

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Mariana Matějčíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Nefarmakologické metody tišení bolesti v první době porodní a zkušenosti
rodiček s jejich využitím
Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Mariana Matějčíková**
Osobní číslo: **Z21137**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Nefarmakologické metody tišení bolesti v první době porodní a zkušenosti rodiček s jejich využitím**
Téma práce anglicky: **Non-pharmacological methods of pain relief in the first stage of labor and experiences of parturient women with their use**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zuzana Kovaříková**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Nefarmakologické metody tišení bolesti v první době porodní a zkušenosti rodiček s jejich využitím 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 30. 4. 2025

Mariana Matějčíková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Zuzaně Kovaříkové, za poskytnuté rady a vedení při zpracování tohoto tématu.

Poděkování patří mé rodině za jejich trpělivost, podporu a porozumění při psaní této práce i po celou dobu mého studia. Děkuji také svým přátelům, kteří mě motivovali a byli mi oporou.

V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které se ochotně zúčastnily mého výzkumu a podělily se o své zkušenosti.

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na využití nefarmakologických metod tišení bolesti během první doby porodní. Teoretická část se věnuje definici porodu, klasifikaci porodních dob, charakteristice porodní bolesti a možnostem jejího tišení, přičemž největší pozornost je věnována jednotlivým nefarmakologickým metodám porodní analgezie. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného anonymního dotazníku. Cílem šetření bylo zjistit, s jakými nefarmakologickými metodami se ženy v první době porodní nejčastěji setkaly a jak subjektivně hodnotí jejich účinnost. Výzkumný soubor tvořilo 30 respondentek.

KLÍČOVÁ SLOVA

Porod, nefarmakologické metody, porodní bolest, první doba porodní, hydroterapie, porodní analgezie, polohování

TITLE

Non-pharmacological methods of pain relief in the first stage of labor and experiences of parturient women with their use

ANNOTATION

The bachelor's thesis focuses on the use of non-pharmacological methods for pain relief during the first stage of labor. The theoretical part deals with the definition of childbirth, the classification of its stages, the characteristics of labor pain, and the possibilities of pain relief, with particular emphasis on individual non-pharmacological analgesic methods. The practical part includes a quantitative research study conducted through a semi-structured anonymous questionnaire. The aim of the survey was to identify which non-pharmacological pain relief methods women most frequently encountered during the first stage of labor and how they subjectively evaluated their effectiveness. The research sample consisted of 30 respondents.

KEYWORDS

Childbirth, non-pharmacological methods, labor pain, first stage of labor, hydrotherapy, labor analgesia, positioning

OBSAH

Seznam obrázků a tabulek	10
Seznam zkratk a značek	11
Úvod.....	12
1 Cíle práce	13
1.1 Teoretické cíle.....	13
1.2 Praktické cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Porod a jeho klasifikace	14
2.1 První doba porodní.....	15
2.1.1 Latentní fáze	15
2.1.2 Aktivní fáze.....	15
2.1.3 Přejídná fáze	16
2.2 Druhá doba porodní	16
2.3 Třetí doba porodní	16
2.4 Čtvrtá doba porodní	16
3 Porodní bolest	17
3.1 Význam tšení bolesti během porodu.....	17
4 Metody tšení bolesti.....	18
5 Nefarmakologické metody tšení bolesti	19
5.1 Příprava na porod.....	19
5.2 Přítomnost blízké osoby.....	20
5.3 Hudební terapie.....	20
5.4 Relaxace a dechové techniky	21
5.5 Vizualizace a afirmace	22
5.6 Hydroterapie	22
5.7 Aromaterapie	23

5.7.1	Aromaterapeutická masáž.....	23
5.7.2	Koupel.....	24
5.7.3	Použití aromalampy a inhalace	24
5.8	Masáže	25
5.9	Akupresura a akupunktura	25
5.10	Vaginální napářka	26
5.11	Polohování	26
5.12	Transkutánní elektrická stimulace nervů	27
	Praktická část	28
6	Metodika praktické části	28
6.1	Průzkumný nástroj	28
6.2	Výběr respondentů	29
6.3	Sběr dat	29
6.4	Výzkumné otázky, cíle a dílčí cíle.....	30
7	Prezentace výsledků.....	31
8	Diskuze	54
9	Závěr	59
10	Použitá literatura	60
	Přílohy.....	65

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Využití léků proti bolesti	31
Obrázek 2 - Fáze porodu při využití léků	32
Obrázek 3 - Obavy z porodní bolesti	33
Obrázek 4 - Dostatečnost tlumení bolesti	34
Obrázek 5 - Informovanost o využití nefarmakologických metod	35
Obrázek 6 - Způsob informovanosti	36
Obrázek 7 - Povědomí respondentek o nefarmakologických metodách tišení bolesti	37
Obrázek 8 - Hodnocení dostupnosti nefarmakologických metod ve zdravotnickém zařízení	42
Obrázek 9 - Podpora ve volbě nefarmakologických metod.....	43
Obrázek 10 - Nedostupnost vybraných nefarmakologických metod.....	44
Obrázek 11 - Nefarmakologické metody jako rozhodující faktor při volbě porodnice.....	45
Obrázek 12 - Intenzita stresu při porodu	46
Obrázek 13 - Vliv stresu na zvládání bolesti	47
Obrázek 14 - Hodnocení bolesti při porodu.....	48
Obrázek 15 - Význam tišení bolesti.....	49
Obrázek 16 - Parita žen.....	50
Obrázek 17 - Způsob porodu	51
Obrázek 18 - Týden těhotenství.....	52
Obrázek 19 - Věk respondentek.....	53
Tabulka 1 - Hodnocení účinnosti nefarmakologických metod	39
Tabulka 2 – Konkrétní metody, které rodičkám pomohly	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

EO	Esenciální olej
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkutánní elektrická nervová stimulace)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Je pochopitelné, že si ženy přejí, aby jejich porod proběhl bez nutnosti větších zásahů a byl pro ně tak pozitivní životní zkušeností. Porodní bolesti, která provází celý proces zrození, se však nelze vyhnout. Jedná se o velmi specifický typ bolesti, který je součástí přirozeného tělesného procesu. Je časově omezená a její trvání se udává v řádu hodin (Ratislavová, 2008). Tato specifická fyziologická bolest tak může mnoho rodiček zvláště po psychické stránce velmi rozladit, což ke zdravému průběhu porodu nepřispívá.

Nefarmakologické metody usilují o to, aby ženám pomohly snášet porodní bolest a zároveň zachovat co nejpřirozenější průběh porodu (Filausová a Vrublová, 2018, s 140-143).

Z nefarmakologických přístupů, které pomáhají ke zmírnění bolesti, podpoře fyziologického průběhu porodu a snížení potřeby analgetik, je důležitá zejména psychická profylaxe a fyzická příprava (Procházka, 2020).

Mezi nejúčinnější nefarmakologické metody tišení bolesti Roztočil uvádí bazální psychoterapii, relaxační koupel, akupunkturu, hypnózu a transkutánní elektrickou nervovou stimulaci (Roztočil, 2017). Další možností nefarmakologických metod je například hydroanalgezie, aromaterapie, polohování a audioanalgezie (Hájek, 2014).

Znalosti některých z uvedených metod jsou v porodnicích každý den uváděny do praxe zdravotnickým personálem. Cílem této práce je zjistit, jaké zkušenosti s využitím těchto metod mají samotné rodičky. Subjektivní účinky a výsledky této snahy jsem zkoumala pomocí cíleného dotazníku. Předtím však teoretická část práce popíše vybrané nefarmakologické metody tišení bolesti.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Teoretické cíle

Hlavním cílem teoretické části je definovat jednotlivé nejpoužívanější nefarmakologické metody tišení bolesti v první době porodní, stručně charakterizovat porod, porodní bolest a metody porodní analgezie.

1.2 Praktické cíle

Hlavním cílem praktické části je zjistit, s jakými nefarmakologickými metodami tišení bolesti se rodičky během porodu nejčastěji setkávají a jak hodnotí jejich účinnost.

TEORETICKÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na různé nefarmakologické metody zmírnění bolesti během první doby porodní, dále vysvětlí klíčové pojmy, jako je samotný porod a jeho jednotlivé fáze, porodní bolest a význam jejího tlumení, a také rozdělí metody porodní analgezie.

2 POROD A JEHO KLASIFIKACE

Porod je fyziologický děj, který ukončuje těhotenství a je spojen s narozením buď živého, nebo mrtvého novorozence (Moravcová, 2022, s. 28).

Za **porod živě narozeného dítěte** se, považuje úplné vypuzení, nebo vynětí plodu z matčina organismu, bez ohledu na délku těhotenství, pokud projevuje alespoň jednu ze známek života, mezi které patří srdeční činnost, dýchací pohyby, pulsace pupečníku nebo aktivní pohyb kosterního svalstva, a to i v případě, že pupečník nebyl přerušen nebo placenta ještě nebyla porozena.

Za **mrtvě narozené dítě** se považuje plod, který nevykazuje známky života a zároveň splňuje určité parametry. Konkrétně jde o porodní hmotnost alespoň 500 g. Pokud nelze hmotnost určit, rozhodující je délka těhotenství, a to po ukončeném 22. týdnu. Není-li možné určit ani tento parametr, posuzuje se délka těla plodu, která musí dosahovat minimálně 25 cm (ÚZIS, 2021).

Porod můžeme klasifikovat dle ukončeného týdne těhotenství následovně:

- **Předčasný porod** je takový, který proběhne do konce 37. týdne gravidity.
- **Porod v termínu** znamená ukončení gravidity mezi 38. a 40. týdnem těhotenství.
- **Potermínový porod** nastává, když se porod uskuteční po ukončeném 40. až do 42. týdnu těhotenství.
- **Porod po 42. týdnu těhotenství** je považován za patologický a je důležité mu předejít.

Dále lze porod rozdělit dle jeho průběhu na:

- **samovolný porod**
- **medikamentózní porod**
- **indukovaný porod**
- **operativní porod**
- **fyziologický porod**
- **a porod patologický** (Roztočil, 2022, str.110)

Z časového a procesního hlediska porod můžeme rozdělit na přípravné období, tři porodní doby a poporodní dobu, která se někdy označuje jako čtvrtá doba porodní (Roztočil, 2020, s. 117).

2.1 První doba porodní

Jiným výrazem je označována jako doba otevírací. Začíná pravidelnou děložní činností, která má vliv na postupnou dilataci neboli otevírání děložního hrdla a končí zánikem porodnické branky (Procházka, 2020, s. 394).

Tato doba představuje nejdelší fázi celého porodu a její trvání se u každé ženy liší. Může ji ovlivnit například psychické rozpoložení rodičky. Dále záleží, v jakém postavení se nachází plod, a jakým způsobem naléhá na dolní děložní segment. Významný vliv na délku dilatace má počet porodů, které žena absolvovala, a interval mezi nimi (Procházka, 2020, s. 394). U prvorodiček je první doba obvykle delší než u vícero-diček (Moravcová, 2022, s. 29). Děložní hrdlo u prvorodičky se nejprve zkracuje až úplně vymizí, a poté se otevírá. U vícero-dičky se tyto dva procesy dějí zároveň (Procházka, 2020, s. 394). Během této doby žena zažívá viscerální bolest, která je popisována jako tupá. Vzniká kvůli rostoucímu tlaku na dělohu, což vede k postupnému rozpínání vazů a vzniku silného tlaku na děložní čípek (Takács et al., 2015, s. 38).

První doba porodní má celkem 3 fáze:

2.1.1 Latentní fáze

V této fázi je porodní nález do průměru 3-4 cm. U vícero-diček může být i více (Moravcová, 2022, s. 29). Děložní kontrakce jsou zpočátku mírné a jejich interval je po 15-20 minutách, někdy i méně. Dále se objevují mírné bolesti v podbřišku, které rodičky často přirovnávají k menstruačním bolestem. Bolest se může objevit i v bederní oblasti. Během této fáze je dobré využít čas pro komunikaci s rodičkou a vysvětlit následující postupy, protože je zatím schopna spolupracovat (Procházka, 2020, s. 394).

2.1.2 Aktivní fáze

Nyní se proces zrychluje a porodní nález může být až 8 cm. (Moravcová, 2022, s. 29). Zvyšuje se frekvence děložních kontrakcí, které se objevují cca každé 2-3 minuty. Trvají déle, jsou silnější a vysilují. Rodičky mají potřebu si mezi nimi odpočinout. Průběh porodu se stává intenzivnějším, a proto vyžaduje plnou pozornost a soustředěnost rodičky (Procházka, 2020, s. 394).

2.1.3 Přejchodná fáze

Dochází zde k postupnému zániku branky. Dle Roztočila (2020, s. 119) přicházejí děložní kontrakce vyšší intenzity už po 1-2 minutách a trvají obvykle 50-60 sekund. V této fázi naléhající část plodu sestupuje níže do porodních cest. Může se objevit mírné krvácení, které je způsobeno dilatací děložního hrdla. Pokud se již nestalo dříve, může zde dojít ke spontánnímu prasknutí vaku blan a odtoku plodové vody. Zvyšuje se intenzita bolesti v křížové oblasti. Často v této fázi dochází ke krátkodobému zmírnění děložní aktivity (Moravcová, 2022, s. 29)

2.2 Druhá doba porodní

Nazývána také jako vypuzovací. Začíná zánikem porodnické branky a končí narozením plodu (Moravcová, 2022, s. 29). Dělí se na dvě fáze. V pasivní fázi již došlo k zániku porodnické branky, ale naléhající část plodu zatím plně nesestoupila do úrovně pánevního východu. Poté, co je hlavička plodu flektována a je dokončena její vnitřní rotace, prostoupí na dno pánevní. Rodička pocítuje nutkání tlačit. Nyní nastává aktivní fáze, kdy rodička zapojí k vypuzení plodu břišní lis (Procházka, 2022, s. 401). Objevuje se bolest, která je ostrá a somatická. Vychází z tlaku na pánevní dno, pochvu a hráz (Takács et al.,2015, s. 38).

2.3 Třetí doba porodní

Toto období začíná narozením plodu a končí porodem placenty s plodovými obaly, pupečníkem a retroplacentárním hematodem. Je nazýváno jako doba k lůžku (Moravcová, 2022, s. 29). Po porodu plodu se děloha za pomoci slabších kontrakcí retrahuje. Tím dochází k odloučení placenty od děložní stěny. V místě jejího odloučení vzniká retroplacentární hematod, který je následkem přerušení uteroplacentárních cév (Procházka, 2022, s. 427). Po porození plodu zažívá většina žen úlevu od bolesti. Při porodu placenty však mohou opět pocítit mírnou bolest (Takács et al.,2015, s. 38-39). Délka trvání třetí doby závisí na způsobu vedení. Aby se snížilo krvácení a podpořilo se stahování dělohy, bývá obvykle v českém porodnictví tato doba řízena aktivním způsobem, kdy jsou při porodu hlavičky plodu intravenózně aplikovány uterotonika (Procházka, 2022, s. 427).

2.4 Čtvrtá doba porodní

Tato doba již patří do období raného šestinedělí. Jedná se o dvouhodinový interval po porodu placenty a plodových obalů. V tomto období je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením (Moravcová, 2022, s. 29).

3 PORODNÍ BOLEST

Je nedílnou součástí každého spontánního porodu (Bláha et al., 2018). Jedná se o zvláštní typ bolesti, která doprovází fyziologický děj. Tuto akutní bolest prolínají patofyziologické mechanismy (viscerální, nociceprvní a neuropatické). Porodní bolest připravuje organismus na nadcházející porod a vypuzení plodu (Roztočil, 2013, s. 113). Patří mezi nejintenzivnější formy smyslové a emocionální zátěže, kterou žena může ve svém životě prožít (Ptáček, 2024, s. 44).

3.1 Význam tišení bolesti během porodu

Ačkoli je porodní bolest přirozená, pro některé ženy může být až nesnesitelná (Bláha et al., 2018). Ženy se většinou bolesti obávají. Je to především v situacích, kdy nemají dostatečné informace o průběhu porodu a možnostech tlumení bolesti (Procházka, 2020, s. 501). Zatímco některé ženy při porodu snášejí bolest lépe, jiné potřebují účinné způsoby, jak ji zmírnit. Někdy mohou pomoci jen jednoduché postupy jako například změna polohy, či použití relaxačních technik, jindy je zapotřebí podání léčiv, pomoc lékaře – porodníka či anesteziologa (Ptáček, 2024, s. 47).

