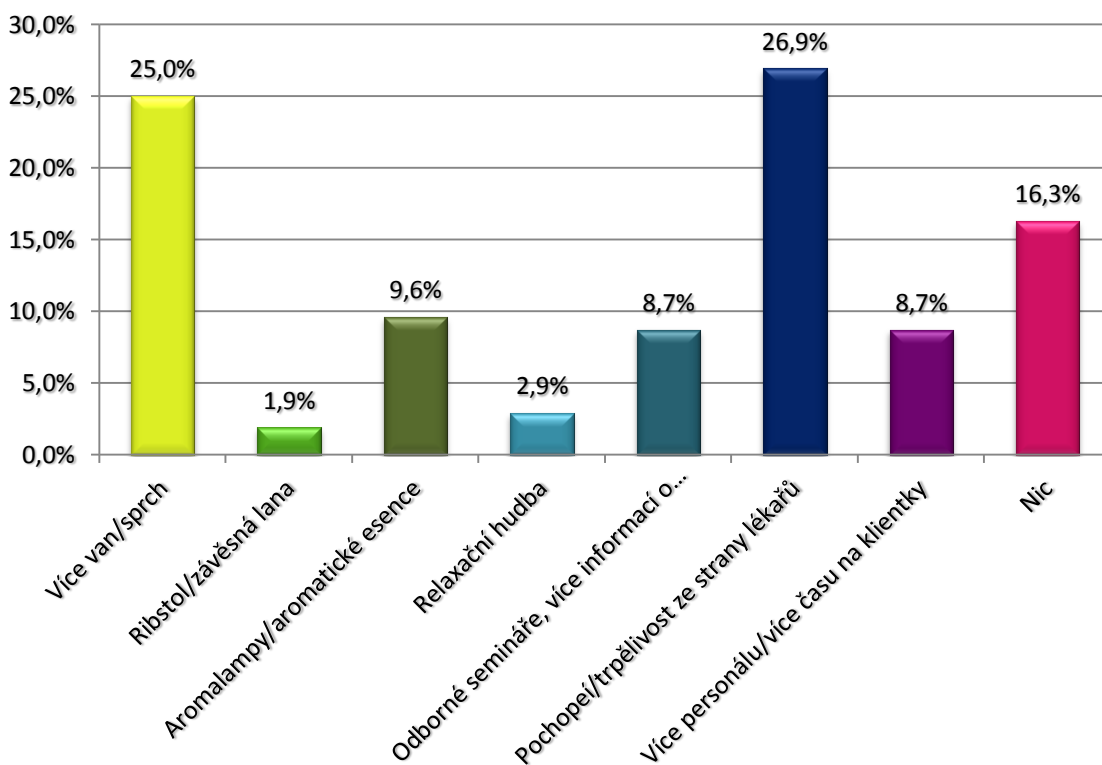
Položka č. 10: Co konkrétního Vám chybí ze strany zařízení, ve kterém pracujete, abyste mohla využívat nefarmakologické metody tišení porodních bolestí?

Tabulka 10: Konkrétní nedostatky zdravotnického zařízení k využívání nefarmakologických metod.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více van/sprch	26	25,0 %
Ribstol/závěsná lana	2	1,9 %
Aromalampy/aromatické esence	10	9,6 %
Relaxační hudba	3	2,9 %
Odborné semináře/více informací o nefarmakologických metodách	9	8,7 %
Pochopení/trpělivost ze strany lékařů	28	26,9 %
Více personálu/více času na klientky	9	8,7 %
Nic	17	16,3 %
Celkem	104	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 10: Konkrétní nedostatky zdravotnického zařízení k využívání nefarmakologických metod.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Na tuto položku odpovídaly respondenty formou otevřené odpovědi, kdy 95 odpovídajících porodních asistentek uvedlo 104 (100 %) odpovědí. Jako nejčastější odpověď uvedlo 28 (26,9 %) respondentek pochopení a trpělivost ze strany lékařů. Druhou nejčastější věcí, co chybí porodním asistentkám k provozování nefarmakologických metod, jsou vany a sprchy, které napsalo 26 (25 %) dotazovaných. Dalších 17 (16,3 %) porodním asistentkám nechybí nic a 10 (9,6 %) odpovídajících postrádá aromalampy nebo aromatické esence. Respondentek, které uvedly, že jim chybí odborné semináře či více informací o nefarmakologických metodách a také by potřebovaly více personálu i času na klientky, bylo celkem 9, tedy 8,7 % z dotazovaných. Relaxační hudbu napsaly 3 (2,9 %) dotazované a ribstol se závěsnými lany uvedly 2 (1,9 %) respondenty.

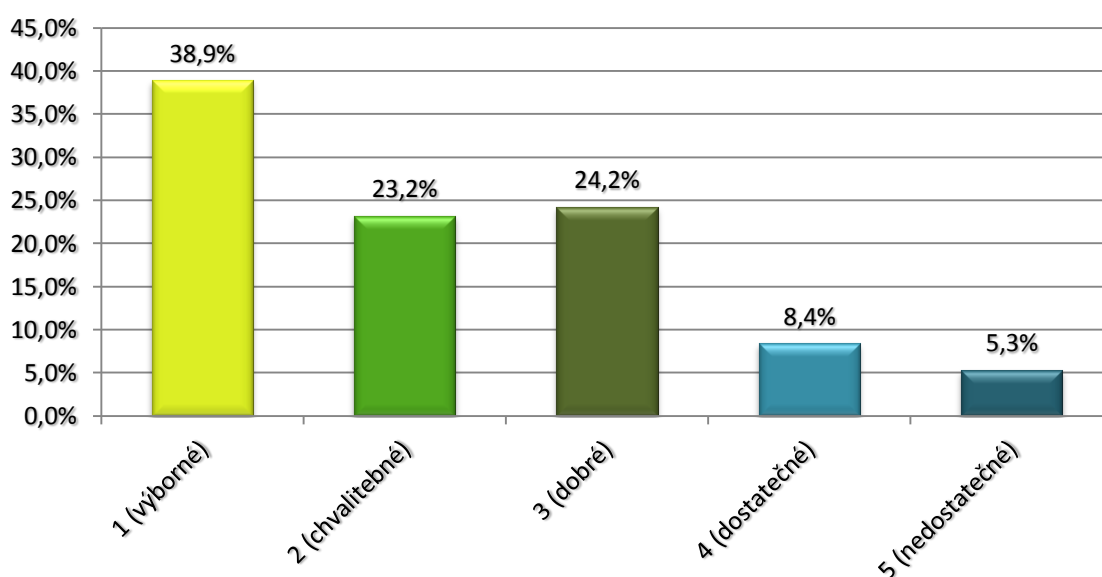
Položka č. 11: Ohodnoťte na škále 1 – 5 úroveň jednotlivých položek, které přispívají k využití nefarmakologických metod na Vašem pracovišti (známkuje jako ve škole: 1 – výborné, 5 – nedostatečné):

Tabulka 11: Prostory.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborné)	37	38,9 %
2 (chvalitebné)	22	23,2 %
3 (dobré)	23	24,2 %
4 (dostatečné)	8	8,4 %
5 (nedostatečné)	5	5,3 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 11: Prostory.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Analýzou dat bylo zjištěno, že 38,9 % dotazovaných porodních asistentek hodnotí dosavadní prostory zdravotnického zařízení, ve kterém pracují na stupnici od 1 do 5, číslem jedna, tedy výborné. Celkem 24,2 % porodních asistentek hodnotí prostory, ve kterých pracují, k využívání nefarmakologických metody tišení porodních bolestí jako dobré, tedy číslem 3. Dále 23,2 % respondentek prostory a ohodnotily jako chvalitebné známkou 2. Z celkového počtu respondentek uvedlo 8,4 %, že prostory zařízení, kde pracují, jsou dostatečné a ohodnotily je číslem 4. Nedostatečné prostory svého zařízení

