UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023 Kristýna Chárová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Tlumení porodních bolestí

Bakalářská práce

2023 Kristýna Chárová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Kristýna Chárová**
Osobní číslo:	**Z20038**
Studijní program:	**B5349 Porodní asistence**
Studijní obor:	**Porodní asistentka**
Téma práce:	**Tlumení porodních bolestí**
Téma práce anglicky:	**Labor pain management**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247--5361-4.
BINDER, Tomáš. *Porodnictví.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav.* Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2.
PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence.* Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.
ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Poláčková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Tlumení porodních bolestí jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 4.5 . 2023

Kristýna Chárová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych ráda poděkovala Mgr. Heleně Poláčkové za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a příteli, kteří mě podporovali po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je tlumení porodních bolestí. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se v úvodu zabývá porodem a jeho definicí, rozdělením a průběhem. Dále se věnuje bolesti a metodami tlumení porodních bolestí, péčí porodní asistentky a správné komunikaci. Průzkumná část obsahuje rozhovory s prvorodičkami. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaké mají ženy očekávání o porodních bolestech a jak bolesti chtějí tlumit a jaká byla realita.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest, porod, porodní analgezie, porodní asistentka, tlumení bolestí

TITLE

Labor pain management

ANNOTATION

The topic of the bachelor thesis is labour pain management. The thesis is divided into theoretical and research parts. The theoretical part deals with childbirth and its definition, division and course in the introduction. It then discusses pain and methods of labour pain management, midwife care and good communication. The exploratory part includes interviews with first-time mothers. The main aim of the bachelor thesis is to find out what women's expectations about labour pain and how they want to control the pain and what the reality was.

KEYWORDS

Childbirth, labour analgesia, midwife, pain, pain control

OBSAH

Úvod 12

1 Cíle bakalářské práce 13

1.1 Teoretický cíl 13

1.2 Průzkumné cíle 13

1.3 Průzkumné otázky 13

2 Porod 14

2.1 Průběh porodu 14

2.1.1 První doba porodní 15

2.1.2 Druhá doba porodní 15

2.1.3 Třetí doba porodní 16

2.1.4 Poporodní období 16

3 Bolest 17

3.1 Porodní bolest 17

3.1.1 Obecné příčiny bolesti u porodu 17

3.1.2 Faktory ovlivňující bolest 18

4 Metody tlumení porodních bolestí 19

4.1 Nefarmakologické metody 19

4.1.1 Psychologické metody 20

4.1.2 Metody dýchání 21

4.1.3 Pohyb a polohování rodičky 21

4.1.4 Hydroanalgezie 22

4.1.5 Aromaterapie 23

4.1.6 Masáže 24

4.1.7 Akupunktura a akupresura 25

4.2 Farmakologické metody 26

4.2.1 Systémová analgezie 26

4.2.2 Regionální analgezie 27
5 Role porodní asistentky při zvládání porodních bolestí 29
6 Komunikace a správné vedení rozhovoru 31
6.1 Vymezení pojmu komunikace 31
6.2 Rozhovor 31
7 Průzkumná část 33
7.1 Metodika průzkumné části 33
7.2 Charakteristika respondentů 34
7.3 Cíle průzkumu 35
Průzkumné cíle 35
Průzkumné otázky 35
7.4 Výsledky rozhovorů 35
7.4.1 Otázka z rozhovoru před porodem č. 1 36
7.4.2 Otázka z rozhovoru před porodem č. 2 36
7.4.3 Otázka z rozhovoru před porodem č. 3 37
7.4.4 Otázka z rozhovoru před porodem č. 4 37
7.4.5 Otázka z rozhovoru před porodem č. 5 37
7.4.6 Otázka z rozhovoru před porodem č. 6 37
7.4.7 Otázka z rozhovoru před porodem č. 7 38
7.4.8 Otázka z rozhovoru po porodu č. 1 38
7.4.9 Otázka z rozhovoru po porodu č. 2 38
7.4.10 Otázka z rozhovoru po porodu č. 3 39
7.4.11 Otázka z rozhovoru po porodu č. 4 40
7.4.12 Otázka z rozhovoru po porodu č. 5 40
7.4.13 Otázka z rozhovoru po porodu č. 6 40
8 Diskuze 44
9 Závěr 47

10 Použitá literatura 48
11 Přílohy 51

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Charakteristika respondentek 34
Tabulka 2 - Hodnocení nejhorší bolesti na stupnici VAS 36
Tabulka 3 - Porovnání očekávání a reality porodní bolesti 39
Tabulka 4 - Přehledová tabulka rozhovorů před porodem 42
Tabulka 5 - Přehledová tabulka rozhovorů po porodu 43

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AS	Akce srdeční
CM	Centimetr
CTG	Kardiotokograf
FF	Fyziologické funkce
GBS	Streptococcus agalactiae
KS	Krevní skupina
PA	Porodní asistentka
TJ	To je
VAS	Vizuálně analogová škála bolesti
WHO	Word Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

„Všechna ta klišé, která jste slyšeli o porodu a mateřství – to všechno je pravda. A to všechno jsou ty nejkrásnější věci, které kdy zažijete.“

Penélope Cruz

Porod je jedinečná událost jak pro ženu, tak její doprovod. Je ovšem spojen s porodními bolestmi. V minulosti se porodní bolesti tlumily pouze za pomocí nefarmakologických metod, jako je voda, byliny nebo oleje. S postupem času se díky rozvoji společnosti a vědy k nefarmakologickým metodám přidaly metody farmakologické. Mezi tyto metody patří například systémová a regionální analgezie a mnoho dalších metod, které napomáhají porodní bolest tlumit. Je tedy důležité, aby je porodní asistentka znala a dokázala s těmito metodami pracovat.

Téma bakalářské práce bylo vybráno na základě zkušeností během praxe na porodním sále. Každý porod je jiný, každá rodička ho jinak prožívá a každá porodní asistentka k ženám přistupuje jinak. Je velmi důležité umět rodičku provést celým porodním procesem, ke každé rodičce je nutné přistupovat individuálně a správně využívat metody tlumení porodních bolestí.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části bakalářské práce je zahrnuto pět hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na definici porodu. Druhá kapitola obsahuje téma bolesti a rozebírá porodní bolest, její příčiny a faktory, které vnímání bolesti ovlivňují. Třetí kapitola je věnována tlumení porodních bolestí, je rozdělena na dvě hlavní podkapitoly. Těmi jsou nefarmakologické a farmakologické metody. Ve čtvrté kapitole je popsáno, kdo je porodní asistentka a jak porodní asistentka pečuje o ženu během porodu. V poslední kapitole teoretické části je obsaženo téma komunikace a vedení rozhovoru. Výzkumná část zpracovává očekávání prvorodiček o tom, jaké mají představy o porodní bolesti, tlumení porodních bolestí před porodem a následně jejich zkušenosti po porodu. Průzkumná část je zpracována formou kvalitativního výzkumu.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat očekávání prvorodiček o porodních bolestech před porodem ve srovnání s realitou po porodu. Dalším průzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, jaké metody ženy nejvíce využívají a zároveň jaké metoda tlumení porodních bolestí je jim nejvíce nabízena. Posledním průzkumným cílem je zjistit, jaké metoda přináší ženám očekávanou úlevu od porodních bolestí.

1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1.1 Teoretický cíl

- Popsat problematiku metod tlumení porodních bolestí.

1.2 Průzkumné cíle

- Zjistit, jaké je očekávání žen o intenzitě porodní bolesti před porodem a následné vyhodnocení intenzity porodní bolesti po porodu.
- Ověřit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženám nejvíce nabízena.
- Zjistit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženami nejvíce využívána.
- Ověřit jaká metoda tlumení porodních bolestí přináší ženám největší úlevu.

1.3 Průzkumné otázky

- Dosáhla intenzita bolesti na škále bolesti při porodu takové intenzity jako byla předpokládána?
- Jaká metoda tlumení porodních bolestí byla rodičkám nejčastěji nabízena?
- Jakou metodu tlumení porodních bolestí rodičky nejčastěji využily?
- Jaké farmakologické a nefarmakologické metody jsou ženami označovány jako nejvíce efektivní a jaké nejméně?

TEORETICKÁ ČÁST

2 POROD

Porod je děj, během kterého je z dutiny děložní vypuzen nejprve plod, poté placenta a plodové obaly. Plod prochází porodními cestami díky působení porodních sil (Binder, 2014, s. 64).

Porod je možné definovat jako ukončení těhotenství bez ohledu na délku gravidity, při kterém je narozen živý novorozenec, jehož hmotnost je 500 g a více, po narození projevuje alespoň jednu ze známek života. Mezi známky života patří akce srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzace pupečníku. Pokud je porodní hmotnost novorozence nižší než 500 g musí projevovat alespoň jednu ze známek života déle než 24 hodin (Roztočil, 2020, s. 111).

Za **porod mrtvého plodu** se považuje novorozenec, který nejeví ani jednu ze známek života a jeho hmotnost je vyšší než 500 g nebo pokud není možné určit porodní hmotnost, jedná se o plod narozen po 22. dokončeném týdnu gravidity (Binder, 2014, s. 64).

Potrat je ukončení těhotenství, při kterém má plod hmotnost nižší něž 500 g a nejeví ani jednu ze známek života. Pokud nelze určit hmotnost plodu, jedná se o ukončení těhotenství kratší něž 22 týdnů (Roztočil, 2020, s. 111).

2.1 Průběh porodu

Porod začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které mají pozitivní účinek na hrdlo děložní, to se zkracuje a otevírá. Je rozdělován do tří porodních dob, které na sebe navazují. Doby porodní jsou:

- I. doba porodní neboli otevírací,
- II. doba porodní neboli vypuzovací,
- III. doba porodní neboli doba k lůžku (Procházka, 2020, s. 393).

Před samotnou první dobou porodní probíhá tzv. **přípravné období**, které trvá přibližně 4 týdny. Během těchto posledních týdnu gravidity dochází u těhotné ženy ke změnám, které připravují tělo na porod. Začínají se objevovat nepravidelné děložní stahy zvané Braxtonovy-Hicksovy kontrakce. Hlavička plodu sestupuje do roviny pánevního vchodu, tento jev se projevuje snížením děložního fundu. Dochází také k odchodu hlenové zátky a změně tvaru, konzistence a uložení hrdla děložního (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 37).

2.1.1 První doba porodní

První doba porodní začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí, které mají efekt na otevírání porodních cest a končí zánikem branky. Tato doba u každé ženy trvá různě dlouhou dobu, zpravidla ale bývá nejdelší fází samotného porodu. U prvorodiček může trvat 8 až 18 hodin, u vícerodiček 5 až 12 hodin. U každé ženy probíhá zcela individuálně. Trvání první doby porodní může být ovlivněno paritou, intervalem mezi porody, postavením a naléháním plodu, tvarem a velikostí pánve, charakterem děložních kontrakcí a v neposlední řadě také psychickým rozpoložením rodičky (Procházka, 2020, s. 394).

