

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ZVLÁDÁNÍ BOLESTI V I. DOBĚ PORODNÍ

Bakalářská práce

AUTOR PRÁCE: Radomíra Karešová

**VEDOUCÍ PRÁCE: Prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.
Mgr. Eva Vachková**

HRADEC KRÁLOVÉ 2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**PAIN MANAGAMENT IN THE FIRST STAGE
OF LABOUR**

Bachelor's Thesis

AUTHOR: Radomíra Karešová

**SUPERVISOR: Prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.
Mgr. Eva Vachková**

HRADEC KRÁLOVÉ 2008

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci na téma „Zvládání bolesti v I. době porodní“ vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, řádně ve své práci cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Ve Rtyni v Podkrkonoší dne 22.4.2008

.....

podpis

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, Csc. a Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za přínosné konzultace a poskytnutí literatury. Děkuji rodičkám porodnicko – gynekologických oddělení za jejich ochotu při výzkumu. A zvláštní poděkování patří mé rodině za vytrvalou podporu a pochopení při studiu.

Motto: „Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla před tím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“

(Frederick Leboyer)

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 CÍLE PRÁCE.....	9
2 Z HISTORIE.....	10
2.1 Historický kontext.....	10
3 FYZIOLOGIE PORODNÍ BOLESTI.....	12
4 PORODNÍ BOLEST.....	15
4.1 Obecná definice bolesti.....	15
4.2 Porodní síly.....	15
4.2.1 Děložní kontrakce.....	15
4.2.2 Břišní lis.....	17
4.2.3 Zemská gravitace.....	17
5 ZVLÁDÁNÍ PORODNÍ BOLESTI.....	18
5.1 Tlumení porodní bolesti.....	19
6 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY PORODNICKÉ ANALGEZIE.....	20
6.1 Porodnická psychoprofylaxe.....	20
6.1.1 Předporodní kurzy.....	21
6.1.2 Cvičení v těhotenství.....	22
6.1.3 Plavání pro těhotné.....	23
6.2 Přítomnost osoby blízké u porodu.....	23
6.2.1 Přístup zdravotnického personálu.....	24
6.2.2 Prostředí porodního sálu.....	25
6.3 Akupunktura, akupresura.....	26
6.3.1 Hypnóza.....	26
6.3.2 Audioanalgezie.....	27
6.4 Aromaterapie.....	27
6.5 Relaxace.....	28
6.5.1 Relaxační masáže.....	29
6.5.2 Tepelná stimulace.....	30
6.5.3 Hydroanalgezie.....	30
6.6 Transkutánní elektrická nervová stimulace /TENS/.....	31
6.7 Alternativní polohy při porodu.....	31
6.7.1 Správné dýchání.....	33

7 FARMAKOLOGICKÉ METODY.....	35
7.1 Systémová analgezie.....	35
7.2 Regionální analgezie.....	36
8 EMPIRICKÁ ČÁST.....	39
8.1 Zkoumaný vzorek.....	39
8.2 Metoda výzkumu.....	40
9 ANALÝZA A ROZBOR DOTAZNÍKU.....	41
9.1 Prenatální blok.....	41
9.2 Okolnosti porodu.....	49
9.3 Vlastní porod.....	54
9.4 Kontext výsledků výzkumu.....	67
10 DISKUSE.....	69
10.1 Doporučení pro porodní asistentky.....	78
10.1.1 Doporučení pro školitelé.....	78
10.1.2 Doporučení pro studující porodní asistentky.....	78
10.1.3 Doporučení pro porodní asistentky v praxi.....	78
10.1.4 Doporučení pro laickou veřejnost.....	79
10.1.5 Doporučení k těhotným ženám.....	79
10.1.6 Doporučení k rodičím ženám.....	79
10.1.7 Doporučení k osobě blízké.....	80
10.1.8 Doporučení k výzkumu v porodní asistenci.....	80
ZÁVĚR.....	81
ANOTACE.....	83
SEZNAM LITERATURY.....	84
PŘÍLOHY.....	87

ÚVOD

Porod patří bezesporu k vrcholným zážitkům života ženy. Představuje mimořádnou událost v rovině fyziologické, psychologické i sociální. Je spojena s pocity nevýslovného štěstí a radosti, stejně tak, ale může znamenat, a to zcela individuálně, pro rodičku psychickou i fyzickou zátěž.

Babictví, jak v dávné minulosti byl náš porodnický obor nazýván, je jedním z nejstarších zdravotnických oborů vůbec. Po řadu století bylo opomíjeným povoláním, vykonávaným pouze nevzdělanými, pověřivými a nikým nekontrolovanými ženami, tzv. ženami položnými nebo bábami pupkořeznými, později babičkami.

Z historie vím, že až do začátku 19. století mé předchůdkyně neměly možnost vzdělávání, učení ani odborného růstu a přesto svoje řemeslo dělaly rády a pomáhaly na svět novému životu. Intenzita bolesti, doba trvání porodu i ženina odpověď na bolest je velmi individuální záležitost a to jak v daleké minulosti tak v současnosti. Účelem této práce není hrozit se nad riziky porodu, pokud je veden neodborně a v domácím prostředí, ale uvědomit si, že porod je akt, který byl, je a bude spojen s bolestí. Bolestí, která je fyziologická, ovlivnitelná, zmírnitelná, ale nevyzpytatelná.

Tato bakalářská práce a výsledky mého výzkumného šetření jsou věnovány nejen porodním asistentkám na porodních sálech, které se denně individuálně snaží zmírnit rodící ženě bolest, ale i porodním asistentkám v terénu, kde těhotné ženy připravují na porod.

Téma zvládnání porodní bolesti je pro mne výzva. Je to výzva pro každou porodní asistentku, jež vede aktivně porod. Jsou daná fakta o vzniku, mechanismu a průběhu porodní bolesti, ale nikde není návod jak a s jakým efektem, ta či ona metoda k eliminaci bolesti bude účinná. Zde nastupuje fenomén porodní asistentky, která krůček po krůčku postupuje s rodičkou, zpřístupňuje různé kombinace metod zvládnání porodní bolesti, učí ženu pracovat s bolestí, komunikuje s ní, je jí na blízku, je společnící, rádce i oporou. Výsledkem tohoto společného snažení je spokojenost a štěstí, které vidíte v očích maminky, když jí přikládáte poprvé k prsu její dítě. Jestliže zkombinujeme různé způsoby zmírnění bolesti s láskyplnou péčí, dokáže většina žen s bolestí úspěšně spolupracovat a zvládnout ji. Zvládnání bolesti je emocionálním a především komplexním dějem, který vyúsťuje v pocity naplnění ze strany ženy. Porodní péče je péče šitá na míru každé rodičce a v tom je porodní asistence krásná a stále originální.

1

CÍLE PRÁCE

- teoretické části

Hlavním cílem teoretické části je objasnit pojem porodní bolest. V historickém kontextu poukázat na vnímání porodní bolesti ženami, vysvětlit mechanismus porodní bolesti, ukázat a popsat možnosti zvládání a tlumení porodní bolesti farmakologickými i nefarmakologickými metodami.

- empirická část

Empirická část práce je rozdělena do tří bloků. Jednotlivé bloky mají své cíle. Na úvod jsou dány demografické údaje s cílem rozčlenit rodičky do empirických skupin. První blok se týká gravidity s cílem zmapovat jak hodnotí žena sebe sama, popsat strach z bolesti. Otázky druhého bloku jsou zaměřeny na okolnosti porodu s cílem zjistit míru vlivu přítomnosti osoby blízké, prostředí a personálu porodního sálu na zvládání bolesti. Ve třetím bloku dominují otázky týkající se vlastního porodu s cíli prozkoumat nakolik ovlivňují nefarmakologické či farmakologické metody porodnické analgezie vnímání porodní bolesti, zhodnotit intenzitu porodní bolesti, označit jiné způsoby zvládání porodní bolesti.

2

Z HISTORIE

2.1

Historický kontext

Každé dítě je vrcholný zázrak na konci miliard let dlouhého vývoje a od nepaměti je bolest chápána jako neoddělitelná součást porodu. Stejně stará je i touha po tlumení porodních bolestí. Racionalita a zejména účinnost těchto snah závisela na úrovni myšlení, zkušeností a znalostí člověka v konkrétní době a v konkrétní kultuře (Pařízek, 2002).

Ve všech kulturách se dostávalo rodičkám zvýšené pozornosti, jak po stránce medicínské, tak i z hlediska prožívání tohoto děje. Trvalo několik století, než se posunulo bádání z čistě anatomického k tehdy tak podružné otázce, jakou bylo tlumení porodní bolesti. První pokusy o porodnickou analgezií se datují do první poloviny 19. století. Jednalo se zprvu o metody hypnosugestivní.

Jak dokázaly ženy rodit v dobách před rozkvětem moderní medicíny? Jak asi vypadal tehdejší přirozený porod? Kolik vnější pomoci potřebovaly? První evropští cestovatelé vyprávěli o porodech v jiných zemích téměř zázračné historiky. Brutální fyzické násilí ve formě „skákání“ na břicho rodící ženy v oblastech Indočíny nebo přivazování rodící ženy ke stromu s rukama nad hlavou, jak tomu bylo na ostrově Serang nebylo výjimečné. Apačské ženy, byly spouštěny ze stromu na liánách uvázaných v podpaží, muži pak ženu uchopili nad děložním fundem a takto zavěšení na ženě se „houpali“ čímž napomáhali porodnímu mechanismu (Pařízek, 2002). Ale ne všechny historiky o porodech byly takto drsné. Norský vědec Knud Rasmussen velmi působivě popsal eskymácký porod: *...Když žena ucítí porodní bolesti, zavolají několik starších žen, které jí mají pomáhat. Porodní bába si sedne za rodičku na pryčnu, stlačuje a tře jí tělo, aby snáze porodila... Snaží se jí různým způsobem zabavit, aby zapomněla na bolesti. Když porod trvá neobyčejně dlouho, musí bába plod volat. Dělá to krátkými flétnovými tóny směrem do lůna ženy. Když se porod protahuje odřikává zaklínadla* (Marek, str. 40, 2002).“

Moderní představy o porodu jako o něčem nebezpečném a bolestivém se u nás podle mne vyvinuly jako odezva na měnící se společenské podmínky. Velký význam v ohledu na zvládnutí porodu a bolesti s ním spojenou, má důvěra ženy k porodnímu týmu i k prostředí, ve kterém rodí někdy stačí slova podpory a povzbuzení. Doporučuje se, aby žena již před

porodem byla zevrubně poučena o tom, co se s ní bude dít. V padesátých letech 20. století zapůsobila jako balzám psychoprofylaktická metoda docenta Velvovského z charkovské kliniky. Tento lékař zjistil, že psychologickým působením na těhotnou ženu, zvláště na její emoce, lze tišit bolesti za porodu a v některých případech lze potlačit bolest úplně (Trča, 1990). Jeho metoda se brzy rozšířila do všech evropských i jihoamerických států zásluhou francouzského porodníka Pierra Lamaze. Původní přínos spočíval v zapojení relaxačních technik. „*Skutečné vědecké ověření analgetického efektu Lamazovy metody provedl až v 80. letech Melzack s nepříliš povzbudivým výsledkem* (Pařízek, str. 201, 2002). Proto se v současnosti spíše klade důraz na její význam pro prožitek z porodu (včetně případných komplikací a operací), odstranění strachu z porodu a pro přípravu k rodičovství (Pařízek, 2002).

Tlumení porodních bolestí je prováděno od nepaměti, a je tedy mnohem starší než vlastní porodnictví. V současné době je porodnická analgezie nedílnou součástí péče o rodičku a snahy o optimalizaci průběhu porodního děje. Názory laické veřejnosti, i představitelů porodnické obce, na mírnění porodních bolestí nejsou nikterak jednotné. Kolísají mezi krajními stanovisky, mezi nimiž je nutno nalézt rozumný kompromis (Rokyta, 2006).

Porodní bolest je fenomén čistě lidský. Vnímání bolesti je výsledkem integrace senzorických, kognitivních a psychodynamických podnětů. Je nutné dát na miskou vah možnost farmakologického tlumení bolesti a na druhou stranu přirozený, nefarmakologický porod. Rozhodujícím faktorem při tomto obtížném rozhodování je nakonec rodička sama, která musí být o celé situaci informována. Správné informace jí musí poskytnou vzdělaný a erudovaný porodník či porodní asistentka.

3

FYZIOLOGIE PORODNÍ BOLESTI

Porodní bolest představuje zvláštní kategorii, kde se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Porodní bolest je přirozený stav, který provází téměř každý porod. Jedná se o poplašnou reakci, která není vyvolána chorobou ani úrazem a přesto patří mezi nejintenzivnější bolestivé vjemy, které mohou ženu v průběhu života potkat (Rokyta, 2002).

Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nociceptory, které jsou trojího typu:

vysokoprahové mechanické nociceptory – drážděny mechanickými podněty

polymodulární nociceptory – všechny typy dráždění, nejvíce teplo a chlad

vlastní nociceptory – volná nervová zakončení, zapojí se při zvýšené bolestivé stimulaci

Principem je zánětlivý typ dráždění, kdy působí zánětlivé substance (bradykinin, histamin, serotonin apod.) nebo senzitivace, při které vznikají fosfolipidy. Z nich účinkem fosfolipázy vznikne kyselina arachidonová, na tu pak působí cyklooxygenázy, vzniká endoperoxid a z něj prostaglandin E₂. Z nociceptorů je bolestivá informace vedena dvěma skupinami vláken: nemyelinizovaná vlákna C a slabě myelinizovaná vlákna A δ . Obě tyto skupiny vláken vedou bolestivou stimulaci z různých oblastí pánve (Pařízek, 2002).

Nemyelinizovaná vlákna C jsou pomalá a vedou bolest hlavně ze specifických nociceptorů, slabě myelinizovaná vlákna A δ - vedou bolestivé podráždění z vysokoprahových mechanoreceptorů nebo polymodálních nociceptorů. Z nociceptorů vedou vlákna C a A δ bolestivou stimulaci do zadních kořenů míšních a následně do zadních míšních rohů. Odtud jdou bolestivé podněty do Lissauerova traktu a spinothalamickými drahami do mozku, především do thalamu a mozkové kůry. Na míšní úrovni se uvolňují specifické bolestivé substance, endorfiny, enkefaliny, ale také mnoho dalších látek, zejména prekurzorů různých genů a následně jejich produktů, které ovlivňují další vedení bolesti.

Při porodu je stimulována široká oblast především v rozsahu dermatomů S₂ – S₄, a dále Th₁₀ – L₁. „*Jde o rozsáhlou stimulaci kožních a svalových struktur. Je drážděno jak svalstvo příčně pruhované, tak i hladké svalstvo dělohy. První, otevírací bolesti při porodu vznikají v nociceptorech dolního segmentu děložního. Právě tato část dělohy způsobuje vlivem kontrakcí bolestivé dráždění. Bolest je vedena do zadních rohů míšních do segmentů Th₁₀ - L₁ a odtud do Rexedových zón. Při vypuzovací fázi vycházejí podněty z*

mikrotraumatizace měkkých porodních cest (Pařízek, str. 130, 2002). “Bolest je vedena do zadního rohu míšního segmentu S2 – S4 přes nervus pudendus a projíkuje se do oblasti stehen (obr. č. 1, příloha str. 94).

Jednou z teorií vedení bolesti především na míšní úrovni je tzv. „vrátková“ nebo lépe „hradlová“ teorie. Jedná se o zahrazení somatosenzorické aktivity transmisní buňkou Lissauerova traktu a následně je vedena pouze bolest. Tuto teorii, formulovali Melzack a Wall v roce 1965 (Rokyta, 2006). Následně také pomohla vysvětlit účinky akupunktury.

Bylo zjištěno, že kromě spinothalamických drah, které vedou informaci přiváděnou vláknem A δ , ještě existují dráhy, které vedou bolestivé informace prodlouženou míchou – dráha spinoparabrachiální, která pokračuje do hypothalamu a do amygdaly. Tyto dráhy mají především za úkol zabezpečovat afektivní a emoční složku bolesti, protože končí v limbickém systému. Dosud nebyly objeveny sestupné dráhy tohoto typu, ale vědci se domnívají, že určitě existují.

Všechny popsané dráhy společně informují jednak o nociceptivním dráždění (a tak reflexně zabraňují vzniku dalšího poškození), jednak vyvolávají doprovodné vegetativní reakce zvláště z limbického systému, zejména změny tonu sympatiku a parasympatiku, hyperventilaci, změny srdeční frekvence, krevního tlaku, spotřeby kyslíku, vyplavování hormonů atd.

„Vedle popsaného spinokortikálního systému existuje i systém descendenti – kortikospinální, tlumivý, který byl objeven v letech 1974–1975. V té době byly také objeveny endorfíny a enkefaliny. Ty představují jakési vnitřní morfium, které se produkuje především v prodloužené míše v rafeálních jádrech (nucleus raphe magnus a nucleus raphe dorsalis) a dále v periaqueductální šedi (PAG), jež obklopuje třetí komoru mozkovou. Při elektrickém dráždění těchto oblastí vzniká analgezie, která je bohužel u člověka nepoužitelná vzhledem k obtížné přístupnosti a nebezpečnosti tohoto terénu. Na descendenti míšní systém působí také estrogény, ale jejich hladina je při porodu poměrně nízká a proto jich nelze využít (Pařízek, str. 129, 2002).“

Mozková kůra hraje ve vnímání bolesti významnou roli. Má značný tlumivý vliv, odtud zřejmě pramení psychologická možnost ovlivňování bolesti. Ovlivňování a snižování bolesti je velice důležité. Při bolesti se uvolňují katecholamíny, kortizol, hypotalamické hormony a kortikálně indikují zvýšení krevní viskozity, fibrinolýzy a agregace trombocytů.

Tím vystavují ženu vyššímu riziku komplikací při porodu. Navíc po dobu bolesti nebo strachu z bolesti je žena vystavena vysoké expozici stresu, který s bolestí souvisí a nelze ji od něj úplně oddělit. Při intenzivní bolesti vznikají dva fenomény: buď stresová analgezie, při které se práh bolesti zvyšuje, anebo senzitivace, při které se práh bolesti snižuje. Oba tyto fenomény mají ochranný charakter.

Jak patofyziologické, tak i psychologické poznatky mají zásadní význam pro psychologickou přípravu porodu. Nikdy by neměla nastat situace, že by byla rodička nadměrně stresována, a tím bylo ovlivněno vnímání porodní bolesti.

4

PORODNÍ BOLEST

Velmi specifickým, ale fyziologickým fenoménem, který neukazuje na nemoc je porodní bolest. Představuje základní atribut porodu člověka. Porodní bolest je zařazena mezi nejintenzivnější bolestivé vjemy, které člověka mohou v průběhu života potkat.

Vyvolávající příčiny porodní činnosti nejsou doposud zcela objasněny. Proces vedoucí ke spuštění porodní činnosti u ženy je postupný a trvá dny až týdny před vlastním započítáním porodní činnosti. Porodní bolesti jsou fyziologické, ale pro některé ženy nesnesitelné (Roztočil, 2001).

4.1

Obecná definice bolesti

Bolest je podle Mezinárodní společnosti pro výzkum bolesti IASP / *International Asspciation for the Study of Pain* / definována jako nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisovaný výrazy pro taková poškození. Dodatek k této definici říká, že bolest je vždy subjektivní (Mareš, 1997).

4.2

Porodní síly

Porodní síly otevírají porodní cesty a vtlačují plod do porodních cest. Mezi porodní síly patří děložní kontrakce, břišní lis a zemská gravitace.

4.2.1

Děložní kontrakce

Děložní kontrakce je způsobena stahy děložních svalových vláken, které jsou mimovolné, na vůli nezávislé. Je to děj reverzibilní a rytmicky se opakující. Principem děložní aktivity je změna klidového potenciálu svalové buňky na kritický potenciál s charakteristickým stahem a následnou relaxací svalové buňky (Čech, 1999). Svalové kontraktilní buňky tvoří stěnu děložního těla – aktivní části dělohy. V pasivní části dělohy převažují krátké, vazivové buňky. Jedná se o dolní segment děložní a děložní hrdlo. Děložní tělo je při stahu fixováno vazy, a proto, jak se jeho stěna při stazích zkracuje,

vytahuje směrem vzhůru jak dolní segment děložní, tak děložní hrdlo. Při děložní kontrakci se zvyšuje tlak na děložní obsah, zvýší se tlak v plodovém vejci. Hydrostaticky se šířící zvýšený tlak působí zejména ve směru poddajného dolního segmentu děložního, který se roztahuje a je do něho vháněna plodová voda, takže tato část dělohy je rozpínána zevnitř. Stažená děložní stěna ztvdne, děloha se napřímí a přitlačí se k břišní stěně, což lze registrovat pohledem i pohmatem. Vyvolání a regulace děložních stahů je složitý proces, na němž se podílí hormony, enzymy a míšní nervová centra. Vlastní stah začíná u děložního dna v místech u děložních rohů označovaných jako *místo vzruchu*, odkud se šíří směrem dolů rychlostí 2 cm/sekundu, takže celá děloha je stažená asi za 15 sekund. Níže uložené části děložní stěny se začínají stahovat později, stahy mají nižší intenzitu, trvají kratší dobu. Maxima intenzity stahů dosahují všechny části dělohy ve stejném okamžiku a stah všech částí dělohy také ve stejném okamžiku končí (Pařízek, 2002).

Účinek děložních kontrakcí se projevuje především na dolním segmentu děložním, který přetahují přes plod a snaží se ho vypudit mimo rodidla ženy. Horní a dolní segment děložní pracují koordinovaně. Zatím co se horní ztlušťuje a zkracuje, dolní se ztenčuje, rozepíná a vytahuje směrem vzhůru. Zároveň sebou vytahuje děložní hrdlo, to se zkracuje – spotřebovává a stále více se ztenčuje. Postupně se dolní segment děložní přetahuje přes vstupující část plodu. Fyziologickými stahy není plod ohrožen (Roztočil, 2001).

Na děložních kontrakcích sledujeme jejich frekvenci, intenzitu, trvání a pravidelnost. Trvání udáváme v sekundách. Kontrakce trvající 20 a méně sekund považujeme za krátké, pokud přesahují 45 sekund hodnotíme je jako dlouhé. Intenzitu děložních kontrakcí hodnotíme v torrech nebo kilopascálech. 20 torrů a méně je slabá intenzita, pokud přesáhne 60 torrů je silná. Pravidelnost děložních kontrakcí značí, že se rozvíjejí podle pravidelného schématu od nižší frekvence, délky i intenzity k vyšším hodnotám. Děložní činnost je možné sledovat i prostým pohledem: stahující se děloha se napřímí a vyklene břišní stěnu, pohmatem dlaní položenou na břišní stěnu se dá odhadnout intenzita a trvání kontrakce. Přesněji lze kontrakce registrovat přístroji *kardiotokografy* – dovolují nejen grafickou registraci děložních kontrakcí, ale zároveň i ozev plodového srdce s monitorováním – trvalým sledováním s akustickou či optickou signalizací nepravidelností. Se snímači umístěnými na břicho se může rodička i pohybovat mimo lůžko. Jiná metoda spočívá v registraci elektrických akčních proudů z děložního svalu – *elektrohysterografie* (Čech, 1999).

4.2.2

Břišní lis

Je aktivní, vůlí ovladatelné, aktivní a řízené stažení svaloviny příčně pruhovaných svalů stěny břišní a bránice. Tím dojde ke zvýšení intraabdominálního tlaku, který napomáhá vypuzení plodu z dutiny děložní přes porodní cesty. Rodička ho používá ve II. době porodní – vypuzovací době porodní. Účinek této porodní síly závisí na schopnosti ženy břišní lis v průběhu porodu využít a na stavu břišních svalů a břišní stěny. Nácvik techniky využívání břišního lisu je součástí cvičení těhotných v předporodních kurzech.

4.2.3

Zemská gravitace

Napomáhá hmotností plodu k pasivní dilataci porodních cest.

Není důvod mít strach z porodní bolesti, ale je důležité být na ni správně připravena. Žena, která předpokládá, že porodní bolesti budou jen příjemnou procházkou, a místo toho zápasí dvacet hodin s mučivými bolestmi v zádech, bude trpět stejně zklamáním jako bolestmi. A protože žena tuto bolest neočekávala, bude mít větší obtíže se s ní vyrovnat. V podstatě lze říci, že ženy, které se velmi bojí bolestí, a ženy, které si myslí, že bolesti nebudou nijak závažné, budou mít mnohem krušnější časy během vlastního porodu než ty rodičky, které jsou ve svém očekávání realistické a byly řádně připraveny na všechny možnosti. Je-li žena připravena duševně i tělesně na to, aby byla schopna zvládnout úzkost, budou i její bolesti snesitelnější.

Existují nejméně dvě věci, které je nutné o porodních bolestech říci, bez ohledu na to, jak jsou intenzivní. Zprv: Porodní bolesti nejsou navždy. Skončí porodem dítěte i když je tomu během porodních bolestí těžké uvěřit. Průměrná délka bolestí při prvním porodu je mezi dvanácti až čtrnácti hodinami. U většiny žen je přitom jen několik hodin skutečně velmi nepříjemných.

A zadruhé: Je to bolest, která má skutečně určený pozitivní cíl, na rozdíl od jiných bolestí. Kontrakce otvírají děložní hrdlo a každá z nich stále více přibližuje plodu porod. Není vůbec nic nemateřského na faktu, že každá žena se snaží jen o eliminaci bolesti a v určitém okamžiku porodu tak uvažuje většina žen.

ZVLÁDÁNÍ PORODNÍ BOLESTI

Pojem zvládání porodní bolesti v této práci znamená proces, při kterém se rodička ve spolupráci s porodní asistentkou vyrovnává s porodní bolestí. Je v něm zahrnuta sféra bio - psycho - sociálních aspektů. Jsou to především zdravotní stav ženy, fyzická připravenost k porodu a psychické změny způsobené graviditou, změnou prostředí, bolestí. Na zvládání porodní bolesti se velkou měrou podílí i aktivní účast v předporodních kurzech nebo samovzdělávání. Neopomenutelné je i sociální hledisko. Žena, která má vytoužené, chtěné dítě, a je doprovázena blízkou osobou ve které má oporu, vnímá porodní bolest jinak než ženy samoživitelky z těžkých sociálních poměrů.

Porod je sice fyziologickým jevem, ale bolest, která jej provází, je jednou z nejintenzivnějších vůbec. Rizika s ním spojená jak pro matku tak i pro plod, jsou věčným tématem pro všechny, kteří jsou na tomto procesu zúčastněni. Bolest je přechodem k mateřství, zvyšuje sebeocení. Spouští neurohumorální procesy a vyvolává instinkt péče o dítě (Procházková, Myšáková, 2006). K úspěšnému zvládnutí porodu i porodní bolesti je důležitá spolupráce mezi rodičkou, porodními asistentkami, lékaři i pomocným personálem. Tato spolupráce začíná již v primární péči.

