

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Eliška Konopíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Tlumení bolesti při porodu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Plzeň 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 30. 5. 2014

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

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

Zároveň děkuji porodním asistentkám za poskytnutí rozhovoru do praktické části bakalářské práce.

## Anotace

Příjmení a jméno: Eliška Konopíková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Tlumení bolesti při porodu

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran – číslované: 37

Počet stran – nečíslované: 11

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 28

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

### Souhrn:

Tématem mé bakalářské práce je Tlumení bolesti při porodu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část jsem věnovala popisu a vysvětlení základních pojmů souvisejících s nefarmakologickými metodami a farmakologickými metodami tlumení bolesti při porodu. Praktická část obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu.

## Annotation

Surname and name: Eliška Konopíková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Pain relief during childbirth

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages - numbered: 37

Number of pages – unnumbered: 11

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 28

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

### Summary:

The topic of my thesis is Pain relief during childbirth. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is devoted to the description and explanation of basic concepts related to non-pharmacological methods and pharmacological methods of pain relief during labor. The practical part contains the results of qualitative research.

# OBSAH

OBSAH.....	7
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 BOLEST .....	10
1.1 Obecná charakteristika bolesti .....	10
1.2 Fyziologie bolesti.....	10
1.3 Porodní bolest .....	11
1.4 Role a vliv hormonů .....	12
1.5 Stupnice měření bolesti.....	12
2 DOBY PORODNÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY .....	13
2.1 Definice porodu .....	13
2.2 První doba porodní.....	13
2.3 Druhá doba porodní .....	14
2.4 Třetí a čtvrtá doba porodní.....	14
3 HISTORIE TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU .....	15
4 ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA.....	16
5 PSYCHOPROFYLAXE.....	16
5.1 Psychoprofylaxe na českém území .....	16
5.2 Metody .....	17
6 PSYCHOLOGICKÉ TLUMENÍ BOLESTI .....	18
7 POHYBOVÁ AKTIVITA ZA PORODU .....	20
7.1 Historie.....	20
7.2 Pohyb v první době porodní.....	21
7.3 Pohyb v druhé době porodní .....	22
8 AROMATERAPIE .....	23
8.1 Historie.....	23
8.2 Aromaterapie při porodu.....	23
9 AKUPUNKTURA.....	24
9.1 Historie.....	25
9.2 Akupunktura při vaginálním porodu.....	25
10 DALŠÍ METODY TLUMENÍ BOLESTI.....	26

11 FARMAKOLOGICKÉ METODY .....	28
11.1 Systémová analgezie.....	28
11.2 Inhalační analgezie .....	28
11.3 Místní analgezie.....	28
11.4 Regionální analgezie.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
12 FORMULACE PROBLÉMU.....	30
13 STANOVENÍ CÍLE .....	30
13.1 Hlavní cíl.....	30
13.2 Dílčí cíle.....	30
14 METODIKA VÝZKUMU .....	30
15 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31
16 VZOREK RESPONDENTŮ .....	31
17 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	32
ZÁVĚR.....	41
SEZNAM LITERATURY.....	43
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	46



## ÚVOD

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

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

Ráda bych při své práci porodní asistentky předávala rodičkám informace o výhodách nefarmakologického tlášení bolesti v průběhu porodu. Chtěla bych vysvětlit budoucím maminkám veškeré výhody - počínaje neovlivňováním plodu, přes nežádoucí utlumení matky přispívající k „neúplnému“ prožití porodu. Z tohoto důvodu jsem si zvolila téma své bakalářské práce Tlumení bolesti při porodu. Věřím, že díky vypracování práce získám potřebné informace o této problematice.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na oblasti alternativní medicíny, roli porodní asistentky a různé druhy alternativních metod, kterými lze ovlivnit průběh porodu. V poslední kapitole zmiňuji okrajově farmakologické tlumení bolesti při porodu. Cílem praktické části bylo zjistit, jaký mají porodní asistentky postoj k tlumení bolesti pomocí nefarmakologických metod.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 BOLEST

Bolest existuje odjakživa tak jako pokusy rozumět jí a léčit ji. Bolest nás upozorňuje na nemoc nebo na poranění a funguje jako ochranný mechanismus. Podle WHO je bolest definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. (15)

### 1.1 Obecná charakteristika bolesti

Bolest lze obecně dělit dle délky trvání na bolest akutní, jejíž trvání je maximálně šest měsíců, a bolest chronickou, jež trvá déle než šest měsíců. Klient trpící akutní bolestí zbledne, potí se, trpí hypertensí, bradykardií, má strach z pohybu, nebo se naopak schoulí do klubíčka a zůstane bez hnutí. Na bolestivé místo klient reaguje sténáním a ztrátou zájmu o dění kolem sebe. Při chronické bolesti klient není schopen plnit své sociální role a zhoršuje se kvalita života. Dochází ke ztrátě zájmu o okolí, izolaci, stažení se do sebe, nechutenství. (24)