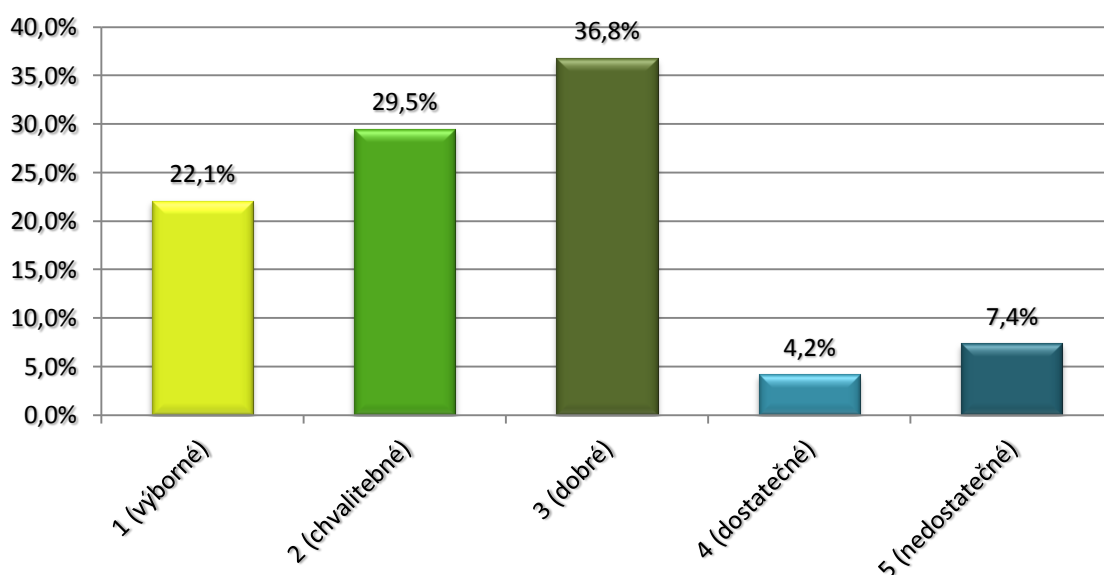
k využívání nefarmakologických metod k tlumení porodních bolestí má podle analýzy dat 5,3 % dotazovaných.

Tabulka 12: Vybavení porodního sálu.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborné)	21	22,1 %
2 (chvalitebné)	28	29,5 %
3 (dobré)	35	36,8 %
4 (dostatečné)	4	4,2 %
5 (nedostatečné)	7	7,4 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 12: Vybavení porodního sálu.



(Zdroj: Vlastní)

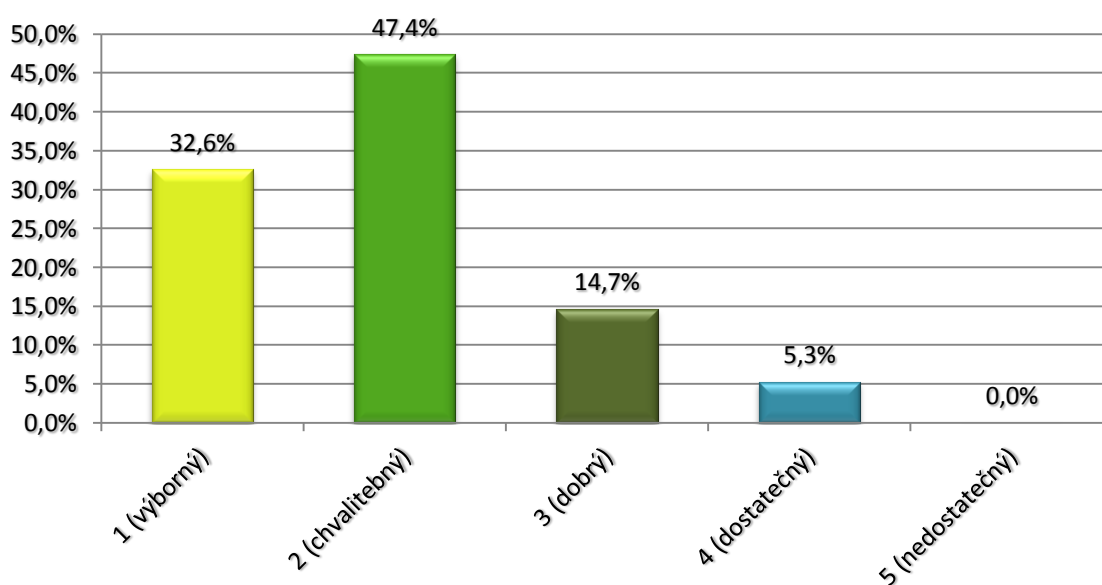
Komentář: Jak vyplývá z výsledků analýzy, 36,8 % respondentek hodnotí vybavení porodního sálu k používání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí známkou 3, tudíž jako dobré, 29,5 % známkou 2, jako chvalitebné a 22,1 % známkou 1, tudíž výborné. Dalších 7,4 % z celkového počtu respondentek hodnotí vybavení porodního sálu jako nedostatečné a vybraly známku 5. Zbylé 4,2 % prostory vidí jako dostatečné a uvedli číslo 4.

Tabulka 13: Počet rodiček na porodním sále.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborný)	31	32,6 %
2 (chvalitebný)	45	47,4 %
3 (dobrý)	14	14,7 %
4 (dostatečný)	5	5,3 %
5 (nedostatečný)	0	0 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 13: Počet rodiček na porodním sále.



(Zdroj: Vlastní)

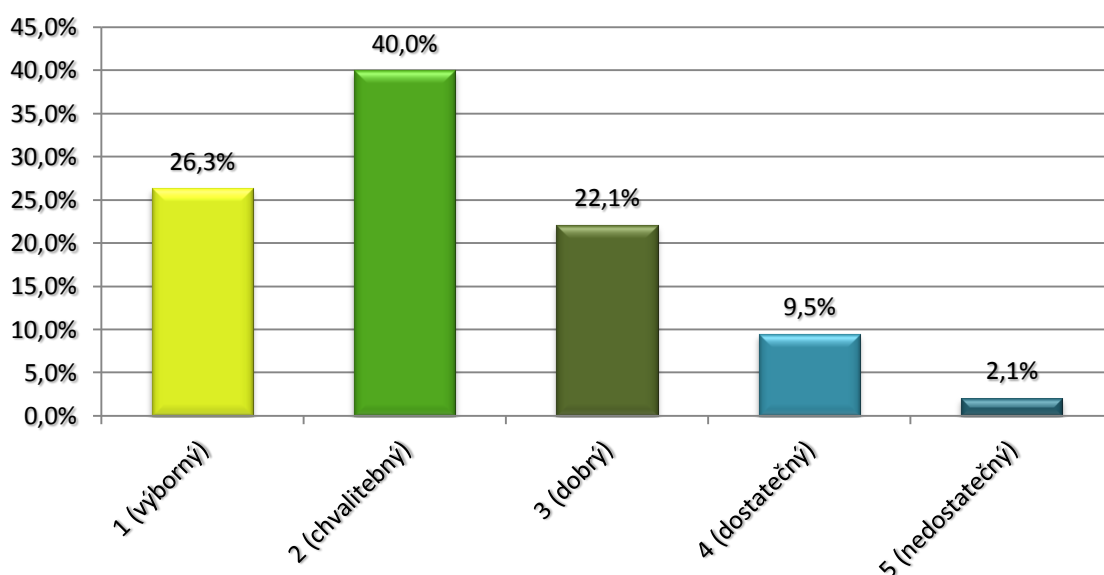
Komentář: Z průzkumu vyplývá, že 47,4 % respondentek uvedlo, že četnost rodiček na porodním sále přispívá k využívání nefarmakologických metod k tišení porodních bolestí na jejich pracovišti a ohodnotilo je známku 2. Dalších 32,6 % četnost rodiček zhodnotilo známkou 1 a 14,7 % známkou 3. Známkou 4, ohodnotilo četnost rodiček na porodním sále 5,3 % respondentek a ani jedna z dotazovaných neuvádla možnost se známkou 5.

Tabulka 14: Zájem porodních asistentek.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborný)	25	26,3 %
2 (chvalitebný)	38	40,0 %
3 (dobrý)	21	22,1 %
4 (dostatečný)	9	9,5 %
5 (nedostatečný)	2	2,1 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 14: Zájem porodních asistentek.