Nedostatečné zajištění vhodné léčby při porodních bolestech může vést k psychickému a fyzickému vyčerpání rodičky, a zvýšit riziko zdravotních problémů pro matku i dítě. Úspěšné zvládnutí porodní bolesti je zásadní, jelikož její nedostatečné zvládnutí může způsobit problémy s funkcí děložního svalstva, narušení acidobazické rovnováhy a stres u novorozence. Negativní zkušenosti z porodu mohou také vést k trvalému psychickému traumatu matky.

Léčba této bolesti je neodkladnou součástí poskytování zdravotní péče. Výběr metody tišení bolesti by měl vycházet z preferencí rodící ženy. Měl by být založen na dostupných metodách, a také by měl zohledňovat indikace, a především kontraindikace každé metody (Bláha et al., 2018).

4 METODY TIŠENÍ BOLESTI

Metody tišení bolesti neboli porodní analgezie se liší svou účinností, tím, jak dlouho působí a její náročností provedení (Hájek, 2014). Výběr metody závisí na přání rodičky, průběhu porodu a možnostech personálu a vybavení porodnice (Bláha, 2018). Pro použití těchto metod platí určité zásady. Vybraná metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, nesmí výrazným způsobem ovlivnit děložní činnost a musí mít dostatečný analgetický účinek (Hájek, 2014).

Dle Bláhy et al. (2018) je analgezie definována jako „*ztráta schopnosti cítit bolest bez ztráty vědomí*“.

Porodní analgezi lze obecně rozdělit do dvou skupin:

Farmakologické metody zahrnují podávání léčiv, která napomáhají bolest tišit. Používají se při nedostatečném účinku nefarmakologických metod. Jedná se například o systémové podání opioidů jako je Pethidin a Nalbufin, o inhalační metodu v podobě Enthoxu či o zavedení analgezie do epidurálního prostoru (Filausová a Vrublová, 2018, s.140-143).

Nefarmakologické metody jsou způsoby tlumení bolesti, které nevyžadují použití léčiv. Podrobněji jsou uvedeny níže v samostatné kapitole.

Dělení analgezie u porodu obsahuje tabulka v příloze 1.

Volbu tišení bolesti u porodu lze podle Pařízka rozdělit podle intenzity bolesti. Pokud se jedná pouze o zmírnění napětí, strachu či úzkosti lze tomu předcházet informovaností rodičky, ať už formou předporodních kurzů či literaturou pro těhotné. Proti mírné bolesti je vhodné využít úlevové polohy, hydroterapii nebo jiné nefarmakologické metody. Středně silnou bolest můžeme tišit farmakologicky pomocí Nalbufinu či Entoxu. Pokud je bolest pro rodičku nesnesitelná, je na místě podání epidurální analgezie, viz obrázek „*stupně léčby bolesti u porodu*“ v příloze B.

Pro dosažení lepší analgetické účinnosti je možné farmakologické a nefarmakologické metody kombinovat (Leap N., Hunter B., 2022).

5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ BOLESTI

Tyto metody mají obecně nižší analgetický účinek než jiné postupy. Pokud alespoň chceme snížit dyskomfort rodičky, u některých žen to může mít větší efekt, než například podání opioidů (Roztočil, 2020, s. 471).

„Cílem nefarmakologických metod je pomoci ženám vyrovnat se s bolestí při porodu a podporovat jeho přirozený průběh“ (Filausová a Vrublová, 2018, s 140-143).

Vzhledem k jejich nízkému riziku nežádoucích účinků jsou oblíbené zejména u žen, které dávají přednost přirozeným způsobům zvládnání bolesti před užitím léků. Tyto metody mohou účinně ulevit od porodní bolesti a zároveň zvýšit pohodlí rodiček (Hlinecká et al., 2016).

Jednou z nejdůležitějších metod je dle Procházky (2020) zejména psychoprofylaxe a fyzická příprava, která by měla proběhnout už během prenatální péče. Významný je zejména nácvik dýchání a relaxace, a také přístup zdravotnického personálu.

5.1 Příprava na porod

Psychická příprava na porod pomáhá ženě cítit se klidnější a lépe zvládnout těhotenství i samotný porod (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 7).

Předporodní příprava má za úkol seznámit ženu s tím, jak bude porod probíhat. Pomáhá snížit strach z porodu a připravit ji na fyzické i psychické změny spojené s těhotenstvím a mateřstvím. Tato příprava, probíhá v nemocnicích, mateřských centrech či soukromých ambulancích pod vedením porodních asistentek, které poskytují informace a podporu. Jeho cílem je nejen předat potřebné znalosti, ale také pomoci osvojit ženě dovednosti a návyky, jako například dechové či relaxační techniky. Kvalitní příprava zlepšuje fyzickou i psychickou kondici rodičky, snižuje stres a riziko komplikací. Kurzy lze absolvovat samostatně nebo s doprovodem, ideálně i s návštěvou porodního zařízení pro lepší seznámení s prostředím (Bašková, 2015 s. 32-36, Hek, 2014, s. 198).

To, že se žena včas a srozumitelně informuje, jí může pomoci zbavit se strachu z neznámé situace (Čermáková, 2023, s. 150).

Další možnou metodou předporodní přípravy je dle Heinkelové (2018, s.26-30) hypnoporod. Jeho hlavním cílem je podpořit v ženě víru ve vlastní schopnosti a sílu svého těla při porodu. Tato metoda využívá vědomé prožívání, vizualizace, dechové a uvolňovací techniky.

5.2 Přítomnost blízké osoby

Blízká osoba u porodu je pro většinu rodičích žen velmi důležitá (Dušová, 2019). Má významný vliv na vnímání bolesti rodičky a její celkovou psychickou pohodu. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2018) doporučuje, aby si žena ke svému porodu zvolila doprovod osoby, se kterou se cítí příjemně a které důvěřuje.

Výzkumy ukazují, že pokud je žena během porodu doprovázena vhodně zvolenou osobou, může to výrazně přispět ke snížení jejího stresu a úzkosti. To často vede ke snížení lékařských zákroků a zároveň může ovlivnit celkovou dobu porodu (Campbell, 2006).

Nejčastější blízkou osobou u porodu je otec dítěte. Pokud je jeho přítomnost založená na osobním rozhodnutí a přesvědčení, může být pro rodičku posilou. Během porodu poskytuje ženě důležitou psychickou oporu tím, že ji povzbuzuje a podporuje. Pomáhá jí cítit se méně osaměle, naplňuje její potřebu jistoty a bezpečí. Svou přítomností a fyzickými projevy náklonnosti, jako je pohlazení, objetí, či držení za ruku, posiluje pocit sounáležitosti a ochrany. Fyzická opora spočívá v zajištění komfortu rodičky, poskytnutí potřebné asistence a pomoci při pohybu, například při přesunu do sprchy nebo zaujmutí úlevové polohy.

Pokud by se však partner porodu účastnil z donucení, nebo by nepovažoval svou účast za přínosnou, mohl by narušit přirozený průběh porodu a negativně ovlivnit psychický stav rodičky. Jeho postoj a vnitřní rozpoložení tedy hrají klíčovou roli v tom, zda bude jeho přítomnost pro ženu skutečně přínosná (Bašková, 2015, s. 60-61).

Pokud z nějakého důvodu není u porodu přítomen otec dítěte, rodička si obvykle vybere jinou blízkou osobu, například matku, sestru nebo kamarádku. Může také využít služby dudy či porodní asistentky, které poskytují podporu za finanční úhradu (Dušková et. al., 2019, s. 71).

Výzkum Bohrena et. al. (2017) došel k závěru, že doprovod u porodu napomáhá ke zlepšení kvality zdravotní péče, k lepšímu průběhu porodu a zvyšuje spokojenost rodiček.

5.3 Hudební terapie

Klasická metoda audioanalgezie spočívá v poslechu takzvaného bílého šumu, který je tvořen nahromaděním různofrekvenčních zvuků, jejichž spojení připomíná zurčící vodu. Rodička ho poslouchá pomocí sluchátek (Pařízek, 2012, s. 196). Hlavním principem je stimulace sluchového centra. Na základně změny aktivity mozkové kůry napomáhá tato metoda k zmírnění bolesti. Její účinnost je však velmi nízká (Hájek, 2014, s. 199).

Modifikací této metody je poslech oblíbené či relaxační hudby (Pařízek, 2012, s. 196). Dle Manderové (2014, s. 187) spočívá princip účinku, díky němuž hudba může pomáhat rodičce zmírnit bolest, především v kombinaci odvedení pozornosti, psychického uklidnění a relaxace.

Hlavní výhodou této metody je jednoduchost a časová a finanční nenáročnost. Také se dá lehce kombinovat s ostatními druhy analgezie.

5.4 Relaxace a dechové techniky

Podle Čermákové (2023, s. 150-151) je správné dýchání klíčovou technikou pro zvládnutí bolesti při porodu. Pokud rodička není schopna bolest „udýchat“, tak ani jiné techniky, které se naučila nebudou účinné. Význam dechových technik spočívá v uvolnění, dostatečném prokrvení svalů a odvedení pozornosti od bolesti tím, že se rodička soustředí na jinou činnost.

Dýchací techniky napomáhají rodičce k celkovému uvolnění, zároveň zajišťují lepší přísun kyslíku dítěti přes placentu a ovlivňují vnímání bolesti (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 35).

Při soustředěném dýchání žena snadněji odpoutá pozornost od okolí a soustředí se sama na sebe. Pravidelné dýchání produkci hormonů, které porod usnadňují, podporuje, zatímco produkci adrenalinu, který může průběh porodu zpomalit, naopak snižuje. V první době porodní je klíčové hluboké dýchání s důrazem na výdech, jehož cílem je, aby se při něm rodička uvolnila.

Hluboké rovnoměrné dýchání spočívá v důkladném výdechu vzduchu z plic, aby se plíce vyprázdnily a mohl tak do nich přijít nový vzduch. Výdech je tedy relaxační, pomáhá uvolnit svaly, které se reflexně stahují, a bolesti se tak zmírňují. Nádech se provádí nosem a výdech ústy, přičemž výdech by měl být přibližně dvakrát delší než nádech. Takový způsob dýchání podporuje celkové zklidnění a uvolnění rodičky.

Na vrcholu kontrakce v aktivní fázi porodu, když pomalé dýchání nestačí a rodička má tendenci dech zadržovat, využívá se mělké zrychlené hrudní dýchání. S blížícím se vrcholem kontrakce se zrychluje dýchání a přechází do mělkého. Nádech je tichý, výdech probíhá ústy v krátkých intervalech podobně jako při sfoukávání svíčky. Po odeznění kontrakce se žena vrací k hlubokému výdechu.

Pokud má rodička tlaky na konečník, ale porodnická branka není zcela zašlá, doporučuje se takzvané „psí dýchání“. Jedná se o zrychlené a povrchní dýchání nosem nebo ústy. Tento

způsob napomáhá k tomu, aby nedošlo k aktivaci břišního lisu. Je však důležité po kontrakci dech opět zklidnit, aby se předešlo hyperventilaci (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 35-36).

O relaxaci Čermáková (2023, s 150-151) řekla, že je základem pro všechny nefarmakologické i farmakologické metody. Významem relaxace je nechat uvolnit a prokrvit svalstvo, obnovit své síly a dát možnost průchodu správným hormonálním procesům. Má také vliv na krevní tlak a dechovou frekvenci.

5.5 Vizualizace a afirmace

Relaxace může zahrnovat řízenou či neřízenou vizualizaci, která pomáhá zaměřit pozornost na něco jiného (Drandić, 2019, s. 168). Rodička si může vizualizovat například své oblíbené místo, kde se cítí bezpečně, příjemné dříve prožité chvíle a zážitky. Zkrátka pozitivní představy pro navození uvolnění.

Afirmace jsou povzbudivé věty, které posilují psychickou pohodu a odhodlání. Rodička si je může utvořit podle své potřeby. Pomáhají naladit mysl na pozitivní průběh událostí, například: „Můj porod postupuje tak, jak má. Já i mé dítě jsme v pořádku“ (Černá, 2019, s. 39-40).

5.6 Hydroterapie

Využití vody k úlevě od porodních bolestí je známé již po mnoho generací. V poslední době se metody, jako je relaxační koupel, sprcha, použití studených a teplých obkladů či termoforů opět dostaly do popředí a jejich význam je znovu zdůrazňován. Výzkumy ukázaly, že hydroterapie pomáhá snižovat potřebu léků proti bolesti včetně epidurální analgezie (Pařízek, 2012, s. 192).

Pařízek ve své knize hydroanalgezií při porodu dělí na tři základní metody, které jsou: relaxační koupel, porod do vody a intradermální injekce sterilní vodou (Pařízek, 2012, s. 192).

Nejčastější metodou je využití teplé sprchy či koupele. Využití teplé vody má mnoho účinků. Napomáhá k uvolnění svalů, zmírňuje křeče a díky tomu přispívá ke snížení bolesti. Ve sprše si rodička při kontrakcích oplachuje břicho a bedra, čímž dává vodě možnost účinně působit. Při koupeli nadnášení ve vodě snižuje tlak na pánev a okolní orgány a pomáhá rodičce zaujmout pohodlnější polohu. Odlehčení váhy může mít i vliv na podporu flexe hlavičky plodu a stimulaci děložní činnosti, což může zkrátit první dobu porodní. Kromě fyzické úlevy působí teplá voda také relaxačně a přispívá k psychickému zklidnění rodičky (Čermáková, 2023, s.

154-155, Mander, 2014, s. 166). Je však důležité dbát na teplotu vody. Vysoká teplota vody by mohla vést k přehřátí těla matky i plodu, což se u rodičky může projevit obtížným dýcháním, malátností či nevolností. Také může dojít k náhlému poklesu krevního tlaku (Čermáková 2023, s.155). Jednou z nevýhod této metody je horší dostupnost monitorace plodu (Hlinecká et al., 2016).

Porod do vody znamená, že rodička ve vodě netráví jen první dobu porodní, ale také druhou, během které přivede dítě na svět (Pařízek, 2012). Tato metoda patří v České republice stále k minoritním možnostem při vedení vaginálního porodu (Kubeczková, et al., 2021).

Intradermální obštriky spočívají v aplikaci malého množství sterilní vody (0,1 ml) v oblasti beder. Úleva se dostavuje po půl minutě. Jedná se však o velmi bolestivou aplikaci. Předpokládá se, že analgetický účinek funguje na principu „bolest potlačuje bolest“. Není zcela potvrzeno, že tato metoda účinně snižuje porodní bolest (Hlinecká et al., 2016).

5.7 Aromaterapie

Procházka et al. (2020, s. 549) ve své knize definoval aromaterapii jako „řízené používání esenciálních olejů k udržení, podpoře a zlepšení fyzické a duševní pohody“. Tato terapeutická metoda se v oblasti porodní asistence stává stále populárnější. Během porodu může hrát velkou roli v podpoře rodičky. V současné době se v aromaterapii používá asi 300 různých esenciálních olejů (EO), přičemž každý z nich má své jedinečné vlastnosti. Je důležité, aby tyto oleje měly vysokou kvalitu, a proto se používají pouze nejčistší výtažky, které zajišťují co nejsilnější léčebné účinky. Získávají se z různých částí rostlin například korunních plátků, semen, jader, listů, stonků nebo z pryskyřice či kůry stromu. Oleje jako je bergamot, růže, citrusy nebo ylang-ylang mohou podporovat relaxaci a vytvářet příjemnou atmosféru. Mezi další EO, které lze použít při porodu je například jasmín, geranium, šalvěj a levandule (Stadelmann, 2017, s. 142-154).

Za nejčastější a nejúčinnější metody v této oblasti se považuje inhalace, koupel či aplikace přes kůži pomocí masáže (Procházka, 2020, s. 549).

5.7.1 Aromaterapeutická masáž

EO jsou složeny z malých molekul, které se snadno rozpouštějí v alkoholu, emulgátoru nebo v tucích. Díky své struktuře mají schopnost pronikat do pokožky efektivně (Procházka, 2020, s. 551). Pomocí nejmenších krevních cévek se dostanou do metabolického systému

(Stadelmann, 2017, s. 18). Účinné látky proniknou do lidského organismu a následně ho opustí, aniž by zanechaly jakoukoli toxicitu. Aromaterapie spojuje hluboké fyziologické účinky masáže na tělo s psychologickým vlivem esenciálních olejů, které ovlivňují naše myšlení a pocity. Působí tedy psychoterapeuticky. V první době porodní se výborně osvědčila. Doteky podporují rodičku v překonávání bolesti a usnadňují jí její zvládnání. Masáž ženě pomáhá zachovat klid a soustředit se na přítomný okamžik. S použitím namíchaného oleje k porodu, můžeme masírovat především dolní část zad, podbřišek i celé břicho. Jiné části těla například krk, boky, dlaně nebo plosky nohou se uzpůsobí podle přání rodičky. Je důležité brát ohled na to, že vnímání masáže je individuální, a je vhodné s rodičkou mluvit o tom, na jakých místech to je či není příjemné (Procházka, 2020, s. 549-554).