Bolest dělíme dle charakteru na povrchovou (jasná, ostrá, lokalizovaná bolest, pálivá, bodavá, řezavá, palčivá) a na bolest viscerální. Viscerální bolest je hůře tolerovatelná a šíří se ze zdroje po celém těle. Tento typ je charakteristický při otvírání porodních cest. O bolest přenesenou se jedná v případě pocíťování bolesti na jiném místě, než je vlastní zdroj - často se vyskytující při dráždění nervus phrenicus, jež se projeví bolestí ramen. (24)

### 1.2 Fyziologie bolesti

*Percepce bolesti obsahuje tři složky* – přenos a percepci bolesti, informace o nocisenzorickem podnětu, modulaci bolesti a její hodnocení. Bolest vzniká působením bolestivé stimulace na nocisenzory (receptory rozmístěné po celém těle). Známe tři typy nocisenzorů – vysokoprahové mechanické senzory, polymodální nocisenzory, vlastní nocisenzory.

*Vysokoprahové mechanické senzory* jsou drážděny mechanickými podněty. Tyto nocisenzory jsou výrazně zapojeny při porodních bolestech.

*Polymodální nocisenzory* reagují na všechny druhy bolestivého podráždění, zejména na změny tepelné.

*Vlastní nocisenzory* jsou volná nervová zakončení, která nejsou trvale aktivní, jsou to tzv. mlčící – spící nocisenzory. Zapojí se výhradně při zvýšené bolestivé stimulaci. I tyto receptory jsou zapojeny během porodních bolestí.

Nocisenzory mohou tedy být podrážděny mechanicky, tepelně, jinou bolestivou noxou nebo kombinací všech těchto podnětů.

Počet stimulů nutných k vyvolání pocitu bolesti nazýváme práh bolesti, který je u každého jedince velmi individuální. (15)

### **1.3 Porodní bolest**

Porodní bolest je bolestivou reakcí na fyziologický podnět v lidském těle. Jedná se o poplašnou reakci, která není vyvolána úrazem ani chorobou. Je to účelná reakce, která má těhotnou ženu připravit na nadcházející porod. Porodní bolest je časově omezená, trvá hodiny, přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimiž bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou. (14)

Bolest zároveň souvisí se stresem. Nelze ji od stresu úplně oddělit. Při intenzivní bolesti se rozvíjejí dva fenomény - stresová analgezie, při které se práh bolesti zvyšuje, či senzitivace, při které se práh bolesti snižuje. Psychologické a patofyzické poznatky mají zásadní smysl pro psychologickou přípravu porodu. Nikdy by neměla vzniknout situace, že by byla žena nadměrně stresována a tím byl ovlivněn prožitek zrození. Vnímání bolesti při porodu je individuální v intenzitě, lokalizace a délce trvání. Intenzivnější porodní bolesti bývají u předčasných porodů, a to i přesto, že objem a tělesná hmotnost nedonošeného plodu je menší než u plodu donošeného. V psychice těhotné ženy hraje významnou roli údaj o termínu porodu. Před termínem porodu nejsou potřebně nastaveny endogenní modulátory bolesti. Porodní bolesti bývají silnější při uměle vyvolané děložní činnosti (indukovaný porod – prostaglandiny). (15)

Mezi hlavní faktory, které modifikují intenzitu a vnímání bolesti patří faktory nervového systému (hladiny hormonů, především endorfinů), dále stav matky (připravenost porodních cest, prostornost pánve, síla kontrakcí, vyčerpanost), naléhání a pozice plodu, zdravotnické zákroky (poloha vleže při kontinuálním natáčení CTG záznamu, amniotomie). V neposlední řadě je důležitý faktor psychosociální (kultura, strach, obavy rodičky z porodu, předchozí zkušenosti, sociální podpora ženy, věk a její vzdělání). (14)

## 1.4 Role a vliv hormonů

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

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

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

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

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

Odlišné působení mají tzv. adrenalinové hormony. Tyto hormony se uvolňují do organismu v době, kdy jsme ohroženi a nuceni čelit hrozbám. V první době porodní jsou adrenalinové hormony nežádoucí, protože mají tlumivý účinek na tvorbu oxytocinu a endorfinu. Naopak ve druhé době porodní jsou důležité pro porodní děj. Také sehrávají důležitou roli v porodní adaptaci dítěte. Produkci vhodných hormonů podle M. Odenta brzdí rozumový mozek (neokortex). Pod jeho vlivem se rodička příliš kontroluje, soustředí se na to, jak její porod vnímá okolí. Rodička tak potlačuje svoje instinkty a o to více vnímá porodní bolesti. Podávání syntetických hormonů a analgetik během porodu ničí hormonální rovnováhu, na níž závisí spontánní průběh porodu. (14,25)

## 1.5 Stupnice měření bolesti

Nejčastěji je využívána analogová stupnice intenzity bolesti, kterou můžeme zjistit aktuální bolest rodičky a nebo umožňuje sledovat dynamické změny v čase například v průběhu analgetické terapie. VAS je deseti centimetrová dlouhá čára, na níž je vyznačena škála. Rodička na ni křížkem zaškrtně úroveň pocíťované bolesti.