První doba porodní se dělí do tří fází: latentní, aktivní a přechodné. Během **latentní fáze** se kontrakce stabilizují. Obvykle jsou mírnějšího charakteru a jsou krátké. Přicházejí v intervalech 10-15 minut a trvají 15-20 sekund. V průběhu se zvyšuje frekvence i intenzita kontrakcí, díky kterým se na konci latentní fáze objevují každých 5-7 minut a trvají 15-20 sekund. Z děložního hrdla, které se postupně zkracuje, vzniká tenká porodnická branka. Její průměr na konci této fáze činí 2-2,5 cm. Rodičky bolest pociťují nejčastěji v podbřišku nebo v bederní části zad. Intenzitou se kontrakce dají srovnat s menstruační bolestí (Roztočil, 2020, s. 118).

Aktivní fáze první doby porodní se projevuje delšími a intenzivnějšími kontrakcemi, které se objevují v kratších intervalech. Rozestup mezi kontrakcemi bývá 3-5 minut. Na samotném konci aktivní fáze je porodnická branka dilatována na 8 cm (Procházka, 2020, s. 394).

Přechodná fáze je krátká a velmi intenzivní. Může se mírně zpomalit rozvoj nálezu na brance. Dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin pánve. Frekvence děložních kontrakcí se zvyšuje, objevují se po 1 až 2 minutách a trvají 50–60 sekund. Tato fáze je ukončena úplným zaniknutím porodnické branky a také ukončuje první dobu porodní (Roztočil, 2020, s. 119).

2.1.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je nazývána také dobou vypuzovací. Začíná úplnou dilatací branky a končí porodem plodu. Tato doba se dělí na 2 fáze, a to na fázi pasivní a aktivní. V **pasivní fázi** dochází k úplné dilataci porodnické branky, ale naléhající část zatím nedosáhne pánevního východu. Během této fáze hlavička musí dokončit vnitřní rotaci, aby rodička mohla začít aktivně tlačit. Pokud je branka plně rozvinutá, hlavička je dorotovaná do přímého průměru a sestoupila na pánevní dno, může rodička aktivně tlačit a napomáhat vypuzení plodu břišním lisem (Procházka, 2020). Po porodu plodu odtéká volně zbytek zadní plodové vody. Po přerušení pupečníku v dutině děložní zůstává pouze placenta a plodové obaly (Binder, 2014, s. 73).

2.1.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní neboli doba k lůžku začíná porodem plodu a je zakončena porodem placenty, včetně plodových obalů, pupečníku a retroplacentárního hematomu. Tato doba trvá v průměru 5-10 minut, maximálně ale 1 hodinu (Procházka, 2020, s. 425).

Po porodu na okamžik ustává děložní činnost, děloha se retrahuje a tím se přizpůsobuje na zmenšený objem. Lůžko se poté odlučuje od děložní stěny. Porod placenty může proběhnout 3 mechanismy. Při mechanismu Baudeloque-Schulze se odlučuje nejprve střed placenty, až poté okraj. Krev se hromadí na mateřské straně. Placenta se rodí fetální stranou napřed s krví v blanách. V průběhu mechanismu dle Gessnera se placenta odlučuje od okraje, rodička při odlučování placenty mírně krvácí, lůžko se rodí hranou. Při mechanismu dle Duncana se placenta odlučuje přes hranu, ale nad brankou se sbalí a rodí se fetální plochou (Binder, 2014, s. 73).

2.1.4 Poporodní období

Čtvrtá doba porodní nebo také poporodní období začíná porodem placenty a je zakončena dvě hodiny po porodu. Žena během tohoto období zůstává na porodním sále a je nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Roztočil, 2020, s. 428).

3 BOLEST

„Podle WHO je bolest definovaná jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní.“ (Rokyta a kol., 2017, s. 12)

Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nocisenzory různých typů. Při působení porodní bolesti jsou zapojeny mechanické nocisenzory, které jsou drážděny mechanickými podněty. Zejména na chlad a teplo reagují polymodální nocisenzory. Během porodu jsou zapojeny také vlastní nocisenzory, které mají volná nervová zakončení. Tyto nocisenzory jsou zapojené pouze při zvýšené bolestivé stimulaci. Všechny výše uvedené nocisenzory mohou být podrážděny mechanicky, tepelně, jiným bolestivým podnětem, anebo jejich kombinací. Z nocisenzorů je bolestivá stimulace z oblasti pánve vedena dvěma skupinami vláken. Tyto vlákna jsou nemyelinizované vlákna C a myelinizované vlákna A neboli pomalá a rychlá vlákna. Z receptorů je bolestivá stimulace vedena pomocí vláken do zadních kořenů míšních. Poté do zadních míšních rohů. Pro vnímání bolesti hraje důležitou roli také mozková kůra (Wilhelmová, 2021).

3.1 Porodní bolest

Porodní bolest představuje jedinečnou kategorii bolesti, během které se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Je to přirozený stav, který provází prakticky každý porod (Pařízek, 2012, s. 114).

Porodní stahy představují svalovou kontrakci. Svalové kontrakce mohou probíhat i u jiných tělesných orgánů. Stahy dělohy nejčastěji odpovídají tzv. bolesti kolikovité, ta přichází a odchází ve vlnách. Ženami je bolest v časné fázi porodu obvykle vnímána v podbřišku a v bederní oblasti. Bolest nejprve bývá popisována jako mírná menstruační bolest, která postupně zesiluje. V aktivní fázi porodu se poté mění na středně silnou až velmi silnou. Během porodního procesu se vnímání bolesti mění, rozšiřuje případně mění oblast vnímání a intenzitu (Wilhelmová, 2021).

3.1.1 Obecné příčiny bolesti u porodu

Mezi příčiny porodních bolestí během porodu patří nejčastěji rozšiřování a zkracování děložního hrdla a otevírání porodní branky. Naléhající části plodu dilatují měkké porodní cesty a tím jsou drážděny receptory, které reagují na tah a posun tkání. Velký vliv na bolest má také snížené zásobení děložní svaloviny kyslíkem v průběhu děložního stahu. Za kontrakce je tonus

svaloviny děložní větší než tlak krve. Výsledkem je, že do svalu neproudí krev. V neposlední řadě je příčinou bolesti také napínání pochvy a hráze (Čermáková, 2017, s. 96).

Porodní bolest velmi ovlivňuje také strach, úzkost a celkové psychické rozpoložení ženy během porodu. Díky těmto pocitům se zvyšuje napětí ve svalech a snižuje se jejich zásobení kyslíkem. Zvyšuje se tvorba katecholaminů a adrenalinových hormonů. Tyto hormony v 1. době porodní mohou porod brzdit a zvyšovat citlivost na bolest (Čermáková, 2017, s. 96).

3.1.2 Faktory ovlivňující bolest

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují bolest. Důležitým faktorem je práh bolesti, to je moment, kdy člověk začíná vnímat určitou bolest. S prahem bolesti souvisí i tolerance bolesti ta je vyjádřena trváním a intenzitou bolesti, kterou je člověk schopen snášet bez tělesných a duševních následků. Mezi další faktory patří připravenost děložního hrdla, velikost pánve a dítěte, intenzita porodu, naléhání a poloha plodu, únava a vyčerpanost rodičky, zdravotnické zákroky a postupy (Čermáková, 2017, s. 96). Bolest také může ovlivnit strach a úzkost. Kvůli těmto pocitům žena může pociťovat i podprahové impulzy jako intenzivní bolest (Bašková, 2015, s. 73).

Psychosociální faktory jsou velmi důležité při ovlivnění vnímání bolesti. K těmto faktorům patří kultura, která ovlivňuje názory na porod. Dále také obava a strach, anebo předchozí zkušenost. U vícerodiček hraje velkou roli vnímání bolesti u předchozích porodů. Faktor, který také ovlivňuje vnímání bolesti je příprava k porodu a podpora ostatních. Podpora by měla přicházet jak ze strany partnera či osoby blízké u porodu, tak porodní asistentky, lékaře nebo duly (Čermáková, 2017, s. 96).

4 METODY TLUMENÍ PORODNÍCH BOLESTÍ

„Ke každé těhotné rodičce je nutno přistupovat individuálně. Žena by měla mít z literatury nebo z předporodní přípravy rámcovou představu, jestli bude chtít tišit porodní bolesti, a pokud ano, tak kterou metodou. Porodní sál by měl dnes nabízet takovou škálu metod porodnické analgezie, aby bylo možné uspokojit přání většiny že.“ (Pařízek, 2015, s. 116).

Jelikož existuje široká škála dostupných metod, které mají schopnost pomáhat rodičkám zvládat bolesti během porodu, je užitečné tyto metody rozdělit do jednotlivých kategorií. Metody tlumení porodních bolestí mohou být rozděleny na nefarmakologické a farmakologické. Tyto metody mezi sebou mají rozdíly ve své účinností, délce působení a technické náročnosti. Dále mohou být také rozděleny dle typu působení či podle frekvence použití (Mander, 2014, s. 163).

Pro použití porodnické analgezie platí základní podmínky. Ani jedna metoda nesmí ovlivnit zdraví rodičky ani plodu, neměla by ovlivnit činnost dělohy a zároveň by měla být dostatečně analgeticky účinná (Pařízek, 2015, s. 114).

4.1 Nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody jsou nápomocné v první době porodní, kdy děložní kontrakce nedosahují tak výrazné intenzity a frekvence. Využití těchto metod by nemělo představovat žádné riziko pro plod nebo zdraví matky. Neměly by vyvolat žádné alergické reakce a nemají škodlivé účinky. Pro efektivní výsledky během porodu, je výhodou, když žena absolvovala kurzy předporodní přípravy. Na základě prahu bolesti je možné edukovat rodičku těsně před porodem, nefarmakologické metody jsou rychle a jednoduše osvojitelné (Bašková, 2015, s. 75).

Do této skupiny jsou řazeny psychologické metody, mezi něž lze zařadit psychoprofylaktickou přípravu, přítomnost blízké osoby u porodu, hypnózu a muzikoterapii. Další odvětví je akupunktura a akupresura, tyto metody využívají dráhy energie, na kterých se vyskytují akupresurní a akupunkturní body. Velmi často využívanou metodou je aromaterapie a fytoterapie. U porodu má své zastoupení i voda čili hydroalangezie. Dále sem můžeme zařadit elektroanalgezii, relaxaci, alternativní polohy rodičky, masáže a v neposlední řadě také nácvik dechových technik (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 198-199).

4.1.1 Psychologické metody

Do psychologických metod se řadí psychofyzická příprava, přítomnost blízké osoby u porodu, muzikoterapie a hypnóza (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 198).

Porod a šestinedělí je náročné období pro ženu i jejího partnera. **Psychofyzická příprava** na porod je vzdělávací program, při němž se těhotné ženy a případně partneři připravují na porod a zvládnutí rodičovské role. Smyslem předporodní přípravy je pozitivní naladění mysli ženy, osvojení si informací, dovedností a návyků, které žena a její partner mohou využít během porodu, v šestinedělí a v péči o novorozence. Účelem psychofyzické přípravy na porod není odstranění porodních bolestí, ale naučit se, jak bolest zvládat a využít vědomostí z oblasti metod tlumení těchto bolestí (Bašková, 2015, s. 32).