5.7.2 Koupel

Jedním z velmi prospěšných a efektivních způsobů, jak využít éterické oleje, je koupel. Její předností je, že účinky EO mohou působit na celý povrch těla. EO se musí před použitím naředit nosným olejem. Nenaředený EO by plaval na hladině a přišel by tak do přímého kontaktu s kůží, což není vhodné (Stadelmann, 2017, s. 27).

5.7.3 Použití aromalampy a inhalace

Dalším ze způsobů aromaterapie je použití aromalampy či difuzéru, které umožňují uvolňování vonných látek do vzduchu (Procházka, 2020, s. 554).

EO díky své vůni působí převážně na naše čichové ústrojí, které dokáže rozeznat vonnou molekulu ještě dřív, než si vůni uvědomíme (Stadelmann, 2017, s. 17). Čichové buňky posílají vzruchy přímo do mozku a ovlivňují tak limbický systém, který má vliv na emoce. Vdechování esenciálních olejů může pomoci uvolnit napětí a strach, což může přispět k pozitivnějšímu porodnímu zážitku. Provonění porodního pokoje vůní, která je ženě známá a příjemná, jí může pomoci cítit se bezpečněji a jistěji. Vůně EO dokáže vytvořit příjemnou atmosféru a napomáhá ke zmírnění stresu. Při správné volbě EO můžeme pomoci rodičce zklidnit dech a posílit pocit pohodlí a uvolnění (Procházka, 2020, s. 551-554). Velmi důležité je dávkování, které bychom měli přizpůsobit velikosti prostoru a druhu lampy či difuzéru (Stadelmann, 2017, s. 25).

Další možností je přímé vdechování EO z lahvičky nebo z kapesníku například při nevolnosti.

Výběr EO je zcela individuální. Pozitivní účinek zajistíme tím, že si žena sama vybere vůni, která jí je příjemná. Jedna z hlavních kontraindikací je, když ženě daná vůně nevoní (Stadelmann, 2017, s. 30).

5.8 Masáže

Manderová (2014, s. 172) ve své knize uvádí, že masáž představuje nejpřirozenější formu úlevy od bolesti. Je totiž založená na vrozeném lidském reflexu dotýkat se, tisknout či třít si bolavou část těla. Složením dvou definic popisuje masáž jako „*aplikaci tlaku na měkké tkáně, obvykle na svaly, šlachy nebo vazy, aniž je způsoben pohyb nebo změna pozice kloubu, s cílem snížit bolest, dosáhnout uvolnění, a/nebo zlepšit krevní oběh.*“

Během porodu, zejména při kontrakcích si žena intuitivně hladí břicho nebo stehna krouživými pohyby. Tento typ masáže se nazývá eufleráž. Spočívá v tom, že si ji provádí člověk sám. Pro tlumení bolesti v zádech napomáhá silný tlak na kost křížovou, kterou provádí doprovázející osoba či porodní asistentka. K uvolnění napětí může pomoci masáž ramenních svalů.

Během masáže je nutné s rodičkou spolupracovat. Zjistit, jaký tlak ji vyhovuje a na jakém konkrétním místě či bodu (Čermáková, 2023, s.145-155).

5.9 Akupresura a akupunktura

Akupresura a akupunktura jsou dvě techniky vycházející z principů tradiční čínské medicíny. Jsou to metody k sobě příbuzné. Obě pracují s energetickými drahami, zvanými meridiány, v lidském těle. Akupunktura spočívá v zavádění jemných jehel do specifických bodů, zatímco akupresura využívá pouze tlak, pomocí prstů, dlaní, loktů či tupých předmětů. Podle tradiční čínské medicíny může stimulace těchto bodů obnovit normální tok energie zvané čchi, což může přispět k úlevě od bolesti. Tyto metody je vhodné používat při stavech úzkosti a neklidu, nevolnosti, ke zmírnění porodních bolestí, či k urychlení porodních kontrakcí (Procházka, 2020, s. 565-572).

Akupunktura při porodu není v České republice příliš běžná. Tuto metodu by měl provádět jen zkušený terapeut, aby mohla být považována za bezpečnou. Během porodu se upřednostňuje akupresura, protože nevyžaduje speciální vybavení a její základní techniky a dovednosti jsou snadno osvojitelné. Rodička ji může rodička provádět i sama například na dlani. Akupresura je účinná při zmírnění zádoových bolestí (Procházka, 2020, s.565-572, Mander,2014, s. 176).

5.10 Vaginální napářka

Tato metoda spočívá v použití speciální bylinné směsi, která se zalije horkou vodou, čímž se uvolní léčivé výpary. Rodička si pak sedne nad tuto směs na speciální stoličku, která umožňuje, aby se pára dostala přímo k rodidlům.

Během porodu může napářka napomoci uvolnit svalové napětí, což usnadňuje zvládnutí bolestivých kontrakcí, a také může zkrátit první dobu porodní. Zvlhčuje porodní cesty, zlepšuje elasticitu hráze a pomáhá předcházet jejímu poranění (Kohutová, 2020, Hendrych Lorenzová, 2021). Napářka kombinuje účinky aromaterapie, hydroterapie, fytotherapie a termoterapie (Valová, 2020).

5.11 Polohování

Pohyb během porodu může přispět k lepší snášenlivosti bolesti. Napomáhá rodičce se lépe uvolnit, což může vést k určitému urychlení porodního procesu. Správná poloha může také pomoci plodu lépe vstoupit do porodního kanálu (Čermáková, 2023, s. 155).

Nejméně vhodná poloha je vodorovná poloha vleže na zádech. V této poloze může děloha utlačovat cévu a hrozí tak riziko syndromu dolní duté žíly, který může způsobit u rodičky závratě a u plodu zhoršit dodávku kyslíku (Bašová, 2015 s. 66).

V první době porodní se můžeme setkat s polohami, jako například se stojem v mírném podřepu s oporou, která nejvíce využívá gravitační síly a tím pomáhá plodu co nejrychleji sestoupit do porodních cest. Polohu na boku, kde si rodička může odpočinout. Doporučuje se ležet nejlépe na té straně, kde se nachází hřbet plodu. Dále také poloha ve dřepu, na všech čtyřech, kolenoprsní poloha, v polosedu, v předklonu atd (Balaskasová, 2010, s. 130-139).

Polohování se přizpůsobuje individuálním potřebám rodičky, protože právě ona významně ovlivňuje jeho průběh. Nejlepší pozice je většinou ta, ke které rodička přirozeně dospěje sama (Bašková, 2015, s. 66). Polohy je vhodné měnit, pokud je ale daná poloha účinná, není nutností snažit se hledání jiné polohy (Čermáková, 2023, s. 156).

Současné porodní pokoje jsou moderně vybavené a poskytují ženám různé pomůcky, které jim mohou pomoci během porodu. Například žíněnka, porodní vak či gymnastický míč (Dušová, 2019, s. 74).

5.12 Transkutánní elektrická stimulace nervů

Tato porodní analgezie využívá elektrody, které působí v oblasti beder, konkrétně tam, kde do míchy vstupují aferentní nervy. Elektrody se přichytí náplastmi. V první době porodní se jedná o oblast TH₁₀-L₋₁ (Pařízek, 2012, s.194-195).

Zařízení pro aplikaci TENS se skládá z generátoru stejnosměrných pulzů a zesilovače, který umožňuje regulaci intenzity a vypnutí proudu. Jednotka TENS se nastavuje těsně pod práh bolesti ženy. Rodička si zvyšuje intenzitu elektrických impulzů v souladu s děložními kontrakcemi tak, aby elektrické stimuly soupeřily s bolestí (Mander, 2014, s.180). Pro porod je doporučena frekvence proudových impulzů 40-150 Hz. Kontraindikací této metody je přítomnost kardiostimulátoru, který se však u rodících žen objevuje jen zřídka.

Dále dle Pařízka TENS představuje jednoduchý způsob analgezie, který kombinuje psychologické i somatické účinky a napomáhá snížit potřebu farmakologické léčby. Největší přínos má při tlumení bolesti v počáteční fázi první doby porodní. Výhodou TENS je, že se dá efektivně kombinovat s dalšími farmakologickými i nefarmakologickými metodami (Pařízek, 2012, s. 195).

PRAKTICKÁ ČÁST

Tato část této bakalářské práce vychází z provedeného dotazníkového šetření. Je rozdělena do dvou hlavních oddílů. První se zabývá popisem použité výzkumné metody a druhá část se věnuje samotné analýze získaných dat, která je prezentována pomocí textu, tabulek a grafů.

6 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pro tuto bakalářskou práci, která má teoreticko-průzkumný charakter, byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda. K získání potřebných informací byl vytvořen polostrukturovaný dotazník, který byl anonymní a zcela dobrovolný. Byl vytvořen na základě stanovených cílů a měl za úkol zjistit, jaké zkušenosti mají rodičky s využitím nefarmakologických metod tlumení bolesti na porodním sále.

6.1 Průzkumný nástroj

Průzkumným nástrojem pro sběr dat byl zvolen autorský nestandardizovaný dotazník. Viz příloha C. V krátkém a stručném úvodu dotazníku se autorka představila. Uvedla, na jaké téma je dotazník zaměřen, informovala o počtu otázek a objasnila účel šetření. Respondentky byly požádány o vyplnění dotazníku. Také bylo zmíněno zachování anonymity. Součástí úvodu byly vysvětleny pojmy, které byly klíčové pro správné vyplnění dotazníku.

Dotazník obsahoval celkem 21 otázek různého typu. Převládaly uzavřené otázky s možností výběru jedné nebo více odpovědí. Mezi ně patřily například otázky dichotomické, které nabízely dvě vzájemně se vylučující odpovědi (otázky č. 5, 12, 13). Dále byly zahrnuty polytomické výběrové otázky, u nichž respondentky vybíraly jednu z předložených alternativ (otázky č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 15, 18, 19, 20, 21) a polytomické výčtové otázky, kde byla možnost výběru několika předložených možností (otázky č. 6, 7, 17).

Některé položky byly doplněny o volné textové pole pro vlastní vyjádření respondentky neboli otázky polouzavřené. Nechyběla ani filtrační otázka, která rozhodla o tom, zda má respondentka pokračovat v otázce následující. Vyskytly se také otázky, které se týkaly pouze části zkoumaného vzorku a sloužily k doplnění či upřesnění předchozích položek.

Dále dotazník obsahoval jednu otevřenou otázku (č. 9). V průzkumu byly také škálovací otázky, které umožňovaly hodnotit subjektivní vnímání bolesti a stresu (č. 14, 16). Otázka číslo 8 byla utvořena formou tabulky, v níž byla pomocí Likertovy škály hodnocena účinnost jednotlivých metod. Dalším typem výše uvedených otázek jsou identifikační, které se vyskytují v závěru dotazníku.

Otázky byly formulovány tak, aby zachytily jak zkušenosti žen s tišením bolesti při porodu, tak jejich informovanost, dostupnost nefarmakologických metod v konkrétním zařízení i vliv podpory ze strany zdravotnického personálu. Závěrečná část dotazníku se věnovala sběru základních údajů o respondentkách, včetně věku, počtu porodů a jejich průběhu.

6.2 Výběr respondentů

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou zdravotnických zařízeních východních Čech. Výzkumný vzorek tvořily rodičky na oddělení šestinedělí. Do průzkumu bylo zařazeno celkem 30 respondentek.

6.3 Sběr dat

Po souhlasu žádosti o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce, byly dotazníky v papírové podobě rozdány po oddělení. Rozdáno bylo celkem 50 kusů. Respondentkám bylo řečeno, že pokud během porodu využily farmaka, aby hodnotily účinnost nefarmakologických metod do té doby, než jim byla podána. Pro vyplnění dotazníky byl vytvořen uzavřený box, kam respondentky vložily vyplněný dotazník. Přibližně po měsíci bylo vyplněno 43 dotazníků. Před samotným zpracováním byly nejprve přečteny a zkontrolovány. Dotazníky, které nebyly vyplněné kompletně, nebo u nich došlo k nesprávnému pochopení některých z otázek, byly vyřazeny. Celkem bylo vyloučeno 13 dotazníků. Celkový počet zpracovaných dat tedy tvoří 30 dotazníků.

Následně byla data převedena do online platformy určené pro tvorbu a vyhodnocování otazníků. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena pomocí grafů či tabulek se slovním popisem. Průzkumná část je zpracována pomocí popisné statistiky, konkrétně za využití absolutní a relativní četnosti.

Absolutní četnost n_i udává počet respondentek, které zvolily konkrétní odpověď. Relativní četnost f_i pak vyjadřuje tento počet jako procento z celkového počtu odpovědí. Výpočet relativní četnosti se provádí podle vzorce: $f_i = n_i / n \times 100$ (Chráška, 2016, s. 35).

Popisná statistika usnadňuje porozumění výsledkům tím, že je shrnuje do přehledné a výstižné formy (Reiterová, 2024, s. 12).

Vzhledem k přehlednosti prezentovaných dat byla procenta zaokrouhlena na celá čísla. Toto zaokrouhlení nijak významně neovlivňuje interpretaci výsledků.

6.4 Výzkumné otázky, cíle a dílčí cíle

Hlavním cílem praktické části je zjistit, jaké zkušenosti mají rodičky s tišením bolesti při porodu, s jakými nefarmakologickými metodami tišení bolesti se nejčastěji setkávají a jak hodnotí jejich účinnost.

K tomuto hlavnímu cíli budou směřovat jednotlivé **dílčí cíle**:

1. Zjistit informovanost rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti při porodu.
2. Zjistit, které nefarmakologické metody tišení bolesti byly nejčastěji využívány.
3. Zjistit, jak rodičky hodnotí účinnost nefarmakologických metod, které měly možnost vyzkoušet.
4. Zjistit, jak rodičky hodnotí dostupnost nefarmakologických metod ve zdravotnickém zařízení.

Průzkumné otázky:

1. Jaká je informovanost rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti při porodu?
2. Které nefarmakologické metody tišení bolesti při porodu byly rodičkami nejčastěji využívány?
3. Jak rodičky hodnotí účinnost nefarmakologických metod, které měly možnost vyzkoušet?
4. Jak rodičky hodnotí dostupnost nefarmakologických metod tišení bolesti ve zdravotnických zařízeních?

Tato bakalářská práce vychází z několika **domnělých hypotéz**, které se následně pokusí ověřit nebo vyvrátit.

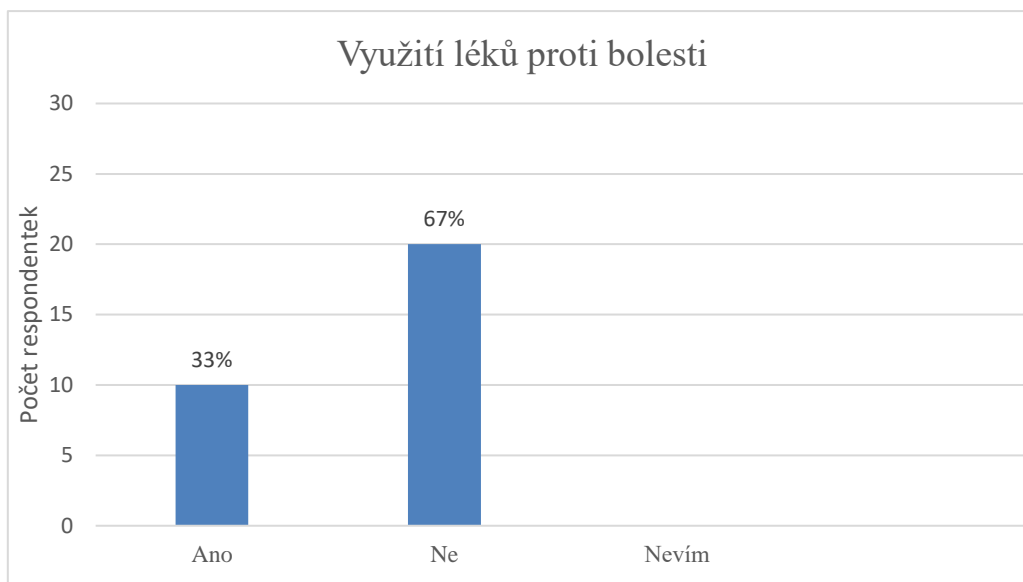
Nejvyužívanější nefarmakologická metoda v první době porodní je hydroterapie, která také bude považována rodičkami za neúčinnější.