Současné porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství v předání zdravého novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit z mimořádné události v životě rodiny, kterou porod dítěte bezesporu je, období, které zůstane krásnou vzpomínkou nejenom pro rodičku, ale i pro její blízké. První pokusy o překonání onoho biblického „ **v bolestech roditi budeš**“ sice provedl s éterem Simson již v 19. století, ale se systematickou přípravou matky na porod se sekáváme až v meziválečném období v autorských dílech Velvovského a Reada, kteří rozpracovali systém předporodní psychoprolaxe (Roztočil, 2001).

Dle Dick-Readova pozorování je síla porodních bolestí bezprostředně závislá na způsobu jejich vnímání rodičí ženou, a proto je důležité zmírňovat porodní napětí předem nacvičenou svalovou relaxací a obavy z porodu vlídným a vstřícným prostředím porodnice. Jen tak se rodičí žena vyhne začarovanému kruhu **strach – napětí – bolest**. Velvovský ještě dodává, že pouhá tělesná příprava nemá pro zdárný průběh porodu žádný zásadní význam, pokud ji nedoprovází stejně důležité poučení a vzdělání rodičky o širších (zejména psychologických) souvislostech porodního děje. Nicméně ke skutečnému rozvoji

„humanistického porodnictví“ dochází až v 70- tých letech, kdy porodní sály přestávají být uzavřenými aseptickými provozy a otevírají se pro blízké rodinné příslušníky rodičky, aby tak své obavy, úzkost, porodní bolest a nakonec radost z narozeného dítěte měla s kým sdílet. Účinný postup proti bolestem při porodu očekává většina rodiček a dnes známé metody a zlepšené techniky nabízejí široké možnosti.

5.1

TLUMENÍ PORODNÍ BOLESTI

Součástí zvládnutí porodní bolesti je tlumení porodní bolesti. Jsou to specifické zásahy porodní asistentkou nebo lékařem, jejichž cílem je snížit porodní bolest. Metody tlumení porodní bolesti neboli metody porodnické analgezie či anestezie se od sebe navzájem liší analgetickou účinností. Hodnotíme délku analgetického působení, míru účinnosti a technickou náročnost. Pro použití všech metod porodnické analgezie, by ale měly platit základní podmínky: neovlivnit fyziologii matky, děložní činnosti, plodu a novorozence.

Porodní analgezie musí být zvolena vždy individuálně, výběr metody záleží na psychofyziologickém stavu rodičky a jejím přání, na stavu plodu, porodnické situaci, vybavení porodního sálu, zkušenostech porodníka a anesteziologa. Analgetické metody nevyužívá jen rodící žena, ale i těhotná. Připravují ženu na zvládnutí porodní bolesti komplexně a proto v každém období gravidity i porodu jsou upřednostňovány jiné metody. Bazálně dělíme analgetické metody porodnické analgezie na farmakologické a nefarmakologické. Farmakologické se využívají přímo v průběhu porodu. Patří k nim systémová a regionální analgezie. S nefarmakologickými metodami seznamují porodní asistentky těhotné již v kurzech předporodní přípravy, na cvičení či plavání pro těhotné. Mezi prepartální metody můžeme zahrnout přítomnost blízké osoby, přístup zdravotnického personálu nebo prostředí porodního sálu, které na rodičku působí. Metod, které se přímo týkají tlumení bolesti při porodu je mnoho. Mezi nejrozšířenější patří hydroanalgezie, aromaanalgezie, relaxační masáže a tepelná stimulace, alternativní polohy, správné dýchání, akupunktura, akupresura, hypnóza, audioanalgezie či transkutánní elektrické nervová stimulace /TENS/.

Obsah této práce se více soustřeďuje na nefarmakologické metody porodnické analgezie. Důvodem jsou kompetence, které porodní asistentky pro využití těchto nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti mají.

6

NEFARMAKOLOGICKÉ METODY PORODNICKÉ ANALGEZIE

Pro odstranění pocitu strachu z porodu je důležitý psychologický faktor, který zbavuje ženu vědomí, že při porodních bolestech jde o mučící zážitek, který může přinést nebezpečí pro matku a plod. Podstatou je vytvořit u ženy reflexy, vázané na porodní proces, které však nevedou k bolestivým prožitkům, nýbrž k aktivnímu soustředění se na jiné podněty – dýchání, svalovou relaxaci.

Nefarmakologické metody je možno rozdělit do tří rovin, které spolu úzce souvisí a v mnoha případech jsou i proloženy do sebe. Těhotná žena využívá metody **psychoprofylaxe, předporodní kurzy, cvičení v těhotenství, plavání pro těhotné**. Ve chvíli, kdy se z těhotné ženy stává rodička, začíná porod. Žena přichází na porodní sál, uplatňuje se druhá rovina. Rovina osobního přístupu **osoby blízké, personálu porodního sálu** a v neposlední řadě i **prostředí**, ve kterém se rodička pohybuje. Při samotném porodu, pokud žena chce a pokud porodnické zařízení různé alternativy nabízí, může žena využít cílených nefarmakologických metod k tlumení porodní bolesti. Patří mezi ně **akupunktura, akupresura, hypnóza, audioanalgezie, aromaanalgezie, hydroanalgezie, relaxace, relaxační masáže, tepelná stimulace, transkutánní elektrická nervová stimulace, alternativní polohy při porodu či správné dýchání**.

Nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti nabízí a učí porodní asistentka.

6.1

Porodnická psychoprofylaxe

Základním cílem porodnické psychoprofylaxe je snížení úzkosti a strachu z porodu a nabytí reálného postoje k porodu na základě poznání. Žena má vědět, co jí během porodu čeká a čím sama může přispět ke zdárnému výsledku těhotenství. Má být připravena na změny, které ji čekají během těhotenství, při porodu a po porodu. Cílem přípravy tedy není jen odstranění porodních bolestí nebo porodnických patologií, ale nabídnutí všech možností, jak s bolestí pracovat a jak ji účelně zvládat (Roztočil, Bendová, str. 11, 1996).

Termín psychoprofylaxe označuje v obecném smyslu přípravu na větší tělesnou či duševní zátěž vyplývající např. z obtížné profese či - jako v našem případě - z náročné životní situace. Termín se začal používat na počátku 20. století v Rusku a současně i v Anglii psychiatrem Velvovským a porodníkem Dick Readem. Oba měli svoji vlastní metodu psychoprofylaxe, ale diference mezi nimi je zcela minimální. Využívají v

přípravě těhotných prvky *didaktické*–dokonalá informovanost, poučení a vzdělání, prvky *fyzioterapeutické*–cvičení pro těhotné, zvládnání ekonomického dýchání, a prvky *psychoterapeutické*–vztah personálu a rodičky, autogenní trénink, relaxace aj. Psychoprofylaxi dále rozvinul Lamaze ve Francii. Využil i Pavlových objevů o první druhé signální soustavě. Postupně se ukázalo, že původní cíl, tj. odstranění bolesti, metoda splnit nemůže, ale připraví ženy na vlastní porodní děj a odstraní strach a úzkost z mateřství.

Psychoprofylaxi těhotných v současnosti vedou erudované porodní asistentky, které ve svých kurzech předporodní přípravy ladí pozitivně ženinu mysl na blížící se porod a poskytují ženám informace, praktické návyky a dovedností, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozené dítě (Kuželová, 2003).

Dnešní ženy potřebují inspiraci. Potřebují podporu vlastního instinktu, který jim napovídá, že rození je hodnotná a produktivní práce, které se nemají vyhýbat. Není třeba držet se jediného schématu psychologické přípravy těhotných na porod, ale společnými principy musí zůstat uznání řídicí úlohy mozkové kůry v porodním aktu i ve vnímání bolesti a možnost jejího ovlivnění pomocí slova.

6.1.1

Předporodní kurzy

Přinášejí ucelené informace o těhotenství, porodu a časném šestinedělí. Mohou být určené jen ženám nebo i párům. Každou hodinu se s porodní asistentkou probírá nové téma, které se skládá z teoretické a praktické části.

Předporodní kurzy mohou z hlediska svého zaměření a způsobu organizace probíhat velmi rozmanitě. K určujícím faktorům, podle kterých si žena vybírá kurz, patří rozsah a cíl nabízeného, osoba vedoucího lektora, pořadatel, ale i místo konání kurzu.

V dřívějších dobách se předporodní příprava téměř bez výjimky odbyvala během nedlouhé chvíle v ordinaci ambulantního gynekologa nebo na zvoleném porodním oddělení. Šlo při ní převážně o získání povrchních informací o porodu či v lepším případě o nácvik relaxace a správné techniky dýchání. Dnes je podobně omezený cíl považován za nedostatečný a překonaný (Kuželová, 2003).

Cílem kurzů by měla být příprava na normální fyziologický porod. Vyvážený a hodnotný prenatální kurz má v ženách vzbuzovat sebedůvěru v přirozené schopnosti těla a úctu k procesu zrození. Má přinést informace související s celým perinatálním obdobím a s

raným rodičovstvím. V širším slova smyslu si předporodní příprava klade za cíl informovat o správné životosprávě v těhotenství, o sociálních a pracovních důsledcích.

Současný tuzemský program předporodní přípravy těhotných vychází z koncepce sekce Gynekologicko – porodnické společnosti z 80. let, který vypracovala M. Pečená.

Zahrnuje 6 hodin přípravy zaměřené na vnímání bolesti, předporodní období, I. dobu porodní, II. dobu porodní, tělesné a psychické změny v těhotenství, šestinedělí, kojení, hygiena, životospráva, současné trendy péče o matku a dítě. V běžné praxi se setkáváme s různými modifikacemi těchto hodin, záleží na pedagogickém umění lektora.

Předporodní přípravu by nastávající rodiče neměli vnímat jen jako návod, jak zvládat různé situace v těhotenství a při porodu, nýbrž zároveň jako možnost hlubšího sebepoznání a sebevzdělání. Těhotenství a porod představují z hlediska vlivu na psychiku zcela výjimečné a klíčové životní období pro všechny členy nově vznikající rodiny.

6.1.2

Cvičení v těhotenství

Cvičení v těhotenství je vhodnou součástí přípravy na porod. Má pozitivní vliv na průběh těhotenství, na fyzický i psychický stav těhotné a na miminko samotné. Je prokázáno, že rodičky s dobrou fyzickou kondicí lépe zvládají zátěž během porodu.

Zájem maminek o tento druh tělesné aktivity stále roste. Poslední dobou se nejvíce doporučuje cvičení na míči (overball). Porodní asistentka nebo rehabilitační sestra, které jsou pečlivě vyškoleny, velmi odborně vedou cvičební jednotky, která trvají 45-60 minut. Účelem cvičení je udržet organismus ženy v dobré tělesné i duševní kondici, připravit ženu na porod a snažit se, aby změny vyvolané těhotenstvím nebyly trvalé.

Předpokladem pro účast těhotné v kurzu cvičení je její dobrý zdravotní stav a fyziologický průběh těhotenství, který potvrdí ošetřující gynekolog svým souhlasným stanoviskem. Cvičení je zaměřeno na svaly břišní, hýžděové, prsní, svaly dna pánevního a dolních končetin se zaměřením na prevenci varixu a svaly plosky nohy. Pro ženy s kardiopatiemi, diabetem, onemocněním ledvin nebo jinými přidruženými nemocemi k těhotenství je cvičení kontraindikované

6.1.3

Plavání pro těhotné

Výborným sportem pro těhotné je plavání. Proč plavání? Voda těhotným ženám usnadňuje pohyb, tělo nadlehčuje a nezatěžuje pohybový aparát. Cvičení ve vodě je intenzivnější, protože dochází k překonáváním odporu vody, a tak k lepšímu procvičování určených svalových skupin. Ženám trpícím bolestmi zad nebo kloubů přináší plavání značnou úlevu. Při cvičení ve vodě se zaměřujeme na posílení prsních svalů, svalů pánevního dna a nácvik jejich uvolnění. Těhotné se ve vodě učí správné držení těla. Plavání a cvičení má vliv i na prevenci vzniku křečových žil, plochých nohou, podporuje střevní peristaltiku a udržuje nebo zvyšuje vitální kapacitu plic. Oproti jiným aktivitám v graviditě nabízí plavání nesčetné výhody.

Patří mezi ně masážní efekt vody na povrch těla, fyzické a psychické uvolnění při relaxačních cvičení s hudebním doprovodem, zcela úplné odlehčení kloubů a páteře, nehrozí přehřátí organismu ženy, minimální ztráty tekutin a minerálů potem, malá možnost poranění ženy, jediná možnost využití polohy na břiše. Cvičení ve vodě je vhodné i pro těhotné, které už před graviditou trpěly nadváhou. Voda tělo nadlehčuje, cvičení pro ně není tak namáhavé a vysilující, ale je přinejmenším stejně intenzivní (Hudečková, 2003).

6.2

Přítomnost osoby blízké u porodu

Důvody pro i proti přítomnosti osoby blízké u porodu jsou asi v rovnováze. Co pro jednoho může být pozitivním zážitkem, pro jiného je těžkým psychickým traumatem. Nejčastěji ženu doprovází životní **partner**, ale osobou blízkou se rozumí i sestra, matka, švagrová... Partner nemůže být nucen, aby byl přítomen porodu a obráceně, nikdo nemá právo vyžadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když je jí to nemilé. Mnozí muži představují pro svoji ženu, která je v těžké situaci, opravdu pomoc. Žena nemá pocit, že je sama mezi cizími lidmi, muž ji drží za ruku, domlouvá ji, dodává ji odvalu a uklidňuje ji (Kameníková, babyonline.cz).

Dula, je starý řecký název, který se dnes používá pro ženu, jež poskytuje především psychickou oporu rodící matce. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Nesupluje ani nedubluje

práci porodních asistentek ani lékařů, nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny.

Osoba blízká je u porodu i pomocníkem personálu. Každá zkušená porodní asistentka takovou pomoc vždy přivítá. I proto má předporodní kurz spolu s rodičkou navštěvovat osoba, která je posléze u porodu přítomna a slouží jako pečovatel a "ochránce" rodící ženy, jako prostředník mezi ní a porodnickým personálem. Pomáhá ženě překonávat stres, snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu. Umožňuje společný pozitivní prožitek narození chtěného a očekávaného dítěte. Působí kladně na chování rodičky i personálu (Gogela, Malý, 2005).

Můžeme ale také slyšet ženy, které mají pocit, že rození je výhradní záležitostí žen a muže by u porodu rozhodně mít nechtěly. Podobný postoj má i řada mužů. Bojí se, že by pohled na ženu v bolestech „nevydrželi“, nebo mají strach, že by zážitek z porodu mohl nepříjemně ovlivnit jejich sexuální život.

Oba partneři jsou jistě ovlivněni vztahem k vlastnímu tělu, charakterem partnerského vztahu a tradičním společenským klimatem, proto je dobré, aby již v těhotenství přemýšleli, jestli využijí možnost účasti osoby blízké u porodu.

Někdy je nejbližší osobou při porodu ženě **porodní asistentka a personál porodního sálu** a žena očekává, že její důvěru nezklamou.

6.2.1.

Přístup zdravotnického personálu

Péče o ženu v průběhu porodu zahrnuje časové období od přijetí rodičky na porodní sál až do jejího převozu na oddělení šestinedělí. Je známkou profesionální a profesní zdatnosti personálu porodního sálu, jak dokáže vyhovět někdy i neobvyklým přáním a požadavkům rodiček. Při příjmu rodičky na porodní sál je velmi důležitý první kontakt s porodní asistentkou, který nastartuje další průběh porodního děje.

Holistický přístup ze strany zdravotnického personálu má pro ženu velký význam i z hlediska vnímání porodních bolestí. Snažíme se respektovat soukromí ženy a omezit počet asistujících osob na minimum. Empatická a tělesná podpora přináší mnoho výhod, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie, snížení počtu případů s Apgar skóre < 7 a méně operativních porodů (Mastiliaková, 1994).

Přístup zdravotnického personálu k rodičce je vždy individuální, poskytovaná péče je týmová, systematická a šitá na míru na základě ošetřovatelského procesu. Porodní asistentka sestaví s rodičkou plán vedení I. doby porodní nefarmakologickými metodami. Podle situace nabízí rodičce variabilní možnosti a intervence vždy směřuje ve prospěch ženy.

6.2.2

Prostředí porodního sálu

Je výhodné, když v rámci předporodní přípravy těhotných žen zprostředkovává porodní asistentka také prohlídku porodního sálu, aby se rodička či rodičovský pár s prostředím porodního sálu předem seznámili a při začátku porodu již vstupovali do známých míst. První kontakt přicházející rodičky je většinou s porodní asistentkou, která se krátce seznámí s problémem, který ženu přivádí a již zde na pocity a vjemy rodičky působí obklopující prostředí, atmosféra a personál. Následuje administrativní přijetí rodičky na porodní sál a vyšetření lékařem. Všude přítomné prostředí porodního sálu se všemi komponenty(nábytek, malba, osvětlení, okna, vybavení sálů, etika zdravotníků, aj.) na ženu působí, proto zařízení interiérů v mnoha případech již jen vzdáleně připomíná nemocniční prostředí. Používají se příjemné odstíny pastelových barev, nábytek je ve stylu obývacího pokoje, mizí kachlíčkové obložení stěn, porodnické nástroje a léky nebývají vystaveny na policích a v prosklených lékárnách. Souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry a profesionality (Gogela, Malý, 2000).

Většina rodiček a jejich partnerů chce prožít porod v intimním prostředí, bez prudkého světla, hluku a nechtěného kontaktu s jinou rodící ženou, proto se v současnosti přistupuje k rekonstrukcím stávajících porodních sálů, aby bylo vyhověno většinovému přání rodičích žen a to maximálnímu soukromí. Porodní sály jsou architektonicky rozděleny na samostatné porodní boxy, kde žena pobývá po celou dobu porodu. Může se zde pohodlně „zabydlet“ a postupně přivyknout prostředí porodnice. Tímto jednorázovým „ubytováním“ není vystavena nepříjemnosti stěhování se z místnosti určené pro I. dobu porodní na porodní sál v době, kdy již pociťuje nutivé kontrakce. Po skončení IV. doby porodní odchází se svým dítětem na oddělení šestinedělí.

6.3

Akupunktura, akupresura

Metoda patří k jedné z nejstarších v tradiční čínské medicíně. Používá se v kombinaci s akupresurou, fyzioterapií, herbální medicínou aj. Akupunktura používá přesně stanovených míst na povrchu těla a jejich drážděním dosahuje místních reakcí (analgetický a antiedematozní účinek) nebo vzdálených efektů (sedativních, spasmolytických). Akupunkturální body a jejich spojení v dráhy jsou hlavním specifickým v akupunkturální léčbě. Analgetický účinek je vysvětlován vyplavením tkáňových mediátorů. Je prokázán vzestup koncentrace endorfinů. Analgetická účinnost je dobrá zvláště u dobře poučených rodiček, které musí s metodou souhlasit a spolupracovat.

Pomocí akupunktury se zabezpečuje klidnější průběh porodu a lepší snášení porodních bolestí. Osvědčila se i při stimulaci porodní činnosti, spasmech branky i protrahovaném porodu.

Akupresura přináší ruku v ruce s akupunkturou uklidnění a úlevu od bolesti. Toto léčitelství vychází se staročínského principu *yin a yang*. Je založené na úpravě nesrovnalostí v toku životní síly, která proudí kolem 12 meridiánů. Stlačením příslušných akupresurních bodů dochází k úlevě. Pro snížení bolesti při porodu se nejvíce používají body Ho-ku a bod sleziny. Oba pojmenované body jsou citlivé a po stlačení bolí. Ho-ku leží na hřbetě ruky, tam, kde se stýkají záprstní kůstky palce a ukazováku, bod sleziny se nachází na vnitřní straně holeně asi 4 prsty nad vnitřním kotníkem. Tlak vyvineme 3x za sebou s krátkou přestávkou mezi jednotlivými stlačeními, po dobu 10 vteřin (Simkinová, 2000). Důležitý je individuální přístup terapeuta ke každé těhotné, musí být zachován tělesný i tepelný komfort, pohodlná poloha vsedě nebo vleže.

6.3.1

Hypnóza

Jde o uměle navozený stav, podobně jako hluboký spánek, v němž mysl člověka odpovídá na externí podněty (sugesce). Někdy se mohou ženy při porodu dostat do stavu sníženého vědomí (transu), během něhož dokáží zůstat uvolněné a zároveň pociťují bolest méně. Do stavu hypnózy během porodu může ženu přivést vyškolený partner nebo psychoterapeut zabývající se hypnózou, který ji k porodu doprovází (Simkinová, 2000). Tato metoda není vhodná pro každou rodičku, protože jen 25% ženské populace je dostatečně sugestibilních. Hypnóza je časově velmi náročná a její účinek je nejistý.

6.3.2

Audioanalgezie

Klasická audioanalgezie představuje přenos tzv. bílého šumu, který žena během porodu poslouchá ze sluchátek. Šum je složen z množství různofrekvenčních zvuků, které po sumaci připomínají zvuk zurčící vody. Rodička si sama audiotechniku kontroluje a ovládá. Během děložní kontrakce si může podle svých pocitů zesilovat nebo zeslabovat intenzitu zvuku (Pařízek, 2002). Audioanalgezi lze modifikovat. V předporodní přípravě se ženám může navrhnout podání oblíbené hudby z vlastních zdrojů. Hudba při porodu snižuje hladinu stresu, je velmi osobní věcí a její poslech pomáhá zútulnit prostředí a zklidnit nastávající maminky a jejich blízké. Jinou možností je podání speciálních hudebních motivů a kompozic, které mají psychický relaxační účinek. Relaxační hudba je vhodný doplněk pro všechny ostatní druhy metod porodnické analgezie, včetně epidurální.

6.4

Aromaterapie

Je metoda, která využívá v průběhu porodu účinek vysokokoncentrovaných esenciálních olejů, pocházejících výhradně z aromatických rostlinných zdrojů. Aplikuje se ve formě inhalací, koupelí, obkladů nebo krémů. Jako nejúčinnější se ukazuje vmasírování olejů přímo do pokožky. Pokud jsou správně použity, mohou zmírnit bolest a nepohodlí, napomáhají správnému dýchání, snižují pocit strachu a úzkosti, působí relaxačně a poskytují celkový pocit uvolnění. Používá se např. levandulový extrakt přidáný do vodní lázně, který může přispět ke zkrácení otevírací doby, směs bylinkových extraktů obsahujících hřebíček naopak může posílit děložní stahy velice oblíbené jsou oleje z eukalyptu, jasmínu, citrónu a mandarinky, které tlumí porodní bolesti.

Přestože jde o přírodní léčiva, měla by být jejich aplikace prováděna pod odborným vedením. V rámci aromaterapie můžeme využít i aplikace olejů do aromalamp. Jedná se např. o olej „růžová palma“ nebo „šalvěj muškátová“ (Konigsmarková, 2003). Aromaterapie přináší velký užitek při porodu. Je to je bezpečný, přirozený a krásný způsob, jak ženě pomoci, aby se cítila klidně a sebejistě.

6.5

Relaxace

Relaxační techniky snižují úroveň celkového vzrušení, působí antagonicky v celém organismu a tak se staví do protikladu k bolesti. Přinejmenším zamlžují či znejasňují pocit bolesti, popřípadě ho otupují či odvádějí pozornost jinam. Snaží se přerušit napětí, které bolest doprovází a přesvědčují, že mezi psychickým a fyzickým stavem existuje určitý vztah, který je možný do určité míry modulovat (záměrně řídit). Při relaxaci jde v podstatě o přeladění organismu z jeho ergotropního na trofotropní ladění. Organismus se přeladňuje na uvolněný klidový chod (Křivohlavý, 1992).

Relaxační cvičení pomáhají rodičce zvládat kontrakce a šetřit energií. Cvičit by měla žena pravidelně, aby při porodních bolestech reagovala automaticky, bez rozmyšlení. Relaxační cvičení pomůže rodičce uvolnit se kdykoliv pociťuje úzkost a napětí. Předpokladem dobře provedené relaxace je vytvoření pohodlí a zajištění klidu na dobu, kdy bude relaxace prováděna. Jsou dva způsoby provedení. Žena si lehne na záda a hodně se podepře polštáři, nebo si lehne na bok s jednou nohou pokrčenou, opřenou o polštáře uvolňuje a napíná svaly postupně v každé části těla, od prstů na noze směrem vzhůru. Pokračuje 8-10 minut a pak se uvolní. Představuje si, že tělo je těžké (Fenwicková, 1999).

Relaxace je tělesná i duševní. Obě spolu velmi úzce souvisí. Mezi specifické formy relaxace patří např. :

Schulzův autogenní trénink - obvykle jej doprovází lekce biologické zpětné vazby, ale je sám o sobě užitečný pro snížení napětí. Jak uvádí Mastiliaková, tak máme každou instrukci opakovat 3x a požádat relaxujícího, aby ji tiše opakoval potom, co ji uslyší nahlas. Při tomto tréninku máme použít pomalý, spíše monotónní hlas. Začíná se s hlubokým dýcháním. Další postup se zaměřuje na pocit tíhy a tepla. Relaxace je ukončena hlubokým nádechem a výdechem (Mastiliaková, 1999).

meditativní techniky – funguje na principu vyprazdňování mysli při plném vědomí. Jde o aktivaci částí mozku, které pracují s podvědomými myšlenkami a zkušenostmi. Dochází k pocitům tepla a tíhy v končetinách, změlčení a zpomalení dýchání. Postupným uvolněním dochází k oddělení mysli od těla a jeho bezprostředního okolí (Kirstová, 1996).

techniky imaginace – jde o psychologické techniky, které využívají představivosti

gravidjógy - je forma cvičení pro těhotné ženy vhodná v každém stupni těhotenství.

Spojuje v sobě staroindické zkušenosti s racionálními trendy dnešní doby. Je snahou o nalezení schopnosti родit přirozeně, s respektem k vlastnímu tělu i s ohledem na potřeby dítěte. Cvičení dokáže uvolnit všechny významné svalové partie zatěžované při porodu, působí na přirozené rozšíření a uvolnění pánevní oblasti, zpevňuje páteř, která je v těhotenství mimořádně namáhána a zároveň působí i na vnitřní orgány, na mysl a psychiku ženy, odstraňuje napětí a dodává pocity sebevědomí, klidu a pohody. Velmi důležitou částí gravidjógy je naučit se dýchat tzv. jógovým dechem, který přes matku posiluje plíce a srdce miminka.