Cílem **psychické přípravy** je zvýšení sebedůvěry ženy a tím snížit úzkost a strach. Zaměřuje se na informovanost těhotných žen, případně jejich partnerů v různých oblastech. Do těchto oblastí řadíme těhotenství, porod a bolest při něm, šestinedělí a péči o novorozence (Čermáková, 2017, s. 99). Je důležité, aby poskytované informace byly odborné a aktuální. Do tohoto okruhu spadá také seznámení s předpokládaným prostředím porodu, tedy případná návštěva porodnice (Bašková, 2015, s. 36).

Fyzická příprava rozvíjí fyzickou připravenost těla matky na těhotenství, porod a šestinedělí. Během fyzické přípravy dochází k svalovému tréninku či nácviku relaxačních technik. Ženy si během přípravy nacvičují úlevové polohy, které můžou zmírnit porodní bolesti. Společně s porodní asistentkou nacvičují dýchání pro jednotlivé fáze porodu a způsob tlačení během druhé doby porodní. Součástí fyzické přípravy je také praktický nácvik kojení, péče o prsa a manipulace s novorozencem (Bašková, 2015, s. 39).

V historii nebyla **přítomnost partnera či blízké osoby** u porodu běžná, nyní je to však zcela běžný jev. Role otce u porodu je ovlivněna povahovými rysy, samotným postojem k porodu a vnějšími vlivy. Otec u porodu může zaujmout aktivní či pasivní postoj. U porodu zaujímá roli pozorovatele, pečovatele, prostředníka a obhájce (Weidenthalerová, 2022, s. 13).

Pro ženu je již samotná přítomnost otce u porodu přínosem. Dodává ji pocit bezpečí a jistoty. K emocionální podpoře patří neodmyslitelně slovní podpora. Porodní asistentka nebo samotná rodička může otce zapojit do drobných úkonů. Tyto úkony mohou ženě pomoci se uvolnit a uklidnit. Zapojit se může do masírování zad, vtírání vonných olejíčků, do pomoci s pohybem ženy, do asistence u hydroalangezie, do společného prodýchávání kontrakcí, do nabízení

tekutin a tak dále. Je ale nutné pochopit, že ne všichni partneři chtějí u porodu být přítomni, proto roli partnera může nahradit blízká osoba rodičky (Weidenthalerová, 2022, s. 18).

Muzikoterapie je prostředkem uvolnění a celkového zklidnění rodičky. Hudba pozitivně ovlivňuje krevní tlak, krevní oběh a pulz, upravuje dechovou frekvenci a napomáhá k celkovému uvolnění. Za nejvhodnější hudbu se obecně doporučují hlubší tóny meditačních skladeb, vážná hudba nebo různé relaxační zvuky, jako jsou například zvuky moře, přírody. Každá žena má ale jiné preference, k relaxaci lze využít mnoho dalších žánrů. Na výběru hudby má vliv temperament, sociální skupina, výchova a věk (Čermáková, 2017, s. 102).

Do rukou zkušeného odborníka – hypnotizéra, patří metoda zvaná **hypnóza**. Kombinací silné sugesce a rozptýlení se nebo také izolování se od nepříjemné situace je možné se zaměřit na jiný a příjemnější podnět (Pařízek, 2015, s. 118). Při prvním sezení se hypnóza většinou nepodaří, je zapotřebí alespoň krátkodobý trénink (Roztočil, 2017, s. 198).

4.1.2 Metody dýchání

Nejjednodušší psychosomatickou technikou je zaměření ženy na pravidelné dýchání. Pravidelné, dosti hluboké dýchání je užitečné i v tom smyslu, že současně podporuje prokrvení placenty plodu a tím i práci děložního svalstva. Žena by měla při porodu pravidelně a normálně dýchat. Vdechovat vzduch nosem a vydechovat také nosem nebo při intenzivní bolesti i ústy. Pokud ucítí kontrakci, může mírně zvýšit intenzitu dýchání a vrátit se k normálnímu dechovému vzoru, jakmile kontrakce odezní. Musí dýchat vědomě, soustředit se a myslet na to, že každý nádech přináší kyslík miminku a pracující děloze. Během intervalů mezi stahy dělohy by kromě normálního dýchání mělo být celé tělo rodičky uvolněné. Ve druhé době porodní, při vynucených kontrakcích, lze použít specifické výdechy s mírným přitlačením, které ženu zbaví nepřiměřeného, předčasného a nadměrného nucení na tlačení (Wilhelmová, 2021).

4.1.3 Pohyb a polohování rodičky

Při porodu je důležitá neomezená volnost pohybu a možnost vybrat si vhodnou polohu. Pohyb je základní potřebou charakteristickou pro zdraví. Pohybem se rodička více uvolní, lépe snáší bolest, lépe reaguje na potřeby těla při porodu, urychluje průběh porodu, zlepšuje se krevní oběh, lépe se otevírají porodní cesty a dítě lépe vstupuje do porodních cest (Čermáková, 2017, s. 100). Je nutné přihlížet na postavení plodu v děloze, pokud se jedná o postavení zadní je vhodné využívat polohy, které vytváří větší prostor v pánvi, díky kterému může dítě rotovat. Taková poloha je např. kolenoprsní (Kohoutová, 2019).

V první a druhé době porodní může být rodička ve vertikální nebo gravitačně neutrální poloze, jako je stoj, předklon, dřep, klek nebo v různých obměnách na čtyřech, bez opory, ale lépe s oporou. Při porodu se žena může opřít o partnera nebo jinou osobu, která ji doprovází, případně o podpěry, které jsou pevně ukotveny na porodním sále, jako je lano, postel, žebřík (Wilhelmová, 2021).

Polohy, které žena během porodu může zaujmout:

- **Úlevová poloha** – odpočinkový stoj s oporou o doprovázející osobu nebo pevně ukotvený předmět, tato poloha uvolňuje nejen napětí v zádech a podbřišku, ale také umožňuje relaxaci mezi kontrakcemi.
- **Leh na pravém nebo levém boku** – odpočinková poloha, která zmírňuje tlak na konečník. Poloha se volí podle postavení plodu.
- **Poloha v sedě** – rodička se v mírném předklonu opírá o doprovod či vhodný předmět, u této polohy je možné využít gymnastický míč.
- **Poloha v dřepu** – zde dochází k využití gravitace a rozšíření pánevního vchodu.
- **Klek** – zmírňuje bolesti zad a umožňuje pohyb pánve či celého těla, rodička se může zapřít o partnera, gymnastický míč či různé předměty.
- **Pohupování v pánvi** – pomáhá plodu v porodním kanálu sestupovat a rotovat, tuto polohu je vhodné doplnit o masáž zad (Birglová, 2022).

4.1.4 Hydroanalgezie

Hydroanalgezii lze rozdělit na relaxační koupel, porod do vody a kožní obstřiky vodou (Pařízek, 2015, s. 151).

Použití vody má několik účinků. Dochází k uvolnění svalů, k posílení děložní činnosti, tím zkrácení první doby porodní, a k psychickému uvolnění a zklidnění. K použití hydroanalgezie rodička může použít sprchu nebo vanu. Sprchování břicha a spodní části zad během kontrakcí navodí pocit uvolnění, nemělo by se zapomenout na sprchování ramen a celých zad. Sprchovat by se rodička měla teplou vodou, ale ne horkou, protože horká voda může zvýšit srdeční frekvenci plodu i matky. Pokud rodička může využít vanu, teplota vody by měla mít okolo 37-38°C. Při vyšší teplotě může dojít k přehřátí těla matky i plodu (Čermáková, 2017, s. 101).

4.1.5 Aromaterapie

Aromaterapie je přírodní metoda, která využívá čisté esenciální či éterické oleje. Oleje se extrahují z aromatických přírodních zdrojů jako jsou například květy, listí nebo kůry. Při aromaterapii se silice používají pro udržování, podporu a zlepšení fyzické a duševní pohody. V současné době je využíváno přibližně 300 éterických olejů. Esenciální oleje vstupují a opouštějí lidské tělo velmi efektivně, aniž by za sebou zanechaly jakékoli toxiny (Procházka, 2020, s. 549).

Silicové oleje jsou základem aromaterapeutické metody. Získávají se destilací, macerací, effleurage či lisováním. Při každém použití je za potřebí éterické oleje správně zředit v panenském nosném oleji. Vhodný nosný olej je jojobový, mandlový, meruňkový, olivový nebo slunečnicový. Existuje velké množství metod, jak využít silicové oleje. Mezi metody využití éterických olejů řadíme inhalaci, terapeutickou masáž, odpařování, koupele, saunu a obklady (Čermáková, 2017, s. 102).

Aromaterapie v první době porodní dokáže vytvořit pro rodičku a dítě příjemné prostředí. Při správném použití napomáhá správnému dýchání, zlepšuje pocit pohodlí a uvolnění. Terapie je účinná díky rychlosti olfaktorického smyslu. V první době porodní se využívá nejčastěji aromaterapie pro zvládání porodních bolestí. Samotný výběr olejů je individuální. Oleje se dělí na tišící a relaxační. V případě, že je rodička uvolněná a druhá doba porodní má rychlý průběh, éterické oleje se dále používat nemusí. Místnost bývá provoněná aromalampou již z první doby porodní. Pokud se druhá doba porodní neprojevuje rychlým průběhem je možné využít terapeutickou masáž podbřišku a bederní části zad nebo pomocí obkladů rodičku osvěžit. Během třetí doby porodní se aromaterapie uplatňuje pro usnadnění porodu placenty. Vhodná je terapeutická masáž podbřišku v kombinaci s teplým obkladem (Procházka, 2020, s. 550).

Během porodu lze využít éterické oleje

- **Geránium** neboli pelargonie vonná je specifická ženská silice, která podporuje tvorbu estrogenu a androgenu. Vyznačuje se povzbuzujícími schopnostmi, v momentech, kdy si rodička myslí, že porod nezvládne a je zapotřebí ji podpořit. Využívá se především při masáži zad mezi kontrakcemi.
- **Levandule** pomáhá uklidnit rodičku ve chvílích, kdy propadá v zoufalství. Má zklidňující účinky. Levandule se hodí jako příměs do teplé lázně či do aroma difuzéru. Při použití je nutné myslet na omamnou vůni, která nemusí vonět každému.