Možnost využití nefarmakologických metod ovlivnila výběr porodnice u více než poloviny respondentek.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Využila jste v první době porodní léky proti bolesti?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím



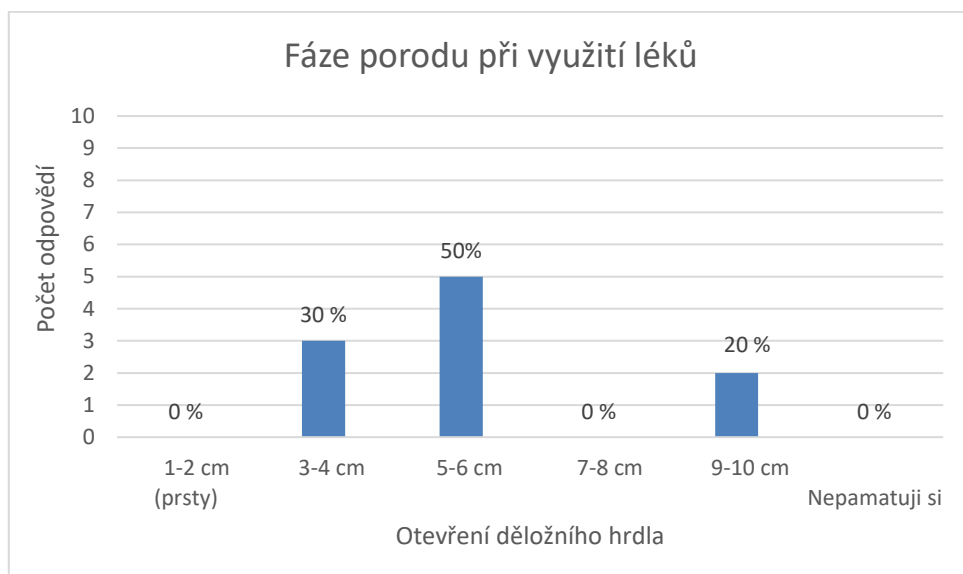
Obrázek 1 - Využití léků proti bolesti

Z celkového počtu 30 respondentek (100 %) uvedlo 10 žen (33 %), že během první doby porodní využily farmakologickou formu analgezie. Oproti tomu 20 žen (67 %) uvedlo, že tuto fázi porodu prožily bez podání farmak. Dále byla nabízena varianta „nevím“, která měla sloužit v případech, kdy si rodička nebyla jistá, zda jí bylo podáno analgetikum či nikoli. Tuto odpověď však nezvolila žádná z respondentek tedy 0 %.

Otázka č. 2: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, od které fáze porodu jste léky využila?

Děložní hrdlo bylo otevřeno na:

- a. 1-2 cm (prsty)
- b. 3-4 cm
- c. 5-6 cm
- d. 7-8 cm
- e. 9-10 cm
- f. Nepamatuji si

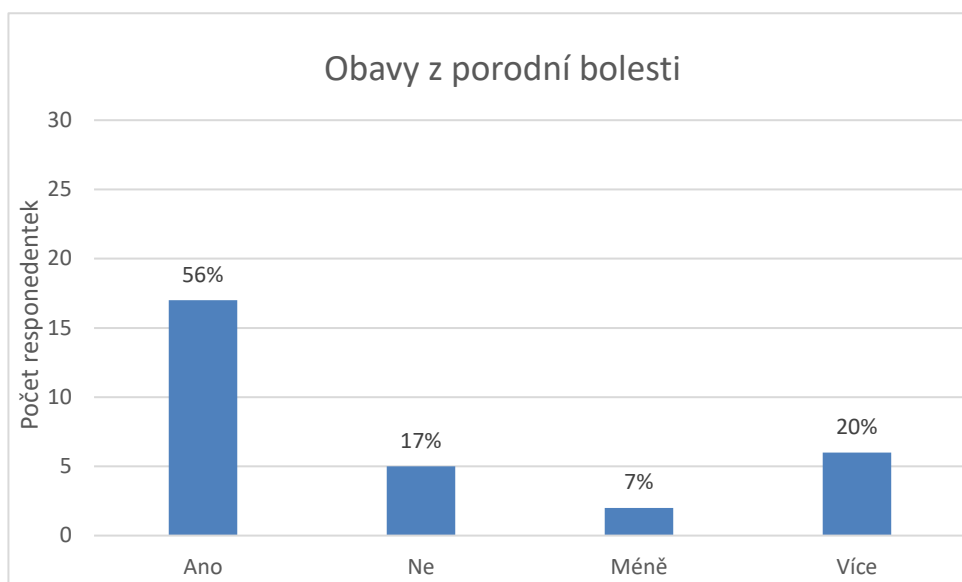


Obrázek 2 - Fáze porodu při využití léků

Druhá otázka byla určena pouze pro respondentky, které v první otázce uvedly, že během první doby porodní využily léky proti bolesti. Tudiž 100 % zde tvoří 10 žen. Cílem bylo zjistit, v jaké fázi otevření děložního hrdla byla farmaka využita. Výsledky ukázaly, že 5 žen (50 %), využilo farmaka při otevření děložního hrdla na 5–6 cm. 3 ženy (30 %) na 3–4 cm a dvě ženy (20 %) využily podání léčiv až při otevření porodní branky na 9–10 cm. Jiné možnosti nebyly zvoleny.

Otázka č. 3: Obávala jste se porodní bolesti?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Po předchozích porodních zkušenostech méně
- d. Po předchozích porodních zkušenostech více

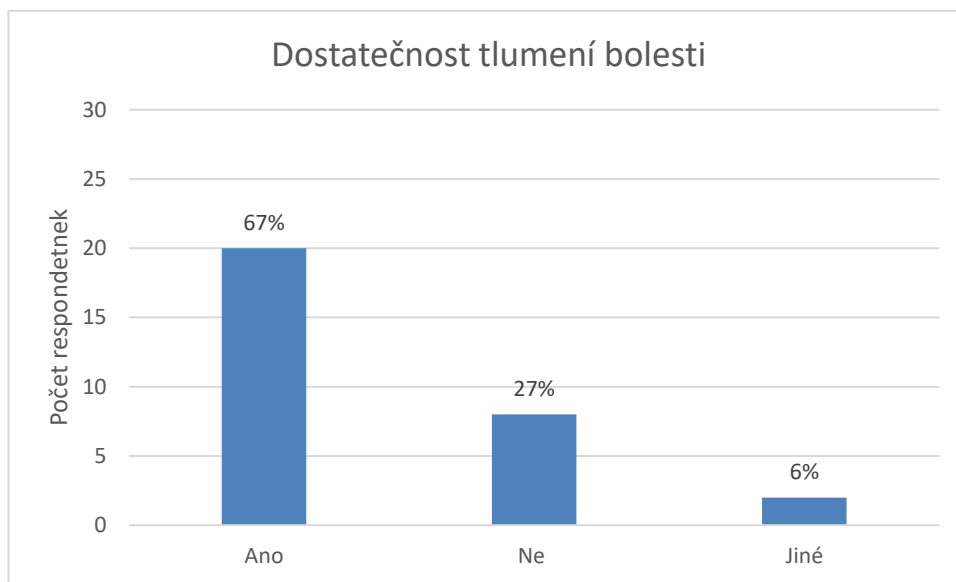


Obrázek 3 - Obavy z porodní bolesti

Tento graf popisuje, jaké obavy rodičky měly z porodní bolesti. Většina respondentek, konkrétně 17 žen (57 %), se porodní bolesti obávalo. 6 respondentek (20 %) uvedlo, že jejich obavy byly po předchozím porodu ještě větší a 2 respondentky (7 %) uvedly, že po předchozí zkušenosti už se bolesti obávají méně. 5 respondentek (17 %) se bolesti neobávalo.

Otázka č. 4: Považujete tlumení bolesti během vašeho porodu za dostačující?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (uveďte)



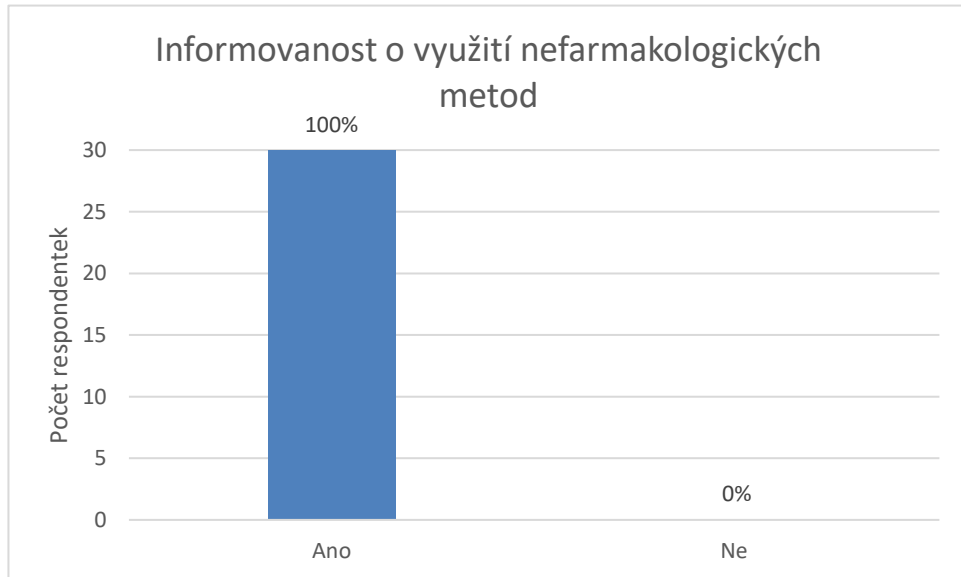
Obrázek 4 - Dostatečnost tlumení bolesti

Na tuto otázku odpověděla většina respondentek (20; 67 %) kladně. Tlumení bolesti během této fáze porodu respondentky považovaly za dostačující. Osm žen (27 %) uvedlo, že úroveň tlumení bolesti pro ně nebyla dostačující.

Dvě respondentky (6 %) zvolily možnost jiné odpovědi, kde se mohly vyjádřit vlastními slovy. Respondentka 1 uvedla, že „neví“, zda by považovala tlumení bolesti za dostačující či nikoli. Respondentka 2 napsala, že dostatečné tlumení bolesti pociťovala jen v době podání epidurální analgezie.

Otázka č. 5: Byla jste před porodem informována o využití nefarmakologických metod tišení bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

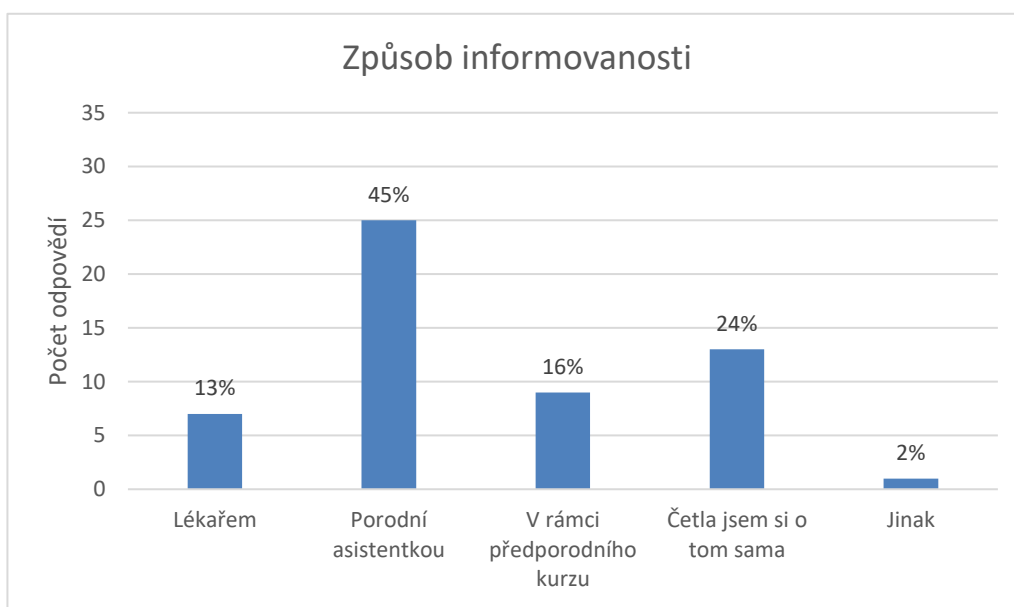


Obrázek 5 - Informovanost o využití nefarmakologických metod

V této otázce odpovědělo všech 30 dotazovaných žen (100 %) shodně. Z toho vyplývá, že každá žena byla předem informována o nefarmakologických metodách tišení bolesti. Následující otázka bude zaměřena na způsob, jak tyto informace obdržely.

Otázka č. 6: Pokud ano, jakým způsobem jste byla informována?

- a. Lékařem
- b. Porodní asistentkou
- c. V rámci předporodního kurzu
- d. Četla jsem si o tom sama
- e. Jinak (uveďte prosím)

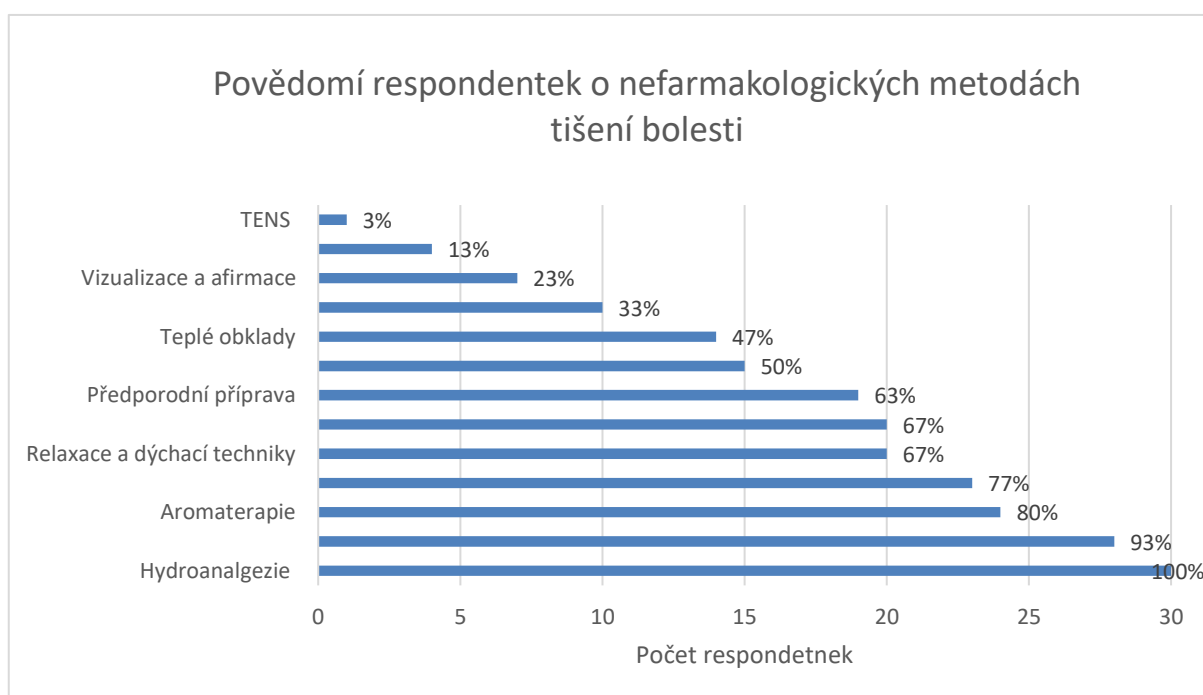


Obrázek 6 - Způsob informovanosti

Tato otázka byla výčtového charakteru, respondentky tedy mohly označit více možností. Od 30 respondentek bylo nasbíráno 55 odpovědí, které v tomto případě tvoří 100 %. Nejčastějším zdrojem informací byla porodní asistentka, kterou uvedlo 25 žen (45 %), což zřetelně převyšuje ostatní možnosti. Dále 13 respondentek (24 %) uvedlo, že informace o metodách si vyhledávaly samostatně z vlastní iniciativy. Předporodního kurzu se účastnilo 9 respondentek (16 %). 7 žen (13 %) bylo informováno lékařem a jedna respondentka uvedla možnost, že byla informována jiným způsobem. Uvedla, že se hodně informací dozvěděla od kamarádky.