Ve světě je nejčastěji používán Melzackův dotazník MPQ, který byl vyvinut na základě multidimenzionálního pojetí bolesti a kvantitativně vyjadřuje afektivní,

senzorické a kognitivní komponenty algického syndromu. Jinou metodou je slovní-verbální způsob, který stanovuje mezníky, jež jsou rovnoměrně rozloženy mezi dvěma extrémy, tedy dle Křivohlavého: 0 – žádná bolest, 5 – zcela nesnesitelná bolest. Dalším důležitým způsobem diagnostiky bolesti je také pozorování chování rodičky (nářky, výraz, hlazení a tření míst podbřišku nebo bederní oblasti). (14)

## **2 DOBY PORODNÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY**

### **2.1 Definice porodu**

*„Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“ (WHO, 1996, s. 4)*

### **2.2 První doba porodní**

Otevírací fáze, tedy první doba porodní, je zahájena pravidelnou děložní činností, která vede k postupnému rozevření dolního děložního segmentu, hrdla děložního a dilataci branky. Frekvence kontrakcí děložních stoupá z počátečních 1-2/10 minut na 4-5/10 minut. Intenzita se na začátku první doby porodní pohybuje kolem 8-12 mmHg a ke konci první doby porodní se obvykle hodnoty zvyšují na 50-60 mmHg. Díky kontrakcím se děložní branka otevírá a hlavička plodu vstupuje do malé pánve. Délka porodní doby se liší, ale průměrně trvá 10-12 hodin u primipar a asi 6-8 hodin u multipar. (1,21)

V pasivní fázi první doby porodní je cílem porodní asistentky rodičku uklidnit, podpořit ji, doporučit odpočinek, nabídnout celkovou sprchu či vanu. Úkolem porodní asistentky je ženě vysvětlit, že to, co cítí, je pro ni možná nepříjemné, ale že se nesmí nechat počátečními stahy zahltnout a vyčerpat, protože by neměla sílu dobře zvládat další postup porodu. Také je důležité rodičkám vysvětlit, že stahy, které přijdou později, nebudou horší, ale budou jiné. Také v této fázi porodu probíhá příprava rodičky k porodu, tedy podání klyzma s následnou sprchou a oholení dle zvyklosti oddělení. V průběhu aktivní fáze hlavička začíná vstupovat do pánve. Rodičku aktivizujeme a vysvětlíme jí výhody vertikální polohy a pohybu. Porodní asistentka napomáhá rodičce s dýcháním, ujišťuje ji o její blízkosti a napomáhá přečkat náročný přechod z první doby porodní do druhé doby porodní. Další důležitou součástí práce porodní asistentky je též sledování fyziologických funkcí, natáčení kardiokografického záznamu, pravidelný poslech ozev plodu, vyšetření per vagina a plnění pokynů porodníka. (3,20)

## 2.3 Druhá doba porodní

Doba vypuzovací, tedy druhá doba porodní, začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. V průběhu druhé doby porodní plod prochází porodním kanálem, který je tvořen měkkými a tvrdými porodními cestami. Kontrakce děložní jsou během druhé doby porodní silnější, častější a trvají déle. Jejich intenzita se pohybuje mezi 70 – 80 mmHg. Dochází – li v průběhu fáze k častým kontrakcím, je důležité sledovat mezikontrakční období, které by mělo být kratší než 30 s. Doba vypuzování je u každé rodičky různě dlouhá: u primipar trvá vypuzovací doba asi hodinu, u multipar 15-20 minut.(1)

Porodní asistentka v této fázi porodu neopouští porodní sál. Je rodičce stále na blízku, podporuje ji, zkouší různé polohy, nabízí alternativy. Porodní asistentka sleduje celkový stav rodičky, ozvy plodu a průběh porodu. Pokud je rodička primipara, uložíme ji do porodní polohy tehdy, kdy se hlavička přestane schovávat v poševním introitu. V případě multipary uložíme rodičku do porodní polohy raději hned, jak hlavičku spatříme.