Relaxační pomůcky jsou v dnešní době součástí snad každého porodního boxu. Oblíbené jsou ruční masážní strojky, kterými porodní asistentka nebo blízká osoba masíruje oblast zad. Balóny o velkém průměru slouží k pohupování a uvolnění svalstva pánevního dna. Na žínkách nebo v měkkých křeslech – pytlích, může rodička zaujmout libovolnou ulevující polohu. Ribstol slouží k relaxaci opíráním nebo zavěšením, k odlehčovacím manévřům (Volejníková, 1993). Předpokladem úspěšné relaxace je bezesporu správné dýchání, které ženu zbavuje napětí.

6.5.1

Relaxační masáže

Při porodu se často používají obměny několika masážních technik. Většinu z nich se může naučit žena i její partner, kteří absolvovali předporodní kurz. Jednou z nich je jemná masáž břicha pouze konečky prstů *effleurage* - jemné dotýkání. Během kontrakcí žena hladí břišní oblast krouživými pohyby. Jestliže je břicho zakryto popruhy fetálního monitorovacího přístroje, hladí si žena břicho mezi popruhy nebo stehna. Masáže lze provádět i jednou rukou, pokud leží na boku. *Effleurage* stimuluje silná nervová vlákna, která inhibují stimuly procházející tenkými nervovými vlákny. Masážní metody by se měly pravidelně obměňovat, masáž prováděná stále stejnou technikou má menší účinnost.

Dotek je pro rodící ženu formou něžné, uklidňující masáže. Je důležité zjistit jaký dotek je ženě příjemný a při porodu ho v hojné míře používat. Pokud rodičce pomáhá s masáží partner, měl by dlaní masírovat dolní část páteře pevnými krouživými pohyby. Trochu dětského zásypu zamezí nepříjemnému tření kůže o kůži. Masáž bederní krajiny pomůže uklidnit a zmírnit bolesti zad (Fenwicková, 1999).

6.5.2

Tepelná stimulace

Teplu se aplikuje zahřátým prostředkem nebo vyhřívací láhví naplněnou teplou vodou. Někdo dává přednost studenému obkladu na obličej. Ruka je zabalena do dvou nebo tří navlhčených utěrek, které se mění, jakmile se ohřejí. Na místa, která jsou pod vlivem anestetik se nemá aplikovat studená ani teplá stimulace, jinak žena ucítí případné poranění tkáně (Simkinová, 2000)

6.5.3

Hydroanalgezie

Užívání vodních koupelí pro zmírnění porodních bolestí je známo po staletí. V rámci využití alternativních metod v průběhu porodního děje zastává hydroanalgezie velmi důležitou úlohu. Navozuje pocit uvolnění, relaxace a má analgetický účinek. Lázeň doporučujeme v trvání do 30 minut a někdy i opakovaně.

Podle Odenta má pobyt ve vodní lázni způsobovat nebolestivý průběh porodu, omezení léků a všech zásahů do průběhu porodu. Pobyt ve vodě má podle něj také příznivý vliv na cévní a svalový systém rodičky a snižuje svalové napětí. Přívrženci hydroanalgezie přisuzují teplé vodě příjemné pocity, které mají navozovat zvýšené vyplavování endogenních opioidů a současně nižší produkci katecholaminů. Popisují rychlejší dilataci děložní branky, zkrácení porodu a nižší četnost operačních intervencí (Pařízek, 2002). Základní metodou hydroanalgezie při porodu je relaxační koupel, porod do vody a intradermální injekce. Je třeba rozlišovat mezi porodem ve vodě ve smyslu „relaxační lázně“, tedy i opakované ponoření rodičky v průběhu I. i II. doby porodní, ale vlastní porod proběhne na suchu, a „porodem do vody“, kdy vypuzení plodu probíhá pod vodní hladinou (Gogela, Malý, 1999).

Metoda intradermálního obstříku vodou spočívá v podání 0,1ml fyziologického roztoku do oblasti os sacrum. Úleva od sakrálních bolestí nastupuje většinou do 30s. Proceduru je možné opakovat. Má ale poměrně nízkou analgetickou efektivitu (Pařízek, 2002).

6.6

Transkutánní elektrická nervová stimulace

Specifické nefarmakologické metody pro zmírnění bolesti u žen prodávající normální porod zahrnují postupy, které aktivují periferní senzory (Pařízek, 2002). Patří k nim transkutánní elektrická nervová stimulace TENS. Využívá proměnlivých elektrických stimulů na kůži na obou stranách páteře v oblasti obratlů Th11-L1. Síla proudu je maximálně 40mA a frekvence 40-15Hz. Uvádí se, že TENS je vhodná zejména při sakrálních bolestech během porodu. Nástup tohoto druhu analgezie není okamžitý a rozvine se do 40minut po jeho zavedení. Vysokofrekvenční proud působí spíše na vrátkový mechanismus modulace bolesti přímo v míšní hmotě, nízkofrekvenční proud způsobuje uvolnění endorfinů. Perineální bolest není elektroanalgezií ovlivněna (obr. č. 2, příloha str. 93).

TENS je jednoduchá analgetická metoda, která spojuje psychologický i somatický účinek, napomáhá redukovat potřebu farmak. Je to neškodná metoda pro matku i plod. Není příliš analgeticky účinná.

6.7

Alternativní polohy při porodu

Ještě nedávno nepřipadala při porodu v úvahu žádná jiná poloha, než vleže na zádech. Přitom poloha rodičky na zádech je nefyziologická. Hrozí aortokavální komprese s poruchami hemodynamiky, klinicky dominuje hypotenze těhotné. Porucha distribuce mateřské krve může nastolit neefektivní děložní činnost - cervikokorporální dystokii. Naopak první doba porodní může být zkrácena a usnadněna ve vertikální poloze rodičky. Je potvrzeno, že laterální poloha zlepšuje uteroplacentární perfúzi a že poloha v podřepu usnadňuje II. dobu porodní (Simkinová, 2000).

V současnosti má rodička možnost využití různých úlevových poloh, které si může zvolit sama podle toho jak jí vyhovují nebo kterou jí doporučí porodní asistentka či lékař. Při výběru úlevové polohy by mělo být přihlédnuto k akutní fázi porodu, protože některé polohy mohou být v konečné fázi porodu pro rodičky poměrně náročné. Vzpřímená poloha má podle různých výzkumů prováděných v posledních 50 letech vliv na aktivnější děložní činnost. Kontrakce jsou pravidelnější a častější. Podporují dilataci děložního hrdla a tím napomáhá zkrácení I. doby porodní. Mezi kontrakcemi umožňuje větší uvolnění, zatím co nitroděložní tlak zůstává trvale vyšší.

Přehled jednotlivých úlevových poloh

Polosed – umožňuje využití gravitace, zvětšuje rozměry pánevního vchodu a zlepšuje oxygenaci plodu. Je polohou odpočinkovou (obr. č. 3, příloha str. 95).

Kolmé polohy – umožňují využít vlivu vedoucí části plodu na dilataci děložního hrdla. Zlepšují kvalitu stahů a sestup plodu ve II. době porodní (obr. č. 4, příloha str. 95).

Rovný sed – dovoluje ženě odpočívat za předpokladu, že je dobře podepřena, kývat se a houpat. Přináší zmírnění bolesti zad a je efektivnější, jsou-li kolena níže než kyčle. Nezatěžuje dolní končetiny, uvolňuje svaly dna pánevního a vnitřní svaly stehen (obr. č.5, příloha str. 96). Alternativní polohou je rovný sed s partnerem (obr. č. 6, příloha str. 96), sed na gymnastickém míči, sed obkročmo na židli a sed na porodní stoličce.

Dřep – využívá se nejvíce ve II. době porodní. Využívá gravitace a vlastní váhy dítěte, mírní bolest zad, rozšiřuje pánevní vchod, vytváří tlak v pánvi, zvyšuje tlak na fundus děložní, pomáhá rotaci a sestupu plodu do porodních cest. Zesiluje kontrakce. Je to poloha poměrně náročná pro rodičku. Nedoporučuje se při kloubních poškozeních dolních končetin nebo má-li žena epidurální analgezi (obr. č. 7, 8, příloha str. 97, obr. č. 9, 10, příloha str. 98, obr. č. 11, příloha str. 99). Alternativními polohami v dřepu je dřep v klíně (obr. č.12, příloha str. 99), podpurný dřep a závěs (obr. č. 13, 14, str. 100, obr.č. 15, 16, příloha str. 101).

Poloha na zádech – i tato poloha je součástí porodního procesu při dodržení 3 základních pravidel – 1. žena si tuto polohu zvolí sama, 2. plod nejeví známky tísně, 3. porod není touto polohou negativně ovlivněn. (obr. č. 17, 18, příloha str. 102).

Boční polohy – využívají se na začátku porodu, kdy jednak umožňují odpočinek a současně i správný vstup naléhající části do pánevního vchodu. Správnou polohu pomáhá vybrat porodní asistentka podle postavení plodu.(obr. č.19, 20, příloha str. 103).

Polohy v předklonu a s oporou – významně snižují bolesti zad a vedou k lepší rotaci plodu. Umožňují snadný přístup pro masáž zad. Lze je praktikovat vestoje, vsedě i v kleku během obou dob porodních. Využívají vlastní váhy plodu a účinnost lze zvýšit připojením kolébavých a houpacích pohybů pánve (obr. č. 21, 22, příloha str. 104, obr. 23, 24, příloha str.105).

Poloha na všech čtyřech – užívá se při příliš nutivých kontrakcích, pomáhá mírnit bolest zad, uvolňuje tlak na hemoroidy.(obr. č.25, 26, příloha str. 106).

Asymetrické polohy – využívají se tam, kde je podezření na špatné naléhání a vstupování hlavičky do pánve nebo je-li potřeba docílit optimální rotace hlavičky. Mírným natažením svalů vnitřního stehna pozvednuté končetiny je způsoben postranní pohyb kosti sedací, a dojde tak ke zvětšení průmětu pánevního východu na druhou stranu. Provádí se v sedě, v kleku či vestoje (obr. č.27, 28, příloha str. 107).

Při volbě porodní polohy platí snad více než jindy individuální přístup ke každé ženě. Za porodu si žena instinktivně nachází pro ni nejméně bolestivou a nejpohodlnější polohu.

6.7.1

Správné dýchání

Již Dick-Readova metoda usilovala o eliminaci strachu vhodným nácvikem dýchání a podobně jako ostatní techniky i dýchací techniky jsou neúčinnější, pokud se nacvičí již před porodem. Neměly by se aplikovat, pokud jich není skutečně zapotřebí. V případě předčasného nasazení nebo nasazení pokročilejší techniky, než je aktuálně zapotřebí, se žena dříve unaví. Každá dýchací sekvence začíná a končí očištěným dechem, což je hluboký nádech nebo výdech podobný hlubokému vdechu. Čistící dechy napomáhají relaxaci a soustředění na relaxaci. V I. době porodní využívá žena 2 typy dýchání – hluboké, břišní a povrchní, krátké „psí“

Hluboké, břišní dýchání – používá se v první fázi porodu, kdy kontrakce mají charakter křečovitě bolesti a není ještě přítomen tlak na konečník. S jeho využitím může rodička začít již od začátku pravidelných kontrakcí.

Cílem tohoto dýchání je uvolnit děložní svalovinu, odvést pozornost rodičky od bolesti, zajistit dostatek kyslíku pro ženu i plod, zmírnit bolest (děložní stahy způsobují ischemii děložní svaloviny, což vyvolává bolest), zajistit odplavení toxických látek vznikajících při děložní činnosti. Při využití tohoto typu dýchání se nezvyšuje nitroděložní tlak během kontrakce, což je důležité pro správný průběh porodu.

Technika břišního dýchání je jednoduchá. Při pomalém nádechu nosem se vyklenuje břišní stěna, při pomalém výdechu ústy klesá zpět. Takto pravidelné střídání nádechu a výdechu žena opakuje po celou dobu kontrakce. Může si dýchání sama kontrolovat přiložením ruky na břicho. Mimo kontrakci dýchá klidně, aby se vyhnula nepříjemnému pocitu brnění končetin, způsobené hyperventilací (Řezníčková, 2001).

Povrchní, krátké „psí“ dýchání – používá se v době, kdy rodička pocítuje tlak na konečník, ale porodní cesty ještě nejsou zcela otevřeny. „Psí“ dýchání se provádí během děložní kontrakce a má formu mělkého, krátkého nádechu a rychlého, krátkého výdechu. Využití tohoto typu dýchání poskytne porodním cestám čas k důkladnému otevření se, čímž se snižuje riziko poranění děložního čípku. Alternativou je dýchání s hlubokým nádechem a frakciováním výdechem (formou „mašinky“ nebo „řehtání koně“) (Řezníčková, 2001).

Závěrem lze říci, že všechny kultury mají pro těhotné ženy své vlastní způsoby pomoci a povzbuzování, některé své zvyky vysvětlují jejich magickým působením, jiné se snaží hledat více logická vysvětlení pro systém, který aplikují. Společnou vlastností těchto metod je intenzivní pozornost, kterou věnují ženě během těhotenství a porodu. Toto je možná ten pravý důvod, proč je tolik žen v současnosti považuje za uklidňující a nápomocné. Ženy preferují přirozené metody tlumení bolesti. Umožňují jim volný pohyb, lokální aplikaci, rychlou změnu v případě diskomfortu. Údaje, že je ženy shledávají účinnými, vychází zejména z pozorování, ale přesto je většina těchto metod neškodných a jejich využití ženami, které prožívají zmírnění bolesti, může být oprávněné.

Kromě nefarmakologických metod tlumení porodní bolesti, které aplikují porodní asistentky, existují také farmakologické metody. Tento druh porodnické analgezie je v plné kompetenci lékaře a proto ho zmiňuji méně podrobně.

FARMAKOLOGICKÉ METODY PORODNICKÉ ANALGEZIE

Nadměrná intenzita porodních bolestí spolu se strachem přispívají k poruchám děložní činnosti a k protrahovanému porodu, což může negativně ovlivnit stav plodu. V tomto případě indikuje lékař farmakologické vedení porodu.

7.1

Systémová analgezie

Cílem systémové analgezie je významně redukovat porodní bolesti. Je však limitována svými vedlejšími účinky na matku i plod. Asi 60-70 % porodů je dnes ovlivněno různými farmaky. Možnosti systémové analgezie můžeme rozdělit na per orální, intra muskulinní, intra venózní a inhalační. Mezi farmaka využívaná v moderním porodnictví řadíme :

Sedativa – vedou ke zmírnění nadměrného strachu a úzkosti, jež jsou velmi úzce spjaty i s vnímáním porodních bolestí. Radíme mezi ně zejména benzodiazepiny a neuroleptika.

Analgetika - opioidy. Nejčastěji užívaným lékem z hlediska jeho nízkého depresivního účinku na dechové centrum novorozence je Pethidin. Přesto je možno depresi dechu a centrálního nervového systému novorozence iatrogenně navodit nadměrnou dávkou analgetika. Výraznější než analgetický účinek, je jeho účinek spasmolytický, což způsobuje zkrácení celého porodního procesu. Pokud není účinná první dávka Pethidinu, měla by být indikována epidurální analgezie. Nejčastějším nežádoucím účinkem Pethidinu je nauzea, zvracení a dechově depresorický účinek, který ovlivňuje matku i novorozence.

Z dalších preparátů můžeme jmenovat např. Norpethidin, Nalbufin, Tramadol či Pentazocin, které působí centrálně, neovlivňují systém prostaglandinů, ani krevní oběh, netlumí dýchání, nemají gastrointestinální účinky jako Pethidin, ale např. Nalbufin prostupuje placentou a neurofyziologická adaptace novorozence v prvních hodinách po porodu je ovlivněna silněji než po Pethidinu. Výhodou neinhalačních systémových analgetik je jednoduchost aplikace a finanční dostupnost. Nevýhodou je útlum plodu při jeho adaptaci na extrauterinní podmínky, paradoxně excitační účinek na rodičku a tím narušení aktivní spolupráce a možnost výskytu amnézie na porodní proces a zejména na první kontakt matky s novorozencem (porodnická encyklopedie online).

Mezi *inhalační* anestetika patří např. : Enfluran, Izofluran či oxid sodný. Použití těchto anestetik vede k rychle nastupující analgezii a při vyšších koncentracích k anestezii.

7.2

Regionální analgezie

Odstraňuje porodní bolest u matky zablokováním vedení aferentních impulzů z porodních cest do CNS. Podmínkou úspěšného snížení porodní bolesti je správná indikace a aplikace této analgezie. Mezi možnosti regionální analgezie řadíme :

infiltrační znečitlivění - infiltrace Headových zón, infiltrace perinea a pochvy, která se provádí před epiziotomií

pubendální analgezie – oboustranná blokáda větví n. pudendus infiltrací při výstupu z pánve v oblasti spina ossis ischii

paracervikální analgezie (paracervikální blokáda) – oboustranná blokáda paracervikálních plexů speciální jehlou za podmínek běžícího porodu: hlavička vstoupila malým oddílem do porodního vchodu, branka 3-4cm

kaudální analgezie - jde o blokádu nervových struktur podáním lokálního anestetika do prostoru sakrálního kanálu

epidurální analgezie – lokální anestetikum, samotné nebo s opioidem, se podává do epidurálního prostoru

subarachnoidální analgezie - lokální anestetikum nebo analgetikum je aplikováno do subarachnoidálního prostoru, aby přímo účinkovalo v mozkomíšním moku

kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie – speciálně upravenou Tuohyho jehlou, která slouží jako vodič pro tenkou subarachnoidální jehlu, se nejprve podává dávka analgetika do subarachnoidálního prostoru, po extrakci subarachnoidální jehly se opět Tuohyho jehlou zavede epidurální katetr, který může sloužit k prodloužení analgezie nebo v případě císařského řezu k přechodu na regionální anestezii (Pařízek, 2002).

Jelikož metody epidurální analgezie, subarachnoidální a kombinované analgezie mají mnoho společného, označují se často společně jako *neuroaxiální analgezie*. Pokud jsou splněny podmínky indikace těchto metod, nabízí efektivní možnost potlačení porodních bolestí. Nejčastěji podávanou metodou porodnické analgezie u normálního porodu je *epidurální analgezie*. Její účinky byly zkoumány v řadě pokusů. Poskytuje lepší a dlouhodobější utišení bolesti, než léčiva k celkové aplikaci. Zavedení epidurální analgezie není možné v případě alergie na lokální anestetikum, pokud je v místě vpichu prokázána infekce, když žena nesouhlasí s provedením analgezie, trpí-li poruchami krevní srážlivosti

nebo má-li abnormality na páteři v oblasti L1 – L3. Mezi akutní kontraindikace patří hypoxie plodu, předčasné odlučování placenty, krvácení z nízko nasedající placenty a překotný porod.

Aplikace této analgetické metody v porodnictví vyžaduje splnění několika důležitých podmínek: příznivý porodní nález, informovanost rodičky, dobrý zdravotní stav rodící ženy, ale i nároky na technické a personální vybavení porodnice. Trvalá přítomnost anesteziologa, který epidurální anestezii aplikuje, sledování vitálních funkcí matky a monitoring plodu je nezbytný.

Aby epidurální analgezie nenarušovala fyziologii porodu, zejména pohyb ženy, alternativní polohy atd. je třeba podat správně vyváženou dávku lokálního anestetika. Je-li potřeba, může anesteziolog dávku lokálního anestetika snížit přidáním opioidů a tím způsobí, že je analgezie ještě kvalitnější než v případě samotného lokálního anestetika. Tato metoda má své velké výhody, které nejvíce ocení rodičky, které špatně snášejí bolest. Řadí se k analgeticky nejúčinnějším metodám porodnické analgezie, má příznivý vliv na porodní proces a psychiku rodičky. Neovlivňuje životní funkce novorozence, neovlivňuje volný pohyb ženě během porodu, umožňuje alternativní polohy rodičky u porodu. Účinná délka analgezie je 60-90min., neprodlužuje porod, nezvyšuje počet porodnických operací a v případě potřeby je možné rozšířit ji na regionální anestezii. Částečně také relaxuje svalstvo porodních cest v důsledku zvýšeného prokrvení.

Nevýhodou této metody je její technická a organizační náročnost. U rodičky může nastat hypotenze z blokády vegetativního nervového systému nebo dojde k oslabení děložních kontrakcí. Největším rizikem této metody je poranění obalů míchy a následně hrozící bolest hlavy po porodu. Přesto přibližně 60% žen volí k potlačení bolesti při porodu během rozhovoru s porodníkem neuroaxiální analgezi. Epidurální analgezi provádí anesteziolog (Pařízek, 2002).

Přes nesporné pokroky medicíny ani v současné době neexistuje v porodnictví ideální analgetická metoda. Racionální chování zdravotníků vůči každé těhotné a rodičce by mělo směřovat k ryze individuálnímu přístupu. Zvažovat psychický a fyzický stav ženy, stav fetoplacentární jednotky, stádium porodu, spektrum dostupných analgetik a v neposlední řadě zkušenost porodníka a anesteziologa, kteří farmakologické metody tlumení porodní bolesti aplikují. Porodní sály a personál porodních sálů by měly dnes nabízet takovou škálu metod porodnické analgezie, aby dokázaly uspokojit přání většiny žen.

Snahou lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, především porodních asistentek, je směřovat vedení porodu přirozenou cestou s využitím všech dostupných metod k zvládnutí porodní bolesti. Najít „nejlepší cestu“ se snaží při své každodenní práci s těhotnými či rodičkami celý tým zdravotnických pracovníků, ale těžiště práce leží na porodních asistentkách. Ke zdokonalování své práce využívají nejen svých zkušeností nabitých léty praxe, ale i výsledků různých výzkumů, které se v této oblasti provádějí. Většina šetření se dívá na porodní asistentky z pohledu zdravotníka, ale je užitečné, aby zdravotničtí pracovníci věděli, jak těhotenství a porod prožívá, vnímá a hodnotí rodička. Tyto výzkumy pomohou personálu porodních sálů k tomu, aby bral v úvahu při svém rozhodování individuální zvláštnosti rodící ženy. Ve své práci jsem tento pohled upřednostnila a výsledkem je vlastní zhodnocení vnímání porodní bolesti oslovených rodiček.

EMPIRICKÁ ČÁST

Výzkumné šetření v oblasti zvládnání porodní bolesti má za hlavní cíl pomoc svými výsledky porodním asistentkám při zkvalitnění individuální ošetrovatelské péče o rodičky na porodním sále z hlediska efektivního tlumení porodní bolesti.

Aby tohoto cíle bylo dosaženo, musí být splněny dílčí cíle. *Prenatální* - rozdělení žen podle demografických údajů, věk parita, vlastní sebehodnocení ženy ve vztahu k bolesti mimo porod a vyhodnocení míry strachu z bolesti. *Prepartální* - ovlivnění porodní bolesti přítomností osoby blízké, prostředím, ve kterém se žena ocitá, ale i lidmi, kterými je obklopena z řad zdravotnického personálu. *Partální cíle* - zmapování vnímání intenzity porodní bolesti při využití nabídnutých nefarmakologických metod porodnické analgezie, četnost a souvislosti vedoucí k využití farmakologických metod tlumení porodní bolesti a v neposlední řadě označit jiné metody zvládnání porodní bolesti, které ženě pomohly.

8.1 Zkoumaný vzorek

Mého výzkumu se zúčastnilo 100 respondentek ve třech věkových skupinách. 16-25 let (28%), 26-35 let (65%) a 36let a více (7%). Z toho prvorodiček bylo 49%, druhorodiček 32% a vícerodiček 19%. Vždy se jednalo o ženy do 96 hod. po porodu. Dotazníky jsem rozdala osobně po domluvě s managementem oddělení ve třech porodnicích na oddělení šestinedělí. Každé respondentce jsem osobně vysvětlila důvod výzkumu a možnost odmítnutí zapojit se do souboru. Mnou oslovená oddělení byla gynekologicko-porodnická oddělení nemocnice v Náchodě, Trutnově a porodnicko-gynekologická klinika v Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Na oddělení šestinedělí v Náchodě jsem oslovila 40 maminek, na oddělení šestinedělí v Trutnově 30 maminek a na oddělení šestinedělí ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové 30 maminek. Návratnost dotazníků byla 100%. Důvodem úspěchu v návratnosti byl osobní přístup, nenáročnost a přehlednost vyplňování dotazníku, anonymnost a časová neomezenost.

Kritéria pro výběr rodiček

- žena, která rodila ve sledovaném zařízení v době od září 2007 do ledna 2008
- neoperativně vedený porod
- ochota spolupracovat na výzkumu

8.2 Metoda výzkumu

K získávání informací jsem využila tři metod výzkumu. Data jsou zpracována do trojrozměrných sloupcových grafů a tabulek. Součástí přílohy jsou obrázky.

1) Originální anonymní dotazník pro maminky, který se skládá ze dvou na sobě nezávislých částí. První jsem vypracovala samostatně a obsahuje 17 otázek rozlišující fakta a položky sledující postoje, mínění a motivy. Druhou část tvoří český překlad americké verze dotazníku strachu z bolesti (*Fear of Pain*) FPQ-III (Mareš, J., Skorunka, D., 2002). Dotazník má 23 položek a míra strach se hodnotí 5 stupňovou škálou, kde 1 vyjadřuje minimum a 5 maximum strachu. Je to screeningová metoda, která identifikuje osoby, které trpí velkým strachem z možné bolesti a upozorní tak zdravotnický personál, že právě tyto lidé potřebují specifické zacházení. Měří strach z bolesti spíše jako specifický rys osobnosti, nikoli jako momentální psychický stav, měří tři typy strachu: z velké bolesti, malé bolesti, z lékařských výkonů, je určen pro dospívající a dospělé, má dobrou vnitřní konzistenci, dobrou stabilitu v čase (Mareš, J., Skorunka, D., 2002).

Kompletní dotazník předkládá rodičce pečlivě vybraný soubor otázek, na které má odpovědět. Forma požadované odpovědi v dotazníku je získána prostřednictvím několika forem položek:

a) **otevřených** - respondentka se vyjadřuje vlastní odpovědí. Výhodou je dokonalejší proniknutí ke zkoumaným jevům, nevýhodou je obtížné zpracování odpovědí.

b) **uzavřených** - respondentka odpovídá na předem připravené varianty odpovědí, nebo formou vzájemně se vylučujících odpovědí ano – ne. Tato forma je z hlediska zpracovatelnosti neoptimálnější.

c) **Polouzavřených** - respondentka má na výběr i variantu „jiná odpověď“.