Otázka č. 7: O jakých z těchto nefarmakologických metod jste před porodem slyšela?

- a. Hydroanalgezie (teplá sprcha nebo vana)
- b. Teplé obklady
- c. Masáže a akupresura
- d. Akupunktura
- e. Aromaterapie
- f. Vaginální napářka
- g. Předporodní příprava
- h. Relaxace a dýchací techniky
- i. Vizualizace a afirmace
- j. Přítomnost blízké osoby u porodu
- k. Hudební terapie (poslouchání bílého šumu, oblíbené hudby)
- l. Polohování (změna poloh, pohyb, gymnastický míč)
- m. TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace



Obrázek 7 - Povědomí respondentek o nefarmakologických metodách tišení bolesti

I v této otázce měly respondentky možnost více odpovědí. Vybíraly z možností, které představovaly metody, o kterých před porodem slyšely. Pro možné nejasnosti odborných pojmů, byly některé metody dovysvětleny v závorkách. Pro větší přehlednost byly odpovědi v grafu seřazeny vzestupně podle podílu odpovědí v procentech. Mezi čtyři nejčastější odpovědi patří hydroanalgezie, polohování, aromaterapie a vaginální napářka. Podle výsledku grafu je patrné, že pro respondentky, je nejvíce známou metodou hydroanalgezie. Pro tuto metodu hlasovalo 100 %, tedy celkový počet 30 dotazovaných žen. Další velmi známou a často i instinktivní metodou je polohování, pro které hlasovalo 28 žen (93 %). Pro aromaterapii hlasovalo 24 respondentek (80 %) a pro vaginální napářku 23 žen (77 %).

Nižší míra povědomí byla zaznamenána u metod, jako je transkutánní elektrická nervová stimulace (1; 3 %) a akupunktura (4; 13 %), které mezi respondentkami vykazovaly jen minimální zastoupení. Tento výsledek může souviset s jejich omezenou dostupností v praxi. Mezi další nízké procento, 23 % znalosti metod patří vizualizace a afirmace, které nemusí být tolik známé, protože se nejedná o fyzickou formu úlevy od bolesti, ale spíše o psychologický přístup, který není ženami vždy vnímán jako samostatná metoda. Tuto možnost zvolilo 7 žen.

Otázka č. 8: Křížkem označte, jak hodnotíte účinnost metod, se kterými jste se setkala při porodu.

Hodnocení účinnosti metod:	velmi účinná	účinná	průměrně účinná	méně účinná	neúčinná	nevyužila jsem tuto metodu
Hydroanalgezie						
Teplé obklady						
Masáže a akupresura						
Akupunktura						
Vaginální napářka						
Aromaterapie						
Předporodní příprava						
Relaxace a dýchací techniky						
Vizualizace a afirmace						
Přítomnost blízké osoby u porodu						
Hudební terapie						
Polohování						
TENS						

Tabulka 1 - Hodnocení účinnosti nefarmakologických metod

Metoda	Využilo	Velmi účinná (4b)	Účinná (3b)	Průměrně účinná (2b)	Méně účinná (1b)	Neúčinná (0b)	Průměr účinnosti
Přítomnost blízké osoby u porodu	28	9	8	8	1	2	2,8
Polohování	28	11	2	8	3	4	2,5
Hydroanalgezie	26	12	10	2	0	2	3,1
Relaxace a dýchací techniky	21	6	3	5	4	3	2,2
Předporodní příprava	19	3	3	9	3	1	2,2
Aromaterapie	16	3	0	5	3	5	1,6
Teplé obklady	12	1	4	4	2	1	2,2
Hudební terapie	9	0	1	3	0	5	1
Vaginální napářka	8	0	1	5	1	1	1,8
Masáže a akupresura	7	0	1	2	3	1	1,4
Vizualizace a afirmace	3	1	2	0	0	0	3,3
Akupunktura	0	0	0	0	0	0	x
TENS	0	0	0	0	0	0	x

Odpovědi této otázky byly zpracovány pomocí tabulky. Pro větší přehlednost výsledků byly možnosti hodnocení účinnosti obodovány a byl vypočítán výčtový průměr hodnot. Mezi nejlépe hodnocené nefarmakologické metody patří hydroanalgezie (3,1), přítomnost blízké osoby (2,8) a polohování (2,5). Průměrná hodnota účinnosti těchto metod ukazuje, že byly respondentkami hodnoceny jako účinné.

Vysoký průměr účinnosti měla metoda vizualizace a afirmace (3,3). Tento výsledek však nelze považovat za relevantní, jelikož jej hodnotily pouze tři respondentky. Takto nízký počet odpovědí výrazně snižuje jeho vypovídací hodnotu, a proto není možné tuto metodu, objektivně zařadit mezi účinné nefarmakologické postupy.

Jako průměrně hodnocené metody jsou předporodní příprava, teplé obklady, relaxace a dýchací techniky, vaginální napářka a aromaterapie. Mezi neúčinné metody respondentky zařadily hudební terapii, masáže a akupresuru.

Otázka číslo: 9 Jaké konkrétní metody vám nejvíce pomohly a proč?

V rámci otevřené otázky měly respondentky možnost uvést více metod, které jim subjektivně nejvíce pomohly od bolesti. Odpovědi byly analyzovány a rozčleněny do tematických kategorií. Výsledky jsou uváděny jako četnost zmínění jednotlivých metod, nikoli jako počet respondentek, protože některé ženy uvedly více účinných metod zároveň. V tomto případě se 38 odpovědí rovná 100 %. Procenta byla zaokrouhlena na celá čísla.

Tabulka 2 – Konkrétní metody, které rodičkám pomohly

Odpovědi	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Hydroanalgezie	13	34 %
Polohování, chůze či gymnastický míč	9	24 %
Přítomost blízké osoby	5	13 %
Dýchací techniky	4	10 %
Teplé obklady - suché teplo	3	8 %
Afirmace a vizualizace	2	5 %
Poslech hudby	1	2 %
Masáž břicha vonným olejem	1	2 %
Metody hypnoporodu	1	2 %
Celkový počet odpovědí	39	100 %

Z odpovědí respondentek na otevřenou otázku vyplývá, že nejčastěji uváděnou metodou, která pomohla od bolesti, byla hydroanalgezie, tedy použití teplé vody ve formě sprchy nebo vany. Tuto metodu zmínilo ve svých odpovědích 13 žen (34 %). Respondentky uváděly, že jim teplá voda pomohla zmírnit bolest zad a podbřišku, dále, že přispěla k uvolnění nebo zklidnění. Druhou nejčastější odpovědí byl pohyb (9; 24 %), který zahrnuje polohování, chůzi a využití gymnastického míče. Tyto ženy si chválily možnost měnit pozici podle potřeby a subjektivní zlepšení snesitelnosti kontrakcí.

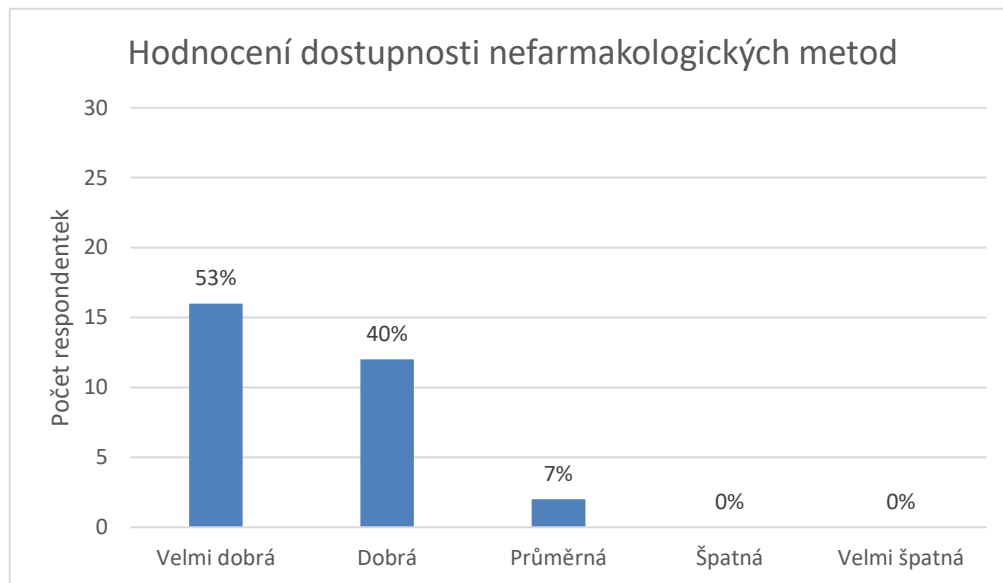
Často byla také oceňována přítomnost blízké osoby, zejména partnera, který poskytoval psychickou oporu, útěchu a pocit bezpečí (5; 13 %).

Dále ženy zmínily dechové techniky, které jim pomohly se soustředit či odvést pozornost (4; 10 %). Jedna respondentka uvedla, že ji pomohla masáž břicha vonným olejem. Jiná, že nejvíce během porodu využívala afirmace. Dále jedna z žen zmínila, že ji pomohl poslech

hudby v odvedení pozornosti. Poslední respondentka napsala, že ji nejvíce od bolesti pomohly natrénované techniky hypnoporodu.

Otázka č. 10: Jak hodnotíte dostupnost nefarmakologických metod ve vaší nemocnici?

- a. Velmi dobrá
- b. Dobrá
- c. Průměrná
- d. Špatná
- e. Velmi špatná

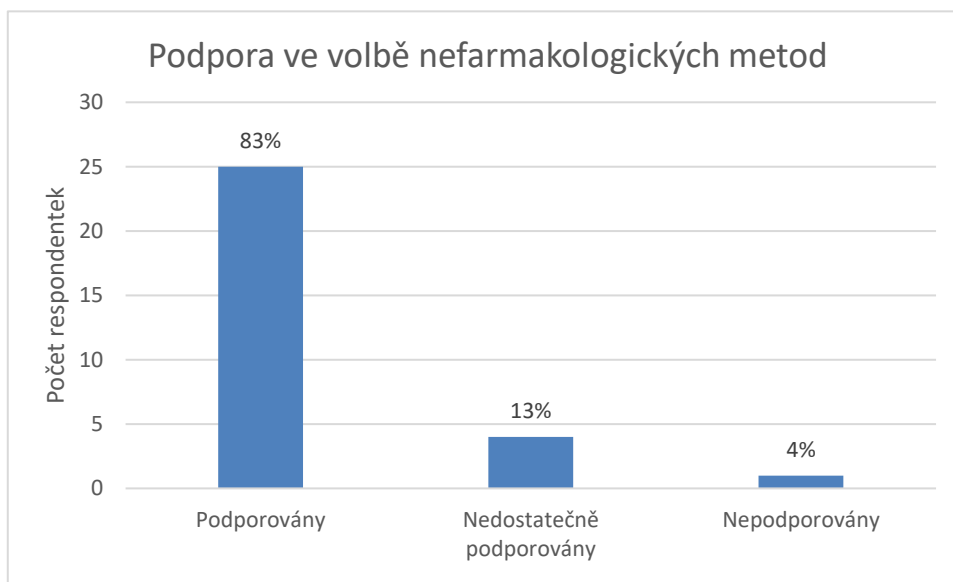


Obrázek 8 - Hodnocení dostupnosti nefarmakologických metod ve zdravotnickém zařízení

Nejpočetnější odpovědí byla možnost velmi dobré dostupnosti, kterou uvedlo 17 respondentek (53 %). Dobrá dostupnost byla zvolena 12 respondentkami (40 %). Dvě respondentky uvedly úroveň poskytování nefarmakologických metod jako průměrnou. Žádná z žen nehodnotila dostupnost jako špatnou či velmi špatnou.

Otázka č. 11: Cítila jste se během porodu podporována ve volbě nefarmakologických metod?

- a. Ano, byla jsem podporována.
- b. Ano, ale potřebovala bych podpořit více.
- c. Ne, nebyla jsem podporována.

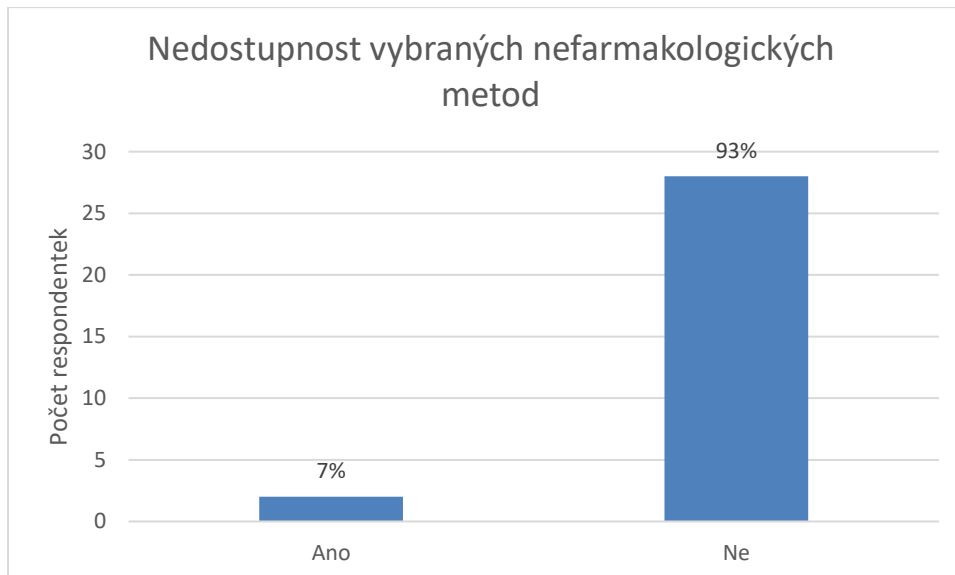


Obrázek 9 - Podpora ve volbě nefarmakologických metod

Většina respondentek, konkrétně 25 žen (83 %), uvedlo, že jim byla při volbě nefarmakologických metod poskytnuta dostatečná podpora. Čtyři respondentky (13 %) odpověděly, že jim byla poskytnuta určitá podpora, avšak z jejich pohledu nebyla dostačující. Pouze jedna žena (4 %) odpověděla, že žádnou podporu nezaznamenala.

Otázka č. 12: Jsou nějaké metody, které jste chtěla využít, ale nebyly ve vaší porodnici dostupné?

- a. Ano (uveďte prosím jaké)
- b. Ne

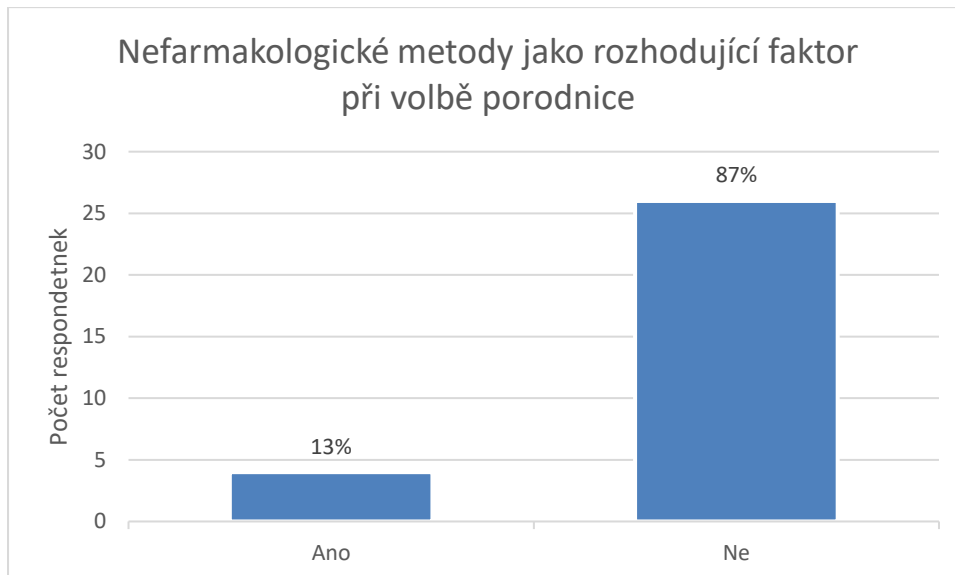


Obrázek 10 - Nedostupnost vybraných nefarmakologických metod

Celkem 28 dotazovaných žen (93 %) uvedlo, že jim byly v porodnici dostupné všechny metody, které chtěly využít. Pouze dvě z respondentek (7 %) odpověděly, že určité metody, o které měly zájem, v jejich porodnici k dispozici nebyly. Mezi chybějící metody uvedla jedna respondentka teplé obklady a vaginální napáčku. Druhá respondentka postrádala TENS a akupunkturu.