- **Kadidlovník** má stejně jako levandule uklidňující účinky, napomáhá také se soustředěním na porod. Kadidlo by se nemělo kombinovat s farmaky na tišení bolesti a epidurální analgezií.
- **Heřmánek římský** mírně tlumí bolest a napomáhá uklidnit mysl. Díky silici heřmánku rodička nabývá sebedůvěry.
- **Růže** nebo také hydrolát z ní osvěžuje a posiluje rodičku za porodu. Růže má antidepresivní účinky, dodává sebedůvěru a optimismus, utlumuje pocity strachu.
- **Jasmín** podporuje psychickou kondici, má analgetické účinky a napomáhá otevírání porodních cest. Není vhodné ho kombinovat s farmaky pro urychlení porodu. Jasmín se také může využít při poporodních depresích.
- **Šalvěj** je silice, která se využívá již celá staletí, tlumí křeče všeho druhu a tím napomáhá uvolnění svalstva. Působí proti bolesti a snižuje stres. Šalvěj se hodí na masáž křížové oblasti zad. Je kontraindikovaná při kojení.
- **Majoránka** působí také proti křečím děložního svalstva, hodí se stejně jako šalvěj na masáž křížové oblasti zad.
- **Hřebíček** je velmi silný éterický olej a je třeba s ním pracovat s opatrností. Pomocí hřebíčku lze zesílit kontrakce, prohřívá a prokrvuje a lze jej použít k odloučení placenty (Lachowiczová, 2020).

Jednou z metod aromaterapie, která se za poslední roky šíří porodnicemi je **ženská bylinná napářka**. Napářku žena může využít ve všech obdobích svého života. Využít se může před porodem a také za porodu. Díky intenzivnímu uvolnění, teplu a účinku bylin může bylinná napářka ovlivnit průběh porodu. Teplá pára, která se uvolňuje z napářky má pozitivní vliv na změkčení tkání, jenž se stávají poddajnější. Mezi byliny, které jsou obsaženy ve směsi napářky patří například maliník obecný, mateřídouška obecná, levandule lékařská, měsíček lékařský, kokoška pastoší tobolka a další (Valová, 2022).

4.1.6 Masáže

Kůži je možné stimulovat několika masážními technikami. Rodička některé techniky může provádět sama nebo s pomocí partnera, blízké osoby nebo porodní asistentky. Vhodné je využít masážní éterické oleje a střídat polohy. Masáže je možné provádět vsedě, na boku nebo vleže. Během kontrakcí si rodička může sama hladit břicho krouživými pohyby prstů jednou nebo oběma rukama do tvaru čísla osm nebo nula. S rostoucí intenzitou porodních bolestí je vhodné zvýšit tlak, kterým se působí na kůži. Hrany dělohy se mohou masírovat dlaněmi při nádechu nahoru, při výdechu dolů. Další technikou masáží je silný tlak na spodní část zad, tato metoda

mírně tlumí bolest, rodička ovšem musí partnera či porodní asistentku poučit kde a jakou silou záda masírovat (Bašková, 2015, s. 76).

4.1.7 Akupunktura a akupresura

Akupunktura a akupresura je stará čínská metoda, která využívá akupunkturní body. Body leží na akupunkturních drahách, kterými proudí životní energie „čchi“. Při použití akupunktury se do těchto bodů zapichují jehličky. Naopak při akupresuře se tyto body pouze stlačují (Pařízek, 2015, s. 119). Je zapotřebí, aby se akupunktura prováděla pod vedením zkušeného akupunkturisty, který zavádí jehličky do akupunkturních bodů a tím může snížit intenzitu porodních bolestí. Akupresura je zvláštní typ masáže, kterou může provádět sama rodička či její doprovod (Mander, 2014, s. 176-177).

4.2 Farmakologické metody

Farmakologické metody neboli metody s využitím léčiv se dělí na systémovou analgezii, sedativa a regionální analgezii. Úlohou farmakologických metod porodní analgezie je regulovat porodní bolesti a tím podporovat komfort rodičky (Pařízek, 2015, s. 123).

4.2.1 Systémová analgezie

Porodní bolest je jednou z nejintenzivnějších bolestí, proto jsou v této situaci voleny nejsilnější analgetika. Těmito analgetiky jsou opioidy. Napětí rodičky lze regulovat opioidy (Roztočil, 2017, s. 472).

Systémová analgezie představuje způsob tlumení bolesti, při kterém účinná látka působí přímo v centrální nervové soustavě. Způsob podání tohoto analgetika bývá obvykle injekcí do podkoží, svalu, nebo do žíly. Dalším způsobem je podání inhalace (Pařízek, 2015, s. 153).

Mezi pozitivní účinky systémové analgezie a sedace se řadí zvýšení prahu vnímání bolesti a následným snížením pocitu tenze, potlačení negativních účinků stresové reakce a v neposlední řadě lepší spolupráce s rodičkou. K negativním účinkům podání této analgezie pro rodičku může být hypoventilace, hypotenze, bradykardie, nauzea až zvracení, sedace či excitace, snížení děložního tonu a s tím související prodloužení porodu. Negativní účinky na plod mohou být například pokles AS, útlum dechového centra novorozence, inhibice sání nebo také snížení aktivity (Procházka, 2020, s. 502-503).

4.2.1.1 Sedativa

Sedativa jsou léčiva, která potlačují úzkost a strach. Do této kategorie se řadí benzodiazepiny a neuroleptika (Procházka, 2020, s. 503).

Benzodiazepiny mají anxiolytické, amnestické a hypotonické účinky. Pokud se použijí ve vyšších dávkách, tak i svalově relaxační účinky. Mohou ovlivnit aktivní spolupráci rodičky. U plodu mohou vyvolat pokles tělesné teploty, snížení variability srdeční frekvence a hypotonii (Procházka, 2020, s. 503).

Neuroleptika se v porodnictví využívají výjimečně, mají antiemetické účinky. Jejich působení může vyvolat výraznou psychomotorickou sedaci (Procházka, 2020, s. 503).

4.2.1.2 Opioidy

Opioidy mají velmi silné analgetické účinky a mohou mít účinky i sedativní (Procházka, 2020, s. 503).

Pethidin má analgetickou účinnost okolo 25-30 % a jeho účinek trvá 2-3 hodiny. Častým nežádoucím účinkem pethidinu je nauzea, zvracení, hypotenze a ospalost rodičky. V souvislosti s dávkou a načasováním podání, může vyvolat útlum dechu novorozence (Pařízek, 2015, s. 123).

Nalbuphin má analgetickou účinnost kolem 50 % a účinek trvá přibližně 3-6 hodin (Pařízek 2015, s. 124). Kromě analgezie u rodičky může vyvolat mírnou sedaci a dysforii, méně častým nežádoucím účinkem bývá nauzea a zvracení. U novorozence může vyvolat depresi dechu, apnoi, bradykardii a arytmii (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 199-200).

Remifentanil má rychlý nástup a dokáže rychle odeznít. Prostupuje placentární bariérou, ale je rychle metabolizován. Při použití vyšší, než doporučené dávky může způsobit depresi dechu u plodu (Procházka, 2020, s. 503-504).

4.2.1.3 Inhalační analgezie

V současné době se využívá oxid dusný v 50 % koncentraci. Oxid dusný v této koncentraci má nástup účinků velmi rychlý, a to do několika minut. Účinky jsou velmi individuální. Zvyšuje práh bolesti, tlumí napětí a úzkost, neovlivňuje děložní kontrakce a neprodlužuje trvání porodu (Procházka, 2020, s. 504). Nemá negativní účinky na plod a nijak neovlivní zdraví matky. Směs plynů se rodičce podává pomocí ventilového systému s náustkem (Pařízek, 2012, s. 203).

4.2.2 Regionální analgezie

Regionální analgezie představuje soubor způsobů, při němž se podáním místně účinných látek mění vnímání bolesti (Pařízek, 2015, s. 155). Do této analgezie lze zařadit infiltrační anestezii, neuroaxilární blokády, pudendální, paracervikální a kaudální blok (Procházka, 2020, s. 504).

Infiltrační anestezie se využívá k ošetření epiziotomie nebo porodního poranění. Jedná se lokální anestetikum (Procházka, 2020, s. 504).

Neuroaxilární blokády reverzibilně zabraňují šíření vzruchů nervovým vláknem. Lokální anestetikum se zavádí do epidurálního nebo subarachnoidálního prostoru. Nijak neovlivňuje vědomí rodičky, anestetikum působí pouze lokálně, ze všech metod tlumení porodních bolestí je nejúčinnější a je bezpečná pro rodičku i plod. Při perforaci tvrdé mozkomíšní pleny se může objevit postpunkční bolest hlavy, mohou se projevit neurologické komplikace a pokles

TK (Procházka, 2020, s. 504-505). **Epidurální analgezie** je nejčastější a nejúčinnější porodnická analgezie. Lokální anestetikum společně s opiátem je vpraven do epidurálního prostoru. A tím na určitou dobu přeruší vedení bolesti z porodních cest do míchy. Za aseptických podmínek epidurální analgezii zavádí anesteziolog. Epidurální analgezie má ve většině případech pozitivní vliv na porodní proces, psychiku rodičky a zdraví plodu. Její účinky trvají libovolně dlouhou dobu a anestetikum se může postupně přidávat epidurálním katetrem (Pařízek, 2012, s. 230-242). **Subarachnoidální analgezie** se využívá, pokud není možná epidurální analgezie a porodnický nález je větší než 6 cm. Na rozdíl od epidurální analgezie se nezavádí katetr a směs anestetik a opioidů je podána jednorázově přímo do mozkomíšního moku a analgezie začne působit okamžitě (Procházka 2020, s. 506).

Pudendální analgezie se využívá před vaginálními porodnickými výkony. Pomocí lokálního anestetika se znecitliví zadní dvě třetiny labií, perineální oblast a konečník. Transvaginálně nebo transperitoneálně se blokuje n. pudendus (Procházka, 2020, s. 507).

Paracervikální analgezie přerušuje vedení bolesti z porodních cest do míchy. Lokální anestetikum se pomocí injekcí podává do blízkosti nervových drah v oblasti děložního hrdla. Během paracervikální analgezie byly popisovány poruchy AS plodu (Pařízek, 2015, 129).

Kaudální analgezie se nepovažuje za vhodnou metodou během první doby porodní. Pomocí jehly se zavádí lokální anestetikum přes membránu mezi cornua sacralia (Procházka, 2020, s. 507).

5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI ZVLÁDÁNÍ PORODNÍCH BOLESTÍ

„Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě“ (MZČR, 2019).

S porodní asistentkou se žena může setkat v ambulanci gynekologa, oddělení gynekologie, v porodnici, na oddělení novorozenců nebo v centrech porodní asistence. Těhotné ženy se s PA mohou setkat na předporodních kurzech, v těhotenských poradnách, PA těhotnou připraví na porod a péči o novorozence, je pro těhotnou ženu podporou a rádkyní. Po porodu pečuje o šestinedělky, poskytuje laktační poradenství, pečuje o porodní poranění a podobně (Unipa.cz, 2017). Ženy během těhotenství a porodu často cítí obavy a napětí. Díky těmto pocitům může být porod pro ženu obtížnější. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentka ženu během porodu trpělivě podporovala, motivovala a pečovala o ni (Procházka, 2020, s. 397).