2) Osobní předání dotazníku ženě po porodu. Mimo místnost jsem vyčkala než žena dotazník vyplní. Rodičky vracely dotazníky v zavřené obálce, kterou obdržely s dotazníkem. Doba k vyplnění celého dotazníku se pohybovala v průměru okolo 15 min.

3) Rozhovor v rámci edukace k vyplnění dotazníku a pomoci při výzkumu.

Výzkum, ve kterém jsem použila odpovědi matek, měl zjistit míru strachu z bolesti, informovanost o problematice porodnické analgezie, názor na použití metod tlumící porodní bolesti a výše jejich využití ze strany matky.

ANALÝZA A ROZBOR ANONYMNÍHO DOTAZNÍKU

Vyhodnocení dat je v číselném i procentuálním zastoupení. Soubor výsledků je pro přehlednost dělen do tří bloků podle časové posloupnosti využití metod porodnické analgezie.

9.1

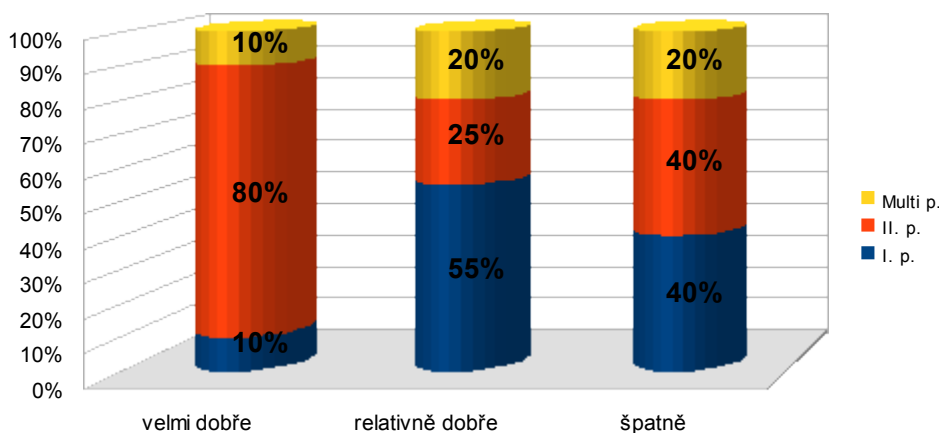
Prenatální blok

Ot. č. 3: V běžném životě snášíte bolest:

Tab. 1 Snášení bolesti v běžném životě podle parity

parita	I. p.	II. p.	Multi p.
velmi dobře	1	8	1
relativně dobře	44	20	16
špatně	4	4	2

Graf 1 Snášení bolesti v běžném životě podle parity

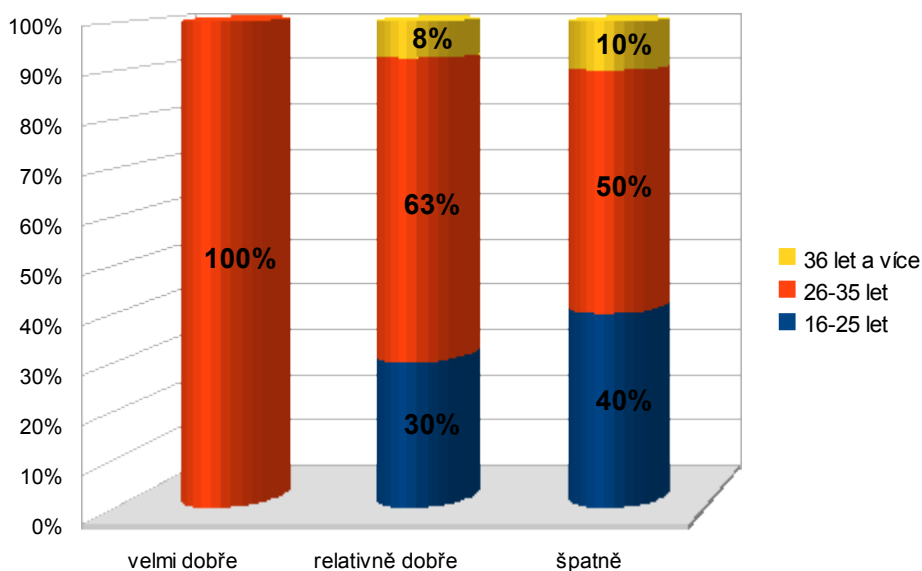


Komentář: Ze zkoumaného vzorku 100 rodiček **velmi dobře** snášejí bolest: 1(1%) prvorodička, 8(8%) druhorodiček a 1(1%) vícerodička, **relativně dobře** 44(44%) prvorodiček, 20(20%) druhorodiček, 16(16%) vícerodiček a **špatně** snášejí bolest 4(4%) prvorodičky, 4(4%) druhorodičky a 2(2%) vícerodičky

Tab. 2 Snášení bolesti v běžném životě podle věkových kategorií

věk	16-25 let	26-35 let	36 let a více
velmi dobře		10	
relativně dobře	24	50	6
špatně	4	5	1

Graf 2 Snášení bolesti v běžném životě podle věkových kategorií



Komentář: Podle věkových skupin v dotazníku snáší bolest v běžném životě **velmi dobře** 10 (10% 26-35 let) žen, **relativně dobře** 80(80%) žen z čehož 24% 16-25 let, 50% 26-35 let a 6% 36 let a více, **špatně** snáší bolest v běžném životě 10(10%) žen z čehož 4% 16-25 let, 5% 26-35 let, 1% 36 let a více.

Ot. č. 4: Máte již zkušenost s intenzivní bolestí mimo porod ? (např. operace, úraz...)

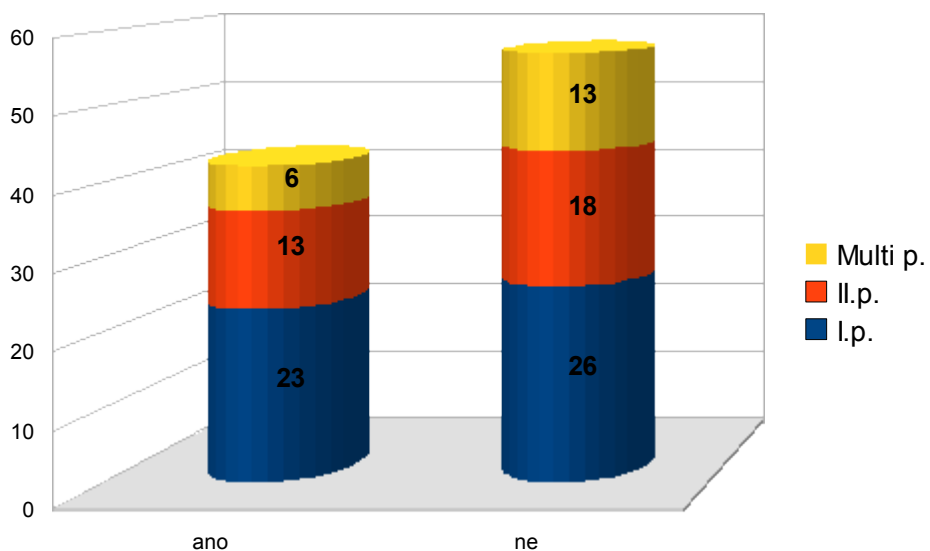
Tab. 3 Zkušenosti s bolestí mimo porod dle parity

	ano	ne
I.p.	23	26
II.p.	13	19
Multi p.	6	13

Tab. 4 Zkušenosti s bolestí mimo porod dle věkových kategorií

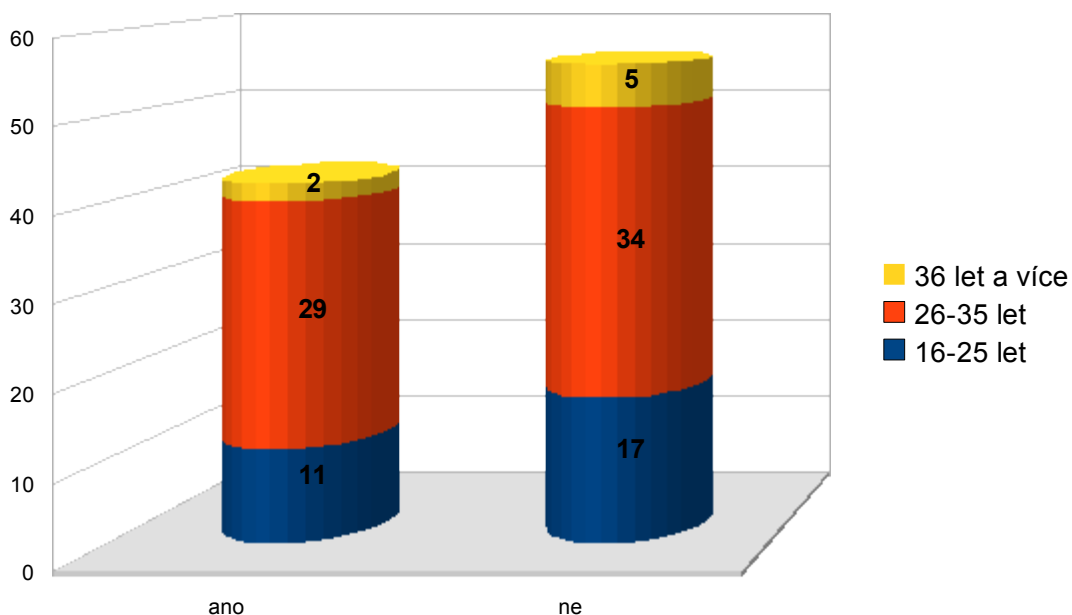
	ano	ne
16-25 let	11	17
26-35 let	29	34
36 let a více	2	5

Graf 3 Zkušenosti s bolestí mimo porod dle parity



Komentář: Zkušenost s intenzivní bolestí mimo porod má již 23(55%) prvorodiček, 13 (31%) druhorodiček a 6(14%) vícerodiček. Ne, odpovědělo 26(36%) prvorodiček, 19(42%) druhorodiček a 13(21%) vícerodiček.

Graf 4 Zkušenosti s bolestí mimo porod dle věkových kategorií



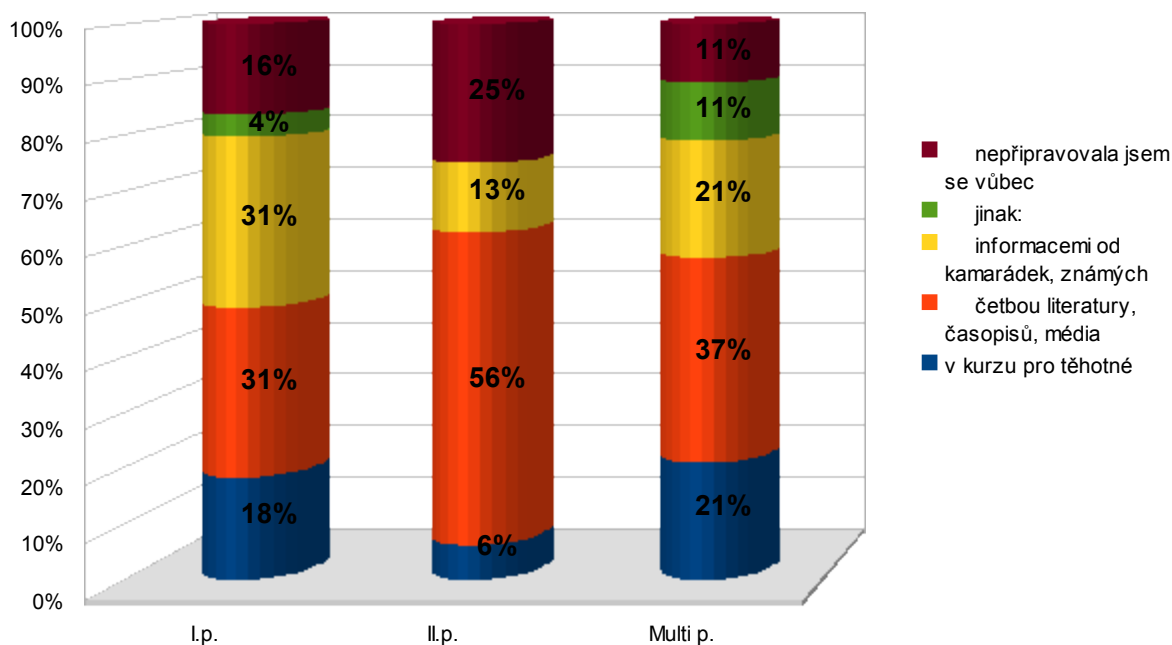
Komentář: Ve věkové kategorii **16-25 let** udává 11(26%) rodiček, že má již zkušenost s intenzivní bolestí mimo porod, ve věkové kategorii **26-35 let** 29(70%) rodiček a ve věkové kategorii **36 let a více** 2(5%) rodičky. **Ne**, odpovědělo ve věkové kategorii **16-25 let** 17(29%) rodiček, ve věkové kategorii **26-35 let** 34(62%) rodiček a ve věkové kategorii **36 let a více** 5(9%) rodiček.

Ot. č. 5: Přípravovala jste se na zvládnání bolesti při porodu? (označte jednu hlavní možnost):

Tab. 5 Příprava těhotných dle parity

	I.p.	II.p.	Multi p.
v kurzu pro těhotné	9	2	4
čtením literatury, časopisů, média	15	18	7
informacemi od kamarádek, známých	15	4	4
jinak	2	0	2
nepřipravovala jsem se vůbec	8	8	2

Graf 5 Příprava těhotných dle parity



Komentář: **Prvorodičky:** 9(18%) se na porod připravovalo v kurzu pro těhotné, 15(31%) četbou literatury, časopisů, z médií, 15(31%) informacemi od kamarádek, známých, 2(4%) jinak, 8(16%) se nepřipravovalo vůbec. **Druhorodičky:** 2(6%) v kurzu pro těhotné, 18(56%) četbou literatury, časopisů, z médií, 4(13%) informacemi od kamarádek, známých, 8(25%) se nepřipravovala vůbec. **Víceřodičky:** 4(21%) v kurzu pro těhotné, 7(37%) četbou literatury, časopisů, z médií, 4(21%) informacemi od kamarádek, známých, 2(11%) jinak, 2(11%) se nepřipravovala vůbec.

Ot. č. 6: Během těhotenství jste plánovala:

Tab. 6 Plánování porodu v těhotenství

	přirozený porod	epidurální analgezie
I.p.	44	5
II.p.	28	4
Multi p.	18	1

Komentář: Přirozený porod plánovalo v těhotenství 44(90%) prvorodiček, 28(88%) druhorodiček a 18(95%) víceřodiček. Pro využití epidurální analgezie se v těhotenství rozhodlo 5(10%) prvorodiček, 4(13%) druhorodičky a 1(5%) víceřodička.

Přidružený dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ

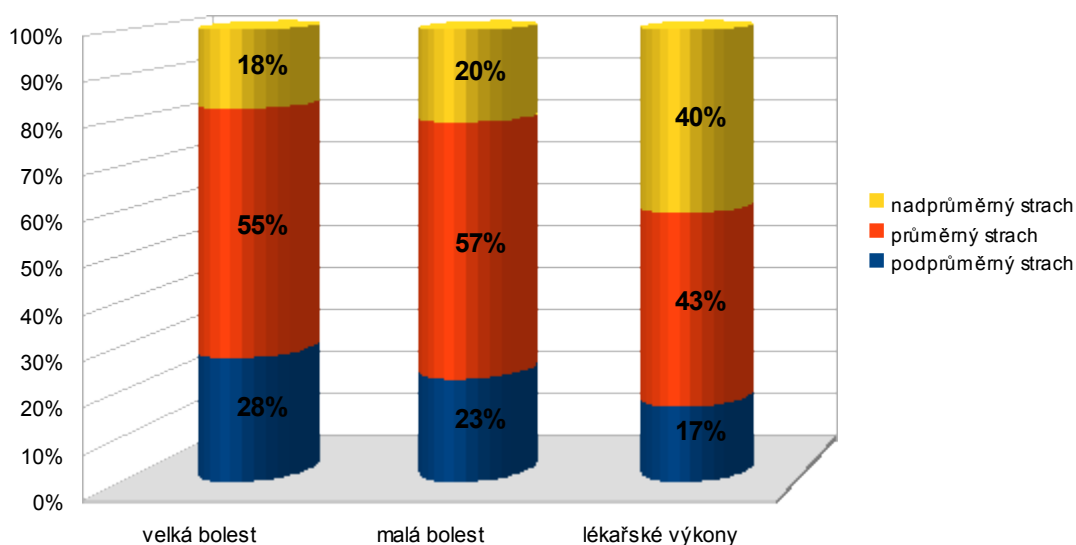
česká verze dotazníku FPQ-III: určena pro klinické ověření jako screeningová metoda

Prvorodičky

Tab. 7 Strach prvorodičky

strach	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
bolest			
velká bolest	11	22	7
malá bolest	10	25	9
lékařské výkony	7	18	17

Graf 6 Strach prvorodičky



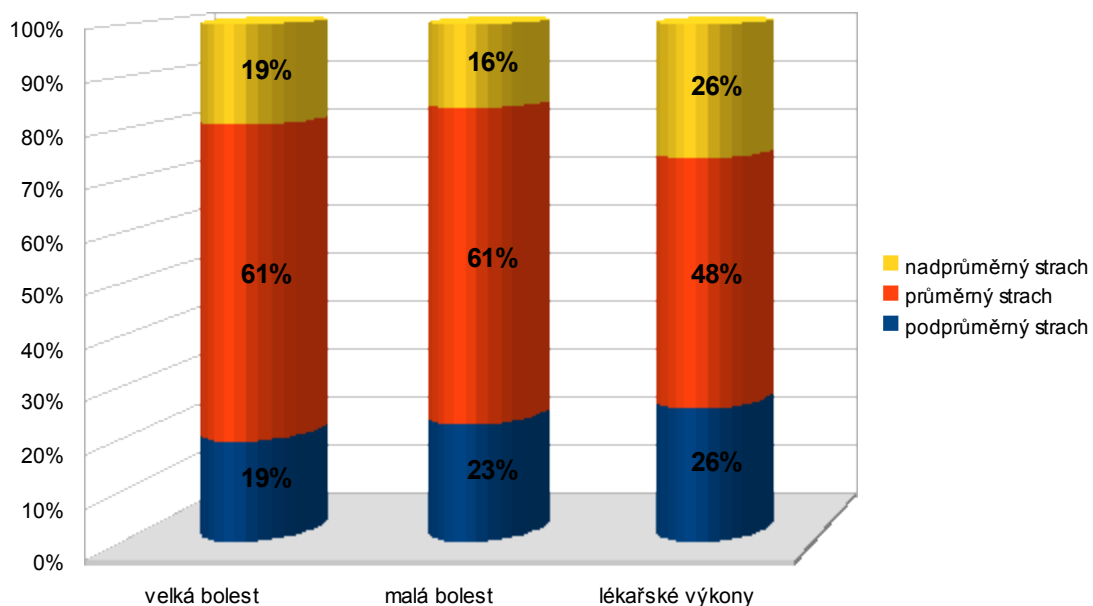
Komentář: Zkoumaný vzorek prvorodiček. Z **velké bolesti** má podprůměrný strach 11(28%) prvorodiček, průměrný strach 22(55%) prvorodiček a nadprůměrný strach 7(18%) prvorodiček. Z **malé bolesti** má podprůměrný strach 10(23%) prvorodiček, průměrný strach 25(57%) prvorodiček a nadprůměrný strach 9(20%) prvorodiček. Z **lékařských výkonů** má podprůměrný strach 7(17%) prvorodiček, průměrný strach 18(43%) prvorodiček a nadprůměrný strach 17(40%) prvorodiček.

Druhorodičky

Tab. 8 Strach druhorodičky

strach	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
bolest			
velká bolest	6	19	7
malá bolest	7	19	5
lékařské výkony	8	15	8

Graf 7 Strach druhorodičky



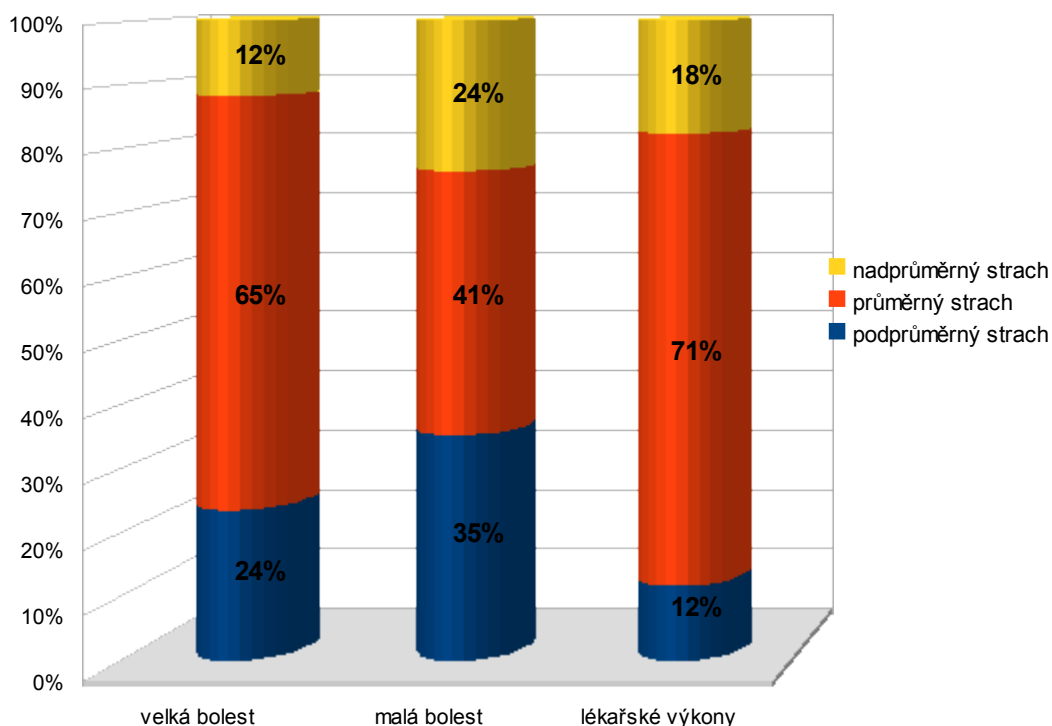
Komentář: Zkoumaný vzorek druhorodiček. Z **velké bolesti** má podprůměrný strach 6(19%) druhorodiček, průměrný strach 19(61%) druhorodiček a nadprůměrný strach 6(19%) prvorodiček. Z **malé bolesti** má podprůměrný strach 7(23%) druhorodiček, průměrný strach 19(61%) druhorodiček a nadprůměrný strach 5(16%) druhorodiček. Z **lékařských výkonů** má podprůměrný strach 8(26%) druhorodiček, průměrný strach 15(48%) druhorodiček a nadprůměrný strach 8(26%) druhorodiček.

Vícerodičky

Tab. 9 Strach vícerodičky

strach	podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
bolest			
velká bolest	4	11	2
malá bolest	6	7	4
lékařské výkony	2	12	3

Graf 8 Strach vícerodičky



Komentář: Zkoumaný vzorek vícerodiček. Z **velké bolesti** mají podprůměrný strach 4(24%) vícerodičky, průměrný strach 11(65%) vícerodiček a nadprůměrný strach 2(24%) vícerodičky. Z **malé bolesti** má podprůměrný strach 6(35%) vícerodiček, průměrný strach 7(41%) vícerodiček a nadprůměrný strach 4(24%) vícerodiček. Z **lékařských výkonů** mají podprůměrný strach 2(12%) vícerodiček, průměrný strach 12(71%) vícerodiček a nadprůměrný strach 3(18%) vícerodiček.

9.2

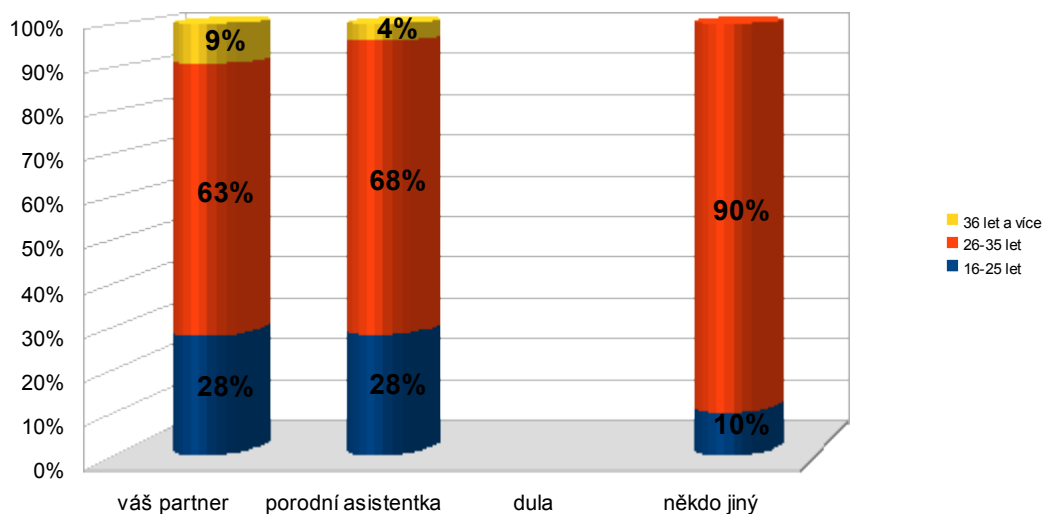
Okolnosti porodu

Ot. č. 8: Zvládání bolesti při porodu příznivě ovlivnil/a svou přítomností:

Tab. 10 Ovlivnění zvládání porodní bolesti dle věkových kategorií

věk	16-25 let	26-35 let	36 let a více
váš partner	18	41	6
porodní asistentka	7	17	1
dula	0	0	0
někdo jiný	1	9	0

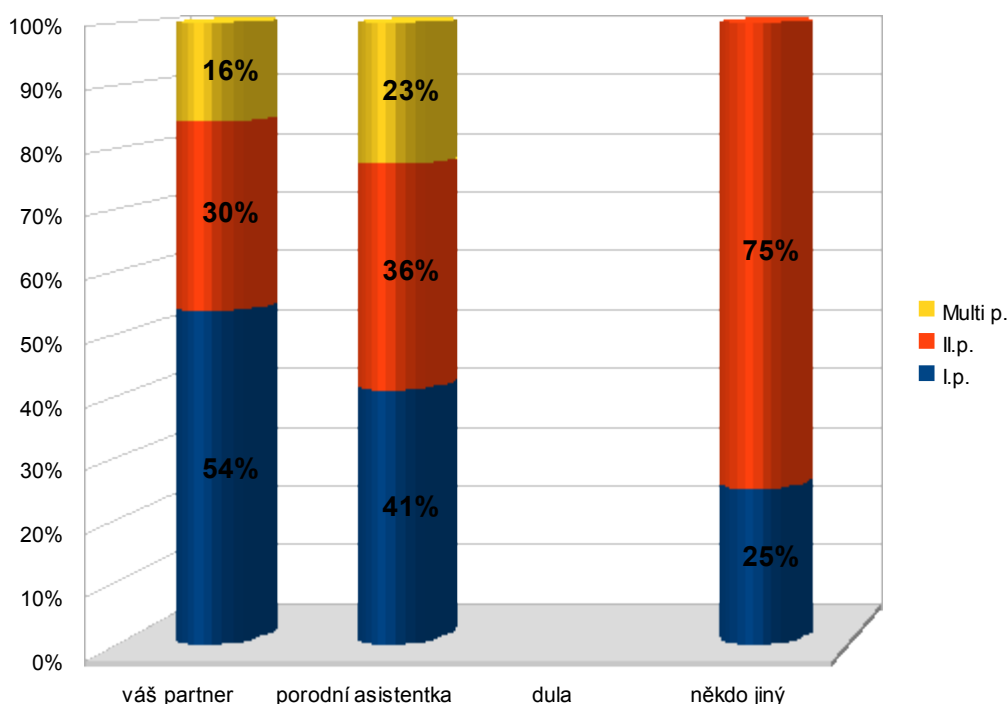
Graf 9 Ovlivnění zvládání porodní bolesti dle věkových kategorií



Komentář: ve věkové skupině 16-25 let: 18(28%) žen uvedlo pomoc partnera, 7(28%) pomoc porodní asistentky a 1(9%) rodička pomoc matky. Ve 4 případech označily ženy dvojí možnost a to partner a porodní asistentka. Ve věkové skupině 26-35 let: 41(63%) rodiček označilo pomoc partnera, 13(68%) pomoc porodní asistentky 2(4%) přítomnost matky nebo sestry. K tomuto výčtu je nutné přidat i kombinované odpovědi, kdy v 9 případech ženy označily současně partnera i porodní asistentku. Ve věkové skupině 36 let a více: 6(90%) žen označilo partnera a 1(10%) porodní asistentku.