Otázka č. 13: Byla pro Vás možnost využití nefarmakologických metod tišení bolesti jeden z rozhodujících faktorů při výběru porodnice?

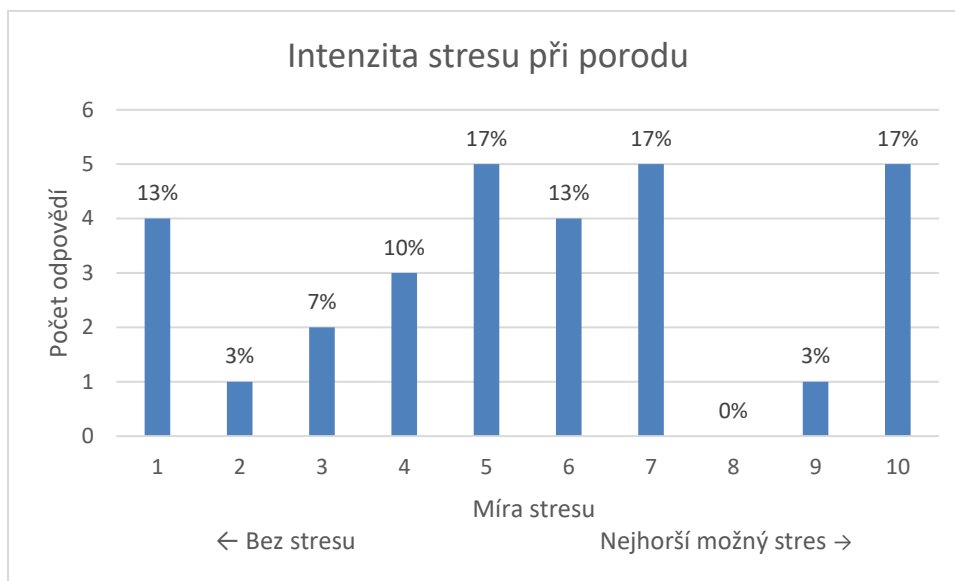
- a. Ano
- b. Ne



Obrázek 11 - Nefarmakologické metody jako rozhodující faktor při volbě porodnice

Možnost využití nefarmakologických metod při porodu nebyla rozhodujícím faktorem pro 26 (87 %) žen. Naopak 4 (13 %) z 30 respondentek uvedly, že tato možnost hrála při výběru porodnice důležitou roli. Výsledky ukazují, že přestože jsou nefarmakologické metody vnímány jako přínosné, pro většinu žen nejsou klíčovým kritériem při rozhodování o místě porodu.

Otázka č. 14: Jak byste na škále od 1-10 ohodnotila stres, který jste během porodu zažila?



Obrázek 12 - Intenzita stresu při porodu

V této otázce měly respondenty na hodnotící škále od 1-10 respondenty popsat svou míru prožitého stresu. Kde číslo 1 znamená prožití porodu bez stresu a číslo 10 nejhorší možný stres. Graf naznačuje, jak široce se liší míra stresu mezi respondentkami. Nejčastěji volenou hodnotou byla 5, 7 a 10, přičemž každou z těchto úrovní stresu uvedlo 5 respondentek (17 %). Čtyři respondenty (13 %) uvedly na škále nejnižší možnou úroveň stresu. Úroveň 2 zvolila jedna respondentka (3 %) a úroveň 3 dvě ženy (7 %). Míru stresu 4 uvedly tři respondenty (10 %), úroveň 6 zaznamenaly čtyři respondenty (13 %). Jediná z respondentek (3 %) zvolila hodnotu 9. Po výpočtu váženého průměru hodnocení intenzity stresu na škále 1–10 zaokrouhleně vychází na míru stresu 6. Tato hodnota představuje střední míru vnímaného stresu během porodu vzorku žen.

Otázka č. 15: Myslíte si, že měl Váš stres vliv na zvládání bolesti?

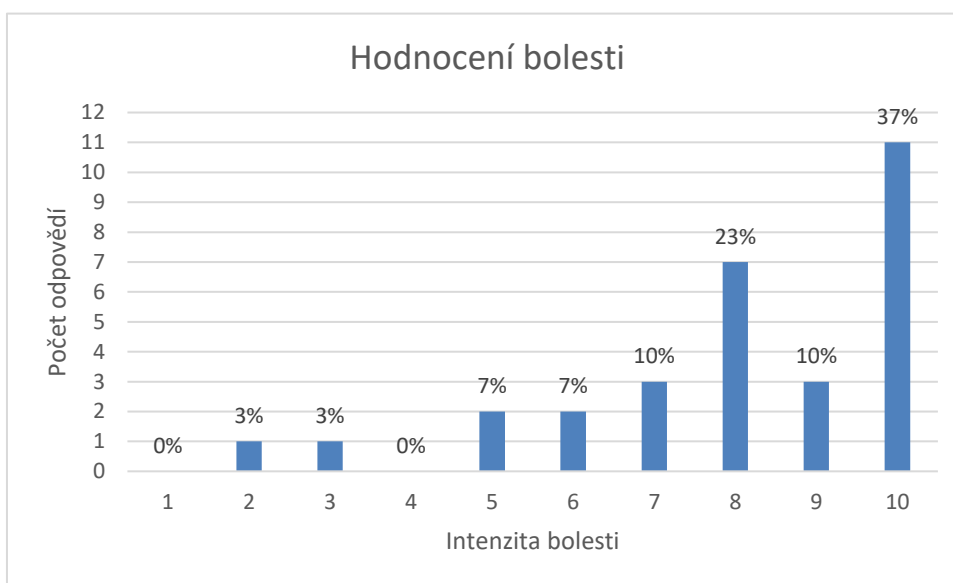
- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím



Obrázek 13 - Vliv stresu na zvládání bolesti

Odpovědi na tuto otázku byly poměrně vyrovnané. Možnost „ano“ zvolilo (10; 33 %) žen, (9; 30 %) uvedlo variantu „ne“. Velká část respondentek (11; 37 %) odpověděla „nevím“, což může znamenat, že pro ně bylo těžké vyhodnotit, jestli stres opravdu ovlivnil jejich vnímání bolesti. Tyto výsledky ukazují, že ženy vnímají vliv stresu na zvládání bolesti velmi různě.

Otázka č. 16: Jak byste na škále od 1-10 ohodnotila bolest, kterou jste během porodu zažila?

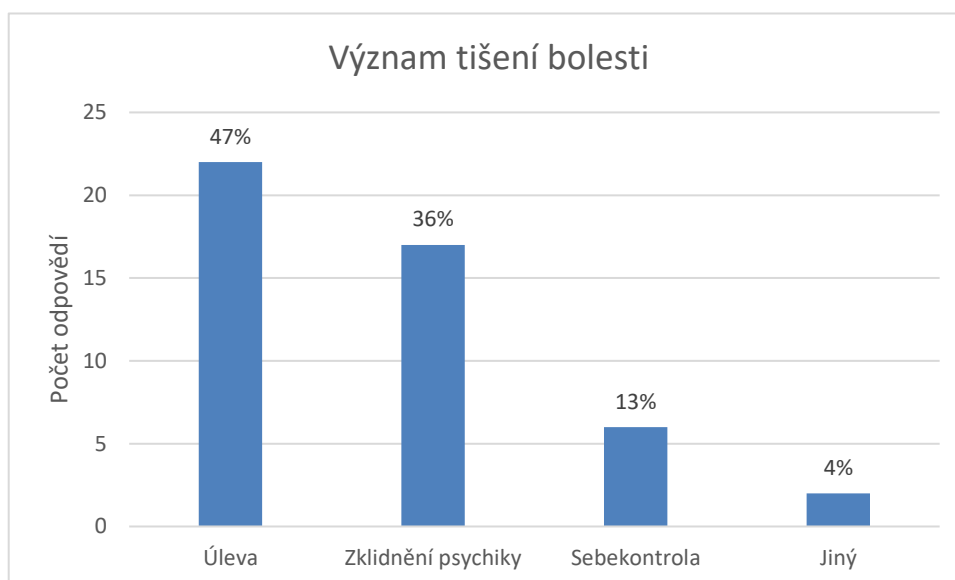


Obrázek 14 - Hodnocení bolesti při porodu

Hodnocení bolesti je na první pohled zřetelnější než hodnocení výše uvedeného stresu. Nejvíce respondentek (11; 37 %) hodnotilo prožitou bolest při porodu jako nejvyšší možnou. Žádná z respondentek nehodnotila porod jako bezbolestný. Dále 7 žen (23 %) zvolilo intenzitu bolesti číslem 8. Tři respondentky (10 %) uvedly bolest o intenzitě 7 a tři další (10 %) hodnotily bolest jako 9. Zbýlých 6 žen (20 %) hodnotilo bolest na škále mezi 2-6. Průměrné hodnocení bolesti vychází na intenzitu 8. Je však důležité mít na paměti, že toto hodnocení je velmi subjektivní. Každá žena bolest vnímá jinak a také si může odlišně vykládat jednotlivé body na škále, což může výsledky ovlivnit.

Otázka č. 17: Jaký měl pro Vás význam tišení bolesti?

- a. Úleva
- b. Zklidnění psychiky
- c. Sebekontrola
- d. Jiný (uveďte)

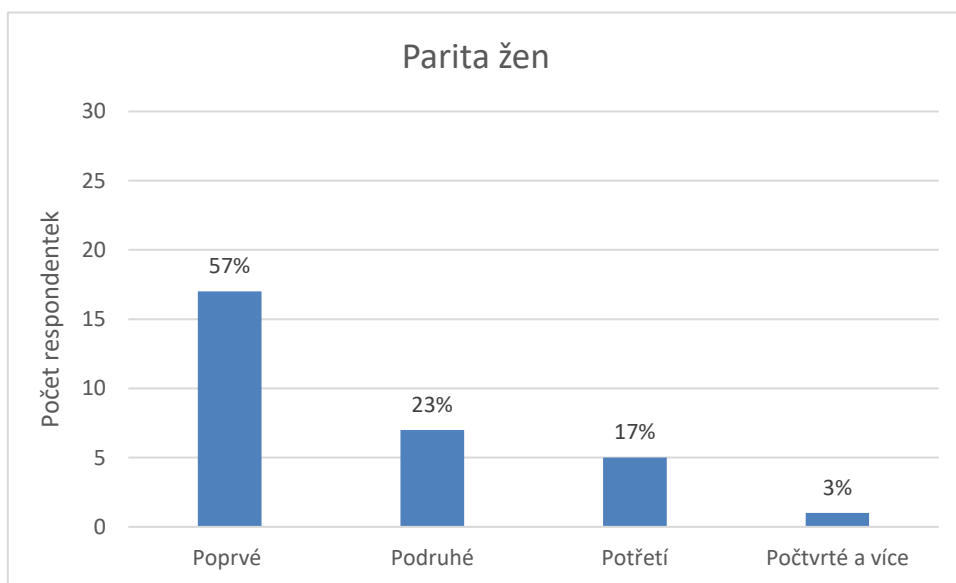


Obrázek 15 - Význam tišení bolesti

Na otázku ohledně vnímaného významu tišení bolesti odpovídaly ženy více možnostmi. Odpovědí bylo celkem 47, v tomto případě tvořících 100 %. Nejčastěji zmiňovaným významem byla fyzická úleva, kterou uvedlo 22 (7 %) respondentek. Možnost „zklidnění psychiky“ označilo 17 žen (36 %). Pro 6 (13 %) respondentek mělo tišení bolesti význam sebekontroly. 2 ženy (4 %) označily možnost „jiný“. Jedna z respondentek uvedla, že tlumení bolesti napomáhá koncentraci a duchapřítomnosti. Druhá, že tišení bolesti pro ni nemělo žádný význam, protože žádná z metod ji od bolesti zkrátka nepomohla.

Otázka č.18: Pokolikáté jste rodila?

- a. Poprvé
- b. Podruhé
- c. Potřetí
- d. Vícekrát než uvedené možnosti

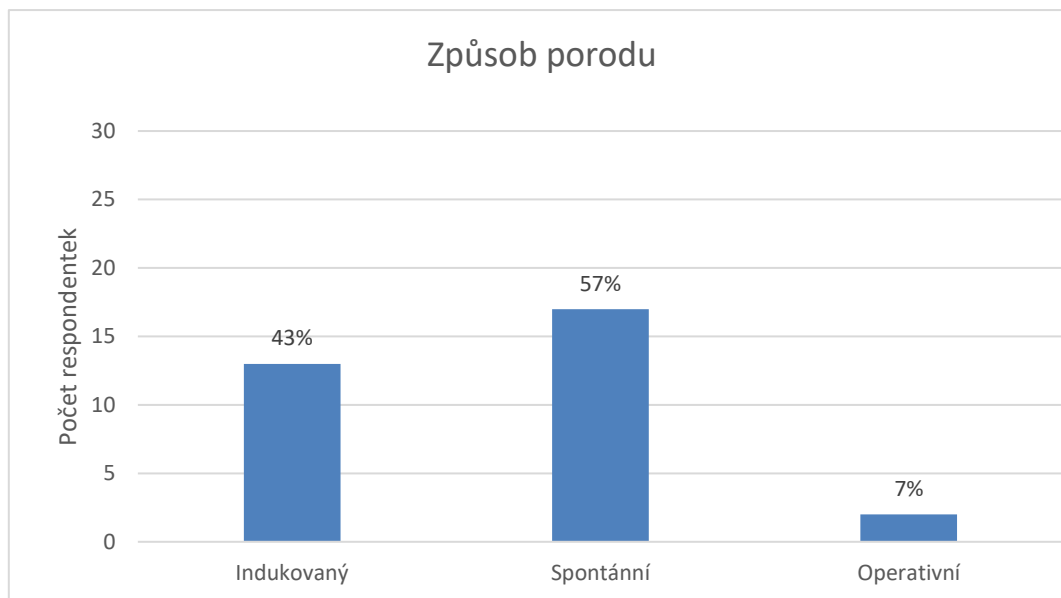


Obrázek 16 - Parita žen

Dotazníkového šetření, se účastnilo 17 prvorodiček (57 %). Dále 7 žen (23 %) byly druhorodičky. Respondentek, které rodily potřetí bylo 5 tedy 17 %. Pouze jedna žena (3 %) zvolila možnost, že rodila počtvrté a více.

Otázka č. 19: Jaký byl způsob vašeho nynějšího porodu?

- a. Indukovaný
- b. Spontánní
- c. Operativní
- d. Jiný (uved'te)



Obrázek 17 - Způsob porodu

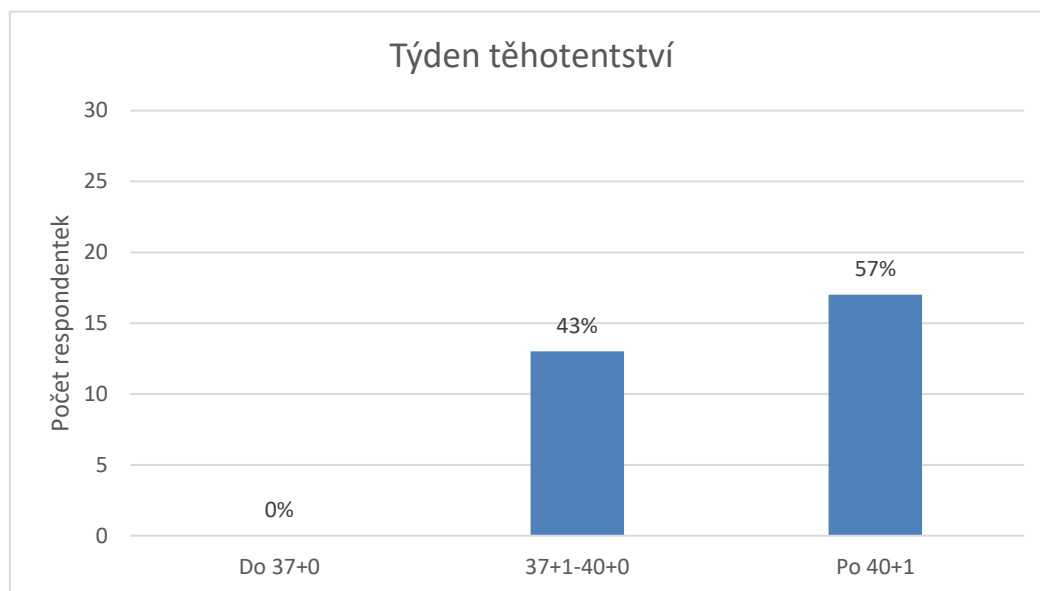
Nejvíce respondentek (17; 57 %) mělo spontánní způsob porodu, zatímco u zbývajících 13 žen (43 %) byl porod indukován. V možnosti „jiný“ dvě respondentky objasnily, že měly indukovaný porod, který skončil císařským řezem.