(Zdroj: Vlastní)

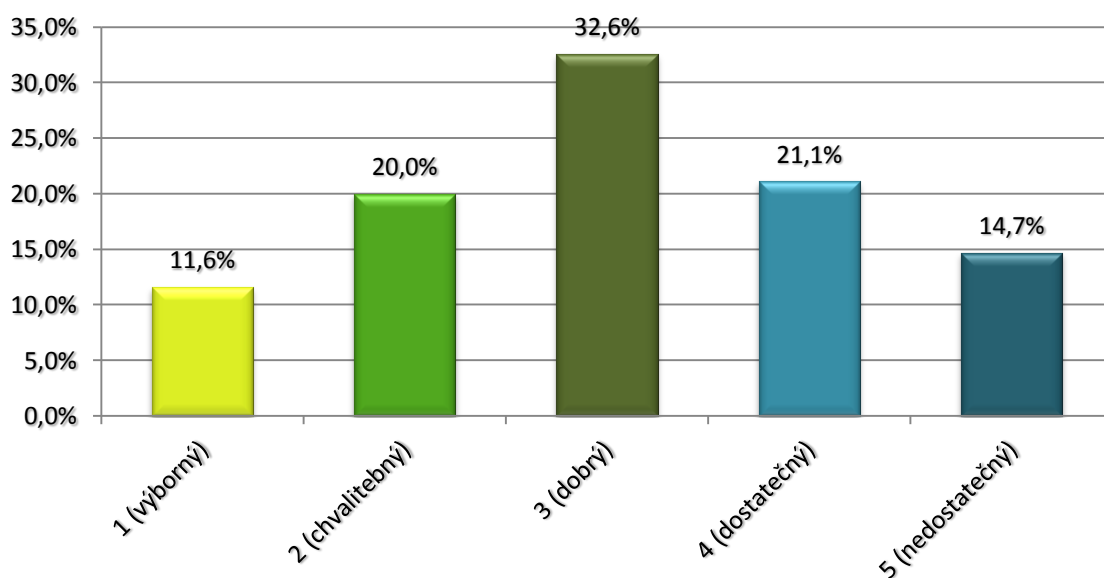
Komentář: Celkem 40,0 % respondentek si myslí, že zájem porodních asistentek o využití nefarmakologických metod k tišení porodních bolestí na jejich pracovišti je chvalitebný a ohodnotili jej známkou 2. Dalších 26,3 % tento zájem hodnotí jako výborný a vybralo hodnotu 1 a dalších 22,1 % jej shledává jako dobrý, tudíž zvolilo známkou 3. Z celkového počtu respondentek 9,5 % uvedlo, že zájem porodních asistentek o využívání nefarmakologických metod k tišení porodních bolestí na jejich pracovišti je dostatečný a ohodnotilo jej známkou 4. Zbylé 2,1 % dotázaných tento zájem zhodnotilo jako nedostatečný a vybralo hodnotu 5.

Tabulka 15: Přístup lékařů.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborný)	11	11,6 %
2 (chvalitebný)	19	20,0 %
3 (dobrý)	31	32,6 %
4 (dostatečný)	20	21,1 %
5 (nedostatečný)	14	14,7 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 15: Přístup lékařů.



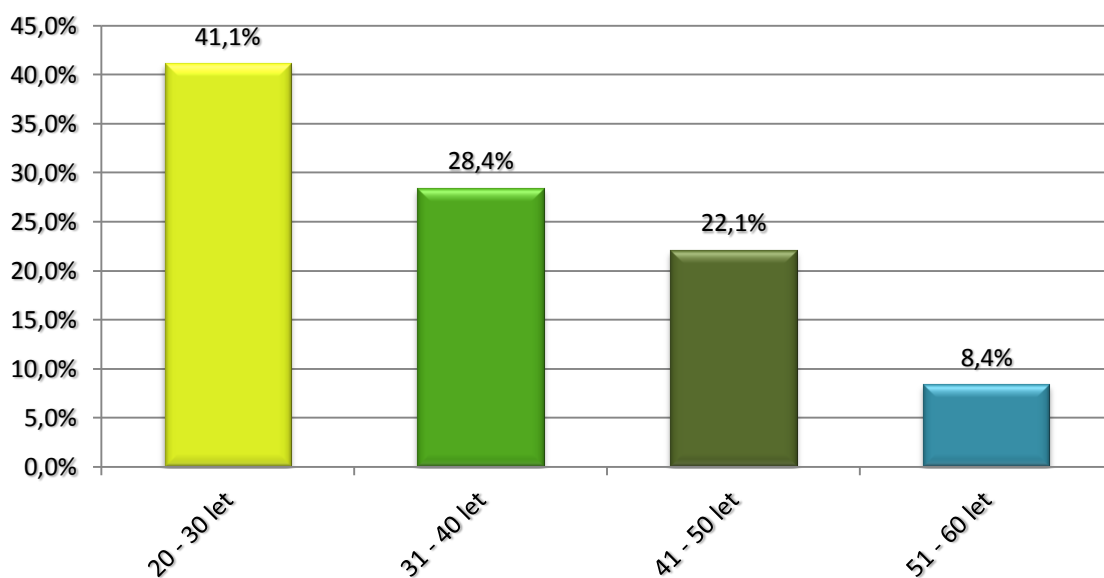
(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Analýzou dat bylo zjištěno, že 32,6 % respondentek hodnotí přístup lékařů k nefarmakologickým metodám k tlumení porodních bolestí na jejich pracovišti jako dobrý a zvolilo známku 3. Dalších 21,1 % dotazovaných ohodnotilo tuto položku známkou 4, tudíž jako dostatečný a s minimálním rozdílem, tedy 20,0 % porodních asistentek přístup lékařů k těmto metodám zhodnotilo jako chvalitebný a vybralo známku 2. Z celkového počtu respondentek 14,7 % dotazovaných vybralo hodnotu 5 a přístup lékařů tak určilo jako nedostatečný a 11,6 % naopak vybralo hodnotu 1, tudíž výborný.

Položka č. 12: Kolik je Vám let?*Tabulka 16: Věk respondentek.*

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
23 – 30 let	39	41,1 %
31 – 40 let	27	28,4 %
41 – 50 let	21	22,1 %
51 – 60 let	8	8,4 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 16: Věk respondentek.

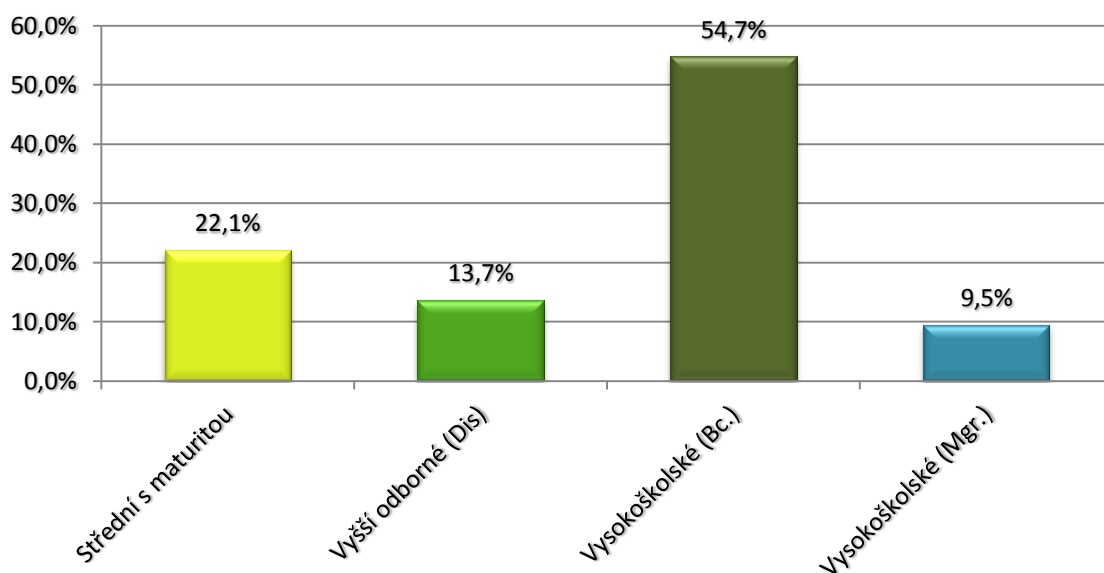
(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Ze 100 % odpovídajících 41,1 % respondentek uvedlo věk v rozmezí 23 – 30 let, 28,4 % spadá do věkové hranice 31 – 40 let a 22,1 % má 41 – 50 let. Pouhých 8,4 % dotazovaných se pohybuje v rozmezí 51 – 60 let.