V první době porodní se PA zaměřuje mnoho úloh. Během péče o rodící ženu je potřeba respektovat a uspokojit její potřeby. Mezi tyto potřeby se řadí například potřeba soukromí a intimita ženy. Důležitý je volný pohyb, volba polohy a také svobodný výběr doprovázející osoby, ke které by PA měla přistupovat jako k aktivnímu účastníkovi a součásti porodu. PA se soustředí na zajištění vhodného prostředí, nabídku různých postupů, edukaci rodičky, dbá na dostatečnou hydrataci, pomáhá ženě zvládat porodní bolesti a mnoho dalšího (Wilhelmová, 2021). Dále PA vyšetřuje moč při příjmu rodičky na porodní sál a dbá na pravidelné vyprazdňování močového měchýře rodičky, monitoruje FF, děložní kontrakce a ozvy plodu, kontroluje dilataci děložního hrdla a v neposlední řadě vede porodnickou dokumentaci (Procházka, 2020, s. 399).

Cílem druhé doby porodní je pro PA zachovat fyziologický průběh porodu a udržet ženu i dítě v optimální kondici (Wilhelmová, 2021). PA se zaměřuje na observaci rodičky, kontrolu srdečních ozev plodu, sledování děložních kontrakcí a sledování postupu porodu. Další úlohou PA je nachystání pomůcek k porodu a asistovat lékaři nebo pokud je porod fyziologický vést samotný porod. Je důležité motivovat, povzbuzovat a podporovat rodičku, snažit se mírnit obavy a strach (Procházka, 2020, s. 408).

Úlohou PA během třetí doby porodní je odebrání krevních vzorků z pupečníku, kontrola odlučování placenty a následný porod placenty a plodových obalů. Je nutné kontrolovat celistvost placenty a plodových obalů, případné porodní poranění a jeho ošetření (Procházka, 2020, s. 428).

Ve čtvrté době porodní PA kontroluje FF v pravidelných intervalech, výšku děložního fundu, zavinování dělohy, vaginální krvácení a stav ženy po porodu. Podporuje bonding a kontakt s novorozencem, sleduje psychický stav rodičky a následně dopomáhá ženě při mobilizaci a hygieně. V neposlední řadě vede porodnickou dokumentaci (Procházka, 2020, s. 430).

6 KOMUNIKACE A SPRÁVNÉ VEDENÍ ROZHOVORU

Komunikace ve zdravotnictví je nedílnou součástí života zdravotnického personálu. Osvojení si správných technik komunikování dokáže umožnit porodní asistentce komunikaci začít, rozvíjet a náležitě ji ukončit (Zacharová, 2016, s. 8).

6.1 Vymezení pojmu komunikace

Pojem komunikace vychází z latinského *communicare*, což znamená společnou činnost nebo sdílení zkušeností. Je jedinečným jevem lidské společnosti a přímým regulátorem mezilidských vztahů. Komunikaci je zapotřebí chápat jako výměnu informací mezi lidmi a jejich vzájemnou interakci mezi sebou, při které se nevyměňují pouze informace, ale dochází k bezprostřední společenské činnosti. Komunikaci lze rozdělit na formu neverbální a verbální. Tyto formy se vzájemně doplňují (Zacharová, 2016, s. 8-9).

Verbální komunikaci je možné definovat jako dorozumívání se dvou či více lidí prostřednictvím jazyka a pomocí slov. Je velmi důležitou součástí sociálního života člověka a nezbytnou podmínkou pro myšlení. Tento druh komunikace může být mluvený či psaný, přímý nebo zprostředkovaný. Na úspěšnosti verbální komunikace se podílí mnoho prvků. Jedná se o rychlost a hlasitost hlasu, pomlky nebo přerušení, výška hlasu, jednoduchost a stručnost, správné načasování a důvěryhodnost (Zacharová, 2017, s. 96).

Neverbální komunikace neboli řeč těla se považuje za upřímnější než verbální komunikace. Neverbální komunikací lze doplnit nebo nahradit řeč, projevovat emoce, vyjadřovat interpersonální postoje, využívá se k sebeprezentaci a sdělování zájmu o sblíženi či navázání intimnějšího styku. Neverbální projevy člověk vyjadřuje pomocí mimiky, proxemiky, haptiky, posturologie, kineziky, gestiky, řeči očí, úpravy zevnějšku, paralingvistickými projevy, vůní těla a také úpravou prostředí. 60-80 % informací je sděleno neverbálně (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 18-19).

6.2 Rozhovor

Rozhovory jsou druhem mezilidské komunikace, ve které se setkávají dva lidé a za pomocí otázek a odpovědí dosahují svých cílů. Rozhovor je výzkumná a diagnostická technika. Spočívá v dotazování a je prostředkem k navázání kontaktu s dotazovaným. Při vedení rozhovoru je nutné postupovat pomalu a opatrně, taktně a empaticky. Je důležité s člověkem, se kterým je veden rozhovor navázat důvěru a sympatie. Rozhovor se považuje za základní metodu

psychologického působení na člověka. Správně připravený rozhovor má svou strukturu (Zacharová, 2016, s. 35-36).

Skládá se z částí, které na sebe navazují. Na rozhovor je zapotřebí se připravit, je nutné, aby porodní asistentka znala odpovědi na otázky, s kým rozhovor povede, proč rozhovor povede, jaký bude obsah rozhovoru, jak bude otázky formulovat, kdy rozhovor povede a na jakém místě. Pokud je zajištěno soukromí je možné zahájit rozhovor, správně oslovit těhotnou, rodičku šestinedělku nebo například gynekologickou pacientku a navázat oční kontakt, pozdravit ji. Je třeba získat důvěru a sdělit jí, že informace nebudou zneužity a projevit zájem o rozhovor. Další zásada vedení rozhovoru je mluvit zřetelně a pomalu, správně formulovat otázky, neovlivňovat nikoho svým názorem, aktivně naslouchat atd. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností, která se při rozhovoru využívá je naslouchání (Zacharová, 2016, s. 36-38).

V praxi se využívají různé typy rozhovorů. Typ rozhovoru je závislý na cíli, který si porodní asistentka stanoví. Rozhor může být diagnostický, terapeutický, informační, edukační, motivační nebo také ventilační (Zacharová, 2017, s. 111).

7 PRŮZKUMNÁ ČÁST

7.1 Metodika průzkumné části

Kvalitativní výzkum je zaměřen na jednotlivce nebo skupiny a jejich nahlížení či chápání zkoumaného tématu. Tento výzkum, na rozdíl od kvantitativního, nevyužívá statistické metody. Na začátku kvalitativního výzkumu vybírá výzkumník téma, poté zvolí základní výzkumné otázky. Samotné otázky je možné měnit a doplňovat v průběhu výzkumu či během sběru a analýzy dat (Záhněl, 2014, s. 37-39). Sběr dat a následná analýza kvalitativního výzkumu probíhá v delším časovém období. Výzkum je prováděn za pomocí delšího a usilovnějšího kontaktu s terénem, jedincem či skupinou. Mezi druhy dat v kvalitativním výzkumu patří přepisy poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audiozáznamy, videozáznamy, deníky, osobní komentáře a podobné (Hendl, 2016, s. 49).

Vytvoření rozhovoru bylo provedeno po prostudování odborné literatury, která byla využita k sepsání teoretické části práce a bakalářských prací na podobné téma. K sestavení otázek do rozhovoru přispěly odborné konzultace s vedoucí bakalářské práce, kde se posuzovala kvalita, dostatečnost a srozumitelnost otázek.

Respondentky byly vybrány záměrně. Podmínkou pro účast v průzkumu byly ženy prvorodičky, které měly termín porodu v době výzkumu a porodily vaginálně. Respondentky byly osloveny na předporodních kurzech v Královéhradeckém kraji, kde následně rodily. Některé respondentky mi předaly kontakt na jejich těhotné známé, které se průzkumu následně také zúčastnily. Při hledání dalších respondentek do průzkumné části bakalářské práce byla využita metoda tzv. sněhové koule.

Na začátku každého rozhovoru byly respondentky seznámeny s tématem bakalářské práce a s cíli průzkumu. Jelikož byl průzkum bakalářské práce anonymní, respondentky jsou označeny zkratkou R1 – R7. Respondentky byly informované o podmínkách a průběhu výzkumu. Po následném souhlasu s účastí v průzkumu respondentky podepsaly informovaný souhlas. Rozhovorů před porodem proběhlo celkem deset, tři respondentky byly vyřazeny z důvodu nesplnění podmínek rozhovoru po porodu. Dvě respondentky musely podstoupit akutní císařský řez. Jedna respondentka neabsolvovala předporodní kurz. Průzkumná část byla ukončena při počtu sedmi respondentek, jelikož došlo k saturaci dat. Pro záznam rozhovorů byl použit diktafon na mobilním telefonu, po následném dokončení byly rozhovory přepsány. Záznam byl z důvodu zachování anonymity později smazán. Za pomocí metody tužka – papír

byly analyzovány podobné či stejné odpovědi respondentek. Sběr dat probíhal od prosince 2022 do března 2023.

Rozhovory před porodem probíhaly buď osobně v kavárně nebo pomocí aplikace Teams online. Trvání jednotlivých rozhovorů bylo různé od 16 minut po 35 minut. Respondentkami jsem byla informována o přibližném termínu a místě porodu. Po předání vzájemných kontaktů mě po porodu kontaktovaly. Všechny rozhovory po porodu probíhaly v ranném šestinedělí. Buď osobně na oddělení šestinedělí nebo online za pomocí aplikace Teams. Trvání jednotlivých rozhovorů se pohybovalo od 19 minut do 38 minut.

7.2 Charakteristika respondentů

Respondentky v průzkumu bakalářské práce byly ženy, prvorodičky, které porodily spontánně. Prvorodičky byly vybrány záměrně, aby jejich očekávání o porodních bolestech nebylo ovlivněno předchozí zkušeností. Ženy byly kontaktovány na předporodních kurzech, které se konaly v Královéhradeckém kraji. Výběr respondentek na předporodních kurzech byl plánovaný, jelikož ženy po absolvování předporodního kurzu mají pravděpodobně určité znalosti o metodách tlumení porodních bolestí. Některé z respondentek byly vybrány z blízkého okolí mých známých, přátel a rodiny. Respondentek bylo celkem 7 a v další části práce jsou označovány R 1–7. Věková hranice dotazovaných žen byla od 23 do 31 let. Měly různé vzdělání, od středního s maturitní zkouškou, až po vysokoškolské. Pro přehlednější zobrazení je níže uvedená Tabulka 1.

Tabulka 1 - Charakteristika respondentek

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání
R1	23	Středoškolské s maturitou
R2	28	Vysokoškolské
R3	29	Vysokoškolské
R4	31	Vysokoškolské
R5	24	Střední s maturitou
R6	28	Střední s maturitou
R7	29	Vysokoškolské

7.3 Cíle průzkumu

Průzkumné cíle

- Zjistit, jaké je očekávání žen o intenzitě porodní bolesti před porodem a následné vyhodnocení intenzity porodní bolesti po porodu.
- Ověřit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženám nejvíce nabízena.
- Zjistit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženami nejvíce využívána.
- Ověřit jaká metoda tlumení porodních bolestí přináší největší úlevu.