Podotázka k otázce číslo 19: Pokud máte za sebou více než jeden porod, uveďte i způsob minulých porodů.

Z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že 13 žen (43 %) z celkového počtu třiceti respondentek mělo za sebou jeden či více porodů. Na tyto respondentky byla podotázka zaměřena. Z celkového počtu 13 žen, které odpověděly na tuto otázku, mělo stejný způsob porodu jako u předchozího 11 žen (85 %). Dvě respondentky (15 %) uvedly, že předchozí dva porody byly spontánní a nynější indukovaný.

Otázka č. 20: V kolikátém týdnu těhotenství jste rodila?

- a. Do 37. týdne těhotenství (37+0)
- b. Mezi 38. a 40. týdnem těhotenství (37+1 až 40+0)
- c. Po ukončeném 40. týdnu těhotenství (40+1 a více)
- d. Nevím

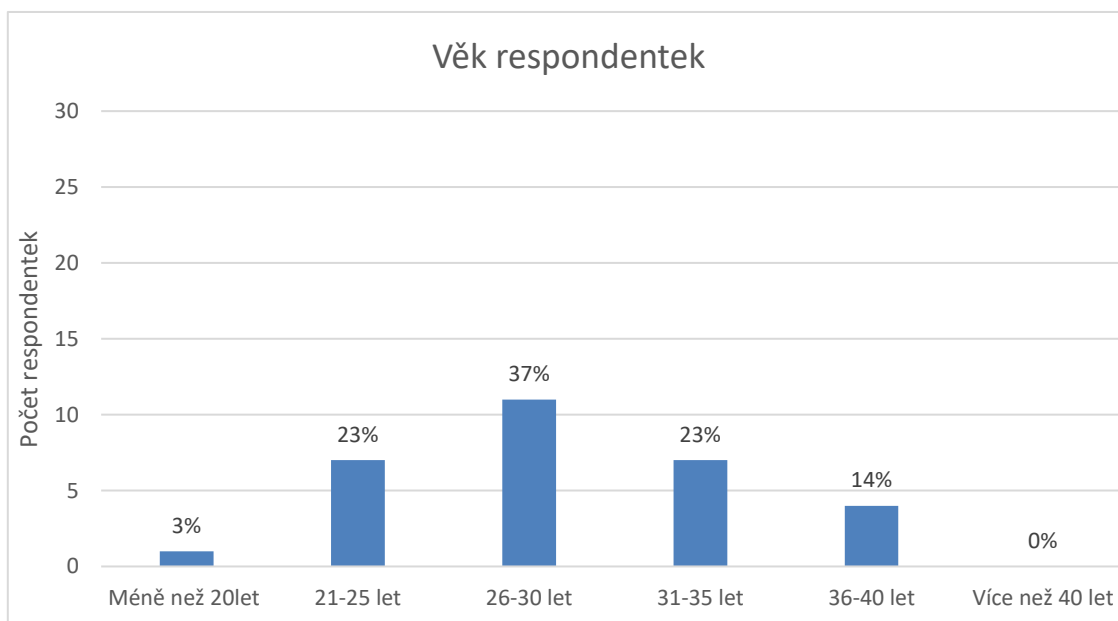


Obrázek 18 - Týden těhotenství

Celkem 13 žen (43 %) porodilo mezi 38. a 40. týdnem těhotenství, tedy v termínu porodu. Nejvíce žen (17; 57 %) uvedlo, že porodilo po termínu konkrétně až po ukončeném 40. týdnu těhotenství. Žádná z respondentek neporodila předčasně. Možnost „nevím“ nezvolila žádná u respondentek.

Otázka č. 21: Kolik Vám je let?

- a. Méně než 20
- b. 21-25
- c. 26-30
- d. 31-35
- e. 36-40
- f. Více než 40



Obrázek 19 - Věk respondentek

Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 25-30 let, kterých bylo 11 (37 %). Skupiny 21-25 let a 31-35 let byly zastoupeny ve stejné míře, každá po 7 ženách (23 %). Ve věku 36-40 let byly 4 respondentky, což představuje 14 % souboru. Věkovou kategorií do 20 let uvedla pouze jedna žena (3 %) a žádná z respondentek nepatřila do věkové skupiny nad 40 let.

8 DISKUZE

V této části bakalářské práce jsou analyzovány a interpretovány výsledky získané prostřednictvím dotazníkového šetření mezi rodičkami. Cílem diskuze je zaměřit se na hledání odpovědí na stanovené průzkumné otázky, které vycházely z praktických cílů práce. Zároveň se pokusí zhodnotit zjištěné údaje ve vztahu k teoretickým východiskům a odborné literatuře.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti při porodu?

K průzkumné otázce č. 1 se v dotazníku vztahují otázky č. 5, 6 a 7, které se zabývají informovaností žen o nefarmakologických metodách před porodem. Otázka č. 5: (*Byla jste před porodem informována o využití nefarmakologických metod tišení bolesti?*) zjišťovala, zda vůbec byly respondentky před porodem informovány o těchto metodách.

Následující otázka č. 6 (*Pokud ano, jakým způsobem jste byla informována?*) se zaměřovala na zdroj této informovanosti a otázka č. 7 (*O jakých z těchto nefarmakologických metod jste před porodem slyšela?*) zjišťovala konkrétní metody, o kterých měly ženy povědomí.

Všechny dotazované ženy (100 %, tedy 30 respondentek) odpověděly na otázku č. 5 shodně. To naznačuje, že každá z nich byla alespoň nějakým způsobem seznámena s nefarmakologickými metodami tišení bolesti. V rámci otázky byl hodnocen pouze samotný fakt informovanosti, nikoli její rozsah. Zahraniční studie Pregnant women's knowledge of non-pharmacological techniques for pain relief during childbirth (Heim, 2022) ve svém závěru uvedla, že 96,5 % respondentek mělo znalosti před porodem alespoň o jedné nefarmakologické technice. Výsledky mé práce, byť omezené rozsahem a lokalitou, naznačují podobný výsledek jako tato širší studie, která zaznamenala vysokou míru povědomí respondentek o nefarmakologických metodách.

Otázka č. 6 se již detailněji zaměřovala na konkrétní zdroje těchto informací. Otázka umožňovala více odpovědí. Bylo jich nasbíráno celkem 55 od 30 respondentek. 100 % v tomto případě tvoří 55 odpovědí. Tento výsledek ukazuje, že některé ženy čerpaly informace z více než jednoho zdroje. Nejčastějším způsobem, jakým se ženy dozvěděly o těchto metodách, byly informace od porodní asistentky (25 odpovědí, 45 %). Tato zjištění jsou v souladu s tvrzením Vašicové (2020), jež ve své bakalářské práci píše, že porodní

asistentky hrají zásadní roli v edukaci a informovanosti žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti při porodu.

Dále 13 odpovědí (24 %) ukázalo, že si ženy informace o nefarmakologických metodách samy aktivně dohledávaly, což svědčí o jejich zájmu a iniciativě již během těhotenství. Devět žen (16 %) se účastnilo předporodního kurzu. Pouze sedm žen (13 %) uvedlo, že informace obdržely od lékaře. Tento výsledek může odrážet i realitu klinické praxe, kde lékaři často přicházejí do kontaktu s rodičkami až v pozdějších fázích porodu.

Otázka č. 7 zjišťovala míru povědomí o konkrétních metodách. Mezi čtyři nejčastější odpovědi, které tvořily více jak 75 % patří hydroanalgezie, polohování, aromaterapie a vaginální napárka. Nejvíce známou nefarmakologickou metodou je pro ženy hydroanalgezie, pro kterou hlasovalo 100 % žen. Výsledky mohou zároveň odrážet nabídku nefarmakologických metod ve zdravotnických zařízeních, neboť čím častěji je daná metoda v praxi využívána, tím vyšší je pravděpodobnost, že o ní ženy mají povědomí. Dalším ovlivňujícím faktorem, pak může být i skutečnost, že téměř polovina respondentek má již zkušenost s předchozím porodem. Mezi nejméně známé metody patří TENS a akupunktura, které mezi respondentkami vykazovaly jen minimální zastoupení (3 % a 13 %). Tento výsledek může souviset s jejich omezenou dostupností těchto metod v praxi.

Průzkumná otázka č. 2: Které nefarmakologické metody tišení bolesti při porodu byly rodičkami nejčastěji využívány?

Na tuto průzkumnou otázku pomáhala najít odpovědi otázka č. 8. Do tabulky měly respondentky možnost zapsat, které metody využily a poté hodnotit jejich účinnost. Mezi nejvíce využívané metody patřila přítomnost blízké osoby a polohování, které využilo stejné procento žen (92 %). Dále hydroanalgezie (87 %), relaxace a dechové techniky (70 %). Výsledky mého šetření se podobají výsledkům Zuzčákové (2024), která se ve své bakalářské práci zabývala stejnou problematikou. Jejího kvantitativního dotazníku se zúčastnilo 107 žen. Obě šetření ukazují, že ženy během porodu nejčastěji využívaly nefarmakologické metody, jako jsou dechové techniky, změna polohy, podpora doprovodu a hydroanalgezií.

Průzkumná otázka č. 3: Jak rodičky hodnotí účinnost nefarmakologických metod, které měly možnost vyzkoušet?

K této průzkumné otázce byla vytvořena v dotazníku tabulka v otázce číslo 8: (*Křížkem označte, jak hodnotíte účinnost metod, se kterými jste se setkala při porodu.*), kde respondentky hodnotily účinnost metod, které měly možnost během první doby porodní vyzkoušet. Hodnocení probíhalo pomocí pětibodové Likertovy škály, přičemž jednotlivé stupně vyjadřovaly míru účinnosti od „velmi účinná“ až po „neúčinná“. Dále také otevřená otázka č. 9: (*Jaké konkrétní metody vám nejvíce pomohly a proč?*), která měla ověřit, zda výsledky souhlasí s předchozí vyplněnou tabulkou, a také umožnit respondentce odůvodnění.

Mezi nejlépe hodnocenou metodu patří hydroanalgezie, kde vypočítaný výčtový průměr hodnotí tuto metodu jako účinnou. V otevřené otázce respondentky uváděly, že jim teplá voda pomohla zmírnit bolest zad a podbřišku, dále, že přispěla k jejich uvolnění nebo zklidnění. Podobné tvrzení, že hydroanalgezie napomáhá k uvolnění svalů, zmírňuje křeče a díky tomu přispívá ke snížení bolesti, tvrdí ve své knize Čermáková (2023). Maderová (2014) ve své literatuře také uvádí, že kromě fyzické úlevy působí teplá voda také relaxačně a přispívá k psychickému zklidnění rodičky.

Za další účinnou metodu, kterou využilo nejvíce žen (93 %) je považována přítomnost blízké osoby. Většina respondentek se shodla, že přítomnost blízké osoby u porodu, byla pro ně zásadní. K této metodě respondentky uvedly, že jim blízká osoba poskytovala psychickou oporu, pocit bezpečí, což vnímaly jako pomoc při zvládnání bolesti i celkové situace během porodu. Mezi jejich výroky zaznělo například: „*Manžel mě psychicky podporoval*“, „*Díky partnerovi jsem se necítila na danou situaci sama*“, či „*Dodával mi pocit bezpečí, utěšoval mě a podporoval.*“

Uvedené důvody, proč daná metoda respondentkám pomohla, se ve své podstatě shodují s poznatky uváděnými v odborné literatuře od Baškové (2015), která tvrdí, že během porodu partner poskytuje ženě důležitou psychickou oporu tím, že ji povzbuzuje a podporuje. Pomáhá jí cítit se méně osaměle, naplňuje její potřebu jistoty a bezpečí.

Třetí nejlépe hodnocenou metodou je polohování, včetně pohybu jako je chůze, pohupování se v pánvi či využití gymnastického míče.

Vysoký průměr účinnosti měla například metoda vizualizace a afirmace. Tento výsledek však nelze považovat za relevantní, jelikož jej hodnotily pouze tři respondentky. Takto nízký počet odpovědí výrazně snižuje jeho vypovídací hodnotu, a proto není možné tuto metodu, objektivně zařadit mezi účinné nefarmakologické postupy.

Mezi průměrně účinné metody, rodičky zařadily relaxaci a dechové techniky, předporodní přípravu, teplé obklady a vaginální napáčku. Za méně účinné zmínily aromaterapii, hudební terapii, masáže a akupresuru.

Je však třeba zohlednit, že metody hodnocené jako neúčinnější byly zároveň nejčastěji využívány, a tedy hodnoceny větším počtem žen. Naopak techniky s nižším průměrným hodnocením byly mnohdy vyzkoušeny pouze ojedinele, což může zkreslit jejich celkovou účinnost v rámci tohoto šetření.

Průzkumná otázka č. 4: Jak rodičky hodnotí dostupnost nefarmakologických metod tišení bolesti ve zdravotnických zařízeních?

Na toto téma dostupnost nefarmakologických metod ve zdravotnickém zařízení byla v dotazníku zaměřena otázka č. 10 (*Jak hodnotíte dostupnost nefarmakologických metod ve vaší nemocnici?*) Jednalo se o uzavřenou škálovou otázku, kde respondentky měly na výběr z možností velmi dobré až po velmi špatnou dostupnost. Nejvíce respondentek (53 %) hodnotilo dostupnost jako velmi dobrou. Celkem 40 % žen označilo možnost využití nefarmakologických metod jako dobrou. Průměrnou dostupnost ohodnotilo pouze 7 % žen.

I když většina dotazovaných žen vnímala dostupnost metod jako velmi dobrou, nelze tyto výsledky úplně zobecnit. V jiných zdravotnických zařízeních mohou být podmínky i přístup personálu odlišné. Dostupnost nefarmakologických metod při porodu se liší v konkrétních zdravotnických zařízeních a závisí také na informovanosti personálu a dostupnosti potřebných pomůcek. Je také možné, že respondentky mohly hodnotit dostupnost podle toho, co jim bylo nabídnuto, nikoliv podle reálné nabídky daného zařízení.

Nalezené souvislosti

V odpovědích byla nalezena souvislost mezi paritou žen a strachem z porodní bolesti. Výsledky ukázaly, že ženy, které rodily poprvé (tvořící 57 % souboru), se častěji obávaly porodní bolesti. Ze 17 prvorodiček tuto obavu uvedlo 14 (83 %). U žen, které měly předchozí zkušenost s porodem (vícerodičky tvořící 43 % souboru), byly odpovědi různorodější. Z těchto respondentek 20 % uvedlo, že jejich obavy z bolesti byly po předchozích porodních zkušenostech dokonce větší, naopak 7 % žen uvedlo, že po předchozím porodu mělo z bolesti menší strach. Výsledky tedy naznačují, že předchozí porodní zkušenost může mít na obavy z bolesti vliv. Tato tvrzení jsou v souladu s teorií, že obavy z porodní bolesti mohou mít primární charakter, který je typický u prvorodiček. Sekundární strach pak vzniká v důsledku negativní zkušenosti z předchozího porodu, například v souvislosti s intenzivní porodní bolestí či zklamáním z průběhu porodu (Raudenská et al., 2014).

Z výsledků dotazníku dále vyplývá, že existuje souvislost mezi mírou vnímaného stresu a intenzitou porodní bolesti. Nejvíce žen hodnotilo bolest jako velmi silnou, přičemž průměrné hodnocení bylo na desetibodové škále na čísle 8. Podobně i hodnocení stresu se pohybovalo ve vyšších hodnotách. Celkem 33 % respondentek uvedlo, že vnímalo přímý vliv stresu na zvládnání bolesti. Jedna japonská studie (Iizuka, 2018) se věnovala podobnému tématu a výsledky s shodují. Byl zde zjištěn vztah mezi úrovní psychologického stresu, který byl měřen hladinami chromograninu A ve slinách a intenzity bolesti během porodu, která byla hodnocena pomocí numerické hodnotící škály. Tato zjištění podporují důležitost psychologické podpory během porodu, která může pomoci ženám lépe zvládat stres a tím i intenzitu bolesti.