Položka č. 13: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*Tabulka 17: Vzdělání respondentek.*

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední s maturitou	21	22,1 %
Vyšší odborné (DiS.)	13	13,7 %
Vysokoškolské (Bc.)	52	54,7 %
Vysokoškolské (Mgr.)	9	9,5 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 17: Vzdělání respondentek.

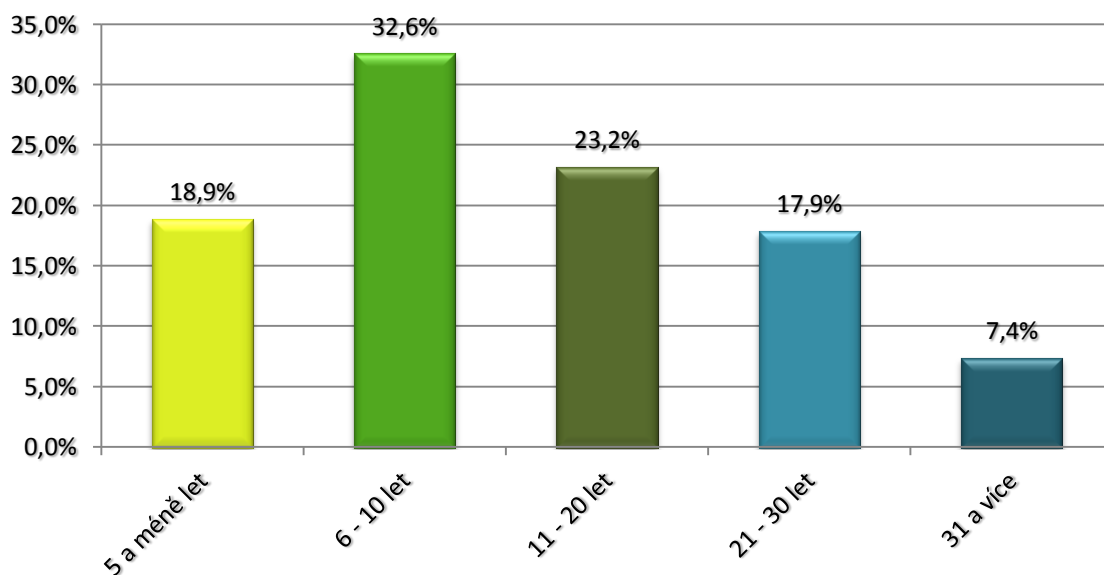
(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Většina respondentek, tedy 54,7 % uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské s dosaženým titulem Bc., 22,1 % dotazovaných uvedlo vzdělání střední s maturitou, 13,7 % má vyšší odborné vzdělání a 9,5 % odpovídajících vybralo možnost vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr.

Položka č. 14: Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistence?*Tabulka 18: Délka praxe respondentek.*

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 a méně let	18	18,9 %
6 – 10 let	31	32,6 %
11 – 20 let	22	23,2 %
21 – 30 let	17	17,9 %
31 a více	7	7,4 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 18: Délka praxe respondentek.

(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Z průzkumu vyplývá, že 32,6 % respondentek má praxi v oboru porodní asistence dlouhou 6 – 10 let a 23,2 % v rozmezí 11 – 20 let. Praxe v oboru dalších 18,9 % dotazovaných je 5 a méně let a 17,9 % respondentek se v oboru pohybují 21 – 30 let. Pouze 7,4 % pracuje v oboru již 31 a více let.

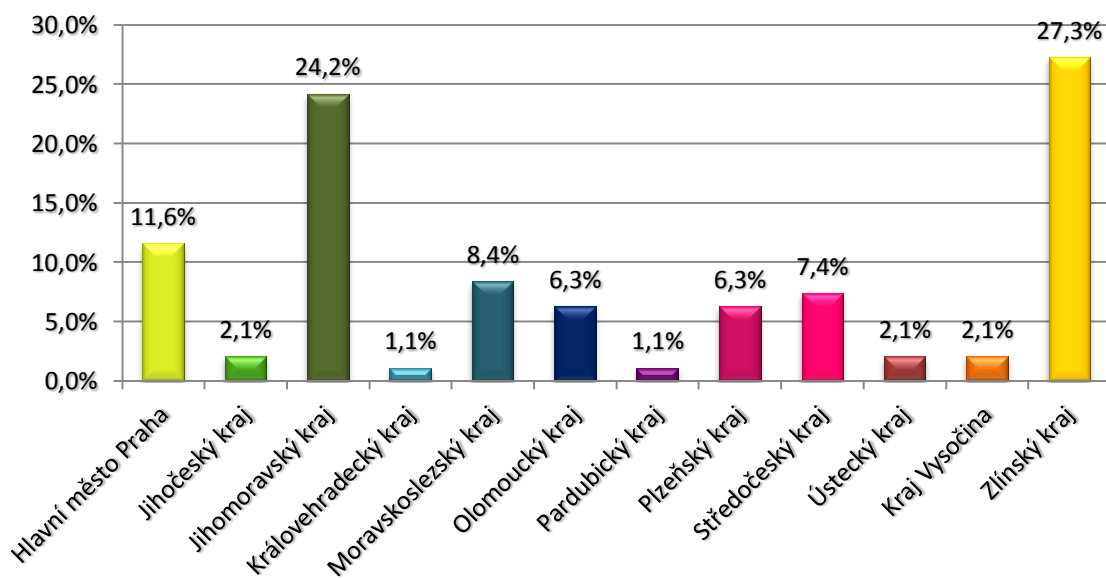
Položka č. 15: Napište město, ve kterém nyní pracujete:

Tabulka 19: Místo zaměstnání.

Nabídka odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hlavní město Praha	11	11,6 %
Jihočeský kraj	2	2,1 %
Jihomoravský kraj	23	24,2 %
Královehradecký kraj	1	1,1 %
Moravskoslezský kraj	8	8,4 %
Olomoucký kraj	6	6,3 %
Pardubický kraj	1	1,1 %
Plzeňský kraj	6	6,3 %
Středočeský kraj	7	7,4 %
Ústecký kraj	2	2,1 %
Kraj Vysočina	2	2,1 %
Zlínský kraj	26	27,3 %
Celkem	95	100 %

(Zdroj: Vlastní)

Graf 19: Místo zaměstnání.



(Zdroj: Vlastní)

Komentář: Nejvíce respondentek, tudíž 27,3 %, bylo ze Zlínského kraje následovaných 24,2 % dotazovaných z kraje Jihomoravského. Z Prahy a jejího okolí bylo 11,6 % respondentek, 8,4 % respondentek z kraje Moravskoslezského a 7,4% dotazovaných ze Středo-

českého kraje. Celkem 6,3% porodních asistentek bylo z krajů Plzeňského a Olomouckého. Dalších 2, 1% respondentek uvedlo Jihočeský, Ústecký kraj a Kraj Vysočina. Pouhé 1,1 % dotazovaných respondentek bylo z kraje Jihočeského a Pardubického.

5 DISKUZE

5.1 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření. Tématu tlumení porodních bolestí pomocí nefarmakologických metod se věnovalo několik výzkumných šetření, ale velká většina z nich, byla zaměřena na zjišťování informovanosti rodiček o těchto metodách, proto výzkumné šetření této bakalářské práce je specializováno na přístup a na využití těchto metod v praxi porodní asistentky.