Průzkumné otázky

- Dosáhla intenzita bolesti na škále bolesti takové intenzity jako byla předpokládána?
- Jaká metoda tlumení porodních bolestí byla rodičkám nejčastěji nabízena?
- Jakou metodu tlumení porodních bolestí rodičky nejčastěji využily?
- Jaké farmakologické a nefarmakologické metody jsou ženami označovány jako nejvíce efektivní a jaké nejméně?

7.4 Výsledky rozhovorů

Níže budou uvedeny výsledky jednotlivých otázek z rozhovorů před a po porodu. Pro přehlednější zobrazení se na konci průzkumné části nacházejí dvě tabulky. Tabulka 4 obsahuje odpovědi z rozhovoru před porodem a Tabulka 5 obsahuje odpovědi rozhovorů po porodu.

7.4.1 Otázka z rozhovoru před porodem č. 1

Cílem první otázky bylo zjistit, jak respondentky obecně snášejí bolest a jakou nejhorší bolest zažily. Čtyři respondentky, konkrétně R1, R3, R4, a R6 uvedly, že mají práh bolesti vysoký. Naopak jedna respondentka uvedla nízký práh bolesti. Jedná se o R2. R5 a R7 tvrdí, že jejich postoj k bolesti je neutrální. Odpovědi na tuto otázku byly různorodé. R1 uvedla, že pro ni nejhorší bolest byla při extrakci zubů moudrosti. R2 na tuto otázku zareagovala následovně: *„Bolest je u mě osobně velký problém, jsem citlivka a mám nízký práh bolesti. Nejhorší bolest jsem vnímala při trhání osmiček.“* Pro 2 z 7 respondentek byla nejhorší bolest zlomenina. R1 uvedla: *„No myslím si, že mám docela vysoký práh bolesti. Jsem taková nešika na všechno, takže jsem zažila spoustu úrazů od šití na různých částech těla po zlomenou čelist. A ta čelist byla asi úplně nejhorší.“* Dále se odpovědi lišily. Respondentky uvedly podvrknutý kotník, operaci kolene, zánět slepého střeva a následnou operaci a zablokovaná záda.

7.4.2 Otázka z rozhovoru před porodem č. 2

Ve druhé otázce byly respondentky požádány, aby nejhorší pociťovanou bolest ohodnotily na bodové stupnici VAS 1–10. Byly poučeny, že hodnocení 1 je nejmenší bolest a 10 největší. Bodové hodnocení se pohybovalo v rozmezí od 5 do 10. Pro přehlednější zobrazení jednotlivých odpovědí na tuto otázku je níže uvedena Tabulka 2.

Tabulka 2 - Hodnocení nejhorší bolesti na stupnici VAS

	Nejhorší bolest	VAS nejhorší bolesti
R1	Zlomená čelist	8-9
R2	Extrakce zubů moudrosti	7
R3	Podvrknutý kotník	5
R4	Po operaci kolene	8
R5	Zlomená ruka	6
R6	Zablokovaná záda	10
R7	Apendektomie	6

7.4.3 Otázka z rozhovoru před porodem č. 3

Cílem třetí otázky bylo zjistit očekávanou intenzitu porodní bolesti. Žádná z respondentek neuvedla VAS 10, tedy největší. R3 a R4 očekávaly nejmenší intenzitu porodní bolesti a to VAS 7. R3 prohlásila: *„No budu se muset zamyslet.“* Respondentka se na 3 minuty zamyslela. *„Zkusím dát porodu číslo 7. Opravdu nevím, co mě čeká.“* R2, R5 a R7 očekávaly intenzitu porodní bolesti VAS 8. R7 uvedla: *„Očekávám VAS 8.“* Největší číslo na stupnici VAS, a to číslo 9 uvedly respondentky R1 a R6. Hodnoty intenzity očekávané porodní bolesti se pohybovaly v rozmezí VAS 7 až 9.

7.4.4 Otázka z rozhovoru před porodem č. 4

Čtvrtá otázka obsahovala dotaz, zda respondentky absolvovaly nějaký předporodní kurz. Všech sedm respondentek odpovědělo kladně. Dvě respondentky absolvovaly online kurzy. Zbylé čtyři respondentky absolvovaly předporodní kurzy osobně. Ve většině případů na předporodní kurzy chodily i partneři respondentek, jak uvádí R2: *„Chodila jsem na předporodní kurz, který měl 3 lekce – těhotenství, porod a šestinedělí, chodil se mnou i manžel.“*

7.4.5 Otázka z rozhovoru před porodem č. 5

Na tuto otázku měly dotazované odpovědět, jaké metody tlumení porodních bolestí byly na předporodním kurzu probírány. Šest ze sedmi respondentek uvedlo, že na kurzu byly probírány farmakologické i nefarmakologické metody. R4 o obsahu předporodního kurzu řekla: *“Z mého pohledu byl kurz velmi obsáhlý, probíraly se koupele, polohy, byliny, hudba, a tak různě. Pak samozřejmě léky.”* Jediná R6 uvedla, že na kurzu, kterého se zúčastnila byly probírány pouze metody nefarmakologické. O kurzu, který vedla dula, uvedla: *„Udělala jsem asi chybu, že jsem nešla na jiný kurz. Ta dula probírala jen přírodní metody, třeba šátek při porodu, učila přítele mě masírovat, voněla tam různými olejíčky a podobně. Ty léky za porodu jsem si pak dostudovala sama.“*

7.4.6 Otázka z rozhovoru před porodem č. 6

Cílem otázky číslo 6 bylo zjistit, zda respondentky mají představu o tom, jak porodní bolest chtějí tlumit. Šest ze sedmi respondentek tuto představu mělo. R4 měla představu jasnou, jelikož měla sepsané porodní přání a uvedla: *“Mám vypracované porodní přání. Představu tedy mám jasnou.”* Pouze jedna dotazovaná jasnou představu o tlumení porodních bolestí neměla. R3 na tuto otázku odpověděla: *„Představu vyloženě nemám.“*

7.4.7 Otázka z rozhovoru před porodem č. 7

Poslední otázka v rozhovoru před porodem zjišťovala, jaké mají dotazované preference v jednotlivých metodách. Jaké metody chtějí využít a jaké naopak ne. Respondentka, která odpověděla, že představu o tlumení bolestí nemá, nyní uvedla, že se žádné metodě nebrání. R3 uvedla: *„Vůbec nevím. Nemám asi žádnou metodu, kterou bych vyloženě odmítala. Hlavní je, aby nic neohrozilo miminko.“* Čtyři ze sedmi respondentek chtěly využít pouze nefarmakologické metody. Tyto metody chtěly využít R1, R2, R4 a R7. R4 na tuto otázku odpověděla následovně: *“Co určitě nechci jsou jakékoliv léky, takže opiáty, epidurální analgezii, nechci ani podání oxytocinu. Ve zkratce bych ráda využila jen přírodní metody.”* Respondentka 7, která také chtěla využít jen nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí uvedla: *„Určitě bych ráda využila jen čistě nefarmakologické metody. K farmakologickým přistoupím jen v krajním případě.“* Dvě respondentky uvedly, že by rády využily nefarmakologické metody, ale těm farmakologickým se nebrání. R5 odpověděla: *“Určitě bych to ráda zkusila bez léků, jen s přírodníma metodami. Ale uvidíme, jak to budu zvládat. Lékům se úplně nebráním.”* Podobný názor měla i R6, na otázku odpověděla: *„Asi jako každá bych to chtěla dát bez léků, ale že bych se tomu chtěla vyhnout, to vůbec. Jen vím, že určitě chci zkusit tu aromaterapii, na kurzu se mi strašně líbila.“*

7.4.8 Otázka z rozhovoru po porodu č. 1

Cílem první otázky v rozhovoru po porodu bylo zjistit, jak respondentky porodní bolest vnímaly. Respondentky na tuto otázku odpovídaly rozmanitě. R1 a R7 nečekaly takovou intenzitu porodní bolesti. R1 na otázku odpověděla: *„Popravdě to byl mazec. Nečekala jsem, že to bude až tak intenzivní.“* Další 2 respondentky uvedly podobnou odpověď. Jedná se o R3 a R5, které uvedly, že porodní bolest vnímaly jako silné menstruační bolesti. R5 na otázku reagovala následovně: *“Ze začátku mi bolesti připomínaly silnější měsíčky, ale jakmile se porod blížil do finále bylo to horší a horší.”* Celkem dvě respondentky, a to R4 a R6, se domnívají, že bolest zvládly dobře. R4 uvedla: *“Myslím si, že jsem to zvládala velmi dobře. Byla jsem doma dokud jsem mohla.”* Jediná R2 na otázku odpověděla následovně: *„V první chvíli mě to hodně vyděsilo, ale když jsem s manželem dorazila do porodnice uklidnila jsem se a neměla takový strach, tím pádem i ta bolest byla trochu jiná než před příjezdem.“*

7.4.9 Otázka z rozhovoru po porodu č. 2

Druhá otázka se zabývala intenzitou porodní bolesti po porodu. Respondentky měly za úkol porodní bolest ohodnotit na bodové škále VAS 1-10. Byly informovány, že hodnota 1 je nejmenší a 10 největší. Odpovědi respondentek se lišily. R3 a R4 zhodnotily bolest

na stupnici VAS číslem 7. R2, R5 a R7 ohodnotily intenzitu porodní bolesti na stupnici VAS číslem 9. Intenzitu VAS 10 uvedly dvě respondentky, těmi jsou R1 a R6. Pro přehlednější zobrazení odpovědí je níže uvedena Tabulka 3. V tabulce je obsaženo srovnání odpovědí otázky před porodem č. 3 a otázky po porodu č. 2.