Během tlačení probíhá komunikace s rodičkou nejčastěji formou příkazů a domlouvání. Porodní asistentka musí mluvit srozumitelně, nahlas, usměrňovat rodičku v tlačení a informovat o průběhu porodu. To samé platí i v případě episiotomie (nástřihu hráze). (3,1)

## 2.4 Třetí a čtvrtá doba porodní

*„Třetí doba porodní – k lůžku začíná vypuzením plodu a končí porodem placenty.“* (Beranová, 2012, s. 13)

Vzhledem k aktivnímu vedení porodu by neměla trvat déle než půl hodiny. Rozeznáváme tři typy odlučování placenty - dle Baudelocque - Schultze (odlučování centrální), dle Duncana (odlučování hranou) a dle Gessnera, jež je kombinací obou předchozích. Po porodu placenty je důležité zkontrolovat celistvost placenty a poporodní poranění. Rodičku vždy informujeme o právě prováděné činnosti. (1)

Čtvrtá doba porodní, tedy poporodní období, končí dvě hodiny po porodu placenty. V tomto období musí dojít k retrakci dělohy a k aktivaci koagulačního systému. Rodička zůstává dvě hodiny na porodním sále pro případné poporodní komplikace. Po tuto dobu u rodičky porodní asistentka kontroluje krvácení, zavinování dělohy, měří fyziologické funkce, a to jednou po porodu, poté po půl hodině, pak po hodině a nakonec před převozem na oddělení šestinedělí. Je vhodné si s rodičkou o celém průběhu porodu promluvit a odpovědět jí na případné otázky. (3,1)

### 3 HISTORIE TLUMENÍ BOLESTI PŘI PORODU

Pokusy ulehčit rodičce od porodní bolesti jsou staré jako lidstvo samo. Účinnost těchto snah vždy závisela na úrovni myšlení, zkušeností a znalostí člověka. Informace o porodnické analgezií na nejnižších stupních vývoje člověka je možno pozorovat z chování některých lidských kultur, které ještě v nedávné době žily na úrovni doby kamenné.

Panoval názor, že bolest způsobují zlí démoni, proti nimž bojují bohové. V Babyloně bohyní porodu byla Ištar, u starých židů byla bohyní porodu Laberta. Odhánění zlých démonů kdysi prováděl šaman tancující kolem ohně. Kolem domu, kde rodička rodila, pokládal roští. V křesťanském středověku byl tento zvyk nahrazen modlitbami. Antické bohyně nahradily svaté, jako např. sv. Margareta, sv. Alžběta, sv. Kunhuta. Rodičkám se často při porodu doporučovalo nošení zvláštních kultovních pásů, amuletů nebo medailonů.

Apačské rodičky se během porodu spouštěly ze stromu na liánách uvázaných v podpaží. Muži uchopili ženu nad děložním fundem a zavěsili se, čímž napomáhali porodnímu mechanismu. Rodičky z ostrovů Serang rodily ve stoje přivázané ke stromu s rukama nad hlavou.

Na ostrovech Pago Pago byly užívané méně barbarské a více fyziologické metody. Muž seděl za klečící rodičkou a tlačil ji svými patami do žeber při každé bolestivé kontrakci. Touto metodou bylo napomáháno porodnímu mechanismu a zároveň byla aplikována „tlaková analgezie“.

V perské literatuře se uvádí, že podávání vína ženě během porodu mělo usnadnit zvládnout porodní bolesti a porodit mýtického hrdinu. Z čínské literatury se dozvídáme o aplikaci opia během porodu. V Číně a v dalších zemích jihovýchodní Asie nacházíme informace o akupunktuře, přestože u porodu nebyla tolik používána.

Křesťanství spatřovalo v porodní bolesti boží trest, proto byla analgezie ženám při porodních bolestech odpírána. (12,15)

*V druhé polovině 18. století známé pokusy o nefarmakologickou analgezií. Okolo roku 1777 Anton Mesmer popisuje ve své práci “živočišný magnetismus” a relaxaci u porodu. (Porodnice, zdroj z internetu)*

## 4 ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

V dnešní době neexistuje všeobecně přijatá definice pro alternativní medicínu. *S určitým zjednodušením můžeme alternativní metody definovat jako soubor diagnostických a terapeutických postupů, které jsou založeny na iracionálních principech nebo které nerespektují objektivitu a vědecky zdůvodněné zásady v diagnostice a terapii.* (Heřt, 1995, s. 13)

Alternativní metody můžeme rozdělit do tří základních skupin, a to na metody psychologické, fyzikální a metody založené na působení přírodních látek. Mezi metody fyzikální řadíme - hydroanalgezi (léčba vodou), léčbu teplem, akupunkturu, akupresuru, masáž a chiropraxi (léčba mechanicky postižených kloubů). Mezi metody psychologické řadíme – placeboefekt, sugesci či autosugesci, hypnózu, relaxace a odvedení pozornosti. Metody zakládající se na přírodních prostředcích - homeopatie, aplikace Bachovo esencí, aromaterapie atd. Mezi další metody používané v porodnické praxi lze počítat dýchání, pohyb a změny polohy, využití pomůcek (gymnastické míče, žebřiny, provazy a porodní vak). (5)