Každá žena je připravena na porod a bolest s ním spojenou zcela odlišně a mezi schopnosti porodní asistentky by mělo patřit to, že v takové situaci bude pro rodičku plnohodnotným společníkem a oporou. K takovému vztahu mezi rodící ženou a porodní asistentkou mohou právě přispívat nefarmakologické metody, které v praxi může porodní asistentka využít nezávisle na ordinaci lékaře a během jejich aplikace může s rodičkou navázat hlubší a důvěrnější kontakt. Marie Beranová (2012) ve své práci „Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu“ zkoumala pomocí dotazníkového šetření, zájem porodních asistentek o využívání nefarmakologických metod tlumení bolestí během porodu. Ze 46 dotazovaných uvedlo 97,8 % porodních asistentek, že mají zájem o využití nefarmakologických metod tlumení bolesti za porodu, pouze jedna z dotazovaných uvedla, tedy 2,2 %, že o tyto metody spíše nemá zájem. Dále 93,5 % dotazovaných napsalo, že by uvítalo seminář či přednášku o nefarmakologických metodách. Autorka zároveň zjišťovala, zda porodní asistentky nabízejí možnost využití nefarmakologických metod proti bolestem za porodu, kdy pouze jedna respondentka byla výjimkou a zbylých 97,8 % dotazovaných nabízí tuto možnost. V uvedeném výzkumném šetření porodní asistentky uvedly, že v praxi využívají nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, pouze 3 respondentky spíše ne. Bezmála 100 % dotazovaných dává těmto metodám přednost před farmakologickými metodami u porodu. Zároveň většina respondentek se nefarmakologickým metodám, jako je aromaterapie, masáže těhotných nebo například psychoprofylaxe, věnuje i mimo práci na porodním sále a své dosavadní informace o těchto metodách by chtěly rozšířit a upevnit díky odborné přednášce či semináři. Stejně jako u výzkumu Beranové (2012) se ukázalo, že porodní asistentky rodičkám nabízí nefarmakologické metody k tlumení porodních bolestí. **Z toho vyplývá, že výsledky obou výzkumů jsou si podobné a porodní asistentky mají zájem o tlumení porodních bolestí nefarmakologickým způsobem.** Lze usuzovat, že tento zájem pramení z toho, že porodní asistentky chtějí být v praxi samostatnější a nefarmakolo-

gické techniky tlumení bolestí za porodu mohou rodičkám aplikovat samy bez dohledu a ordinace lékaře. Další faktorem, který může přispívat k zájmu porodních asistentek o tyto metody, je to, že jsou stále více vyhledávány samotnými rodičkami, kterým se snaží co nejvíce vyjít vstříc a z porodu udělat příjemný a radostný zážitek.

Autorka Beranová (2012) ve své práci dále zjišťovala, zda porodní asistentky pracující na porodním sále mají vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod k tlumení bolestí za porodu. V této části zjistila, že 29 respondentek z celkového počtu 46, tedy 63 % má vhodné podmínky k provozování těchto metod. Dalších 16 dotazovaných (34,8 %) spíše nemají vhodné podmínky a pouze 1 porodní asistentka (2,2 %) uvedla, že vhodné podmínky k nefarmakologickým metodám určitě nemá. Z výsledků uvedeného výzkumného šetření lze určit, že ze 100 % dotazovaných porodních asistentek má naprostá většina, a to 81 % vhodné podmínky k tlumení porodních bolestí pomocí nefarmakologických metod. Zbylých 17,9 % tyto podmínky spíše nemá a pouze jedna respondentka (1,1 %) uvedla možnost nevím. **Při srovnání obou výzkumů lze říct, že výsledky šetření se téměř shodují a porodní asistentky tvrdí, že mají vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod v praxi.** Toto zjištění může vyplývat ze skutečnosti, že nefarmakologické techniky tlumení porodních bolestí jsou ve skutečnosti velmi jednoduché až primitivní metody, které si nevyžadují příliš speciální a složité pomůcky. Zároveň lze říct, že v dnešní době velká většina porodnic je těmto nárokům přizpůsobena a vybavení porodních sálů je stále vylepšováno ke spokojenosti nejenom rodiček, ale i porodních asistentek, které tak mají lepší podmínky práce a mohou se těmto metodám věnovat.

Po podrobné analýze dat nebylo nalezeno podobné výzkumné šetření, se kterým by bylo možné porovnat výsledky části dotazníkového šetření, kde byly zkoumány nejčastěji využívané nefarmakologické metody porodními asistentkami v jednotlivých dobách porodních. Bylo tedy provedeno porovnání s výzkumem Řezníkové (2013), která ve své práci „Nefarmakologické metody tišení bolesti v průběhu porodu“ zkoumá, jaké metody využívají samy rodičky během porodu. Z analýzy dat lze vyčíst, že 123 žen (87,9 %) ze 140 dotazovaných využilo při porodu proti bolestem účinky hydroterapie (vana, sprcha), 113 rodiček (80,7 %) přítomnost partnera a 107, tedy 76,4 % vybralo možnost využití dechových technik. Z celkového počtu odpovědí 522 odpovědělo 17,56 % možností aplikace úlevových poloh. V uvedeném výzkumném šetření odpovědi všech 95 respondentek (100 %), v tomto případě porodních asistentek, ukázaly jako nejčastěji využívanou nefarmakologickou metodu proti porodním bolestem v první době porodní účinky sprchy. Druhou nejčas-

těji používanou metodou, podle 85 odpovídajících (89,5 %) je přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby, podle 70 respondentek (73,7 %) polohování rodičky a podle odpovědí 64 porodních asistentek (67,4 %) dechové cvičení a relaxace. Více jak polovina odpovídajících, konkrétně 53 respondentek (55,8 %), aplikuje proti porodním bolestem působení vany a 49 respondentek (51,6 %) účinky aromaterapie. Co se týká použití nefarmakologických metod proti bolestem v druhé době porodu, analýza získaných dat ukázala, že 86,3 % z 95 porodních asistentek využívá přítomnosti partnera a jiné blízké osoby a 78,9 % změnu polohy rodící ženy. Zároveň z 95 dotazovaných 50 (52,6 %) odpovědělo, že dále využívanou metodou jsou dechové techniky a relaxace. **Porovnáním výsledků výzkumu Řezníkové (2013), která zkoumala rodičkami nejčastěji využívané nefarmakologické metody u porodu a výsledků výzkumného šetření této bakalářské práce, bylo prokázáno, že ženy u porodu využily ty samé nefarmakologické metody k tlumení bolestí, které porodní asistentky nejčastěji aplikují v jednotlivých dobách porodních. Lze tedy usuzovat, že porodní asistentky nabízejí rodičkám a následně užívají nejčastěji ty metody, které z praxe a díky nabytým zkušenostem ví, že v dané situaci a konkrétní době porodní mají cílený efekt při snižování bolestí během porodu.**

5.2 Doporučení pro praxi

Z průzkumu vyplývá, že porodní asistentky pracující na porodním sále mají zájem o využívání nefarmakologických metod k tlumení bolestí za porodu a také tyto metody ve velké míře používají v praxi. Kromě toho mnohé z nich se dalším metodám a technikám, jak zmírnit porodní bolesti a jak rodičku připravit na porodní proces, věnují i mimo práci na porodním sále. Přesto je na místě, aby porodní asistentky byly o těchto metodách dostatečně poučeny, své dosavadní informace chtěly stále obnovovat a pravidelně získávat novinky v této problematice. Tohoto faktu by se dalo dosáhnout například větší nabídkou kurzů (příloha P V), přednášek a seminářů s odborníky a specialisty na danou problematiku. V takovém případě by porodní asistentky získaly praktické i teoretické znalosti jednotlivých metod, o které by samy měly zájem a své prozatímní znalosti by navýšily na odbornější úroveň. Řešením by také mohly být e-learningové kurzy, neboli výuka po internetu, v rámci celoživotního vzdělávání v oboru porodní asistence, kdy by za splnění takového kurzu porodní asistentky získaly kredity potřebné pro výkon svého povolání.