Tab. 11 Ovlivnění zvládnutí porodní bolesti dle parity

parita	I.p.	II.p.	Multi p.
váš partner	37	21	11
porodní asistentka	9	8	5
dula	0	0	0
někdo jiný	1	3	0

Graf 10 Ovlivnění zvládnutí porodní bolesti dle parity

Komentář: **Prvorodičky** udávají z celkového počtu 49 žen, že 37(54%) ženám pomohla přítomnost partnera, 9(41%) ženám porodní asistentka, 1(25%) matka, a 6 žen udává kombinovanou pomoc porodní asistentka s partnerem. **Druhorodičky** z celkového počtu 32 označilo partnera 21(30%) rodiček, porodní asistentku 8(36%) rodiček 3(75%) rodičky preferovaly jinou osobu a 4 rodičky označily dvě osoby, 2x partner + porodní asistentka, 1x matka + porodní asistentka a 1x matka + partner. **Vícerođičky** z celkového počtu 19 žen označilo 11(16%) partnera, 5(23%) porodní asistentku a 3 ženy zaškrtnly možnost partner + porodní asistentka.

Ot. č. 9:**Pomohlo Vám prostředí porodního sálu /vybavení, dekorace,barvy / ke zvládnání bolesti:****Tab. 12** Vliv prostředí porodního sálu

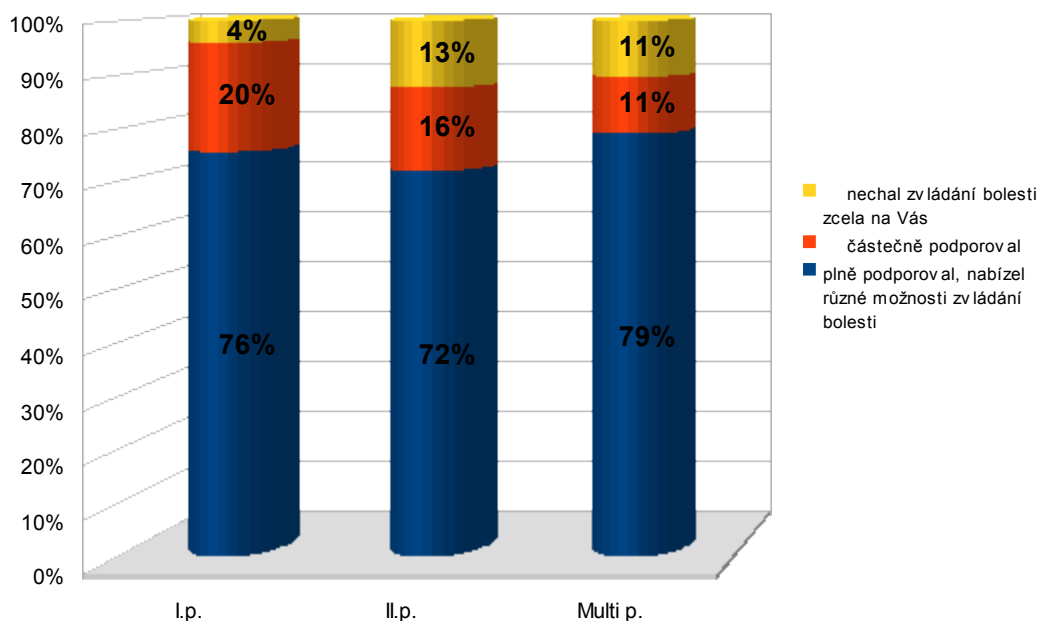
věk	I.p.	II.p.	Multi p.
ano	39	23	12
ne	10	9	7

Komentář: Ano odpovědělo 39(53%) prvorodiček, 23(31%) druhorodiček a 12(16%) vícero diček. Ne odpovědělo 10(38%) prvorodiček, 9(35%) druhorodiček a 7(27%) vícero diček.

Ot. č. 17: Personál porodního sálu Vás při zvládnání bolesti:**Tab. 13** Vnímání podpory personálem porodního sálu dle parity

parita	I. p.	II. p.	Multi p.
podpora			
plně podporoval	37	23	15
částečně podporoval	10	5	2
Nechal zvládnání bolesti zcela na vás	2	4	2

Graf 11 Vnímání podpory personálem porodního sálu dle parity

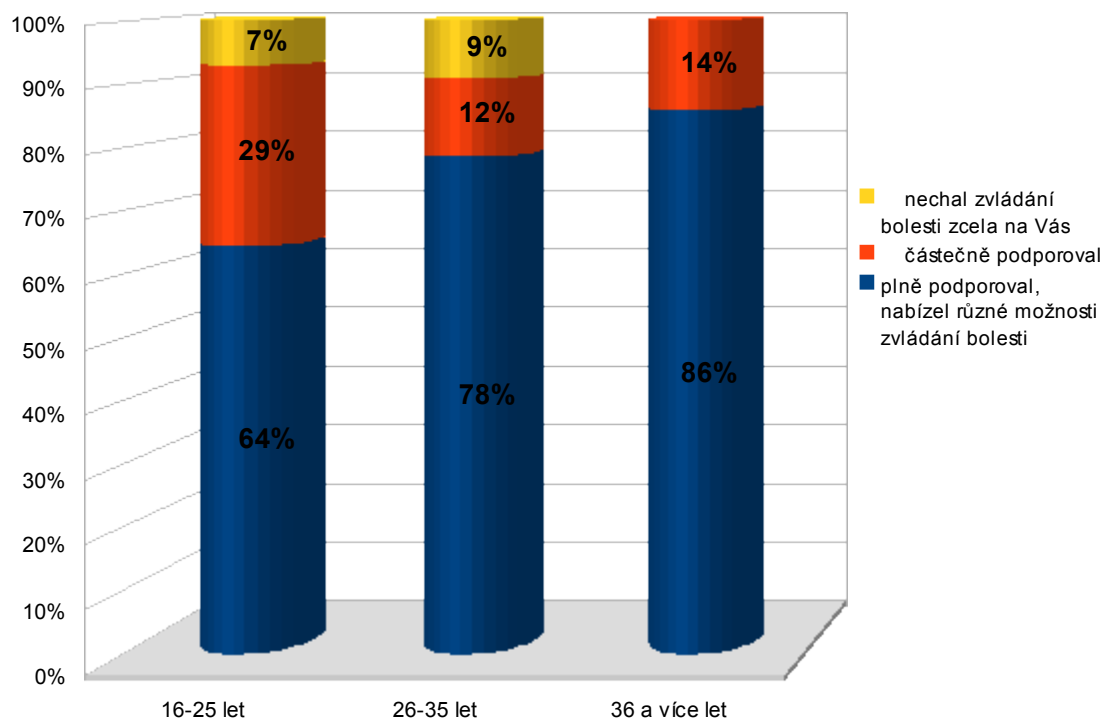


Komentář: **Prvorodičky:** 37(76%) udává plnou podporu personálu, 10(20%) částečnou podporu a 2(4%) personál nechal zvládání bolesti na nich. **Druhorodičky:** 23(72%) udává plnou podporu personálu, 5(16%) částečnou podporu a 4(13%) rodičky udávají, že nechal personál zvládání bolesti na nich. **Víceřodičky:** 15(79%) udává plnou podporu personálu, 2(11%) částečnou podporu a 2(11%) rodičky udávají, že nechal personál zvládání bolesti na nich

Tab. 14 Vnímání podpory personálem porodního sálu dle věkových skupin

parita	16-25 let	26-35 let	36 let a více
podpora			
plně podporoval	18	51	6
částečně podporoval	9	8	1
Nechal zvládání bolesti zcela na vás	2	6	0

Graf 12 Vnímání podpory personálem porodního sálu dle věkových skupin



Komentář: **Věková skupina 16-25 let:** 18 (64%) žen personál plně podporoval, 9(29%) částečně podporoval a 2(7%) ženy udávají, že je personál nechal zvládat porodní bolesti zcela samotné. **Věková skupina 26-35 let:** 51(78%) žen personál plně podporoval, 8(12%) částečně podporoval a u 6(9%) žen nechal personál zvládní bolesti na nich. **Věková skupina 36 let a více:** 6(86%) žen personál plně podporoval, 1(14%) částečně podporoval.

9.3

Vlastní porod

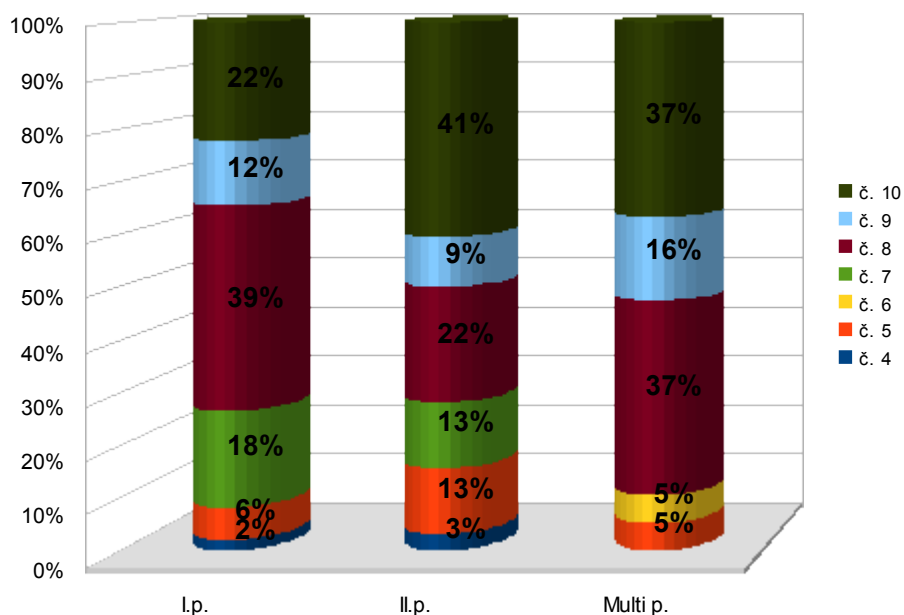
Ot.č. 7: Jak byste ohodnotila svoji nejintenzivnější porodní bolest /zakroužkujte příslušnou číslici na této ose/:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 15 Nejintenzivnější vnímání porodní bolesti s ohledem na paritu

parita	Prvorodičky	Druhorodičky	Vícero-dičky
vnímání bolesti			
č. 4	1(2%)	1(3%)	
č. 5	3(6%)	4(13%)	1(5%)
č. 6			1(5%)
č. 7	9(18%)	4(13%)	
č. 8	19(39%)	7(22%)	8(37%)
č. 9	6(12%)	3(9%)	9(16%)
č. 10	11(22%)	13(41%)	7(37%)

Graf 13 Nejintenzivnější vnímání porodní bolesti s ohledem na paritu



Komentář:

I. p.: 1(2%) č. 4; 3(6%) č. 5; 9(18%) č. 7; 19(39%) č. 8; 6(12%) č. 9; 11(22%) č.10

II. p.: 1(3%) č. 4; 4(13%) č. 5; 4(13%) č. 7; 7(22%) č. 8; 3(9%) č. 9; 13(41%) č.10

Multi p.:1(5%) č. 5; 1(5%) č. 6; 8(37%) č. 8; 9(16%) č. 9; 7(37%) č. 10

10/ Které z těchto úlevových poloh jste v průběhu porodu využila?

Pokud jste ji nevyužila, přeškrtněte ji.

Pokud jste ji využila zakroužkujte stupeň bolesti při jejím využití:

a) pohupování na balónu

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 16 Pohupování na balónu

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.			4x	4x	6x	7x	6x	2x	1x	2x
II.p.			2x	2x	5x	3x	5x	1x	1x	
Multi p.			1x		2x	1x	2x	2x	1x	

Komentář: Polohu využilo 32 prvorodiček, 19 druhorodiček, 9 vícero diček. Nejvíce metoda snižuje bolest na č. 5, 7, 6.

b) chůze

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 17 Chůze

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.		1x	1x	4x	9x	5x	9x	5x	3x	1x
II.p.			2x	3x	4x	4x	3x	2x	3x	1x
Multi p.			1x	2x	2x	2x	2x		2x	1x

Komentář: Polohu využilo 38 prvorodiček, 22 druhorodiček, 12 vícero diček. Nejvíce metoda snižuje bolest na č. 5, 7, 6.

c) sprcha

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 18 Sprcha

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.		3x	6x	6x	9x	4x	2x	1x	1x	
II.p.			3x	2x	5x	2x		1x	1x	
Multi p.		1x	1x		3x		1x	1x	1x	

Komentář: Polohu využilo 32 prvorodiček, 14 druhorodiček, 8 vícero diček. Nejvíce polohu snižuje bolest na č. 5 a 3.

d) vana

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 19 Vana

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.		2x	2x	4x	2x	2x	3x	2x		
II.p.		1x			2x					
Multi p.							1x			

Komentář: Vanu využilo 17 prvorodiček, 3 druhorodičky, 1 vícero dička. Nejvíce vana snižuje bolest na č. 4, 5.

e) *na všech čtyřech*

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 20 Na všech čtyřech

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.					1x	1x	3x	1x	2x	
II.p.					1x	1x	1x			
Multi p.					1x					

Komentář: Polohu využilo 10 prvorodiček, 3 druhorodičky a 1 vícerodička. Nejvíce poloha na všech čtyřech snižuje bolest na č. 5.

f) *stoj s oporou*

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 21 Stoj s oporou

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.			1x	1x	4x		5x	4x		1x
II.p.			1x		2x		4x	3x	1x	1x
Multi p.				1x	1x	2x	1x	1x	1x	1x

Komentář: Polohu využilo 16 prvorodiček, 12 druhorodiček a 8 vícerodiček. Nejvíce stoj s oporou snižuje bolest na č. 7 a 8.

g) *vsedě*

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 22 Vsedě

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.		1x	4x	3x	2x	3x	3x	2x	2x	1x
II.p.							3x	4x	2x	2x
Multi p.				1x	1x		1x		1x	1x

Komentář: Polohu využilo 21 prvorodiček, 11 druhorodiček a 5 vícero diček. Poloha vsedě nejvíce snižuje bolest na č. 7, 8.

h) *vleže na zádech*

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 23 Vleže na zádech

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.		1x	2x	2x	8x	2x	4x	5x	3x	4x
II.p.				1x	2x		2x	7x		8x
Multi p.			1x	1x	1x		1x	3x	1x	3x

Komentář: Polohu využilo 31 prvorodiček, 20 druhorodiček a 11 vícero diček. Poloha vleže na zádech nejvíce snižuje bolest na č. 8. Z celkového počtu 61 žen, které tuto polohu vyzkoušely 15 (9%) žen udává č.10 jako nesnesitelnou bolest při této poloze.

ch) *vleže na boku*

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 24 Vleže na boku

Parita	Bolest	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.p.			3x	5x	5x	4x	6x	1x	2x	5x
II.p.			1x		1x	3x	1x	4x	3x	3x
Multi p.						2x	1x	3x	2x	1x

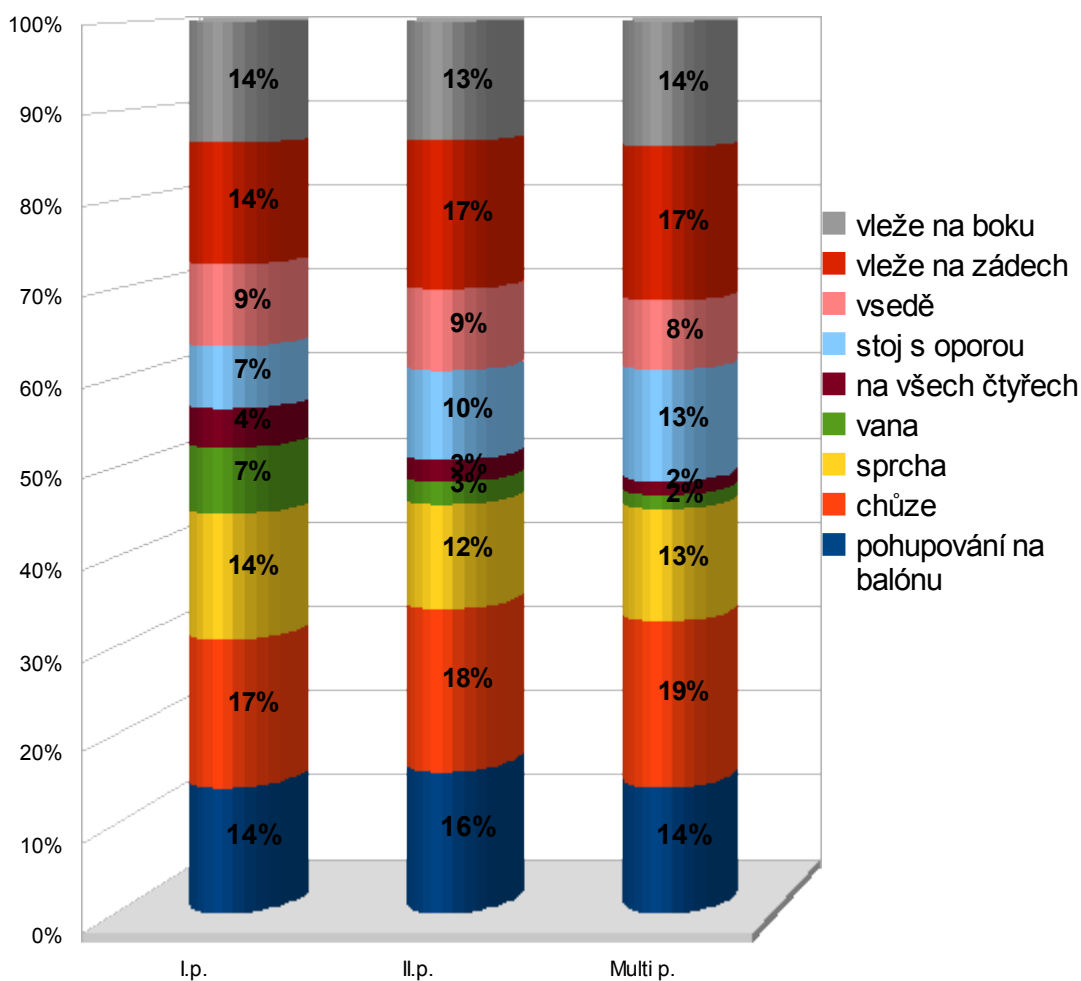
Komentář: Polohu využilo 31 prvorodiček, 16 druhorodiček a 9 víceroďiček. Poloha vleže na boku snižuje bolest nejvíce na č. 6, 7, 8. Z celkového počtu 56 žen, které tuto polohu vyzkoušely 9 (5%) žen udává č.10 jako nesnesitelnou bolest při této poloze.

Celkové zhodnocení využívání úlevových poloh

Tab. 25 Celkové zhodnocení využívání úlevových poloh

parita	I. p.	II. p.	Multi p.
poloha			
pohupování na balónu	32	19	9
chůze	38	22	12
sprcha	32	14	8
vana	17	3	1
na všech čtyřech	10	3	1
stoj s oporou	16	12	8
vsedě	21	11	5
vleže na zádech	31	20	11
vleže na boku	31	16	9

Graf 14 Celkové zhodnocení využívání úlevových poloh



Komentář: **Prvorodičky** nejvíce preferují polohy na boku 31(14%), na zádech 31(14%), sprchu využilo 32(14%), pohupování na balónu 32(14%) a nejvíce chůzi 38(17%). Nejméně 10(4%) žen využilo polohu na všech čtyřech. **Druhorodičky** preferují nejvíce chůzi 22(18%) a nejméně 3(3%) ženy polohu na všech čtyřech a vanu. 20(17%) druhorodiček bylo vleže na zádech a 19(16%) se pohupovalo na balónu. **Víceřodičky**, chůze 12(19%) žen, polohu v leže na zádech 11(17%) žen, 9(14%) žen využilo polohu vleže na boku a pohupování na balónu, nejméně využívaly víceřodičky polohu na všech čtyřech 1(2%) a vanu 1(2%).

Ot. č. 11: Prodýchávání kontrakcí Vám bolest při porodu:

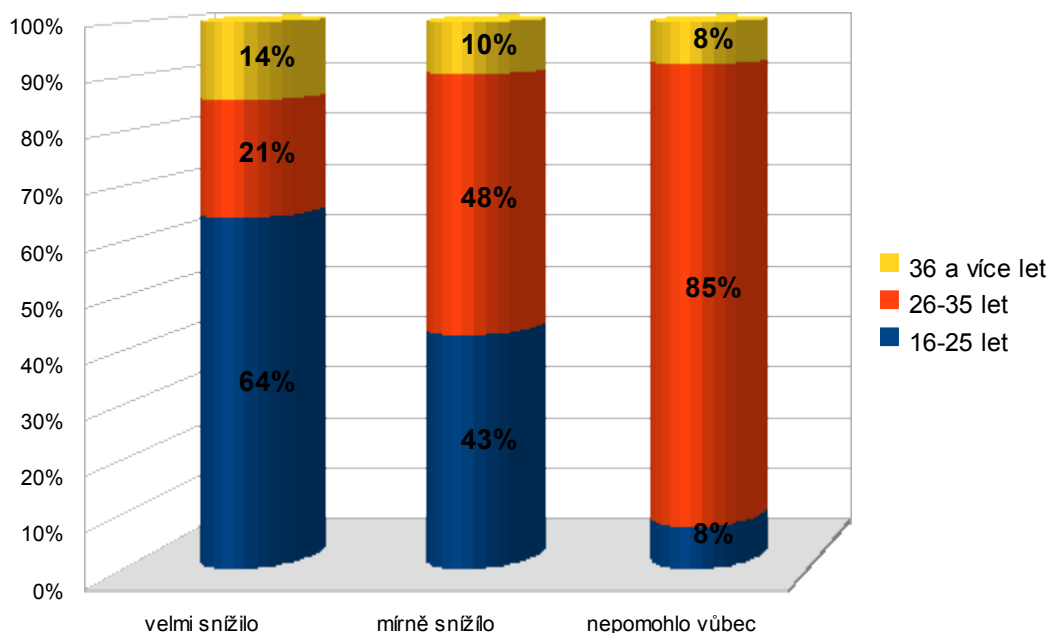
Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při využití prodýchávání:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolestNesnesitelná bolest

Tab. 26 Snížení porodní bolesti při prodýchávání dle věku

věk	16-25 let	26-35 let	36 let a více
velmi snížilo	9	11	2
částečně snížilo	18	42	4
nepomohlo vůbec	1	11	1
bolest byla horší		1	

Graf 15 Snížení porodní bolesti při prodýchávání dle věku

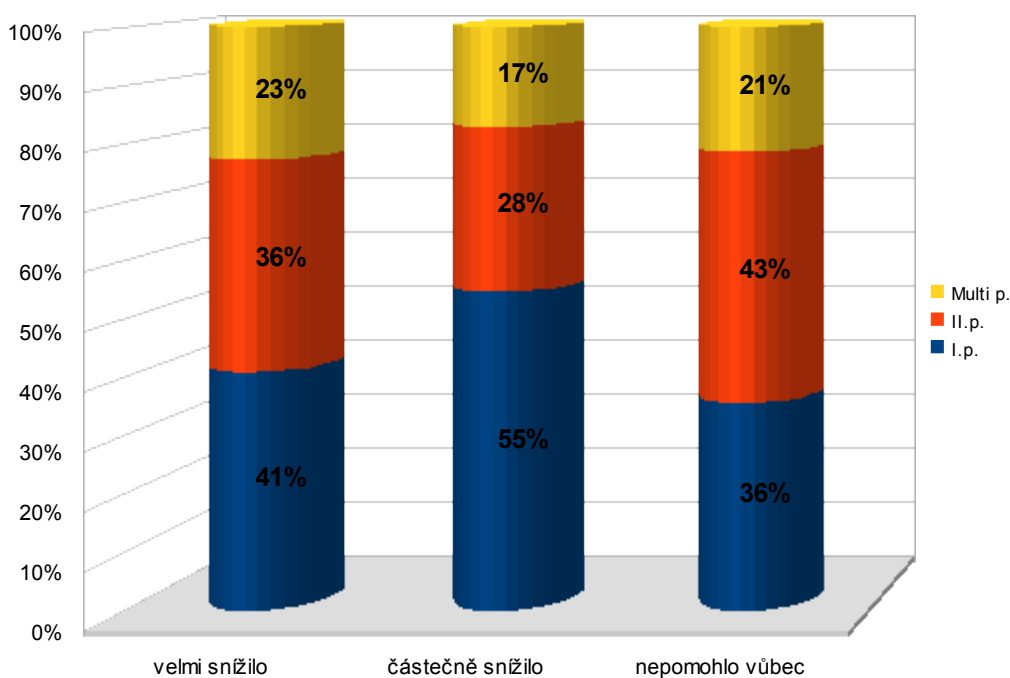


Komentář: **Věková skupina 16-25 let** prodýchávání velmi snížilo bolest 9(9%) rodičkám, mírně snížilo 18(18%) rodičkám, nesnížilo vůbec 1(1%) rodiče a bolest byla horší neudává žádná rodička. **Věková skupina 26-35 let.** prodýchávání velmi snížilo bolest 11(11%) rodičkám, mírně snížilo 42(42%) rodičkám, nesnížilo vůbec 11(11%) rodiče a bolest byla horší udává 1(1%) rodička. **Věková skupina 36 let a více.** prodýchávání velmi snížilo bolest 2(2%) rodičkám, mírně snížilo 4(4%) rodičkám, nesnížilo vůbec 1(1%) rodiče a bolest byla horší neudává žádná rodička.