I přesto, že průměrná hodnota vnímané bolesti byla vysoká, 67 % rodiček dokázalo zvládnout první dobu porodní bez použití farmakologických analgetik a většina z nich hodnotila tišení bolesti jako dostačující.

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce si kladla za cíl zjistit a zhodnotit zkušenosti rodiček s využitím nefarmakologických metod tišení bolesti v první době porodní. Teoretická část představila jednotlivé nefarmakologické metody, jejich účinnost a význam. Praktická část se pak soustředila na výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 30 žen po porodu ve dvou zdravotnických zařízeních.

Z výsledků tedy vyplynulo, že ženy mají značné povědomí o možnostech nefarmakologického tišení bolesti a většina z nich alespoň některou z metod během porodu skutečně využila. Nejčastěji zmiňovanými a nejlépe hodnocenými metodami byly přítomnost blízké osoby, polohování a především hydroanalgezie, která byla respondentkami vnímána jako nejúčinnější a přinášející značnou úlevu od bolesti a napětí.

Je zřejmé, že farmakologické metody poskytují výraznou úlevu od bolesti a jsou často nezbytné v situacích, kdy je potřeba rychlého a silného zásahu. Nefarmakologické metody sice nedosahují stejného analgetického účinku, přesto však nabízejí ženám určité možnosti, jak zmírnit bolest, zvýšit pocit bezpečí a komfortu a zároveň se aktivně podílet na průběhu porodu. Jejich výhodou je také minimální riziko vedlejších účinků.

Hypotéza, že nejvyužívanější nefarmakologická metoda v první době porodní je hydroanalgezie, která také je považována rodičkami za nejúčinnější se částečně potvrdila. Ačkoliv je druhou nejpoužívanější metodou, je rodičkami hodnocena jako nejúčinnější.

Naopak hypotéza, že možnost využití nefarmakologických metod ovlivní výběr porodnice u více než poloviny respondentek, se nepotvrdila.

Jsem si vědoma toho, že má práce nepřinesla převratné či zcela nové poznatky. Přesto věřím, že její přínos spočívá v potvrzení a doplnění stávajících zjištění. Na základě mého dotazníkového šetření se mi potvrdilo, že subjektivní zkušenosti, které popisují rodičky, jsou v souladu s realitou, kterou jsem při praxi sama sledovala.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BALASKASOVÁ, Janet, 2010. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0178-2.

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BLÁHA, Jan, Vladimír ČERNÝ, Petr JANKŮ, et al., 2018. Analgezie u vaginálního porodu: Doporučený postup České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS), České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). *Česká gynekologie*. 83(2), s. 145-149. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-2-23/analgezie-u-vaginalniho-porodudoporuceny-postup-ceske-gynekologicke-a-porodnicke-spolecnosti-cgps-ceske-lekarske-spolecnosti-jana-evangelisty-purkyne-cls-jep-63781>.

BOHREN, M.A.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R.K. a CUTHBERT, A., 2017. Continuous support for women during childbirth. Online. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7, CD003766. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. [cit. 2025-03-23].

CAMPBELL, D.A., LAKE, M.F., FALK, M. AND BACKSTRAND, J.R., 2006. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Online], 35(4), s. 456–464. ISSN 08842175. PMID: 16881989. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16881989/> [Cit. 23. 3. 2025]

ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2023. *K porodu bez obav*. Druhé rozšířené vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-4974-4.

ČERNÁ, Jana, 2019. *Mateřský koučink: psychická příprava v těhotenství, během porodu a po něm*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1512-7

DRANDIĆ, Daniela, 2019. *Těhotenství: laskavě, s respektem a prakticky*. Praha: Aperio-Společnost pro zdravé rodičovství. ISBN 978-80-907136-4-2.

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

FILAUSOVÁ, Drahomíra a Yveta VRUBLOVÁ, 2018. Porodní bolest. *Gynekologie a porodnictví*. 2(3), 140-143. ISSN 2533-4689.

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Online. Grada. ISBN 978-80-247-9427-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/porodnictvi-968/>. [paywall]. [Cit. 27. 3. 2025].

HEIM, Maria a MAKUCH, Maria, 2022. Pregnant women's knowledge of non-pharmacological techniques for pain relief during childbirth. [Online]. *European Journal of Midwifery*. Roč. 6, č. February, s. 1-6. ISSN 2585-2906. Dostupné z: <https://doi.org/10.18332/ejm/145235>. [cit. 2025-04-21]

HEINKELOVÁ, B. M. a KORNETZKÁ J. G., 2018. *Hypnopôrod*, Slovak: Citadella. ISBN 978-80-8182-114-1

HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva, 2021. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky*. [Online]. Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/46812>. [cit. 2025-04-01].

HLINECKÁ, Kristýna, Barbara NIŽŇANSKÁ a Jan BLÁHA, 2016. Bezbolestný porod v roce 2016. *Praktická gynekologie*. [Online]. 20(3-4), 131-137. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: [Bezbolestný porod v roce 2016 | proLékaře.cz](https://www.prolekaře.cz/Bezbolestny_porod_v_roce_2016)

HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu, 2., aktualizované vydání*. [Online]. Grada. ISBN 978-80-271-9225-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/metody-pedagogickeho-vyzkumu-1421/>. [paywall]. [Cit. 23. 3. 2025].

IIZUKA, Y., MASAOKA, N. a OHASHI, K., 2018. Pain in labor assessed from two discomfort aspects: Physical pain intensity and psychological stress state. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, Online. 44(7), s. 1243–1251. PMID: 29978540. DOI: 10.1111/jog.13660. [Cit. 23. 4. 2025].

- KOHUTOVÁ, Anna, 2020. *Rozhovor s Mgr. Monikou Valovou o vaginální napárce* [Online]. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/rozhovor-s-mgr-monikou-valovou-o-vaginalni-naparce/>. [cit. 2025-04-01].
- KUBECZKOVÁ, Lenka, Jana DAŇKOVÁ KUČEROVÁ, Pavla PRAŠIVKOVÁ, et al., 2021. Do vody, nebo na souši? Hodnocení porodnických a neonatologických výsledků porodů do vody u nízkorizikových rodiček. *Česká gynekologie*. 86(5), 311-317. ISSN 1210-7832. Dostupné z: doi:10.48095/cccg2021311
- LEAP. N., HUNTER B., 2022, *Supporting Women for Labour and Birth: A Thoughtful Guide*. 4 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon, OX14 4RN: Taylor & Francis Group, ISBN: 978-1-003-09252-0.
- LEVÁ, Petra. 2020. *Ženská bylinná napárka*. Online. In: *Vicenipanevnihodna.cz*. Dostupné z: https://cvicenipanevnihodna.cz/zenska-naparka/zenska-bylinna-naparka/?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2025-04-01].
- MANDER, Rosemary, 2014. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.
- MORAVCOVÁ, Markéta; POLÁČKOVÁ, Helena a WELGE, Eva, 2022. *Základy péče v porodní asistenci I.: prenatální péče a péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického porodu: péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí: péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-424-8.
- PAŘÍZEK, Aleš, 2018. Obr. 1: Stupně léčby bolesti u porodu. In: BLÁHA, J. et al. Analgezie u vaginálního porodu: Doporučený postup České gynekologické a porodnické společnosti a České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Česká gynekologie*, Roč. 83, č. 2, s. 146. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/38/doc/p-2018-analgezie-u-vaginalniho-porodu.pdf>
- PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.
- PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr (ed.), 2024. *Bolest v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5562-0.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4. REITEROVÁ, Eva, 2024. *Statistika pro nelékařské zdravotnické obory* [Online]. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5082-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/statistika-pro-nelekarske-zdravotnicke-obory-14125/> [paywall]. [Cit. 23. 3. 2025].

RAUDENSKÁ, J., SANTLEROVÁ, K., MARUSIČOVÁ, P., HANULÍKOVÁ, P., AMLEROVÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A., 2014. Strach související s porodní bolestí. *Bolest*. 17 (3), s. 105–110. ISSN 1212-0634.

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.

STADELMANN, Ingeborg, 2022. *Aromaterapie od těhotenství po kojení*. Druhé české vydání. Přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. [Praha]: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-67-9.

TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6

ÚZIS, 2021. *Narození a zemřelí 2019*. PDF; Online. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf> [cit. 2025-04-01].

VALOVÁ, Monika, 2019. *Ženská bylinná napárka* [Online]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/zenska-bylinna-naparka/>. [cit. 2025-04-01].

VAŠICOVÁ, Renáta. 2020. *Vzdělávání v oblasti nefarmakologických metod zvládnání porodní bolesti*. Online, bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10195/76680>. [cit. 2025-04-29].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018. WHO recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization [Online].

Dostupné: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. [Cit. 23. 3. 2025].

ZUZČÁKOVÁ, Sonja, 2024. *Využitelnost a spokojenost rodiček s nefarmakologickými metodami tišení bolesti v průběhu porodu*. Bakalářská práce, vedoucí Čiháková, Karolína. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN

PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dělení porodnické analgezie</i> (Bláha et.al, 2018).....	66
Příloha B – <i>Stupně léčby bolesti u porodu</i> (Pařízek in: Bláha et al., 2018)	67
Příloha C – <i>Dotazník vlastní tvorby (2025)</i>	68

Příloha A – *Dělení porodnické analgezie* (Bláha et.al, 2018)

Nefarmakologické metody	Psychologické metody	<ul style="list-style-type: none"> • předporodní příprava • audioanalgezie • hypnóza
	Elektroanalgezie	<ul style="list-style-type: none"> • TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace)
	Hydroanalgezie	<ul style="list-style-type: none"> • relaxační koupel • porod do vody • intradermální injekce (obstříky) sterilní vodou
	Alternativní polohy	
	Fytoterapie, aromaterapie	
	Homeopatie	
Akupunktura, akupresura		
Farmakologické metody	Systémová analgezie	<ul style="list-style-type: none"> • inhalační analgezie • intramuskulární nebo intravenózní analgezie
	Regionální analgezie	<ul style="list-style-type: none"> • pudendální analgezie • paracervikální analgezie • epidurální analgezie • spinální analgezie • kombinovaná spinální a epidurální analgezie



Dotazník k bakalářské práci

Milé maminky,

jmenuji se Mariana Matějčiková a jsem studentka porodní asistence na pardubické univerzitě. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na **nefarmakologické metody tišení bolesti v první době porodní**. Obsahuje 21 otázek a je anonymní. Tato data potřebuji získat pro svoji bakalářskou práci.

Vyplněný dotazník vložte, prosím, do označeného boxu.

Děkuji za vaši ochotu a čas.

Nefarmakologické metody: techniky a postupy, které pomáhají zmírnit bolest bez použití léků

První doba: „otevírací“ fáze porodu, začíná pravidelnými kontrakcemi, které vedou ke změně vaginálního nálezu a končí otevřením děložního hrdla tak, že umožňuje dítěti projít porodními cestami

1. Využila jste v první době porodní léky proti bolesti?

- Ano
- Ne
- Nevím

2. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, od které fáze porodu jste léky využila? (pokud jste odpověděla ne/nevim, na tuto otázku neodpovídejte)

Děložní hrdlo bylo otevřeno na:

- 1 - 2 cm (prsty)
- 3 - 4 cm
- 5 - 6 cm
- 7 - 8 cm
- 9 - 10 cm
- Nepamatuji si

3. Obávala jste se porodní bolesti?

- Ano
- Ne
- Po předchozích porodních zkušenostech méně
- Po předchozích zkušenostech více

4. Považujete tlumení bolesti během Vašeho porodu za dostačující?

- Ano
- Ne
- Jiné

.....
.....

5. Byla jste před porodem informována o využití nefarmakologických metod tlášení bolesti?

- Ano
- Ne

6. Pokud ano, jakým způsobem jste byla informována? (možnost více odpovědí)

- Lékařem
- Porodní asistentkou
- V rámci předporodního kurzu
- Četla jsem si o tom sama
- Jinak (uveďte prosím):

.....

7. O jakých z těchto nefarmakologických metod jste před porodem slyšela? (možnost více odpovědí)

- Hydroanalgezie (teplá sprcha nebo vana)
- Teplé obklady
- Masáže a akupresura
- Akupunktura
- Aromaterapie
- Vaginální napáňka
- Předporodní příprava
- Relaxace a dýchací techniky
- Vizualizace a afirmace
- Přítomnost blízké osoby u porodu
- Hudební terapie (poslouchání bílého šumu, oblíbené hudby)
- Polohování (změna poloh, pohyb, gymnastický míč)
- TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace

8. Křížkem označte, jak hodnotíte účinnost metod, se kterými jste se setkala při porodu.

Hodnocení účinnosti metod:	velmi účinná	účinná	průměrně účinná	méně účinná	neúčinná	nevyužila jsem tuto metodu
Hydroanalgezie						
Teplé obklady						
Masáže a akupresura						
Akupunktura						
Vaginální napářka						
Aromaterapie						
Předporodní příprava						
Relaxace a dýchací techniky						
Vizualizace a afirmace						
Přítomnost blízké osoby u porodu						
Hudební terapie						
Polohování						
TENS						

9. Jaké konkrétní metody Vám nejvíce pomohly od bolesti a proč?

.....

.....

.....

.....

.....

10. Jak hodnotíte dostupnost nefarmakologických metod ve Vaší nemocnici?

- Velmi dobrá
- Dobrá
- Průměrná
- Špatná
- Velmi špatná

11. Cítala jste se během porodu podporována ve volbě nefarmakologických metod?

- Ano, byla jsem podporována.
- Ano, ale potřebovala bych podpořit více.
- Ne, nebyla jsem podporována.

12. Jsou nějaké metody, které jste chtěla využít, ale nebyly ve Vaší porodnici dostupné?

- Ano
- Ne

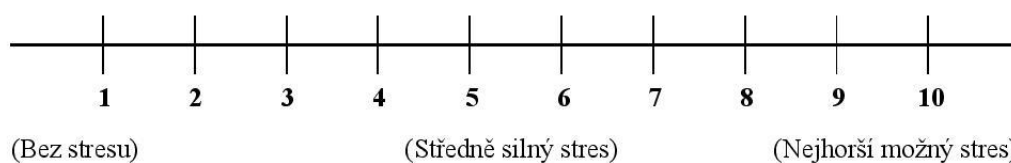
Pokud jste odpověděla ano, uveďte prosím jaké:

.....

13. Byla pro Vás možnost využití nefarmakologických metod tlášení bolesti jeden z rozhodujících faktorů při výběru porodnice?

- Ano
- Ne

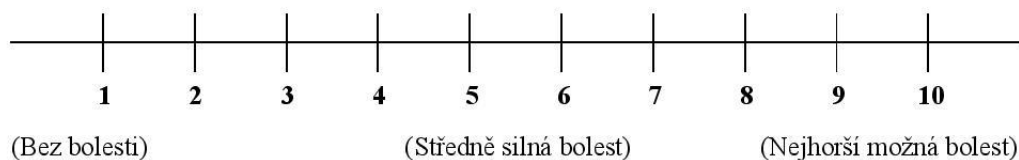
14. Jak byste na škále od 1-10 ohodnotila stres, který jste během porodu zažila?



15. Myslíte si, že měl Váš stres vliv na zvládnutí bolesti?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. Jak byste na škále od 1-10 ohodnotila bolest, kterou jste během porodu zažila?



17. Jaký měl pro Vás význam tišení bolesti? (možnost i více odpovědí)

- Úleva
- Zklidnění psychiky
- Sebekontrola
- Jiný.....

18. Po kolikáté jste rodila?

- Poprvé
- Podruhé
- Potřetí
- Víckrát než výše uvedené možnosti

19. Jaký byl způsob Vašeho nynějšího porodu?

- Indukovaný (vyvolávaný)
- Spontánní
- Operativní (císařský řez)
- Jiný.....

(Pokud máte za sebou více než jeden porod, uveďte i způsob minulých porodů)

.....

20. V kolikátém týdnu těhotenství jste rodila?

- Do 37. týdne těhotenství (37+0)
- Mezi 38. a 40. týdnem těhotenství (37+1 - 40+0)
- Po ukončení 40. týdnu těhotenství (40+1 a více)
- Nevím

21. Kolik je Vám let?

- Méně než 20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- Více než 40