Další důležitým faktorem k provádění nefarmakologických technik jsou vhodné podmínky ze strany zdravotnického zařízení, konkrétně prostory s vybavením či přístup lékařů a

ostatního personálu porodního sálů. Podle výsledků dotazníkového šetření porodní asistentky hodnotí podmínky k praktikování těchto metod pozitivně, ale zároveň uvedly konkrétní nedostatky, které by chtěly na svém pracovišti změnit. V praxi není snadné jen tak změnit vybavení porodního sálu nebo rozšířit prostory a každé rodičce poskytnout porodní box s vlastní vanou či sprchou. Avšak nabízí se jiné, jednodušší možnosti, jak podmínky na porodním sále zlepšit a nefarmakologickým metodám najít místo v porodním procesu, například nepřeberné množství aromatických esencí, aromalampy, CD přehrávače s relaxační hudbou či jiné relaxační pomůcky.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala tématu „Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi.“ Byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části je popsána bolest jako fyziologický proces a bolest, která provází jednotlivé doby porodní. Druhá kapitola teoretické části rozebírá jednotlivé nefarmakologické postupy a metody tlumení bolestí za porodu.

V praktické části byly prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které měly prokázat následující cíle:

Prvním cílem bylo zjistit zájem porodních asistentek pracujících na porodním sále o využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi. K tomu sloužily položky v dotazníku číslo 1, 2, 3, 4 a 5. Výsledky šetření poukazují na to, že naprostá většina, 77,9 % porodních asistentek pracujících na porodním sále v praxi využívá nefarmakologické metody tišení porodních bolestí. Dalších 18,9 % dotazovaných tyto metody spíše využívá, 64,2 % respondentek zároveň uvedlo, že těmto metodám, pokud to daná situace dovoluje, určitě dávají přednost před metodami farmakologickými a 28,4 % spíše ano. Skutečnost, že se více jak polovina dotazovaných věnuje nefarmakologickým metodám nebo technikám, které pomáhají rodičkám připravit se na průběh porodu a bolest s ním spojenou, i mimo práci na porodním sále naznačuje, že porodní asistentky jsou těmto metodám otevřené. Konkrétně ze 134 odpovědí 26,9 % zahrnovalo psychopfylyxi v těhotenství, 20,9 % patří aromaterapii, 14,2 % odpovědí bylo masáž, 5,2 % byly jiné odpovědi dotazovaných, například reflexologie, akupunktura nebo cvičení s těhotnými a 1,5 % zahrnovalo muzikoterapii. Velké množství respondentek projevilo také zájem o rozšíření a upevnění svých dosavadních znalostí ohledně nefarmakologických metod tišení porodních bolestí. Z celkového množství respondentek 58,9 % uvedlo v dotazníku možnost určitě ano, 30,5 % spíše ano. Přesně 74,7 % porodních asistentek uvedlo, že tyto techniky nabízí ženám u porodu a 20,0 % tyto metody spíše nabízí. **Lze tedy říct, že porodní asistentky pracující na porodním sále mají zájem o nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí.**

První cíl splněn.

Druhým cílem této práce bylo zjistit nejčastěji využívané nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí porodními asistentkami na porodním sále v jednotlivých dobách

porodních. Potvrdit tento cíl měly dotazníkové položky číslo 6, 7, a 8. Co se týká první doby porodní, výsledky výzkumného šetření ukazují, že nejčastěji využívanou nefarmakologickou metodou k tišení bolestí v této fázi porodu je sprcha, která z celkového počtu 485 odpovědí zahrnovala 19,6 %, 17,5 % odpovídá možnosti využití přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby a významný podíl, a to 14,4 % má také polohování rodičky. Dalších 13,2 % zahrnuje dechové cvičení a relaxace, 10,9 % vanu a 10,1 % ze všech odpovědí bylo aromaterapie. Nejčastěji aplikovanou nefarmakologickou metodou v druhé době porodní je podle porodních asistentek využití přítomnosti partnera, což se rovná 30,4 % ze všech 270 odpovědí. Polohování rodičky zahrnovalo 27,8 % odpovědí a dechové techniky s relaxací odpovídalo 18,5 %. Respondentky dále vybíraly nejčastěji používanou nefarmakologickou metodu tišení porodních bolestí v třetí době porodní, kdy podle výsledků výzkumu jde v 35,7 % o masáž, v 33,0 % aromaterapii a 6,1 % zahrnovalo jiné odpovědi respondentek, například polohování rodičky nebo bonding. **Z uvedených výsledků je tedy patrné, že využití sprchy či vany, partnera nebo jiné blízké osoby, polohování s dechovým cvičením a relaxace jsou nejčastěji aplikované nefarmakologické metody v první i druhé době porodní. Masáž a aromaterapie jsou nejčastěji využívané metody v třetí době porodní.**

Druhý cíl splněn.

Třetí a zároveň poslední cíl této bakalářské práce zjišťoval, zda porodní asistentky pracující na porodním sále mají dostatečnou podporu ze strany zdravotnického zařízení v poskytování nefarmakologických metod v průběhu porodu. Ke splnění posledního cíle sloužily otázky číslo 9, 10 a 11. Vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod ze strany zdravotnického zařízení, ve kterém porodní asistentky pracují, má velká většina z dotazovaných. Podle výsledků je určitě má konkrétně 44,2 % a 36,8 % je spíše má. Porodní asistentky ale dále uvedly, co jim ve skutečnosti chybí. Ze 104 odpovědí 26,9 % bylo pochopení a trpělivost lékařů, 25,0 % zahrnovalo vany nebo sprchy a jen 16,3 % uvedlo, že jim nechybí nic. V položce č. 11 měly respondentky hodnotit jednotlivé položky, které jim umožňují využívání nefarmakologických metod. Po sečtení hodnot odpovědí se známkami 1 (výborné), 2 (chvalitebné) a 3 (dobré), 86,3 % dotazovaných hodnotí pozitivně prostory porodního sálu, 88,4 % respondentek je spokojeno s vybavením porodního sálu a 94,7 % umožňuje četnost rodiček na porodním sále bez větších problémů využívat nefarmakologické metody k tišení porodních bolestí. Zájem porodních asistentek o nefarmakologické metody kladně hodnotí 88,4 % dotazovaných a 64,2 % je spokojeno i s přístupem lékařů na

porodním sále k těmto metodám. **Z výsledků lze usoudit, že porodní asistentky pracující na porodním sále mají vhodné podmínky ze strany zdravotnického zařízení, ve kterém pracují.**

Třetí cíl splněn.

Z výsledků šetření je zřejmé, že porodní asistentky pracující na porodním sále, mají o využívání nefarmakologických metod zájem. Avšak není to pravidlem a najdou se i světlé výjimky. Záleží na osobnosti porodní asistentky, jejich zkušenostech a náklonosti učit se něčemu novému, něčemu, co může pomoci rozvíjet porodnickou péči o rodící ženy ze strany porodních asistentek. Porodní asistentka je přece osoba, která by měla plnit roli partnera ženy u porodu a poskytnout ji potřebnou podporu. S tím souvisí i vhodné podmínky na pracovišti, aby tyto metody směly porodní asistentky aplikovat. Uplatnění jednotlivých nefarmakologických metod během porodu by mělo vyhovovat nejen porodním asistentkám, ale jejich využití by mělo být především v zájmu rodičky a nenarozeného dítěte.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEJDÁKOVÁ, Jitka, 2006. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1214-8.

BERÁNKOVÁ, Světlana a Markéta MORAVCOVÁ, 2007. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-011-8.

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

BINDER, Tomáš a kol., 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.

HÁJEK, Zdeněk a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

KAMENÍKOVÁ, Miloslava, Miroslava KYASOVÁ a Jana PANNOVÁ, 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0285-1.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2009. *Klinická hypnóza*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2549-9.

LÁBUSOVÁ, Eva a Ilona MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ, 2004. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením: informativní texty o přirozeném porodu doplněné autentickými porodními příběhy*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Aperio. ISBN 80-7203-631-9.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

MÁLEK, Jiří a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.

MANDER, Rosemary, 2014. *Těhotenství, porod a bolest: základní problematika pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.