Tab. 27 Snížení porodní bolesti při prodávání dle parity

parita	I.p.	II.p.	Multi p.
velmi snížilo	9	8	5
částečně snížilo	35	18	11
nepomohlo vůbec	5	5	3
bolest byla horší	0	1	0

Graf 20 Snížení porodní bolesti při prodávání dle parity



Komentář: Prvorodičky prodávání velmi snížilo bolest 9(%) rodičkám, mírně snížilo 35(%) rodičkám, nesnížilo vůbec 5(%) rodiče a bolest byla horší neudává žádná rodička. Druhorodičky prodávání velmi snížilo bolest 8(%) rodičkám, mírně snížilo 18(%) rodičkám, nesnížilo vůbec 5(%) rodiče a bolest byla horší udává 1(%)rodička. Vícerodičky prodávání velmi snížilo bolest 5(%) rodičkám, mírně snížilo 11(%) rodičkám, nesnížilo vůbec 3(%) rodiče a bolest byla horší neudává žádná rodička.

Ot.č. 12: Masáž bolestivých partií Vám bolest při porodu:

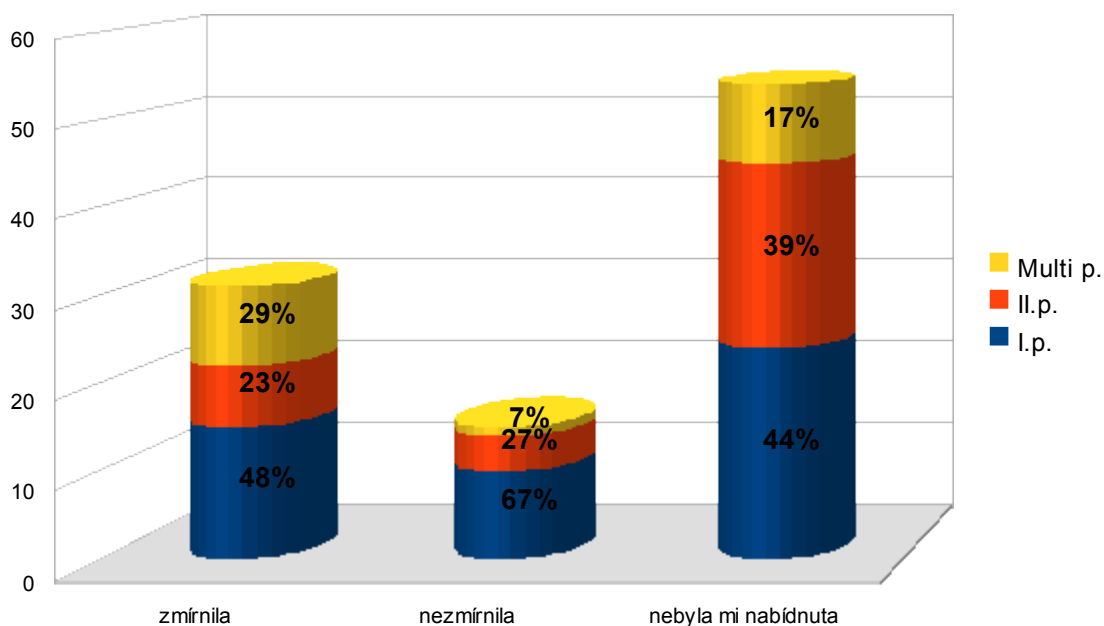
Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při využití masáže:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 28 Masáž bolestivých partií dle parity

parita	I.p.	II.p.	Multi p.
zmírnilo	15	7	9
nezmírnilo	10	4	1
nebyla mi nabídnuta	24	21	9

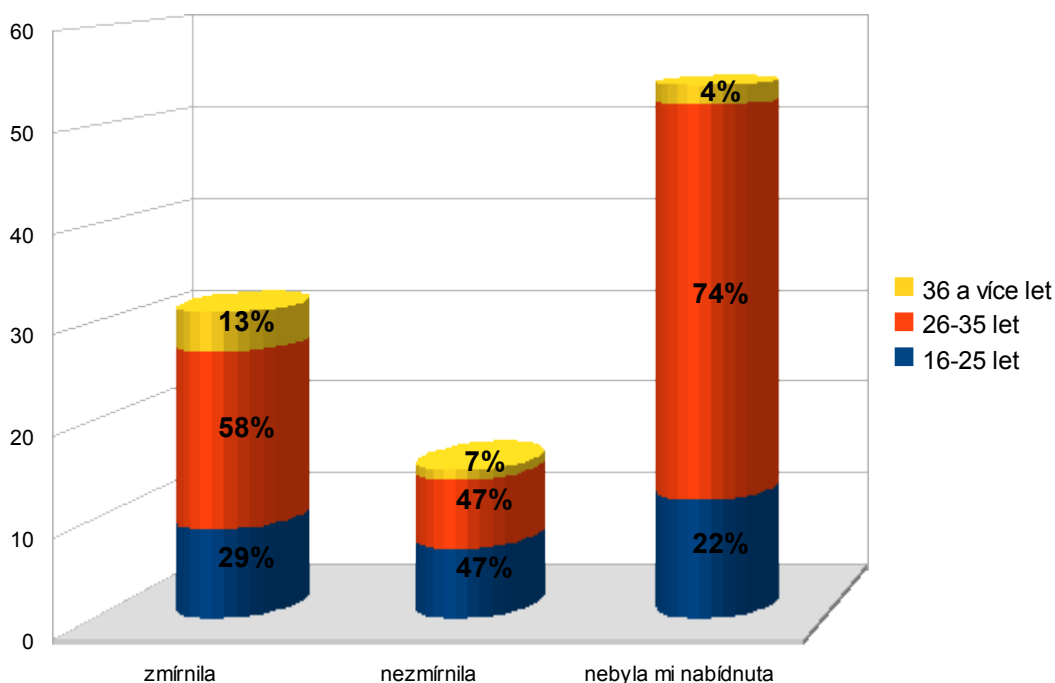
Graf 21 Masáž bolestivých partií dle parity



Komentář: Bolest se **zmírnila** prodáváním u 15(48%) prvorodiček , 7(23%) druhorodiček a 9(29%) vícerodiček. **Nezmírnilo** bolest u 10(67%) prvorodiček, 4(27%) druhorodiček a 1 (7%) vícerodičky. Možnost **nebyla nabídnuta** 24(44%) prvorodičkám, 21(39%) druhorodičkám a 9 (17%) vícerodičkám.

Tab. 29 Masáž bolestivých partií dle věkových kategorií

věk	16-25 let	26-35 let	36 let a více
zmírnilo	9	7	12
nezmírnilo	18	7	30
nebyla mi nabídnuta	4	1	2

Graf 22 Masáž bolestivých partií dle věkových kategorií

Komentář: Ve **věkové skupině 16-25 let** udává 9(29%) rodiček, že prodýchávání jim bolest zmírnilo, 7(47%) rodičkám nepomohlo a 12(22%) nebyla tato možnost nabídnuta. Ve **věkové skupině 26-35 let** udává 18(58%) žen zmírnění bolesti, 7(47%) ženám bolest nezmírnilo a 30(74%) ženám nebyla možnost nabídnuta. Ve **věkové skupině 36 let a více** pomohlo prodýchávání 4(13%) ženám, nepomohlo 1(7%)ženě a 2(4%) ženám nebyla možnost nabídnuta.

Ot. č. 13: Využila jste některé jiné nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti?

Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při jejím využití:

aromaterapii

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

muzikoterapii

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

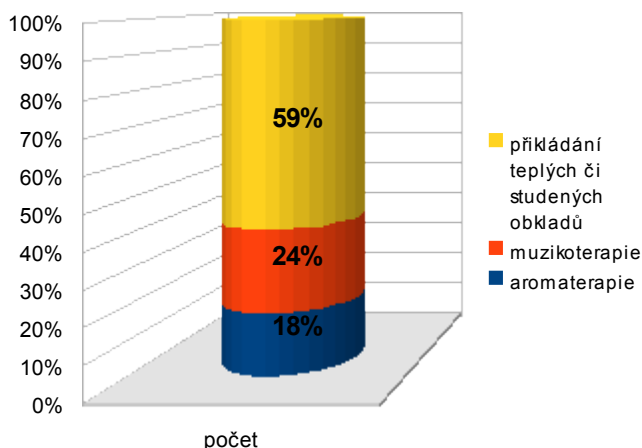
přikládání teplých či studených obkladů

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
 Žádná bolest Nesnesitelná bolest

Tab. 30 Využití metody

odpověď	počet	metody	počet
ano	17	aromaterapie	3
ne	83	muzikoterapie	4
		přikládání teplých či studených obkladů	10

Graf 24 Využití metody



Komentář: Ne odpovědělo 83(83%) rodiček. Ano 17(17%) rodiček, z toho aromaterapii 3(18%) rodičky, muzikoterapii 4(24%) rodičky a možnost přikládání teplých a studených obkladů využilo 10(59%) rodiček.

Ot. č. 16: Objevila jste nějaký jiný způsob zvládnání porodní bolesti než všechny výše uvedené?

Tab. 33

parita	I. p.	II. p.	Multi p.
odpověď			
ano	4	1	1
ne	27	31	18

Komentář: Z celkového počtu 100 rodiček ne, odpovědělo 27(36%) prvorodiček, 31(41%) druhorodiček a 18(24%) vícero diček. Ano, odpověděly 4(67%) prvorodičky, 1(17%) druhorodička, a 1(17%) vícero dička.

9.4

Kontext výsledků výzkumu

Z těchto výsledků můžeme vyčíst reálný průběh přípravy žen k porodu, přípravy na zvládnutí bolesti, která k porodu neodmyslitelně patří, přípravy, která začíná již v těhotenství, pokračuje vstupem na porodní sál a graduje v průběhu I. doby porodní. Výsledkem je vyrovnaná rodička, která zvládá porodní bolest.

Ženy se mohou na porod a bolest, která je s ním spojená, připravovat již v těhotenství. Mají možnost navštěvovat předporodní kurzy, plavání a cvičení pro těhotné, které vedou erudované porodní asistentky. Pomáhají těhotným orientovat se v problémech, ale i radostech gravidity. Objasňují porod ze všech stran a mohou ženě napomoci při plánování vlastního porodu. Pokud žena nechce a nebo nemá možnost psychoprofylaxe nemusí zůstat bez informací. Dostupnost informací je v dnešní době neomezená díky vycházející literatuře, časopisům, internetu. Záleží však vždy na těhotné ženě, jak se rozhodne.

S příchodem na porodní sál se z těhotné ženy stává rodička. Je dobře, že v současnosti již nejsou sály hermeticky uzavřené místnosti bez možnosti osoby blízké rodící ženě. Žena potřebuje mít u sebe někoho, komu důvěřuje a bere ho za svého ochránce a tím je většinou otec dítěte. Samozřejmě svou roli zde sehrává i personál porodního sálu, ale ruku na srdce,

pro rodičku jsme cizí lidé a někdy pouto důvěry nelze navázat rychleji než proběhne celý porod.

Po lékařském zhodnocení stavu rodičky a lékařských intervencích porodní asistentka navrhuje rodící ženě efektivní plán průběhu I. doby porodní, který je ušit přesně na míru rodící ženě. Seznámí rodičku s možnostmi nefarmakologického tlumení porodní bolesti, podrobně edukuje o každé zvolené metodě, která je vhodná pro danou fázi porodu. Navrhuje možnosti tlumení porodní bolesti od alternativních poloh přes prodýchávání bolesti, hydroterapii, balón, masáže bolestivých partií, zpříjemňuje pobyt na porodním sále muzikoterapií, kombinuje různé nefarmakologické metody tlumení porodní bolesti, aby rodičku provedla porodem s co nejmenším negativním zážitkem. Některé ženy volí farmakologické metody tlumení porodní bolesti, které aplikuje lékař. Mezi nejčastěji využívané patří epidurální analgezie.

Rodička již není pouze pasivním článkem, ale stává se aktivním činitelem. Aktivně realizuje své představy a potřeby. Lékař a porodní asistentka se stávají průvodci a pomocníky rodičky.

DISKUZE

Výsledky výzkumu jsou v této práci pro přehlednost rozděleny do tří bloků. Každý je úzce spjat s problematikou porodní bolesti. Zabývám se hodnocením a diskuzí nad získanými výsledky u 100 respondentek na třech východočeských pracovištích. Porovnávám je se třemi prameny: s vlastními zkušenostmi z praxe, některé ukazatele srovnávám s výsledky bakalářské práce (Račická, 2004), kterého se zúčastnilo 100 respondentek. Dále s výzkumem občanského sdružení Aperio ve spolupráci se Střediskem empirických výzkumů pod záštitou Nadace Open Society Fund Praha zaměřený na aktuální stav v českém porodnictví, kde tazatelé STEMP provedli 810 standardizovaných rozhovorů s bezdětnými těhotnými ženami, 818 rozhovorů s matkami s alespoň jedním dítětem mladším jednoho a půl roku a 234 rozhovorů s lékaři-porodníky (Hulová, 2005).

Mého výzkumu se zúčastnilo 100 rodiček. V tomto vzorku je nejvíce prvorodiček – 49%. Nejčetnější je zastoupena věková skupina 26-35 let – 65%, z toho 27% prvorodiček.

Shrnutí: U žen dochází k posunu věkové hranice prvního porodu do vyššího věku.

Zhodnocení: Údaje u mého vzorku výsledků odpovídají šetření Českého statistického úřadu z roku 2007. Ženy nejdříve studují, budují kariéru a důsledkem toho je posun v rozložení plodnosti podle věku ve směru přesouvání maxima do vyššího věku. To se pak projevuje růstem průměrného věku matky při narození dítěte, zejména pokud jde o věk při prvním porodu (Český statistický úřad, 2008)

Blok otázek zaměřených na graviditu (ot. č. 3, 4, 5, 6, FPQ dotazník)

ad 3) – dotazníkové šetření mi umožnilo rozdělit rodičky podle věku a podle parity. Předpokládala jsem, že bolest v běžném životě budou lépe snášet ženy, které již rodily a spadají do střední věkové skupiny 26-35 let. Ukázalo se, že nejvíce z dotázaných žen, z hlediska parity snáší bolest v běžném životě **relativně dobře** a to 80% (44% prvorodiček, 20% druhorodiček, 16% vícero diček). **Velmi dobře** 10% (1% prvorodičky, 8% druhorodičky a 1% vícero dičky). **Špatně** snáší bolest v životě 10% respondentek (4% prvorodičky, 4% druhorodičky, 2% vícero dičky)

Podle věkových skupin výsledky ukazují, že **relativně dobře** snáší bolest v běžném životě 80% žen (24% 16-25 let, 50% 26-35 let, 6% 36 let a více), **velmi dobře** 10% (10% 26-35 let), **špatně** 10% (4% 16-25 let, 5% 26-35 let, 1% 36 let a více).

Shrnutí: Ve výsledku šetření ženy uvádějí, že v běžném životě snášejí bolest relativně dobře bez ohledu na věk a paritu. Jen 10% žen v obou kategoriích se odlišují od průměru - - snášejí bolest v běžném životě buď velmi dobře nebo špatně.

Zhodnocení: Srovnáním s výsledky jiného šetření (Račická, 2004) nalézám shodu v otázce snášení bolesti v běžném životě. Račická uvádí, že 59% dotazovaných žen velmi zřídka užívá v běžném životě léky proti bolesti. Z toho usuzuji, že bolest snášejí relativně nebo velmi dobře, což potvrzuje výsledky mého šetření. Můj předpoklad, že bolest v běžném životě budou lépe snášet ženy, které již rodily, vyvracejí.

ad 4) – Otázka zjišťovala, kolik žen ze zkoumaného vzorku se již setkalo s intenzivní bolestí mimo porodní bolest a jestli proběhlá zkušenost s bolestí mimo porodní ovlivňuje intenzitu vnímání bolesti při porodu. Z výsledků jsem zjistila, že dost zkušeností s intenzivní bolestí mimo porod mají prvorodičky a to v 55%. Ve věkové skupině žen 26-35 let se s intenzivní bolestí mimo porod setkalo 70% dotázaných. Překvapivé bylo, že 42% druhorodiček ještě neměly zkušenost s jinou intenzivní bolestí než porodní.

Shrnutí: Snášení a vnímání porodní bolesti není závislé na předešlé zkušenosti s intenzivní bolestí.

Zhodnocení: Šetření potvrdilo výsledky výzkumu z předešlé otázky, kdy věková skupina 26-35 let, prvorodičky, v největším procentuálním zastoupení snášela bolest relativně dobře, ale ukázalo se, že zkušenost s bolestí mimo porod nemá vliv na snížení vnímání porodních bolestí.

ad 5) – Předpokládala jsem, že v dnešní době se teoreticky ženy na porod připravují velice intenzivně a touha po informacích týkajících se těhotenství, porodu i časného šestinedělí je velká. Moje šetření ukázalo, že v kurzu pro těhotné se z celkového počtu 100 respondentek připravovalo pouze 15 rodiček, četbou literatury, časopisů, a z médií získávalo informace 40 žen, od kamarádek a známých 23 žen. 4 maminky navštěvovaly gymnastiku pro těhotné a gravidjógu a 18 maminek z celkového vzorku se na porod nepřipravovalo vůbec. Pokud bychom měli hodnotit získaná data vzhledem k paritě nejvíce prvorodiček se připravovalo v kurzech pro těhotné a současně četbou literatury. Obojí v zastoupení 31%. 8 prvorodiček (16%) se nepřipravovalo na porod vůbec. Druhorodičky i vícero-dičky preferují v 56% a 37% četbu literatury, časopisů a informace z médií. 10 žen se v těchto kategoriích nepřipravovalo vůbec (25% II., 11% multi p.).

Shrnutí: Velký problém v této oblasti vidím v nízkém počtu žen absolvujících předporodní

kurz, z čehož plyne nedostatečná edukace žen ze strany porodních asistentek. Zarážející je vysoký počet žen, které se na porod nepřipravovaly vůbec a vysoký počet žen, které získávaly informace z méně kvalitních zdrojů jako jsou kamarádky, známé.

Zhodnocení: Porovnáním výsledků výzkumu společnosti Aperio (Hulová, 2005), mého výzkumu a výzkumného šetření (Račická, 2004) lze říci, že návštěvnost kurzů předporodní přípravy se po dobu 8 let nezvyšuje. Bližším vyhodnocením respondentek, které se na porod nepřipravovaly vůbec zjišťuji, že se jednalo v 10 případech o druhorodičky, které zvládají bolest relativně dobře a strach z bolesti mají průměrný, 3 respondentky byly vícero-dičky, bolest v běžném životě zvládají 2 velmi dobře, 1 relativně dobře a strach z bolesti mají průměrný a 5 prvoro-diček, které zvládají bolest relativně dobře a strach z bolesti mají průměrný.

ad 6, 14, 15) - Podle dotazníkového šetření přirozený porod plánovalo v těhotenství 90% prvoro-diček, 88% druhoro-diček a 95% vícero-diček. Pro využití epidurální analgezie při porodu se v těhotenství rozhodlo 10% prvoro-diček, 13% druhoro-diček a 5% vícero-diček.

Shrnutí: Předpokládala jsem, že pro tlumení bolesti při porodu se rozhodne více žen v těhotenství než 10%. Jedním z důvodů, proč se ženy nerozhodují pro epidurální analgezi již před začátkem porodu, je špatná informovanost matek o epidurální analgezi. Na tomto místě mohu porovnat výsledky šetření s odpověďmi na otázku č. 14 a 15, které se přímo týkají využití epidurální analgezie při porodu. Potvrzují počáteční rozhodnutí těhotných o průběhu jejich porodu. 96 žen nevyužilo epidurální analgezi v průběhu porodu z plánovaných 90. Čtyři ženy možnost tlumení bolesti farmakologickým způsobem využily. Je to velice malé číslo vzhledem k možnostem a rozsahu tlumení porodní bolesti. Jedním z důvodů, který může snižovat zájem o epidurální analgezi, je neznalost pojmu epidurální analgezie ze strany rodičky a z toho vyplývající nedůvěra k této, jinak ve světě rozšířené, porodnické analgezi. Jiným důvodem může být nedostatečné zabezpečení porodního sálu zkušeným anesteziologickým týmem, který epidurální analgezi u porodu provádí. Nejen problémy technického a personálního rázu mohou snižovat výběr této metody u rodiček, ale někdy i stav matky nebo plodu nedovolují epidurální analgezie

Čtyři ženy, které uvedly využití epidurální analgezie, se shodují ve snížení porodní bolesti. Dvě dokonce uvedly na číselné ose snížení na č. 2, jedna na č. 6 a jedna na č. 8.

Souhrn: Do přirozeného průběhu porodu bylo ve 4% zasaženo farmakologickou metodou. Z malého vzorku 4% žen, které se rozhodly pro farmakologické vedení I. doby porodní

jsem zjistila, že tato metoda měla ve všech případech úspěch na tlumení porodní bolesti.

Zhodnocení: Zjištěné údaje jsem porovnávala s výzkumem (Račická, 2004) která uvádí, že ze 100 respondentek využilo epidurální analgezii při porodu pouze 10% žen. Ukazuje se, že ani ve vzorku 100 žen oslovených k tomuto výzkumu, nepreferovalo epidurální analgezii více jak 4% žen, přitom z výzkumu společnosti STEMP (Hulová, 2005) vyplývá, že 90% porodnic v naší republice nabízí možnost epidurální analgezie.

ad FPQ-III CZ dotazník) - Zkoumala jsem u žen míru strachu z bolesti z hlediska četnosti porodů a porovnávala výsledky s odpověďmi na otázku č. 3, **jak ony v běžném životě snášejí bolest.** U **prvorodiček** z odpovědí vyplývá, že 11 má z **velké bolesti** podprůměrný strach, 22 průměrný a 7 nadprůměrný strach. Z **malé bolesti** 10 podprůměrný strach, 25 průměrný strach a 9 nadprůměrný strach. Strach z **lékařských výkonů** udává 7 prvorodiček podprůměrný, 18 průměrný strach a 17 nadprůměrný. Na poměrně velkém čísle nadprůměrného strachu se podle literatury podílí i nevhodný přístup zdravotnického personálu k bolesti u dětí i dospělých. V otázce č. 3 odpovědělo 44 prvorodiček, že snáší bolest relativně dobře, 1 velmi dobře a 4 špatně.

Vyhodnocením dotazníků **druhorodiček** jsem zjistila, že 6 má z **velké bolesti** podprůměrný strach, průměrný strach má 19 druhorodiček a 6 nadprůměrný strach. Z **malé bolesti** má 7 druhorodiček nadprůměrný strach, 19 průměrný strach a 5 podprůměrný strach. Z **lékařských výkonů** má 8 druhorodiček podprůměrný strach, 15 průměrný strach a 8 nadprůměrný strach. V otázce č. 3 odpovědělo 20 druhorodiček, že snáší bolest relativně dobře, 8 velmi dobře a 4 špatně.

Vyhodnocením dotazníků **vícerodiček** jsem zjistila, že 4 mají z **velké bolesti** podprůměrný strach, 11 průměrný strach a 2 nadprůměrný strach. Z **malé bolesti** má 6 vícerodiček nadprůměrný strach, 7 průměrný strach a 4 podprůměrný strach. Z **lékařských výkonů** mají 2 vícerodičky podprůměrný strach, 12 průměrný strach a 3 nadprůměrný strach. V otázce č. 3 odpovědělo 16 vícerodiček, že snáší bolest relativně dobře, 1 velmi dobře a 2 špatně.

Souhrn: Nacházím shodu v odpovědích na otázku míry strachu z bolesti a snášení bolesti v běžném životě. Ženy mají průměrný strach z bolesti a snášejí ji relativně dobře.

Zhodnocení: Zkušenost mi říká, že žena, která je vystrašená z bolesti a v běžném životě bolest špatně snáší, vnímá porodní bolest mnohem intenzivněji, obtížně se orientuje ve vnímání porodní bolesti a často se stává nespolupracující s porodním týmem. Její strach negativně ovlivňuje její chování.

Blok otázek okolností porodu (ot. č. 8, 9, 17)

ad 8) - Ze zkoumaného vzorku žen jsem zjistila, že ženy preferují u porodu partnera a to bez ohledu na věkovou skupinu či paritu. Z celkového počtu 100 respondentek 75 označilo partnera za osobu, která příznivě ovlivňovala svou přítomností zvládnutí jejich porodních bolestí. Pokud zhodnotíme věkové skupiny je zřejmé, že i zde z celkového počtu 100 respondentek nejvíce označilo možnost *váš partner* a to 77 žen. Porodní asistentku preferovalo celkem 33 žen z výčtu věkových skupin a 32 žen podle parity. Jelikož se v několika případech ženy neuměly rozhodnout pro jednu osobu, dochází v konečném součtu k vyšším číslům než byl zkoumaný vzorek. Uvedla jsem každou označenou možnost.

Shrnutí: Ženy u porodu nechtějí být samy. Preferují svého partnera.

Zhodnocení: Můj předpoklad o majoritním zastoupení partnera u porodu se šetřením potvrdil. V současnosti zatím není v našich regionech rozšířená pomoc duly a také ani jedna z žen tuto možnost neuvádí. Pravdivost zjištění potvrzují také mé pracovní zkušenosti.

ad 9) - Ze 100 dotázaných rodiček, které všechny prošly porodním sálem či boxem, 74 uvádí, že prostředí porodního sálu a jeho vybavení jim pomohlo k lepšímu zvládnutí porodní bolesti. Pouze 26 na otázku odpovědělo ne.

Shrnutí: Ukázalo se, že nejen v osobách blízkých, ale i v prostředí, které ženu obklopuje je velká pozitivní síla, která ženě napomáhá.