Z hlediska vědecké medicíny, která se opírá o objektivně prokázané účinky léčebných prostředků, je alternativní medicína spíše metodou ovlivňování psychiky rodičky prostřednictvím placebového efektu. Placebo efekt může zapůsobit až s 30% účinností, proto bychom měli možnosti alternativní medicíny znát a informovat o jejich možnostech rodičky. (5)

## 5 PSYCHOPROFYLAZE

Do psychoprofylaxe řadíme především předporodní přípravu. Cílem předporodní přípravy je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces, nevedou k bolestivým prožitkům, ale k aktivnímu soustředění se na jiné podněty (dýchání, svalovou relaxaci). Často porodními asistentkami organizované kurzy obsahují přednášky o anatomii, fyziologii těhotenství a porodu, provádí se v nich nácvik dýchání a relaxace během porodu. Předporodní příprava je velmi užitečným doplňkem všech ostatních metod porodnické analgezie.

### 5.1 Psychoprofylaxe na českém území

V Československu došlo k rozkvětu přípravy těhotných žen k porodu až na konci 80. let díky MUDr. Čepickému a PhDr. Pečené, kteří vypracovali nové schéma. Cílem je snížení úzkosti a strachu z porodu, nabytí reálného postoje k porodu na základě pochopení



celé situace. Psychoprofylaxi provádí vyškolená porodní asistentka a měla by být dostupná všem těhotným ženám. Lekce přípravy obsahují témata – těhotenství (výživa, životospráva, tělesné a psychické změny, termín porodu), vnímání bolesti a možnosti jejího ovlivnění, předporodní období, příjem do porodnice, první doba porodní, druhá doba porodní (návčky polohy, zadržetí dechu), poporodní období, operativní porod, šestinedělí z hlediska matky a dítěte, sexualita po porodu, vývoj vazby matka – dítě, kojení, péče o dítě. (14)

Psychoprofylaktická příprava žen k porodu se v dnešní době stává součástí péče o těhotnou ženu a spadá do kompetencí porodní asistentky. Předporodní kurzy nabízejí jak soukromé gynekologické praxe, tak porodnice. Předporodní kurzy by měla vést vyškolená porodní asistentka s praxí. (14)

## 5.2 Metody

*Dick – Readova metoda.* Anglický lékař Dick Read v roce 1933 svými poznatky podstatně změnil porodnictví. Po dobu své praxe v Londýně ale i v Kongu sbíral své poznatky a postřehy. V Kongu se setkával s přirozenými porody domorodek, které byly při porodu velmi klidné. Pozorování domorodek ho utvrdilo v názoru, že hlavní příčinou je strach z porodu vyvolaný nevědomostí a nedostatečným uvědomením si vlastního těla žen. Read vysvětluje základní mechanismus syndromu strach – napětí – bolest. Vysvětlil, že duševní napětí a úzkost má za následek aktivaci nervového systému a tělesného napětí, dochází k místní nedokrevnosti tkáně a tím ke vzniku bolesti. Tato metoda spočívala v návčiku správného dýchání a relaxace, návčiku tlačení, snížení úzkosti žen, informovanosti, pozitivním myšlení, aktivaci ženy při porodu. Aby porod proběhl beze strachu, bez velkých bolestí a přirozeně, všechno musí být zaměřeno na harmonii a uvolnění. (14)

*Velvovskij* vytvořil metodu porodnické psychoprofylaxe, kde vycházel a aplikoval na porodní děj poznatky z Pavlovovské fyziologie. Podle něj je příčina porodních bolestí buď v podmíněném reflexu nebo ve vztazích mezi procesy podráždění nebo negativních emocích a útlumu v mozkové kůře. (14)

*Lamazova metoda.* Lamazovým cílem se stal bezbolestný porod. Bezbolestný porod se podle něj uskuteční jen tehdy, když se rodička dívá na porod jako na pozitivní zážitek, umí reagovat na porodní bolesti odpovídající dechovou a uvolňovací technikou a partner i celý porodnický tým s ní spolupracuje. Kurzy mají svoji teoretickou a praktickou část, přítomnost partnera rodičky je považována za nutnost. Lamazova

metoda vyžaduje mnoho týdnů intenzivního tréninku spolu s partnerem. Metoda používá techniky: vysvětlení smyslu Pavlových reflexů, přeškolení, systematická praktická výuka, náhrada negativních sugescí pozitivními, duševní výchova. (14)

*Fredrick Leboyer* upozornil na přetechnizované porodnictví a na cizí neklidné prostředí porodního sálu plné stresujících vlivů na matku, plod a novorozence. Leboyer je autorem tzv. něžného porodu. Zásady této metody jsou psychologická příprava matky, budování vztahu k dítěti prenatálně, ticho, šero, teplo při porodu, trpělivost, pozornost a naprosté soustředění, ztotožnění se s dítětem, vyloučení medikace, žádné intervence do fyziologického porodu, pečlivé pozorování začátku dýchání dítěte. Po porodu se dítě ihned položí na nahé břicho matky. Nechá se dotepat pupečník. Matka masíruje zádička novorozence. Po dotepání pupečníku a oddělení dítěte, se ošetřené dítě pokládá opět matce na břicho k levému prsu. Následuje celodenní roaming-in. (14)