- MAREK, Vlastimil, 2002. *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál*. 1. vyd. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-090-1.
- MĚCHUROVÁ, Alena, 2012. *Kardiotokografie: Minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxford. ISBN 978-80-7345-274-2.
- MORAUČÍKOVÁ, Eva, 2013. *New methods in performing births*. 1st ed. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0533-0.
- MÖHRING, Wolfgang, 2008. *Akupresura: jednoduše proti bolestem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2335-8.
- PAŘÍZEK, Antonín, 2006. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.
- PAŘÍZEK, Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti: český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.
- PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-893-3.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
- ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- ŘEZŇÍKOVÁ, Michaela, 2013. *Nefarmakologické metody tišení bolesti v průběhu porodu*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová Ph.D.
- SIMPSON, Kathleen Rice a Patricia A. CREEHAN, 2008. *Perinatal nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams. ISBN 07-817-6759-8.
- STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-50-1.

STUART, Catherine, 2008. *Masáž a aromaterapie: velká kniha*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co. ISBN 978-80-7352-744-0.

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

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

DOWSWELL, Therese, Carol BEDWELL, Tina LAVENDER a James P NEILSON, 2009. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* [online]. Apr 2009; (2): 1-50. [cit. 4. 2. 2016]. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD007214.pub2

LABOR, Simona a Simon MAGUIRE, 2008. The Pain of Labour. *Rev Pain* [online]. Dec 2008; 2(2): 15-19. [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z: doi: 10.1177/204946370800200205

KUŽELOVÁ, Monika, 2003. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní bábičství* [online]. Září 2003; (2): 1-5. [cit. 21. 11. 2015]. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>

MÅRTENSSON, Lena a Gunnar WALLIN, 2008. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: A review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [online]. Aug 2008; 48(4): 369-374. [cit. 6. 1. 2016]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00856.x

PAŘÍZEK, Antonín, 2004. Porodnická analgezie. *Moderní bábičství* [online]. Leden 2004; (3): 1-12. [cit. 21. 11. 2015]. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>

PROCHÁZKOVÁ, M. a H. MYŠÁKOVÁ, 2006. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní bábičství* [online]. 2006; (9): 1-10. [cit. 21. 11. 2015]. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=66>

SAMKOVÁ, A., 2011, Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. *Moderní bábičství* [online]. Červen 2011; (20): 24-28. [cit. 25. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2011-20/?pdf=174#page=26>

SIMKIN, Penny a April BOLDING, 2004. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *J Midwifery Womens Health* [online]. Nov-Dec 2004; 49(6): 489-504. [cit. 6. 1. 2016]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007

TOURNAIRE, Michel a Anne THEAU-YONNEAU, 2007. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. *Evid Based Complement Alternat Med* [online]. Dec 2007; 4(4): 409–417. [cit. 3. 1. 2016]. Dostupné z: doi:10.1093/ecam/nem012

WONG, Cynthia A., 2009, Advances in Labor Analgesia. *Int J Womens Health* [online]. 2009; 1: 139-154. [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971706/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd.	A tak dále.
BT	Bazální tonus.
cm	Centimetr.
Hz	Hertz (jednotka frekvence).
Kol.	Kolektiv.
KTG	Kardiotokografie.
mA	Miliampér (jednotka elektrického proudu).
MU	Montevidejská jednotka (Montevideo unit).
Např.	Například.
Tzv.	Takzvaný.
VAS	Vizuální analogová stupnice.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Průběh kontrakční vlny podle Caldeyro-Barcii (Zdroj: Čech a kol., 2006, s. 128).....</i>	15
<i>Obr. 2 Kardiokogram plodu (Zdroj: Čech a kol., 2006, s. 442).....</i>	16
<i>Obr. 3 A – Pomalé dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182)</i>	25
<i>Obr. 4 B – Modifikované dýchání, C – Kombinace pomalého a modifikovaného dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182)</i>	25
<i>Obr. 5 D – Struktuované neboli modulované dýchání (Zdroj: Leifer, 2004, s. 182).....</i>	26
<i>Obr. 6 Michaelisova routa, místo aplikace injekcí sterilní vody (Zdroj: Mårtensson a Wallin, 2008, s. 371)</i>	31

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi.</i>	38
<i>Tabulka 2: Preference nefarmakologických metod před metodami farmakologickými.</i>	39
<i>Tabulka 3: Činnost porodních asistentek mimo práci na porodním sále.</i>	40
<i>Tabulka 4: Zájem o více informací.</i>	41
<i>Tabulka 5: Nabídka nefarmakologických metod rodičkám.</i>	42
<i>Tabulka 6: Nefarmakologické metody aplikované v první době porodní.</i>	43
<i>Tabulka 7: Nefarmakologické metody aplikované v druhé době porodní.</i>	45
<i>Tabulka 8: Nefarmakologické metody aplikované v třetí době porodní.</i>	47
<i>Tabulka 9: Podmínky k praktikování nefarmakologických metod.</i>	48
<i>Tabulka 10: Konkrétní nedostatky zdravotnického zařízení k využívání nefarmakologických metod.</i>	49
<i>Tabulka 11: Prostory.</i>	51
<i>Tabulka 12: Vybavení porodního sálu.</i>	53
<i>Tabulka 13: Počet rodiček na porodním sále.</i>	54
<i>Tabulka 14: Zájem porodních asistentek.</i>	55
<i>Tabulka 15: Přístup lékařů.</i>	56
<i>Tabulka 16: Věk respondentek.</i>	57
<i>Tabulka 17: Vzdělání respondentek.</i>	58
<i>Tabulka 18: Délka praxe respondentek.</i>	59
<i>Tabulka 19: Místo zaměstnání.</i>	60

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Využívání nefarmakologických metod tišení porodních bolestí v praxi.</i>	38
<i>Graf 2: Preference nefarmakologických metod před metodami farmakologickými.</i>	39
<i>Graf 3: Činnost porodních asistentek mimo práci na porodním sále.</i>	40
<i>Graf 4: Zájem o více informací.</i>	41
<i>Graf 5: Nabídka nefarmakologických metod rodičkám.</i>	42
<i>Graf 6: Nefarmakologické metody aplikované v první době porodní.</i>	43
<i>Graf 7: Nefarmakologické metody aplikované v druhé době porodní.</i>	45
<i>Graf 8: Nefarmakologické metody aplikované v třetí době porodní.</i>	47
<i>Graf 9: Podmínky k praktikování nefarmakologických metod.</i>	48
<i>Graf 10: Konkrétní nedostatky zdravotnického zařízení k využívání nefarmakologických metod.</i>	49
<i>Graf 11: Prostory.</i>	51
<i>Graf 12: Vybavení porodního sálu.</i>	53
<i>Graf 13: Počet rodiček na porodním sále.</i>	54
<i>Graf 14: Zájem porodních asistentek.</i>	55
<i>Graf 15: Přístup lékařů.</i>	56
<i>Graf 16: Věk respondentek.</i>	57
<i>Graf 17: Vzdělání respondentek.</i>	58
<i>Graf 18: Délka praxe respondentek.</i>	59
<i>Graf 19: Místo zaměstnání.</i>	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazníkové šetření

Příloha P II: Žádost o umožnění výzkumného šetření Zlín

Příloha P III: Žádost o umožnění výzkumného šetření Uherské Hradiště

Příloha P IV: Žádost o umožnění výzkumného šetření Kyjov

Příloha P V: Pozvánky na kurz pro porodní asistentky „Aromaterapie u porodu“

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Anna Vyorálková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit pouze jako součást výzkumného šetření mé bakalářské práce, jejíž název je „Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi“. Veškeré získané údaje jsou samozřejmě anonymní. Přečtěte si prosím pečlivě všechny otázky a následně odpovězte. Vždy vyberte pouze jednu nejlépe se hodící odpověď, pokud nebude uvedeno jinak, a zakřížkujte ji.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním.