Tabulka 3 - Porovnání očekávání a reality porodní bolesti

	VAS očekávání porodní bolesti	VAS porodní bolesti
R1	9	10
R2	8	9
R3	7	7
R4	7	7
R5	8	9
R6	9	10
R7	8	9

7.4.10 Otázka z rozhovoru po porodu č. 3

Třetí otázka obsahovala dotaz, v jaké fázi porodu respondentky pociťovaly největší bolest. Odpovědi jsou opět různorodé. Odpověď, že bolest byla nejhorší před tlačením se opakovala třikrát. Na této odpovědi se shodly respondentky R1, R5 a R7. R5 na tuto otázku odpověděla: *"Nejhorší to bylo úplně na konci, těsně před tlačením."* Podobně odpověděla i R1: *„Nejhorší to bylo, když mi porodní asistentka řekla, že už jsem otevřená a malej byl ještě hodně nahoře a čekalo se na takové to aktivní tlačení. Tohle trvalo třeba třičtvrtě hodiny nebo možná hodinu. Přišlo mi to nekonečný a vůbec to neutíkalo."* Pro respondentky R2 a R6 byla nejhorší bolest, když kontrakce cítily do zad. Jak zmiňuje R6: *„Nejhorší byl ten okamžik, když kontrakce začaly do zad a pokračovalo to až do tlačení."* R3 uvedla, že porodní bolest byla nejintenzivnější až po odtoku vody plodové. R3 uvedla: *„Po tom, co mi praskla voda, jestli si dobře pamatuju, tak jsem byla na 4 centimetry otevřená a byl to spíš šok, že z mírných bolestí to byla najednou pěkná jízda."* Pouze pro respondentku R4 byla nejhorší bolest po nepříjemném vnitřním vyšetření lékaře. Odpověděla následovně: *"Pro mě osobně to bylo ve chvíli, kdy jsem s manželem přijela do porodnice a lékař mě velmi surově vyšetřil. Poté byl porod rychlý a bolest jsem prožívala hlavně doma."*

7.4.11 Otázka z rozhovoru po porodu č. 4

V další otázce byly respondentky dotazovány, jaké metody tlumení bolestí jim byly u porodu nabízeny. Odpovědi byly velmi různorodé. R4 jako jediná udává, že jí žádné metody tlumení porodních bolestí nabízeny nebyly. Na otázku odpověděla: *"V porodnici jsem nevyužila nic, nestihla jsem to."* Celkem ve 4 případech byla respondentkám nabídnuta hydroanalgezie, kterou všechny využily, konkrétně R1, R3, R5 a R7. Třem respondentkám byla nabídnuta aromaterapie, případně masáž nebo bylinná napářka, jedna respondentka aromaterapii na doporoučení porodní asistentky vyzkoušela, ostatní si o ni řekly. Jednalo se o R7, na tuto otázku odpověděla: *„Porodní asistentka mi vzhledem k tomu, na kolik jsem byla otevřená nabízela spoustu přírodních metod, ale nejvíc se mi líbilo, jak mluvila o aromaterapii. Byla do toho strašně zapálená."* Dále porodní asistentky respondentkám nabízely možnost využít farmakologické metody, mezi které řadíme epidurální analgezii a užití Nalbuphinu intravenózně či intramuskulárně. Epidurální analgezie byla nabízena respondentkám R1, R2 a R6. Z těchto respondentek tento typ analgezie využila jedna. R2 uvádí: *„Porodní asistentka mi vzhledem k zádům a k tomu na kolik jsem byla otevřená doporučila epidurál a ano využila jsem ho."* Respondentkám R3 a R5 byla nabízena aplikace Nalbuphinu. Obě respondentky toto farmakum využily. R5 uvádí: *"Sestřičky mi nabízely strašně moc věcí. A nechala jsem si od nich ráda poradit. Nabízely sprchu, aromalampičku, žíněňku a míč a taky kapačku. Využila jsem sprchu a kapačku."*

7.4.12 Otázka z rozhovoru po porodu č. 5

Cílem páté otázky bylo zjistit, zda si respondentky myslí, že předporodní příprava byla přínosná pro zvládání porodních bolestí. Odpovědi na tuto otázku byly podobné. Jedinou odlišnou odpověď udala respondentka R6, která odpověděla: *„S volbou tý duly to pro mě ani přínosný nebylo, jen se mi líbila ta aromaterapie."* Ostatní odpovědi byly kladné. Například R1 uvedla: *„Určitě ano, sama jsem pak porodní asistentce řekla, co bych chtěla, a i když mi to nenabízela, tak mi po mém požadavku umožnila, co jsem chtěla."*

7.4.13 Otázka z rozhovoru po porodu č. 6

Poslední otázka se zabývala tím, jaké metody tlumení porodních bolestí respondentky využily a jaká metoda jim přinesla největší úlevu. Odpovědi byly různorodé. Nejčastěji respondentky využívaly hydroanalgezii, konkrétně R1, R3, R4, R5 a R6. Další častou metodou tlumení porodních bolestí byla aromaterapie, která byla často kombinovaná s masáží. Aromaterapii využily respondentky R1, R4, R6 a R7. R6 využila i Entonox neboli rajský plyn, na otázku odpověděla: *„Jak jsem chtěla, tak aromaterapii, voněla mi tam levandule a přítel mě masíroval*

ty bolavý záda. Nejenže byla příjemná atmosféra, ale masáž fakt pomáhala. Chtěla jsem do vany, ale musela jsem být pořád na monitoru, protože se doktorce něco nelíbilo. No, a nakonec jsem si vykňourala rajskej plyn, ale potom jsem se pozvracela a motala se mi hlava.“ Další respondentky R3, R5 a R6 využívaly možnost různého polohování. Z farmakologických metod jedna respondentka, konkrétně R2, využila epidurální analgezii. Uvedla velkou úlevu od bolesti. Opověď R2 zněla následovně: *„Chtěla jsem využít koupel, ale to nevyšlo, protože nebyl volný porodní box s vanou. Potom jsem využila epidurál. Ten byl super, hodně mi ulevil. Bolest jsem sice pořád cítila, ale dalo se to vydržet.“* Další farmaka za porodu využily R3 a R5. Byla jim nabízena infuze s Nalbuphinem. R3 odpověděla: *„Využila jsem toho fakt moc. Začneme postupně. Masáž zad a takové hlazení bříška s bylinkovým olejíčkem, to byla paráda příjemné a od bolesti mě to celkem rozptýlilo. Ve sprše se mi dělalo na omdlení, takže tam jsem byla chvíli a nebylo to nic pro mě. Dál jsem skákala na míči, a to mi bylo moc příjemné a z těch přírodních metod jsem měla ještě napářku, a ta s porodem pěkně pohla, jenže pak se to trochu zpomalilo, já byla unavená a sestřička mi nabídla nějakou kapačku, ani si nepamatuji, co to bylo. Ale to mi pomohlo hodně, díky tomu jsem se uvolnila a 20 minut po kapačce jsem porodila.“*

Tabulka 4 - Přehledová tabulka rozhovorů před porodem

	Nejhorší bolest	VAS nejhorší bolesti	VAS očekávání porodní bolesti	Předporodní kurzy	Jaké metody byly probírány	Představa o tlumení bolestí	Preference tlumení bolestí
R1	Zlomená čelist	8-9	9	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ano	Pouze nefarmakologické metody
R2	Extrakce zubů moudrosti	7	8	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ano	Pouze nefarmakologické metody
R3	Podvrknutý kotník	5	7	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ne	Ničemu se nebrání
R4	Po operaci kolene	8	7	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ano	Pouze nefarmakologické metody
R5	Zlomená ruka	6	8	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ano	Preferuje nefarmakologické metody, farmakům se nebrání
R6	Zablokovaná záda	10	9	Ano	Nefarmakologické metody	Ano	Preferuje nefarmakologické metody, farmakům se nebrání
R7	Apendektomie	6	8	Ano	Farmakologické i nefarmakologické	Ano	Pouze nefarmakologické metody

Tabulka 5 - Přehledová tabulka rozhovorů po porodu

	Vnímání porodní bolesti	VAS porodní bolesti	Fáze porodu – největší bolest	Nabízené metody	Přínos předporodní přípravy	Využité metody	Největší úleva
R1	Nečekala takovou intenzitu	10	Před tlačením	Hydroanalgezie, epidurální analgezie	Ano	Aromaterapie, hydroanalgezie, masáž	Hydroanalgezie
R2	Po příjezdu do porodnice uklidnění	9	Bolest zad	Epidurální analgezie	Ano	Epidurální analgezie	Epidurální analgezie
R3	Silné menstruační bolesti	7	Po odtoku VP	Aromaterapie, hydroanlgezie, masáž, napářka, polohování	Ano	Masáž, hydroanalgezie, polohování, Nalbuphin	Nalbuphin
R4	Domnívá se, že bolest zvládla dobře	7	Po vyšetření lékařem	Žádné	Ano	Hydroanalgezie, aromaterapie, muzikoterapie	Hydroanalgezie
R5	Silné menstruační bolesti	9	Před tlačením	Aromaterapie, hydroanalgezie, polohování, Nalbuphin	Ano	Hydroanalgezie, polohování, Nalbuphin	Nalbuphin
R6	Domnívá se, že bolest zvládla dobře	10	Bolest zad	Epidurální analgezie	Ne	Aromaterapie, masáž, rajský plyn	Aromaterapie, masáž
R7	Nečekala takovou intenzitu	9	Před tlačením	Nalbuphin, hydroanalgezie, aromaterapie	Ano	Hydroanalgezie, aromaterapie, masáž	Hydronalgezie

8 DISKUZE

V této části bakalářské práce budou shrnuty výsledky kvalitativního průzkumného šetření, na jejichž základě budou zodpovězeny průzkumné otázky. Tyto otázky jsou uvedeny v úvodu průzkumné části bakalářské práce.

Mezi **limity průzkumné části** lze zařadit menší vzorek respondentek, které se do průzkumu zapojily. Tento vzorek respondentek byl zvolen záměrně. Pro zařazení do průzkumu bakalářské práce respondentky musely splnit 2 podmínky. Respondentky musely být prvorodičky a musely porodit spontánně. Výsledky průzkumu tedy nelze zobecňovat. Dalším limitem práce je zhotovení druhého rozhovoru na oddělení šestinedělí či po delší době, časový odstup mohl zkreslit pohled respondentek na prožité porodní bolesti. Domnívám se, že dalším limitem průzkumného šetření je fakt, že respondentky rodily buď v menší porodnici, či ve větší porodnici. Místo, kde respondentky rodily mohlo ovlivnit využití různých metod tlumení porodních bolestí. Myslím si, že v menších porodnicích, kde se rodí méně mají porodní asistentky větší prostor se rodičkám věnovat individuálně. Ovšem i v těchto porodnicích může nastat situace, kdy není prostor pro takový přístup. V porodnicích větších mohou nastat situace, kdy není prostor pro individuální přístup častěji než v menších porodnicích. Jako výhodu kvalitativního průzkumu, zprostředkovaného pomocí rozhovorů, vnímám ve kvalitě získaných informací a v rozmanitosti odpovědí. Další výhodou je individuální přístup ke každé respondentce, případná možnost dovysvětlení při nedorozumění a podobně.

Průzkumná otázka č. 1: Dosáhla intenzita porodní bolesti na škále bolesti takové intenzity jako byla předpokládána?

Pět z celkových sedmi respondentek uvedlo intenzitu porodní bolesti na bodové stupnici VAS vyšší po porodu než před porodem. Výsledky této průzkumné otázky jsou podobné jako ve výzkumu Aleny Petřekové z roku 2020, která se v bakalářské práci ptala respondentek na podobnou otázku. Jejího výzkumu se zúčastnilo osm respondentek. Polovina těchto respondentek očekávala porodní bolest menší, tři respondentky očekávaly a uvedly stejnou intenzitu porodní bolesti a jedna respondentka očekávala bolest větší. V časopise Vesmír 97, 283, 2018/5 je uvedeno, že podle Ronalda Melzacka je škála vnímání porodní bolesti rozdílná u prvorodiček, které prošly předporodním kurzem a které naopak ne. U prvorodiček, které se zúčastnily předporodního kurzu uvádí hodnotu porodní bolesti 30-33. Kdežto u prvorodiček, které se předporodního kurzu nezúčastnily, uvedl hodnotu porodní bolesti na škále od 35 až do 37. Ačkoli se všechny respondentky účastnily osobně či online předporodního kurzu,

pouze dvě uvedly stejnou hodnotu porodních bolestí na stupnici VAS jak před porodem, tak po porodu.