*Michel Odent* byl inspirován prací F. Leboyera a dále byl inspirován zkušenostmi z vojenské služby v Africe, kde měl možnost pozorovat snahu afrických žen rodit ve stoje nebo v sedě. Hlavní zásady této metody jsou navázání kontaktu personálu a ženy během těhotenství, seznámení s prostředím, intimní a klidné prostředí při porodu, ticho, teplo, přítomnost, podpora instinktivního chování rodičky, svoboda matky dělat hluk a rodit v jakékoliv poloze, ponoření se do děje, porod s minimálními zásahy do porodního děje, relaxace v teplé lázni, porody do vody, účast otce u porodu není jednoznačná, vyzdvihuje úlohu porodní asistentky. (14)

## **6 PSYCHOLOGICKÉ TLUMENÍ BOLESTI**

Mezi psychologické metody lze zařadit – sugesci, relaxaci odvedení pozornosti, kognitivní metody, behaviorální metody, psychoterapeutický vztah, hypnózou.

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

Přítomnost důvěrné osoby u porodu dodá rodičce klid a pomůže ji snížit strach z cizího prostředí. Společný prožitek narození dítěte může mít příznivý efekt na posílení citových pout v manželství. Řada rodiček si raději svou těžkou hodinku prožije sama. I mnoho partnerů si je nejistých, neví, jak si při porodu počínat, a raději u porodu nechce být. Partner doprovázející ženu k porodu by měl vědět, co má ráda a co ne. Znat její zvyky, vědět, jak relaxuje a co jí přináší úlevu. Měl by dostatečně znát svou partnerku, aby o ni

během porodu mohl adekvátně pečovat. Měl by být připraven na změny chování ženy během porodu. Velkou roli hraje schopnost partnera přizpůsobit se momentálním potřebám rodící ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní. Způsob, jakým bude pomáhat, budou určovat její přání a reakce. Podstatným požadavkem na partnera u porodu je bezvýhradná láska k ženě, kterou doprovází. Jestliže ji miluje, potom o ni bude nepochybně pečovat tím nejlepším možným způsobem.

K porodu nemusí doprovázet ženu jen partner, může ho zastoupit matka, sestra nebo jiná blízká osoba. V některých kulturách je mezi rodičkami žádána přítomnost u porodu porodní asistentky. (26,27)

*Sugesce* (podsouvám, našeptávám, dodávám) je podmanivé působení neboli ovlivňování myšlení či představ, jemuž osoba neúmyslně podléhá. Rodička může podléhat myšlence, představě, přání nebo názoru někoho druhého, ale také sama sebe (autosugesce). Sugescce probíhá jak na verbální úrovni, tak i v úrovni neverbální (posunky, gesta). Sugescce přináší uklidnění, uvolnění, navození pocitů úlevy v období mezi kontrakcemi. (14)

*Relaxací* rozumíme uvolnění, zbavení se napětí, uklidnění a odpočínutí. Bolest na rodičku působí jako stresor a relaxace na rodičku působí opačným směrem. Při porodu můžeme využít různé relaxační metody: progresivní svalová relaxace – Jacobsova metoda, Schulzův autogenní relaxační trénink, dotyková relaxace, speciální meditativní a dechové techniky relaxace, imaginativní techniky, vizualizace. Rodička by měla relaxační techniky nacvičit během předporodních kurzů, ale i nezkušenou rodičku může porodní asistentka vybídnout k tomu, aby zhluboka dýchala, uklidnila se a uvolnila. (14)

*Odvedení pozornosti.* Odvádíme pozornost od bolesti pomocí soustředění na jinou skutečnost např. k vnímání dechu, vnímání tlaku při masážích, tepla při obkladech či sprše, k vnímání pokynů porodní asistentky. Dalším způsobem je mentální stimulace. Rodička se může soustředit na jeden bod či objekt v místnosti, na hudbu, na fantazii. (14)

*Behaviorální metody.* Vlastní, spontánní aktivita pacienta je podmínkou behaviorálních metod. Úkolem porodní asistentky je naučit ženu různé postupy jak zvládnout bolest a vycvičit ji v nich. Také jde o vytváření pozitivního postoje ke zvládnutí bolesti. Návčik různých poloh vhodných pro porod je zahrnut v předporodním kurzu. Pomocí cvičení je těhotná udržována v aktivitě. Rodička při porodu využívá vzpřímené polohy, může se volně pohybovat, zaujímá úlevové polohy, využívá pomůcky (žebřiny, gymnastický míč). (14)