Zhodnocení: Z vlastní praxe vím, že příjemné prostředí, které rodící ženu obklopuje, je jedním z hledisek, které žena hodnotí a napomáhá jí k navání důvěry mezi ní a porodním týmem. Výsledky výzkumu toto potvrzují.

ad 17) – Předpokládala jsem, že ženy z velké většiny odpoví ve prospěch personálu porodního sálu. K tomuto tvrzení mě vede fakt, že znám zmíněná pracoviště, kde jsem výzkum prováděla a vím, že kolegyně jsou vstřícné a mají zájem být dobrými porodními asistentkami. Uspokojivým zjištěním v mém šetření je fakt, že z celkového počtu 100 rodiček 75% personál plně podporoval. Nabízel různé možnosti zvládnutí bolesti (37 prvorodiček, 23 druhorodiček, 15 vícerodiček), 17% rodiček žen personál podporoval částečně a 8% žen udává samostatné zvládnutí porodní bolesti bez personálu porodního sálu. Pro zajímavost jsem ještě vyhodnotila věkové hledisko, bez ohledu na věk rodiček je

podpora ze strany personálu vysoká - 75%.

Souhrn: Mé předpoklady o tom, že vstřícný přístup personálu porodního sálu je alfa a omegou každého dobře zvládnutého porodu se potvrdily. Práce porodní asistentky je z majoritní části práce s rodičkou a uspokojování jejích bio-psycho-sociálních potřeb.

Zhodnocení: Srovnala jsem své výsledky s výsledky jiného šetření (Račická, 2004) a došla jsem k závěru, že přístup personálu porodního sálu je vstřícný a ohleduplný. Račická uvádí 87% rodiček spokojených s přístupem personálu porodního sálu, v mém výzkumu je výsledek 75% žen.

Blok otázek zahrnující vlastní porod (ot. č. 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

ad 7) - K zodpovězení otázky v dotazníku jsem použila číselnou osu. Škálu bolesti od 0 – 10, kde 0 znamená **žádná bolest** a 10 **nesnesitelná bolest**. Rodičky jsem hodnotila z hlediska parity i věku. Ukázalo se, že z celkové ho počtu 49 prvorodiček 1 svoji nejintenzivnější bolest označila č. 4 (2%), 3 prvorodičky č. 5 (6%). Tyto ženy byly ve věkové kategorii 26-35 let. 9 prvorodiček označilo č. 7 (18%) z toho 4 ve věkové skupině 16-25 let a 5 ve skupině 26-35 let. Číslo 8 zakroužkovalo 19 prvorodiček (39%) z toho 9 ve věkové skupině 16-25 let a 10 ve skupině 26-35 let. Číslo 9 označilo 6 žen (12%) z toho 2 ve věkové skupině 16-25 let a 4 ve skupině 26-35 let. 11 prvorodiček (22%) označilo svou bolest č. 10 nesnesitelnou, z toho 7 ve věkové skupině 16-25 let a 4 ve skupině 26-35 let.

Vyhodnocení vnímání nejintenzivnější bolesti u druhorodiček bylo pro mne překvapující. Z celkového počtu 32 druhorodiček 1 označila svoji nejintenzivnější bolest č. 4 (3%), 4 ženy č. 5 (13%), všechny byly ve věkové kategorii 26-35 let. 4 druhorodičky č. 7 (13%) z toho 1 ve věkové skupině 16-25 let a 3 ve skupině 26-35 let. 7 druhorodiček č. 8 (22%) z toho 1 ve věkové skupině 16-25 let a 6 ve skupině 26-35 let. Číslo 9 označily 3 rodičky (9%) ze skupiny 26-35 let a zarážejícím zjištěním pro mě byl výsledek nesnesitelné bolesti, kterou označilo 13 žen (41%), kdy 2 byly ve věkové skupině 16-25 let, 10 ve skupině 26-35 let a 1 ve věku 36 let a více.

Z celkového počtu 100 respondentek bylo 19 vícero-diček. 1 rodička z věkové skupiny 36 let a více označila bolest č. 5 (5%), bolest č. 6 označila také 1 rodička (5%), byla z věkové skupiny 26-35 let. Číslo 8 označilo 7 žen (37%), 4 ve věku 36 let a více, 3 ve věku 26-35let. Číslo 9 označily 3 vícero-dičky (16%), 2 ve věku 26-35let a 1 ve věku 16-15let. Za nesnesitelnou bolest považuje porodní bolest 7 vícero-diček (37%) z toho 1 ve věku 36

let a více, 5 ve věku 26-35 let a 1 ve věku 16-15 let.

Shrnutí: Výsledky šetření ukázaly, že velká část žen hodnotila svoji nejintenzivnější bolest číslicí 6 a vyšší. Překvapil mě vysoký počet žen z řad druhorodiček a vícero-diček, které označily svoji bolest za nesnesitelnou. Nejvíce žen označilo svoji bolest č. 8, což dokládá, že porodní bolest patří k nejintenzivnějším vůbec.

Zhodnocení: Myslím si, že pokud ženy uváděly porodní bolest za nesnesitelnou vedl je k tomuto fakt, že bolest byla pro ně neobyčejně intenzivní, pro řadu z nich nejtěžší zažitá v životě a řídily se při hodnocení spíše číselným faktorem na ose bolestivosti než slovním vyjádřením.

ad 10) - Z dotazníkového šetření jsem zjistila zajímavá fakta, která mě vedou k zamyšlení. Každou úlevovou polohu jsem hodnotila zvlášť. Pro přehlednost jsem na závěr vytvořila souhrnný graf s procentuálním zastoupením úlevových poloh ve vztahu k paritě. Některé polohy ženy využívaly současně nebo vyzkoušely při porodu několik úlevových poloh, a proto součet výsledného šetření může být vyšší než 100%. Vyhodnocením dotazníků jsem zjistila, že nejvíce využívanou polohou, ke snižování porodní bolesti je chůze. Tuto vertikální polohu využilo 72 (54%) žen a na ose bolestivosti označovaly nejčastěji č. 5, 7, 6. Druhou nejvyužívanější polohou je pohupování na balónu, kterou využilo 50 (44%) žen. Na ose bolestivosti označovaly nejčastěji č. 5, 7, 6. Nejméně využívanou polohou je poloha na všech čtyřech v zastoupení 14 (9%) žen a vana, kterou využilo pouze 21 (12%) žen. Pokud bychom hodnotili pouze graf se zastoupením úlevových poloh, zjistili bychom, že horizontální polohy na zádech nebo boku jsou mezi nejvíce používanými i když názory na tyto polohy jsou rozporuplné. Jelikož jsem, ale hodnotila každou úlevovou polohu na ose bolestivosti, je zřejmé, že ženy, které tyto horizontální polohy použily hodnotily nejvíce bolest č. 10, 8, 9.

Souhrn: Naučit rodičky využívat úlevové polohy pro zmírnění porodní bolesti je jednou ze základních dovedností porodní asistentky.

Zhodnocení: S odvoláním na výzkum (Račická, 2004) zjišťuji, že i v případě mého šetření ženy upřednostňují pohyb pro snižování porodní bolesti před statickou polohou. Račická uvádí, že 30% rodiček využilo pohupování na balónu a 24% rodiček chůzi. V případě tohoto šetření jsou čísla poměrně vyšší. Shodu nacházím i ve výčtu méně využívaných alternativ jako je vana s teplou vodou či poloha na všech čtyřech.

ad 11) - Výzkumem jsem si potvrdila svůj předpoklad, že prodýchání porodní bolesti je velice účinná metoda. Ze 100 respondentek ji využily všechny a pouze u 1 rodičky byla bolest horší. Hodnotila jsem vliv prodýchání na zvládnání porodní bolesti ze dvou hledisek. Věkové rozložení rodičích žen a parita. Ukázalo se, že věková skupina žen a parita žen jsou na sobě nezávislé parametry a výtěžnost pro můj výzkum získaná a rozdělená data nemají. Nejprokazatelnějším hlediskem je vyhodnocení účinnosti metody bez ohledu na věk a paritu. 22 (22%) žen udává, že prodýchávání jim velmi snížilo bolest, 64 (64%) ženám mírně snížilo bolest, 13 (13%) ženám vůbec nesnížilo bolest a 1 (1%) udává zhoršení bolesti při využití metody prodýchávání.

Souhrn: Informace o tom, jak má žena prodýchávat kontrakce patří mezi první rady, které rodička od asistentky dostává, a proto si dovoluji tvrdit, že ženy, které neví nebo neumí během kontrakce dýchat, je velice málo.

Zhodnocení: Výzkumem jsem si potvrdila svůj předpoklad nabytý z mých praktických zkušeností, že prodýchání porodní bolesti je jednoduchá metoda, jejíž účinnost je vysoká.

ad 12) - Předpokládala jsem, že efektivní využití této jednoduché relaxační metody se vyskytne alespoň u 50% rodiček. Můj předpoklad se nepotvrdil. Zjistila jsem, že masáž byla nabídnuta pouze 46 (46%) rodičkám ze 100 oslovených a z toho 15 (15%) rodičkám bolest nezmírnila vůbec, 31 (31%) rodičkám bolest zmírnila a ty snížení bolesti označovaly na škále od 0 do 10, kde 0 je **žádná bolest** a 10 **nesnesitelná bolest**. Z výsledného šetření vyplývá, že ženy označovaly svoji bolest po použití masážní techniky v první polovině škály bolesti. Nejčastěji č. 3, 4, 5. Zarážející je fakt, že 54 (54%) rodičkám tato možnost nebyla vůbec nabídnuta.

Shrnutí: Ukázalo se, že porodní asistentky metodu snižování bolesti masáží bolestivých partií rodičkám nenabízejí. Otázkou je, jestli jsou přesvědčeny o nízké účinnosti této metody ke snížení porodní bolesti a nebo jestli je zacvičení a edukace maminky nebo osoby blízké pro ně náročnější než jiné nefarmakologické metody snižování bolesti.

Zhodnocení: Z výzkumu společnosti STEMP vyplývá, že 68% porodníků vnímá masáž jako analgeticky účinnou (Hulová, 2005), přesto z výsledků šetření je zřejmé, že masáž bolestivých partií není personálem porodních sálů ženám nabízena.

ad 13) - Výzkum ukázal, že 83 (83%) žen se nevyskytla ani jedna z nabízených nefarmakologických metod. Je to pro mě šokující, protože dostupnost, jednoduchost a účinnost těchto metod je velká. 17 (17%) žen využilo možnost nabídnutých

nefarmakologických metod a některé dokonce v různé kombinaci. Všechna získaná data ukazují na škále bolesti vnímání bolesti v rozmezí č. 4 až 6.

Z tohoto malého vzorku můžeme usuzovat, že pokud se žena rozhodla využít jednu z nabízených metod, vždy jí přinesla úlevu a zmírnění bolesti.

Shrnutí: Kategorickým problémem se jeví špatná edukace rodiček ze strany porodní asistentky. Jednou z možností, proč získané výsledky z této dotazníkové otázky jsou v neprospěch porodních asistentek, může být špatný výklad nebo nepochopení položené otázky. Předpokládám, že na každém porodním sále je rádio nebo jiný mediální prostředek a žena si ani nemusí uvědomit, že ji při porodu doprovázela hudba nebo vůně z aromalampy.

Zhodnocení: Myslím si, že žen se nevyskytly nefarmakologické metody k tlumení porodní bolesti, protože jim nebyly nabídnuty nebo si ani neuvědomovaly přítomnost těchto metod tlumení porodní bolesti. Je to výzva pro porodní asistentky ke zlepšení edukace a nabídky na porodních sálech.

ad 16) - Každá žena vnímá porodní bolest jinak. Jak již bylo v práci řečeno, práce porodní asistentky je vždy originální, šitá na míru každé rodičky a proto, ne vždy, je možné použít nejosvědčenější metody tlumení porodní bolesti. Cílem této otázky bylo zjistit, jaké jiné možnosti tlumení porodní bolesti ženy preferují. Předpokládala jsem, že výčet metod k tlumení porodní bolesti je v dotazníku obsažen v dostatečné míře, přesto jsem výzkumem zjistila, že 6 rodiček (6%) z celkového počtu 100 preferovalo jiný než navrhovaný způsob tlumení porodní bolesti. Uvádějí: *dýchání do břicha, psychika, partner dýchá ve stejné frekvenci jako já, přetlačování síly s partnerem, povídání si s porodní asistentkou, pak jsem na bolest nemyslela.*

Souhrn: Neexistuje univerzální metoda tlumení porodní bolesti. Vždy je nutné při výběru metody nechat rozhodnout rodičku. Porodní asistentka ženu správně edukuje a vysvětluje přínos metody pro dobré zvládnutí porodní bolesti.

Zhodnocení: Z vlastní zkušenosti vím, že je nutné nechat rodičku rozhodovat samotnou, ale pokud její rozhodnutí brání fyziologickému vedení porodu je vhodné její původní rozhodnutí usměrňovat.

10.1

Doporučení pro porodní asistentky

Ze zjištěných výsledků vyplývají určitá doporučení pro praxi.

10.1.1

Doporučení pro školitele

- klást důraz na kontinuální vzdělávání porodních asistentek
 - ci) holisticky vysvětlit přístup k bolesti
 - cii) vzdělávání porodních asistentek v oblasti asistence u epidurální analgezie
 - ciii) zapojovat rodičky do procesu získávání informací a tím dosáhnout využití perspektivních metod v praxi

10.1.2

Doporučení pro studující porodní asistentky

- umění komunikovat, absolvování kurzů asertivity, komunikačních kurzů
- získávat nové informace o možnostech uspokojování potřeb rodičky

10.1.3

Doporučení pro porodní asistentky v praxi

- dbát na důležitost prvního kontaktu s rodičkou a její rodinou
- vzbuzovat v rodičce pocit důvěry a jistoty
- navázat spolupráci s gynekology v terénu, kteří mohou v rámci vedení poradny pro těhotné doporučovat těhotným tělesné aktivity
- zamezit šíření negativních polopравd či domněnek o porodu
- holistickým přístupem snižovat obavy z farmakologických metod vedení I. doby porodní
- názorné ukázky dýchání v dané situaci
- po celou dobu porodu být rodičce rádcem, průvodcem, pomocníkem.
- vysvětlovat rodící ženě jak ona sama může přispět ke snížení intenzity porodní bolesti.
- behaviorální uspokojování potřeb rodičky
- uznat bolest
- uplatňovat a neustále používat nové poznatky v praxi, především metody osvědčené

- trpělivý přístup k rodičce
- názorné ukázky dýchání v dané situaci
- dávat zpětnou vazbu
- přesvědčit rodičí ženu, že jde o bolest dočasnou

10.1.4

Doporučení k laické veřejnosti

- takticky zvyšovat práh bolesti u žen, které špatně snáší bolest
- zajistit dostatek informací o změnách v organizmu těhotné ženy
- zájem o nefarmakologické metody vedení porodu

10.1.5

Doporučení k těhotným ženám

- edukovat o genetickém vyšetření těhotné, jeho výhodách i rizicích
- snižovat rizika, která těhotenství ve vyšším věku mohou přinést
- poukázat na důležitost poskytování kvalitních informací o těhotenství, porodu a šestinedělí
- poskytovat profesionální informace v rámci předporodních kurzů

10.1.6

Doporučení k rodícím ženám

- edukovat o bolesti
- profesní a lidský přístup k rodící ženě
- napomoci snižování porodní bolesti a spokojenosti žen s vlastním porodem
- s ohledem na individualitu ženy co nejefektivněji využít moderních způsobů tlumení porodních bolestí
- snižovat bolest motivací směrem k narození jejich dítěte

10. 1. 7

Doporučení k osobě blízké

- edukace otců v předporodních kurzech
- zvýšit informovanost žen i osob blízkých o epidurální analgezii
- uznat bolest

10. 1. 8

Doporučení k výzkumu v porodní asistenci

- zapojit se do regionálních výzkumů
- podporovat výzkumná šetření

ZÁVĚR

Porodní bolest je jedinou bolestivou reakcí člověka, která nevzniká z důvodů nemoci, ale má fyziologickou příčinu. Jde pravděpodobně o účelnou reakci, která připravuje těhotnou ženu na nastávající porod. Prožitky porodních bolestí jsou zcela individuální a závisejí na celém souboru somatických, psychických a sociálních jevů. Porodní bolest, je subjektivní vjem a předložená práce se soustředila na bolest v I. době porodní. V teoretické části popsala nejdůležitější odborné poznatky, které se zvoleným tématem souvisejí.

Empirická část práce zjišťovala vybrané subjektivní aspekty porodní bolesti u souboru 100 žen ve věku 16 až 36 let a více.

Výsledky získané u sledovaného souboru žen potvrzují, že se posouvá věková hranice žen, které přicházejí rodit poprvé, do vyššího věku. Ukazuje se, že pokud má již rodička zkušenosti s intenzivní bolestí mimo porod, nemá tato zkušenost pozitivní ani negativní vliv na vnímání intenzity porodní bolesti. Porod je zřejmě prožíván jako zcela specifická událost. Nepříliš potěšujícím zjištěním je, že jen velmi nízký počet žen se připravuje na porod v kurzech předporodní přípravy, vedených erudovanou porodní asistentkou. Těhotné ženy dávají spíše přednost individuální přípravě z dostupné literatury, časopisů či médií. Překvapivě vysoké procento žen (v mém souboru až 18%), se nepřipravovalo na porod vůbec. Bližším šetřením jsem zjistila, že většina respondentek, které se na porod nepřipravovaly, byly ženy, které již rodily a bolest snášejí relativně dobře.

Výsledky z mého vzorku naznačují, že ženy chtějí rodit spíše přirozenou cestou, než s využitím farmakologických metod. Jen 4 rodičky ze 100 využily možnosti epidurální analgezie, což je velice malý počet.

K porodu patří i strach žen z bolesti. Je to jev, který ve své zvýšené podobě znepříjemňuje život pacientům i zdravotnickému personálu. Vyžaduje od lékařů, psychologů i sester speciální úsilí, aby tyto emocionální stavy pacientek uspokojivým způsobem zvládli a přiměli rodičky k potřebné spolupráci.

Velkou roli při zvládnání porodní bolesti sehraává psychický stav rodičky: ta může pociťovat strach, úzkost, beznaděj, bezmoc nebo radostné očekávání. Ve hře je také fyzický stav rodící ženy, pocity vyčerpání, únava, přítomnost tělesné vady, ale i sociální faktory. Rozhoduje, zda je dítě chtěné, plánované či nikoliv. Údaje z mého výzkumu

ukazují, že rodičky obvykle mají průměrný strach z bolesti a to nejen z velké bolesti, ale i bolesti malé a bolesti navozené lékařskými výkony. Strach rodičky je nepřítel pro celý porodnický tým, a proto jsme rádi, když ženu na porodní sál doprovází osoba ženě blízká. Pomáhá jí v těžkých chvílích a zaručuje pocit bezpečí. Možnost osoby blízké u porodu je jedním z hodnotících faktorů těhotných žen při výběru porodnice. V našem souboru se ukázalo, že 69% rodiček mělo u porodu partnera; ani jedna z žen neuvedla dula. Tato specifická psychologická pomoc při porodu je zatím v našem regionu zřejmě okrajovou záležitostí.

Nejen osoba blízká, ale i prostředí porodního sálu a jednání zdravotnického personálu mají na úspěšném zvládnání bolesti určitý podíl. Jak velký, jsem zjišťovala dotazníkovou metodou a výsledek je motivující pro tvůrce interiérů porodních sálů a boxů – 74% žen prostředí sálu pomohlo; 75% rodiček bylo spokojeno s pomocí personálu porodních sálů. Je to pochopitelné, vždyť již první kontakt ženy s porodní asistentkou je nesmírně důležitý. Ženu tzv. „nastartuje“ a má veliký vliv na průběh porodu. Někdy těhotná žena přichází do porodnice plná obav, a proto očekává od porodní asistentky uklidnění, vysvětlení a podání informací ohledně postupu při porodu. Pokud již tento první kontakt s personálem porodního sálu vyvolá v ženě příjemné pocity, pak v dalším průběhu porodu žena lépe spolupracuje a porodní asistentce důvěřuje. V případě nepříjemných pocitů se zhorší zmíněné obavy a v rodičce vzniká negativní postoj k bolesti i celému porodu. V průběhu porodního děje je nesmírně důležitá efektivní komunikace porodní asistentky s rodičkou, doprovázející osobou, ale i intrapersonální komunikace nesmí navozovat napětí a nedůvěru. Porodní asistentka musí poznat s jakým typem ženy pracuje, jakou komunikaci a přístup zvolit. Musí odhadnout, je-li vhodné rodící ženu podrobněji informovat o průběhu porodu nebo je-li lepší podávat méně informací, aby se žena nevyděsila a nepanikařila.

Otázka využití úlevových poloh k zvládnání bolesti v I.době porodní byla v mém výzkumu velice důležitá, neboť na práci nás, porodních asistentek, mohou mít její výsledky velký vliv. Prioritou pro mě bylo zjistit nejvíce využívané úlevové polohy z nabídky devíti možných. Z vlastní zkušenosti i ze zkušeností z praxe vím, že správné prodýchávání porodních bolestí usnadní zvládnání porodního děje, sníží riziko narušení acidobazické rovnováhy organismu matky a naučí ženu s bolestí pracovat, vnímat ji a regulovat. K jedné z možností eliminace porodní bolesti řadíme masáž bolestivých partií. Tato technika se různě obměňuje, ale ve své podstatě je snadno naučitelná i za porodu. Masáž provádí ji buď rodička samostatně nebo jí napomáhá tatínek.

Pokud otec absolvoval předporodní kurz, je již s touto technikou seznámen. Podle mé zkušenosti je však lepší a efektivnější ukázat techniku přímo při probíhající porodní bolesti.

Porod je nutně spojen s přítomností porodní bolesti, která může být vnímána různě - od slabé až po nesnesitelnou. Úkolem, nás porodních asistentek je, abychom co nejvíce přispěly ke spokojenosti žen s vlastním porodem a pocity z porodu nebyly odstrašující, ale příjemné. K tomu slouží nefarmakologické metody tlumení bolesti, které mohou porodní asistentky samostatně uplatňovat. Šetření ukázalo, že nefarmakologické metody využívají ženy využívají více než farmakologické metody tlumení porodní bolesti. Celkem 72% rodiček označilo chůzi za možnost s největšími analgetickými účinky a 50% žen uvedlo pohupování na balónu. Z toho vyplývá, že pohyb je při eliminaci porodní bolesti důležitou součástí analgezie.

Každá žena vnímá porodní bolest jinak, a proto péče porodní asistentky o těhotnou či rodící ženu, je vždy originální, šitá na míru. Ne vždy je možné použít nejosvědčenější metody tlumení porodní bolesti.

Anotace

Autor:	Radomíra Karešová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Zvládání bolesti v I. době porodní
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Mareš Jiří, Csc., Mgr. Vachková Eva
Počet stran:	107
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	bolest, zvládání bolesti, nefarmakologické a farmakologické metody porodnické analgezie, strach

Bakalářská práce pojednává o problému zvládání bolesti v I. době porodní. Poukazuje na možnosti nefarmakologických a farmakologických metod porodnické analgezie. Důraz je kladen na edukační práci porodní asistentky při využití nefarmakologických metod snižování bolesti.

Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření zvládání porodní bolesti. Součástí výzkumu je též zjištění míry strachu z bolesti, zkoumaného pomocí dotazníku FPQ-III-CZ. Výsledky šetření jsem porovnávala se statistickými vzorky ČSÚ a se svými zkušenostmi z praxe. Ukazuje se, že věková hranice prvorodiček se posouvá do vyššího věku, ženy mají průměrný strach z bolesti a preferují nefarmakologické metody porodnické analgezie. Některé metody zvládání porodní bolesti jim nebyly zdravotnickým personálem nabídnuty. Zkoumaný vzorek tvoří 100 hospitalizovaných žen po porodu ve třech východočeských porodnicích.

The Bachelor theses deals with a problem of managing of pain in the first period of delivery. It shows possibilities of non pharmacological methods of analgesia for delivery. The emphasize is in educated work of a midwife in process of taking advantage of non pharmacological methods for reducing pains. The empiric basis of the theses lies in evaluating survey through questionnaires which deal found out with the help of questionnaires FPO-III-CZ. The results of examinations I compared with statistical samples CSU and with experience which I obtained during the period of my practical training. It is known that age limit of first woman in labour is going up. They have an average fear from pain and prefer non pharmacological methods of analgesia. Some methods of dealing with labour pain were not offered them by medical staff.

The surveyed sample comprises 100 women who gave birth in 3 eastern Bohemian maternity hospitals.

SEZNAM LITERATURY

- ČECH, E., et al. *Porodnictví*. Praha : Grada, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.
- ČEPICKÝ, P. Jak dál v porodnické analgezií? *Česká gynekologie*, 1988, roč. 53, č.5, s. 396-399.
- Demografie : revue pro výzkum populačního vývoje*. Č. 1 (2008). Praha : Český statistický úřad, 2008. Vychází 4x ročně. ISSN 0011-8265.
- FENWICKOVÁ, E. *Velká kniha o matce a dítěti*. Bratislava : Perfekt, 1999. ISBN 80-8046-125-2.
- FROSSTROMOVÁ, B., HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrovova technika v těhotenství a při porodu*. Brno, Barrister & Principal, 1996. ISBN 80-85947-11-0.
- GOGELA, J. MALÝ, Z. *Alternativní porodnictví* [online]. Vydáno dne 4. 9. 2005. [cit. 2007-03-22]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/cap/Texty/alternatpord.htm>>.
- HUDEČKOVÁ, M. Plavání pro těhotné. *Porodní asistentka : dvojměsíčník pro členky České asociace porodních asistentek*, 2003, roč. 6, č. 21, s. 10.
- HULOVÁ, K. *Transformace české společnosti z hlediska perinatální péče o matku a dítě* [online]. Vydáno dne 23. 4. 2005. [cit. 2008-01-12]. Dostupné z: <<http://www.tehulka.cz/view.php?cislocianku=2005042301>>.
- KAMENÍKOVÁ, M. *Otec u porodu aneb psychologie páru při porodu*. [cit. 2008-01-05]. Dostupné z <<http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/otec-u-porodu.html>>
- KIRSTOVÁ, A. *Knih o překonávání stresu*. Košice. ORIENTS, 1996. ISBN 80-88828-02-3.
- KÖNIGSMARKOVÁ, I. Alternativní metody ovlivňování porodu. *Porodní asistentka*, 2003, roč. 6, č. 5-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Bolest a její diagnostika a psychoterapie. Brno: IDVPZ, 1992. ISBN 80-7013-130-6.
- KUŽELOVÁ, M. Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 12, č. 2, s. 298-300. ISSN 1211-1058.
- KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babictví*, 2003, roč. 2, s. 39-42. ISSN 1214-5572.