Průzkumná otázka č. 2: Jaká metoda tlumení porodních bolestí byla rodičkám nejčastěji nabízena?

Nejčastěji nabízena byla společně s hydroanalgezií i epidurální analgezie. Hydroanalgezie byla zastoupena celkem čtyřikrát. Třikrát byla respondentkám nabízena epidurální analgezie. Dále byla ve třech případech respondentkám nabízena aromaterapie a využití různých poloh. V menším zastoupení byla porodními asistentkami nabízena systémová analgezie, konkrétně Nalbuphin. V jednom případě byla respondentkám nabídnuta bylinná napářka a masáž. Antonín Pařízek v článku „Program INKA – porodní analgezie na míru“ tvrdí, že každé pracoviště by mělo nabízet co nejširší spektrum metod porodnické analgezie. Dále v článku uvádí, že veškerý zdravotnický personál v porodnicích by měl mít teoretické i praktické znalosti o vlivu farmak na matku a dítě. Bohdana Dušková v knize Edukace v porodní asistenci, která byla vydaná v roce 2019 uvádí, že je nutné všímat si chování ženy již při příchodu na porodní sál, sledovat její reakce na jednotlivé úkony a zjistit, zda jeví zájem o tlumení porodních bolestí či nikoli. V návaznosti na přání a představy rodičky, je dobré provádět následnou edukaci o možnostech tlumení porodních bolestí. Domnívám se, že na nabízené metody mohlo mít vliv místo, kde respondentka rodila. Tedy menší či větší porodnice, kde se nabídky metod tlumení porodních bolestí mohou lišit. Dalším vlivem na nabízené metody mohl mít charakter porodu a přehled porodní asistentky v metodách tišení porodních bolestí.

Průzkumná otázka č. 3: Jakou metodu tlumení porodních bolestí rodičky nejčastěji využily?

Z průzkumu vyplívá, že nejvíce využívanou metodou byla hydroanalgezie, kterou využilo pět respondentek ze sedmi. Celkem čtyřikrát respondentky využily aromaterapii a polohování. Tři ženy využily masáž. Pouze jednou byla využita muzikoterapie. Z farmakologických metod jedna respondentka využila epidurální analgezii a další dvě systémovou analgezii, jedna respondentka potvrdila použití směsi kyslíku s rajským plynem. Z praxe jsem zpozorovala, že většina žen, dává přednosti nefarmakologickým metodám a až v případě pocitu nezvladatelné bolesti volí metody farmakologické, proto jsem se domnívala, že rodičky budou častěji využívat spíše nefarmakologické než farmakologické metody tlumení porodních bolestí. Tato domněnka se díky průzkumu potvrdila. Podobné výsledky v bakalářské práci zaznamenala Alena Petřeková. Uvádí, že nejčastěji využívanou metodou je hydroanalgezie a úlevové polohy. V průzkumu mé bakalářské práce byla epidurální analgezie aplikována pouze jedné

respondentce, na rozdíl od práce Aleny Petřekové, kde byla epidurální analgezie aplikována čtyřem respondentkám z osmi. V knize Edukace v porodní asistenci z roku 2019, uvádí autorka Bohdana Dušková, že v průběhu první doby porodní ženy hojně využívají k tlumení porodních bolestí sprchy nebo koupele. Tato věta rezonuje s výsledkem této průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 4: Jaké farmakologické a nefarmakologické metody jsou ženami označovány jako nejvíce efektivní?

Průzkum prokázal, že respondentkami je jako nejvíce účinná metoda označována hydroanalgezie. Ovšem tento výsledek může být ovlivněn tím, že nejvíce respondentek využilo právě tuto metodu. Jedna respondentka uvedla jako nejúčinnější epidurální analgezii a dvě aplikaci Nalbuphinu. Pro jednu respondentku byla nejúčinnější aromaterapie spojená s masáží. Antonín Pařízek v knize o těhotenství, porodu a dítěti uvádí, jako nejúčinnější metodu epidurální analgezii, která má účinnost okolo 90 %. Bylo pro mě překvapením, že účinnost hydroanalgezie popisuje v knize jako nízkou.

9 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce je Tlumení porodních bolestí. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsán porod, dále se práce zabývá porodní bolestí, která je nedílnou součástí porodu. Zaměřuje se především na metody tlumení porodních bolestí, konkrétně na nefarmakologické a farmakologické metody, které jsou v podkapitolách detailněji popsány. V další kapitole je popsána role porodní asistentky během porodu. V neposlední řadě se práce v poslední kapitole zaměřuje na komunikaci, její druhy a správné vedení rozhovoru.

Průzkumná část bakalářské práce byla vypracována pomocí kvalitativního šetření, prostřednictvím rozhovorů s prvorodičkami. Na počátku průzkumného šetření byly stanoveny celkem čtyři průzkumné cíle.

Prvním průzkumným cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je očekávání žen o porodních bolesti stejné před a po porodu. Z průzkumu vyplívá, že většina respondentek očekávala porodní bolest menší intenzity. Po porodu uvedly intenzitu bolesti větší. Druhým průzkumným cílem bylo zjistit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženami nejvíce využívána a jaká jim je nejvíce nabízena. Porodními asistentkami byla nejčastěji nabízena hydroanalgezie a aplikace epidurální analgezie. Zjistila jsem, že respondentkám byly velmi často nabízeny nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. Třetím průzkumný cíl měl zjistit, jaká metoda tlumení porodních bolestí je ženami nejvíce využívána. Průzkum prokázal, že nejvíce využívaná metoda tlumení porodních bolestí byla hydroanalgezie a jako další nejvyužívanější metodou byla aromaterapie a možnost různého polohování. Posledním cílem průzkumné části bylo ověřit jaká metoda tlumení porodních bolestí přináší největší úlevu. Pokud respondentky využily k tlumení bolestí farmaka, uvádějí je jako nejúčinnější metodu. Z nefarmakologických metod byla nejúčinnější hydroanalgezie.

Zpracování bakalářské práce mě obohatilo o cenné informace, které určitě využiji v praxi. Doplnila jsem si informace o metodách tlumení porodních bolestí, dále bych ráda pozitivně ohodnotila individuální práci s respondentkami. Jako další možnost, jak rozšířit průzkumné šetření, spatřuji v provedení rozhovorů o užití různých metod tlumení porodních bolestí s porodními asistentkami, popřípadě lékaři.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Přeložila Ludmila Míčová. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2475-361-4

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

BRIGLOVÁ, Viktorie. *Informovanost žen o metodách tlumení porodních bolestí*, 2022. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Markéta Školoudová. Praha. 46 s.

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví.* 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9

ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, ISBN 978-80-265-0579-2.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

Kdo je porodní asistentka [online]. 2017 [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/porodni-asistentka/

Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. Mzcr.cz [online]. 2019, 5.5. 2019 [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník.* 2., přeprac. a dopl. Vyd., 2014. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KOHOUTOVÁ, Anna. *Role porodní asistentky při zadním postavení dítěte*. Annakohutova.cz [online]. 2019 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: https://annakohutova.cz/role-porodni-asistentky-pri-zadnim-postaveni-ditete/

LACHOWICZOVÁ, Helena. *Aromaterapie u porodu – aneb s přírodou na cestě k miminku.* Majka-shop.cz [online]. Brno, 2020 [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: https://www.majka-shop.cz/blog/aromaterapie-u-porodu-aneb-s-prirodou-na-ceste-k-miminku/

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

PAŘÍZEK, Antonín, 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. 444 s. ISBN 978-80-7492-215-2

PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: Mother-Care-Centrum Publishing. ISBN 978-80-7262-893-3.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ, 2017. *Léčba bolesti v primární péči.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0312-6.

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

ROZTOČIL, Aleš, 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.

VALOVÁ, Monika. *Jak ženská bylinná napářka působí na ženské tělo i duši*. Steamy.cz [online]. 2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.steamy.cz/jak-zenska-bylinna-naparka-pusobi-na-zenske-telo-i-dusi/

Vesmír: *Bolest při porodu člověka* [online]. 97. 2018 [cit. 2023-04-24]. ISSN 1214-4029. Dostupné z: https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2018/cislo-5/bolest-pri-porodu-cloveka.html

WEIDENTHALEROVÁ, Adéla. *Otec u porodu* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: https://theses.cz/id/8la5br/Otec_u_porodu.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dotec%20u%20porodu%26start%3D1. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Mgr. Bc. Radmila Dorazilová.

WILHELMOVÁ, Radka. *Bolest během normálního porodu a podpora ženy: Fyziologie a patofyziologie bolesti.* Is.muni.cz [online]. 2021 [cit. 2022-10-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_01_fyziologie_bolesti.html

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZHÁNĚL, Jiří, Vladimír HELLEBRANDT a Martin SEBERA, 2014. *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6696-0.

11 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru.....52
Příloha 2 - Informovaný souhlas.....53

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru

Rozhovor před porodem:

1. Jak obecně snášíte bolest? Jaká byla například zatím nejhorší bolest, jakou jste vnímala?
2. Dokážete tuto bolest subjektivně ohodnotit na škále 1-10? (1-nejmenší, 10-největší)
3. Jakou očekáváte intenzitu porodí bolesti na bodové stupnici 1-10? (1-nejmenší, 10-nejvetší)
4. Absolvovala jste nějaké předporodní kurzy?
5. Jaké metody tlumení bolestí byly na kurzu diskutovány?
6. Máte představu o způsobu tlumení bolestí během Vašeho porodu?
7. Máte preference v metodách tlumení bolestí? Jaké metody chcete využít a jaké naopak ne?

Rozhovor po porodu:

1. Jak jste porodní bolest vnímala?
2. Bylo očekávání o intenzitě porodní bolestí stejné, jako před porodem? Ohodnoťte ji na stupnici 1-10? (1-nejmenší, 10-největší)
3. V jaké fázi porodu byla bolest nejhůře vnímána?
4. Jaké metody tlumení bolestí Vám byly nabízeny během porodu? Pokud Vám byly nějaké metody nabízeny, využila jste je?
5. Domníváte se, že předporodní příprava byla přínosná pro zvládání porodních bolestí?
6. Jaké metody tlumení bolestí jste využila? Přinesly Vám předpokládanou úlevu?

Příloha 2 - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

pro zpracování rozhovoru do výzkumné části bakalářské práce na téma tlumení porodních bolestí

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno mé jméno. Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovědět. Mám také právo rozhovor kdykoli ukončit. Jsem si vědoma toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné formy. Přepis rozhovoru bude důvěrný a v bakalářské práci nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu a provedením rozhovoru. ANO NE

Datum: _____

Podpis: _____