*Kognitivní metody.* Úkolem kognitivních metod je poznat kognitivní mapu rodičky (představa o porodním ději, o průběhu porodu, o zvládnání bolesti), zhodnotit ji a případně

pozměnit, pomoci rodičce lépe chápat a přiměřeněji reagovat na bolest. Kognitivní psychoterapie se obrací výhradně k logickému myšlení. Je založena na logické argumentaci a přesvědčování. Usměřuje a vede rodičku pozitivním směrem, objasňuje souvislosti, odstraňuje nesprávné názory a postoje. (14)

*Psychoterapeutický vztah.* Vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou je velmi důležitý, protože bolest je nesmírně složitým bio – psycho – sociálním jevem. Vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou ovlivňuje vnímání bolesti jak negativně tak pozitivně. Kladný vliv na bolest má harmonický vztah, ochota pomoci, ochota porozumět, informovanost, akceptování jejího bolestivého chování, věnování pozornosti a času, důvěra. Pocit bezpečí a jistoty je dán vzájemnou důvěrou mezi rodičkou, porodní asistentkou a lékařem. (14)

*Hypnóza.* Je to metoda, která je založena na kombinaci silné sugesce a distrakce. Podstatou je, aby se rodička dostala do transu, při kterém dokáže zapomenout na bolest a zůstat uvolněná. Aplikace hypnózy při porodu vyžaduje přípravu před porodem. Rodičku při porodu doprovází psychoterapeut zabývající se hypnózou. (28)

## **7 POHYBOVÁ AKTIVITA ZA PORODU**

Má-li rodička možnost se volně pohybovat dle své libosti, cítí se během porodu mnohem lépe a porod se tím může i urychlit. V průběhu porodu si některé rodičky oblíbí řadu pozic, které používají při každém stahu. Na změně pozice netrváme v tom případě, když rodička své pocity během stahů snáší dobře a když porod dobře postupuje. (11)

### **7.1 Historie**

Stále více žen, porodních asistentek a porodníků, zpochybňuje porodní polohu, která je typická pro moderní porodnickou péči. Předmětem kritiky je porodní poloha v leže, která se používá téměř jako jediná porodní poloha. Historické záznamy dokládají, že dříve rodičky rodily ve vzpřímených pozicích – v kleče, ve dřepu, ve stoje, v sedě – s mnoha možnostmi a způsoby opory. V knize Exodus, kapitola 1, verš 16 se píše: “Když porodní bába pomáhá hebrejským ženám a vidí na stoličkách.“ K narušení tohoto přirozeného přístupu došlo v polovině 17. století, kdy začal být pro urozené dámy módní porod vleže. V 19. a 20. století s postupnou technizací a zvyšující se odbornou péčí se rodičky přesunuly z porodních stoliček na porodní křeslo. Místo instinktivního jednání ležely rodičky při porodu pasivně na zádech a zdravotníci je měli pod kontrolou. Díky tomu vymizel přirozený porod - rodička se stala pacientem a těhotenství obdobím

ohrožující život. Metody přirozeného porodu se předávaly z generace na generaci - s vymizením došlo k odtržení budoucích matek od vlastního těla a těhotenství. Snaha přesunout část práce a zodpovědnost při porodu na zdravotnický personál způsobila zoufalství a stres rodiček, které v průběhu porodu nejsou schopny své tělo poslouchat a ovládat. (2)

## 7.2 Pohyb v první době porodní

Rodička by se měla na příchod svého dítěte předem psychicky i fyzicky připravit. Aby porod probíhal co nejméně bolestivě, je zapotřebí, aby rodička přicházela do porodnice již s určitou fyzikou zásobou, kterou mohla načerpat např. v předporodních kurzech. Pokud rodička nemá takovouto průpravu, je zapotřebí, aby ji porodní asistentka dostatečně informovala o průběhu porodu. V průběhu porodu může rodička využít různé polohy – na zádech, polohy kolmé, v dřepu, boční, na všech čtyřech, asymetrické polohy atd.

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

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

Dalšími vhodnými polohami je sed obkročmo na židli, sed ve dřepu a sed v předklonu. Tyto polohy snižují bolest zad, zlepšují rotaci hlavičky plodu a zvětšují pánevní vchod. Můžeme je využít při nepostupujícím porodu. Sed ve dřepu, ať s oporou či nikoli, je účinná pozice pro otevírací fázi porodu. Pozice ve dřepu posílí děložní kontrakce a pomůže mezi stahy rozšířit pánev a povzbudí sestup dítěte. Rodička při poloze v sedě na židli má oporu a mezi stahy může pohodlně odpočívat.