- LEBOYER, F. *Porod bez násilí : kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Praha : Stratos, 1995. 56 s. ISBN: 80-85962-04-7.
- MAKEDONOVÁ, N. *Gravidjóga : porod bez bolesti*. Bratislava : Natajoga, 1991. 119 s. ISBN 80-900557-3-7.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- MAREŠ, J. a kol. *Dítě a bolest*. Praha : Grada, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
- MAREŠ, J., JEŽEK, S., SKORUNKA, D., PEČENKOVÁ, J.: Diagnostika strachu z bolesti. *Bolest*, 2002, roč. 5, č. 4, s. 228-235. ISSN 1212-0634.
- MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní : život před životem*. Praha : Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
- MELZACK, R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain*, 1993, roč. 53, č. 2, s. 117-120.
- MELZACK, R. *Záhada bolesti*. Praha : Avicenum, 1978. 188 s.
- ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha : Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2.
- PAŘÍZEK, A. *Předporodní příprava*. [cit. 2008-02-20]. Dostupné z <<http://www.porodnice.cz/node/3738>>
- PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha : Grada, 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.
- PAŘÍZEK, A. Použití vody u porodu. Vytvořeno 7. 7. 2007. [cit. 2008-01-12]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/node/3781>>.
- Porodnická analgezie a anestezie v České republice. *Porodnická encyklopedie* [online], ©2006-2008. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z: <<http://www.porodnici.cz/porodnicka-analgezie-a-anestezie-v-ceske-republice?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>>. ISSN 1802-5560.
- PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava : předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babičtví* [online], 2006, č. 9, s. 1-10. [cit. 2008-02-21]. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/clanek.php?c=6>>.
- RAČICKÁ, N. Bolest při porodu a možnosti jejího zvládnání. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2004. 102s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
- READ, J. D., BRIANCE, P. *What Every Woman Should Know about Childbirth*. London : Heinemann, 1965. 97 s.

- RIEDLOVÁ, O. *Polohy při porodu : 1. část* [online]. [cit. 2008-03-15]. Dostupné z <<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>>.
- RIEDLOVÁ, O. *Polohy při porodu : 2. část* [online]. [cit. 2008-03-15]. Dostupné z <<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>>.
- ROKYTA, R. *Bolest : monografie algeziologie*. Praha : Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
- ROZTOČIL, A. et al. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
- ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- ŘEZNÍČKOVÁ, P. *Aktivní vedení 1.doby porodní*. Absolventská práce obhájená na Střední zdravotnické škole a Vyšší zdravotnické škole v Jihlavě v r. 2001. 40 s. Depon in: Archiv Střední zdravotnické školy a Vyšší zdravotnické školy v Jihlavě.
- SACHOVÁ, M. Kontroverzní přístup žen k těhotenství a porodu. *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 3, s.11-12. ISSN 1335-9444.
- Strategické dokumenty WHO*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5.
- SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu : vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha : Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
- ŠEVČÍK, P. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 236 s. ISBN 80-7013-171-3.
- TRČA, S. *Těhotenství a porod*. Praha : Grada, 1990. 158 s.
- TRČA, S. *Budeme mít dítě*. Praha : Avicenum, 1999. 152 s.
- VELLAY, P. Painless labor : a French method. In *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*. Edinburgh : Boyd, 1972, s. 340–358.
- VELVOVSKIJ, I. *Psychoprofilaktičeskoe obezboľivanie rodov*. *Akušerstvo i ginekologija*, 1950, roč. 26, č. 6, s. 6–12.
- VOLEJNÍKOVÁ, Hana, CHLUBNOVÁ, Božena. *Rehabilitace v práci porodní asistentky*. 2. dopl. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 68 s. ISBN 80-7013-150-0.
- Vše o léčbě bolesti : příručka pro sestry*. Praha : Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.

PŘÍLOHY

1. anonymní dotazník pro maminky

2.obrazová dokumentace

Příloha 1 - anonymní dotazník pro maminky

1/Váš věk je:

- 16-25 let
- 26-35 let
- 36 a více let

2/ Rodila jste:

- poprvé
- podruhé
- vícekrát

3/ V běžném životě snášíte bolest:

- velmi dobře
- relativně dobře
- špatně

4/ Máte již zkušenost s intenzivní bolestí mimo porod /např. operace, úraz.../:

- ano
- ne

5/ Přípravovala jste se na zvládnání bolesti při porodu (označte jednu hlavní možnost):

- v kurzu pro těhotné
- četbou literatury, časopisů, média
- informacemi od kamarádek, známých
- jinak:
- nepřipravovala jsem se vůbec

6/ Během těhotenství jste plánovala:

- přirozený porod
- využití epidurální analgezie

7/ Jak byste ohodnotila svoji nejintenzivnější porodní bolest /zakroužkujte příslušnou číslici na této ose/:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

8/ Zvládání bolesti při porodu příznivě ovlivnil/a svou přítomností:

- váš partner
- dula
- porodní asistentka
- někdo jiný / kdo?...../

9/ Pomohlo Vám prostředí porodního sálu /vybavení, dekorace, barvy / ke zvládání bolesti:

- ano
- ne

10/ Které z těchto úlevových poloh jste v průběhu porodu využila?

Pokud jste ji nevyžila, přeškrtněte ji.

Pokud jste ji využila zakroužkujte stupeň bolesti při jejím využití:

a) pohupování na balónu

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

b) chůze

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

c) sprcha

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

d) vana

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

e) na všech čtyřech

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

f) stoj s oporou

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

g) vsedě

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

h) vleže na zádech

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

ch) vleže na boku

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

11/ Prodýchávání kontrakcí Vám bolest při porodu:

- velmi snížilo
- částečně snížilo
- nepomohlo vůbec
- bolest byla horší

Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při využití prodýchávání:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

12/ Masáž bolestivých partií Vám bolest při porodu:

- zmírnila
- nezmírnila
- nebyla mi nabídnuta

Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při využití masáže:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

13/ Využila jste některé jiné nefarmakologické metody ke zmírnění bolesti?

Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při jejím využití:

- ano - aromaterapii

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest
muzikoterapii

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

přikládání teplých či studených obkladů

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

- ne

14/ Využila jste v průběhu porodu epidurální analgezi:

- ano
- ne (přejděte k otázce č...16)

15/ Epidurální analgezie za porodu zmírnila Vaši bolest:

- významně
- mírně
- nezmírnila vůbec

Na ose zakroužkujte stupeň bolesti při využití epidurální analgezie:

0 ---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Žádná bolest Nesnesitelná bolest

16/ Objevila jste nějaký jiný způsob zvládnání porodní bolesti než všechny výše uvedené?

- ano jaké.....
- Ne

17/ Personál porodního sálu Vás při zvládnání bolesti:

- plně podporoval, nabízel různé možnosti zvládnání bolesti
- částečně podporoval
- nechal zvládnání bolesti zcela na Vás

Možná, že jsme se Vás zapomněli na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, napište nám to zde:

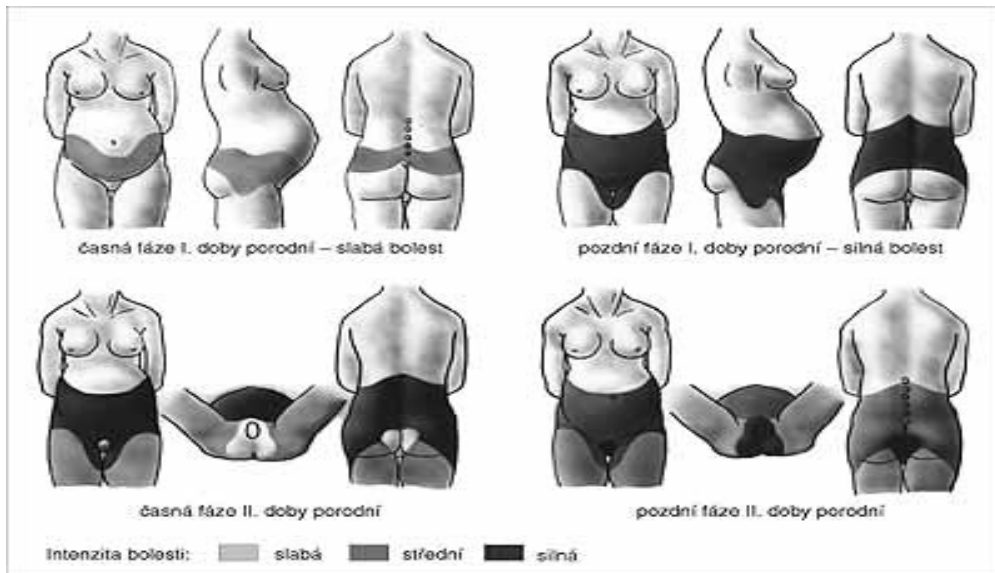
Děkujeme Vám za ochotu i čas, který jste věnovala vyplnění dotazníku.

Radomíra Karešová

PŘÍLOHA 2 – obrazová dokumentace

Čerpáno z knihy Pažízek, A. a kol. Porodnická analgezie a anestezie. Str. 129 a str. 218

Obr. č. 1: Porodní bolest - odpovídající dermatomy



Obr. č. 2 : Transkutanní elektrická nervová stimulace TENS

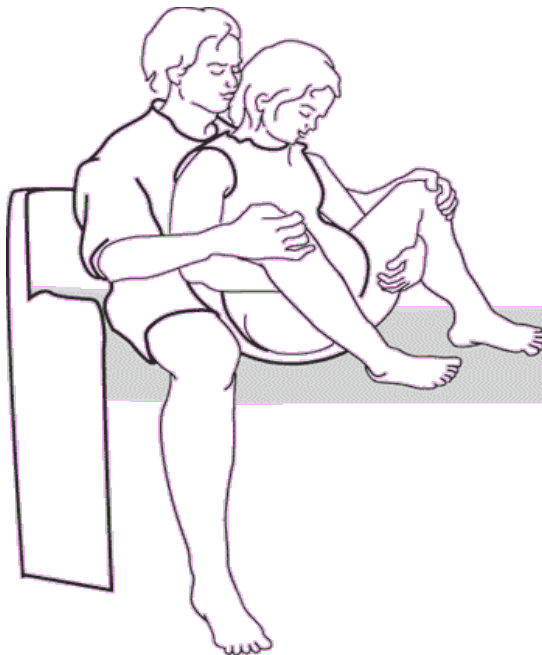


Čerpáno z časopisu *Máma a já*, červenec 2007, II. ročník, č. 7, str. 18 – 19.

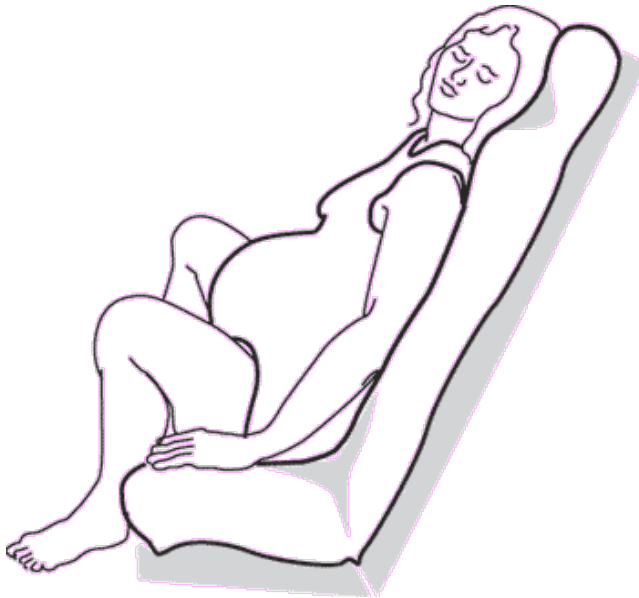
Obr. č. 3: Polosed



Obr. č. 4: Polosed při tlačení

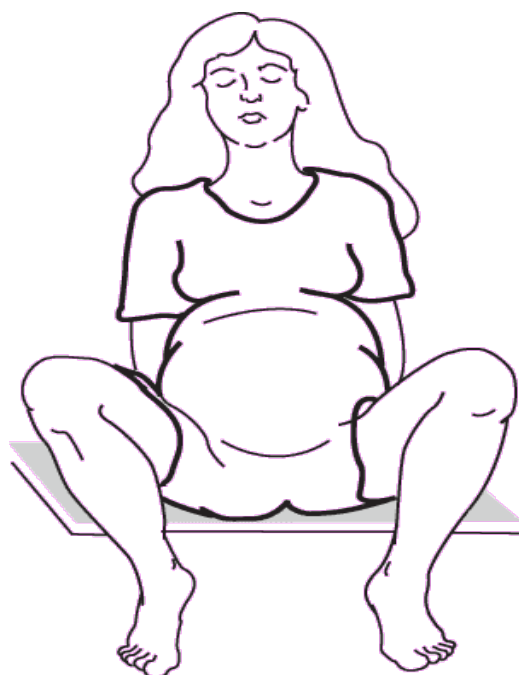


Obr. č. 5: Rovný sed na posteli



Obr. č. 6: Rovný sed s partnerem



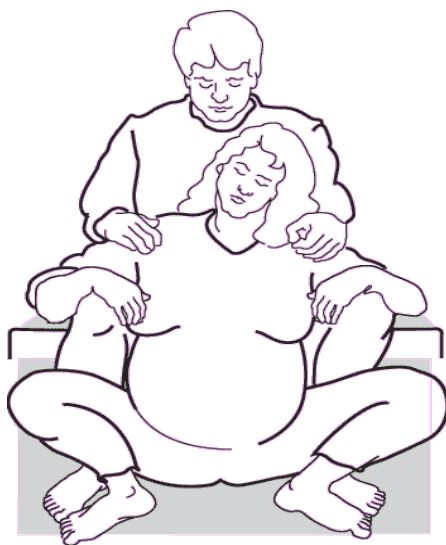


Obr. č. 7 a obr. č. 8 : Dřep





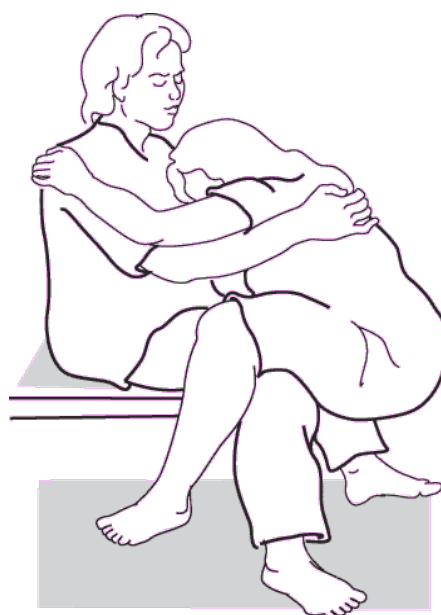
Obr. č. 9 a obr. č. 10: Dřep



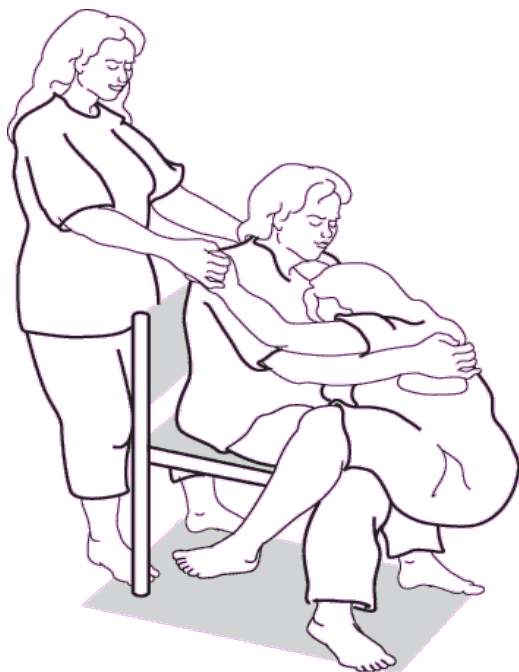
Obr. č. 11: Dřep



Obr. č. 12: Dřep v klíně

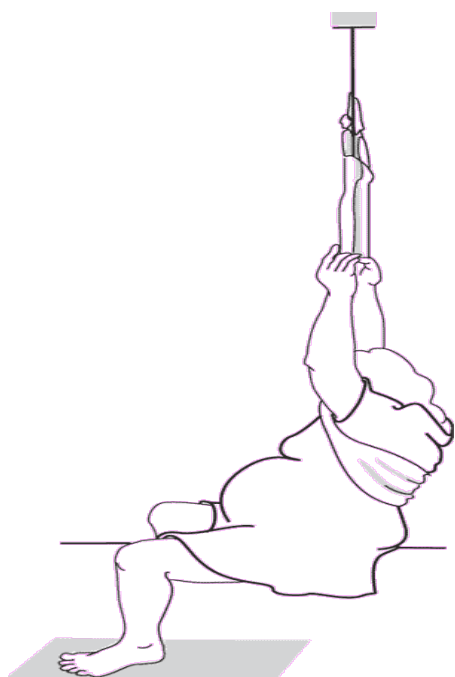


Obr. č. 13: Podpůrný dřep



Obr. č. 14: Závěs

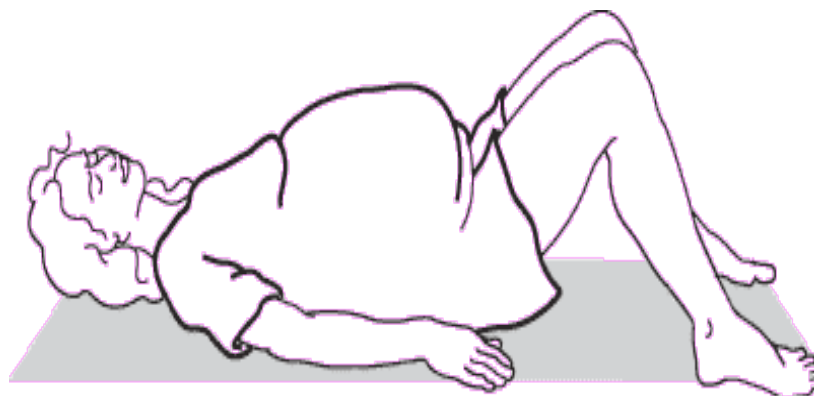




Obr. č. 15 a obr. č. 16: Závěs

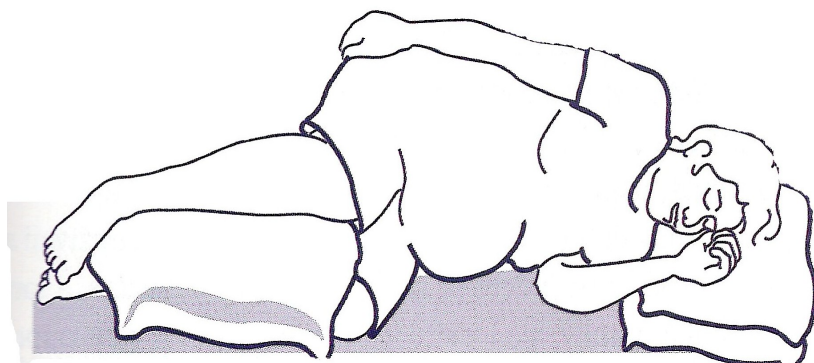


Obr. č. 17: Prostá poloha na zádech

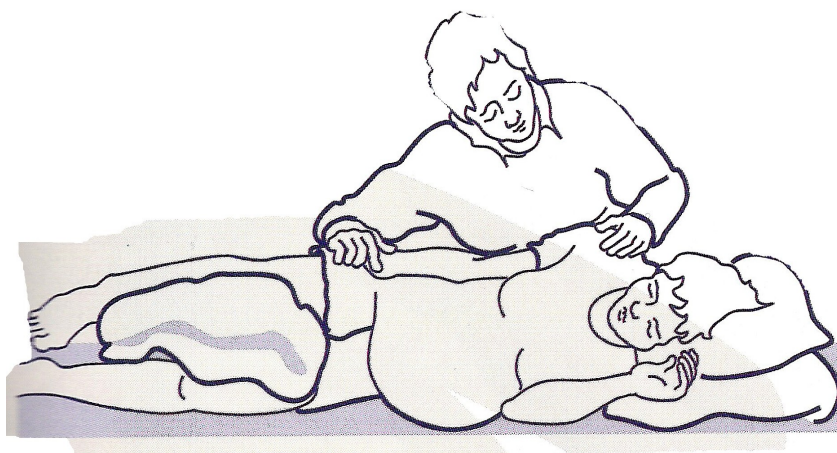


Obr. č. 18: Poloha na zádech s mírně zvýšeným trupem

Čerpáno z časopisu Máma a já, srpen 2007, II. ročník, č. 8, str. 21 – 22.

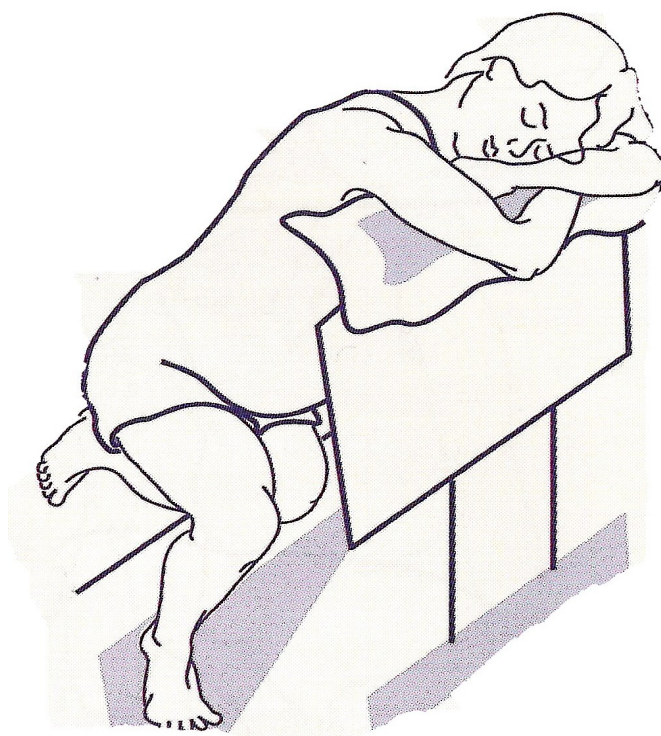


Obr. č. 19 a 20: Prostá boční ploha



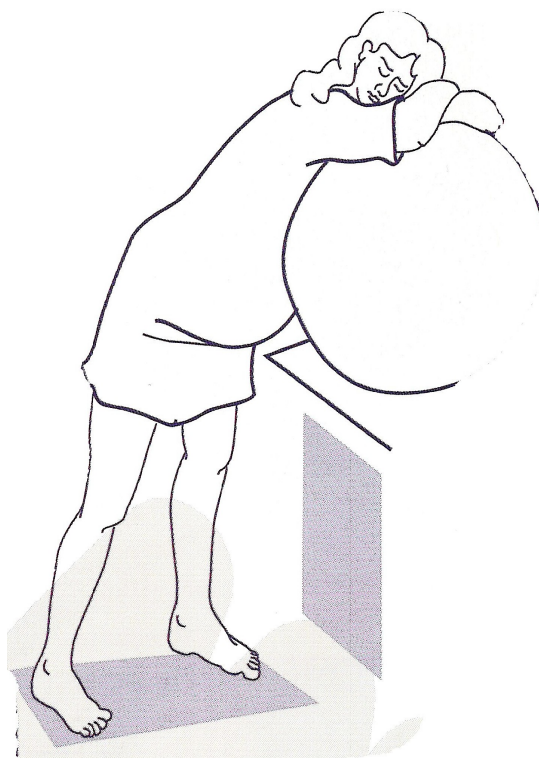


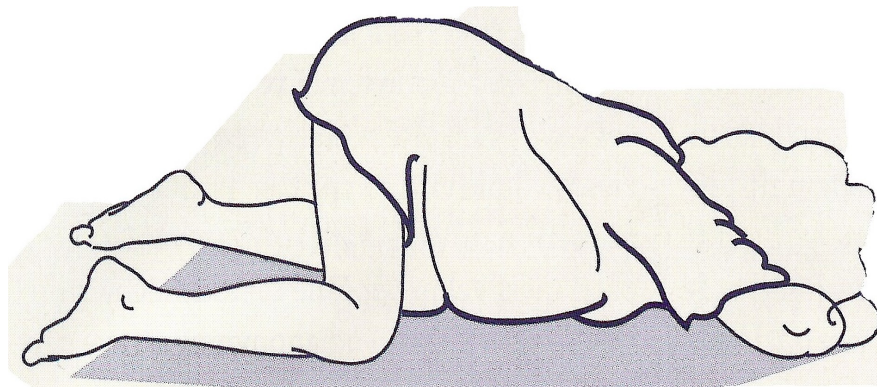
Obr. č. 21 a 22: Sed v předklonu s oporou



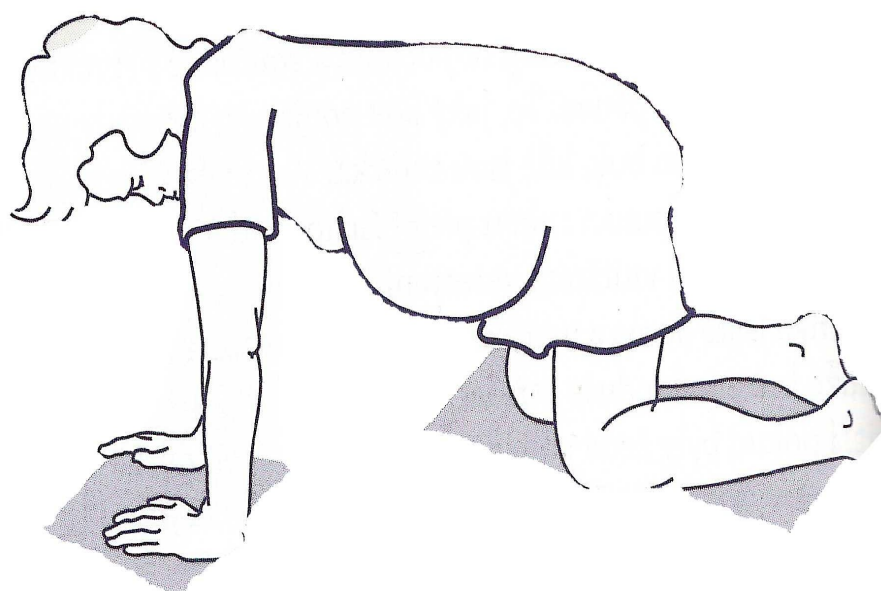


Obr. č. 23 a 24: Stoj v předklonu s oporou





Obr. č. 25 a 26: Poloha na všech čtyřech





Obr. č. 27: Asymetrický stoj



Obr. č. 28: Asymetrický klek