V případě dotazů mě neváhejte kontaktovat na: vyoralkova.anna@centrum.cz

-
1. **Využíváte v praxi nefarmakologické metody k tišení porodních bolestí?**
 - Určitě ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Určitě ne

 2. **Dáváte přednost před farmakologickými způsoby (pokud to situace dovoluje) raději nefarmakologickým metodám tlumení bolestí v průběhu porodu?**
 - Určitě ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Určitě ne

 3. **Věnujete se některé z níže uvedených činností i mimo práci na porodním sále?**
 - Psychoprofylaxe v těhotenství
 - Aromaterapie
 - Masáže těhotných
 - Muzikoterapie
 - Jiné:

 - Nevěnuji se ničemu z uvedeného

 4. **Chtěla byste své dosavadní znalosti o nefarmakologických technikách tlumení bolestí u porodu rozšířit a upevnit, např. seminářem, přednáškou nebo kurzem?**
 - Určitě ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Určitě ne

 5. **Nabízíte rodičkám nefarmakologické metody tišení porodních bolestí, které lze využít při porodu?**
 - Určitě ano
 - Spíše ano

- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne

6. Vyberte nefarmakologickou metodu tišení porodních bolestí, kterou nejčastěji aplikujete, pokud to situace umožňuje, během první doby porodní: (můžete vybrat více možností)

- Využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby
- Aromaterapie
- Polohování rodičky
- Dechové cvičení a relaxace
- Vana
- Sprcha
- Masáž
- Hudba
- Eventuálně jiné metody, které využíváte:

Žádnou

7. Kterou z nefarmakologických metod k tlumení bolestí během porodu využíváte nejčastěji během druhé doby porodní? (můžete vybrat více možností)

- Využití přítomnosti partnera nebo blízké osoby
- Aromaterapie
- Polohování rodičky
- Dechové cvičení a relaxace
- Vana
- Masáž
- Hudba
- Eventuálně jiné metody, které využíváte:

Žádnou

8. Zakřížkujte nefarmakologickou metodu, kterou používáte během třetí doby porodní: (můžete vybrat více možností)

- Aromaterapie
- Masáž
- Eventuálně jiné metody, které využíváte:

Žádnou

9. Poskytuje Vám zařízení, ve kterém nyní pracujete, vhodné podmínky k praktikování nefarmakologických metod tišení porodních bolestí?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne

10. Co konkrétního Vám chybí ze strany zařízení, ve kterém pracujete, abyste mohla využívat nefarmakologické metody tišení porodních bolestí?

11. Ohodnoťte na škále 1 – 5 úroveň jednotlivých položek, které přispívají k využití nefarmakologických metod na Vašem pracovišti (známkujte jako ve škole: 1 – výborné, 5 – nedostatečné):

Prostory 1 2 3 4 5

Vybavení porodního sálu k využívání nefarmakologických metod 1 2 3 4 5

Počet rodiček na porodním sále 1 2 3 4 5

Zájem porodních asistentek 1 2 3 4 5

Přístup lékařů k nefarmakologickým metodám 1 2 3 4 5

12. Kolik je Vám let? _____

13. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední s maturitou
- Vyšší odborné (DiS.)
- Vysokoškolské (Bc.)
- Vysokoškolské (Mgr.)

14. Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistence? _____

15. Napište město, ve kterém nyní pracujete: _____

Prostor pro vyjádření Vašich názorů a připomínek k dotazníku:

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ZLÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., Gynekologicko porodnickém oddělení – oddělení porodní sál, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.
Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

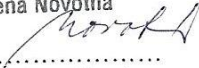
Téma bakalářské práce	Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s., Gynekologicko-porodnické oddělení – oddělení porodní sál
Autor bakalářské práce	Anna Vyoralčková
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ve Zlíně dne..... - 5 -01- 2016


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

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

Bc. Helena Novotná


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ UHERSKÉ HRADIŠTĚ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

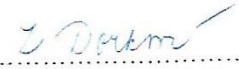
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Vázanová,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Uherskohradištské nemocnice a.s., Porodnicko gynekologickém oddělení – oddělení porodní sál, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.
Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

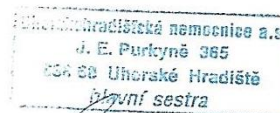
Téma bakalářské práce	Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Uherskohradištská nemocnice a.s., Porodnicko gynekologické oddělení – oddělení porodní sál
Autor bakalářské práce	Anna Vyoralčková
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.


Ve Zlíně dne... - 5. - 01. - 2016


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

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta




Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ KYJOV

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní náměstkyně,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace, Gynekologicko-porodnickém oddělení – oddělení porodní sál, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

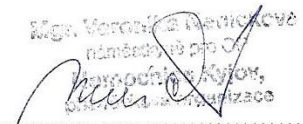
Téma bakalářské práce	Nefarmakologické metody tišení porodních bolestí v praxi
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, Gynekologicko-porodnické oddělení – oddělení porodní sál
Autor bakalářské práce	Anna Vyorálková
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ve Zlíně dne - 5 - 01 - 2016


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

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta


Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: POZVÁNKY NA KURZ PRO PORODNÍ ASISTENTKY „AROMATERAPIE U PORODU“



*„Vůně,
jež dovedou vyvolávat
uspokojení, jsou v rostlinách
tak výrazné a příjemné, že se
žádné pilulky z lékárny jejich
vynikajícím kvalitám nemohou
rovnat.“*

John Gerard

Pavilon **U14**
(pavilon P1 KNTB, a.s.
ve Zlíně)

AROMATERAPIE U PORODU

Program kurzu:

- Úvod do aromaterapie
- Co jsou éterické oleje
- Aktivní metody aromaterapie (masáž, koupele, inhalace, obklady)
- Pasivní metody aromaterapie (svíčky, rozprašovače, odpařovače)
- Využití éterických olejů během porodu
- Příprava individuálního oleje pro každého
- Seznámení s technikou a praktický nácvik masáží

Úvodní kurz

8. 9. 2016 9.00 – 15.00 hod.

Pokračovací kurz

22. 9. 2016

...éterické oleje působí na úrovni fyzické i psychické. Fyzický efekt zahrnuj pomoc při zvládnání bolestí a nevolnostech.

Po psychické stránce jde o pomoc s vyrovnáním se s těžkou situací, s lepší soustředěností a o celkové osvěžení organismu...

...aromaterapie je během porodu prospěšná...

...uvolňuje úzkost, stres a povzbuzuje pocity pohody...

...vůně dotváří neosobní prostory porodnic v místo bezpečí, navozují klid, teplo, jemnou, smyslnou až lehce erotickou atmosféru...

Cena kurzu: 1.299 Kč

(v ceně zahrnuto 6 hodin skupinové práce – teorie i praktický nácvik masáží, skripta, vzorky éterických olejů, občerstvení)

Přihlášky: Anna Vyoralková, tel.: 608 790 766, e-mail: a.vyoralkova@centrum.cz, www.aup.cz



*„Vůně,
jež dovedou vyvolávat
uspokojení, jsou v rostlinách
tak výrazné a příjemné, že se
žádné pilulky z lékárny jejich
vynikajícím kvalitám nemohou
rovnat.“*

John Gerard

Pavilon **U14**

(pavilon P1 KNTB, a.s.
ve Zlíně)

AROMATERAPIE U PORODU

Pokračovací kurz

22. 9. 2016 9.00 – 15.00 hod.

Program kurzu:

- Rozšíření znalostí v oboru aromaterapie
- Aktivní metody aromaterapie (masáž, koupele, inhalace, obklady)
- Pasivní metody aromaterapie (svíčky, rozprašovače, odpařovače)
- Využití éterických olejů během porodu
- Podrobný praktický nácvik všech metod aromaterapie – specializace na masáže během porodu
- Udělení certifikátu o absolvování kurzu

...éterické oleje působí na úrovni fyzické i psychické. Fyzický efekt zahrnuje pomoc při zvládnání bolestí a nevolnostech.

Po psychické stránce jde o pomoc s vyrovnáním se s těžkou situací, s lepší soustředěností a o celkové osvěžení organismu...

...aromaterapie je během porodu prospěšná...

...uvolňuje úzkost, stres a povzbuzuje pocity pohody...

...vůně dotváří neosobní prostory porodnic v místo bezpečí, navozují klid, teplo, jemnou, smyslnou až lehce erotickou atmosféru...

Cena kurzu: 1.299 Kč

(v ceně zahrnuto 6 hodin skupinové práce – teorie i praktický nácvik masáží, skripta, vzorky éterických olejů, občerstvení)

Přihlášky: Anna Vyorálková, tel.: 608 790 766, e-mail: a.vyoralkova@centrum.cz, www.aup.cz