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

Pokud chce rodička odpočívat, doporučíme jí polohu na boku. Je důležité, aby si trup podepřela polštářem a aby si mezi kolena vložila polštář. Tím nezabrání vstupu plodu do pánve. Mezi kontrakcemi se snaží odpočívat, relaxovat. V této fázi porodu mohou rodičky propadnout panice, chce se jim křičet a sténají. Na porodní asistentce je, aby vycítila její potřeby a zajistila jí vše důležité, tedy podporu, klid a vlastní blízkost. (2,18)

### **7.3 Pohyb v druhé době porodní**

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

Stoj v mírném dřepu s oporou je nejúčinnější pozice, aby plod sestoupil co nejrychleji. Výhodou této polohy je široké rozevření pánve. Poloha je vhodná při náročném a dlouhém porodu, při nepravidelných polohách plodu (konec pánevní, zadní postavení), makrosomii plodu nebo při podezření na nitroděložní tíseň plodu. Stoj v mírném dřepu urychluje druhou dobu porodní, zvyšuje kvalitu kontrakcí a snižuje jejich bolestivost.

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

Polohy vleže na boku jsou vhodné pro odpočinek rodičky a také pro správný vstup hlavičky plodu do pánve. V případě použití za účelem dorotování se poloha rodičky řídí vždy dle postavení plodu – levé postavení – levý bok. Tuto polohu nevyužijeme při

nepostupujícím porodu. Při ukládání do této polohy je dobré rodiče podložit horní polovinu těla. Nohu si pak přidrží sama nebo ji ukládá do šaltu.

Poloha na všech čtyřech se často používá v klasickém porodnictví jako porodní poloha. Tato poloha zpomaluje rychle probíhající porod, dává ženě pocit větší kontroly a snižuje pocit tlaku. Též ji můžeme použít ke stočení plodu do předního postavení a napomáhá upravit frekvenci srdce plodu. (2, 17)

## **8 AROMATERAPIE**

Aromaterapie je holistickou léčbou, která bere v úvahu stav mysli, ducha a těla osoby, jež hledá pomoc, i její životní styl, dietní návyky, vztahy. Patří mezi přírodní léčebné metody využívající čisté esenciální (éterické) oleje, které se získávají z různých částí rostlin (květů, listů, dřeva, kůry). Směsi esenciálních olejů působí jemně ale účinně na naše mozgová centra zodpovědná za vznik emocí a následně i na tvorbu a uvolňování hormonů. Nejčastěji se takto vzniklé směsi využívají k inhalaci, masáži, na obklady nebo na koupele. (4,9)

### **8.1 Historie**

Samotný termín aromaterapie vznikl ve dvanáctém století našeho letopočtu, ale první doklady o aromaterapii se objevují již před 6 000 lety. Nejstarší lidé náhodou objevili, že některé listy, plody a kořeny, které nasbírali na jídlo, působily zlepšení stavu nemocných lidí nebo že jejich šťávy napomáhají hojení ran. Vykuřování bylo jednou z nejranějších forem aromaterapie. Ve francouzských nemocnicích se do nedávna pálily tymián a rozmarýn jako dezinfekce. Egypťané užívali aromatické rostliny k lékařským a kosmetickým účelům a k balzamování mrtvých. Cesta k aromaterapii vede přes Egyptany, staré Řeky a mnohé další, včetně myslitelů jako byl Hippokrates atd. Po pádu Říma se vědění přesunulo do Arábie. V Evropě se ke tvorbě a destilaci olejů používalo například levandule, rozmarýnu a tymiánu. V 16. století si ženy začaly vyrábět pro domácí potřeby vonné pytlíky k ochraně oděvu a k ochraně před morem. V letech 70. a 80. minulého století se stala aromaterapie hlavní součástí alternativní a holistické léčby v celém světě.(4)

### **8.2 Aromaterapie při porodu**

Již mnoho set let je známa hodnota masírování aromatickými oleji při porodu. Při dnešním trendu odklánějícím se od porodů v nemocnici a příklonu k šetrnějšímu

a přirozenějšímu způsobu rození ženy se znovu zkoumají způsoby, kdy by mohli pomoci esenciální oleje v tomto důležitém bodě jejich života.

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

Porodní asistentka může v průběhu porodu aplikovat aromaterapii jemným vtíráním olejů do kůže na břicho nebo v křížové oblasti. S jemnými masážemi lze začít týden před porodem. Nikoli však o mnoho dříve, protože je zde riziko, že bychom mohli způsobit předčasný porod. Je dobré do aplikace aromaterapie zapojit partnera rodičky nebo jinou blízkou osobu. Také je dobré rozhodnout ještě před samotným porodem, kdo bude při porodu rodičce asistovat. Důvodem je poučení o nanášení olejů dlouhými hladkými pohyby doprovázenými poměrně pevným tlakem. Rodička musí dotyčnou osobu informovat o úrovni intenzity a druzích pohybů, které jí vyhovují. Je dobré si nějakou dobu předem namíchat oleje, které chceme využít, protože jakmile začnou porodní bolesti, nebude možná dostatek času je přesně odměřit.

Můžeme ženě během posledního týdne těhotenství doporučit, aby vyzkoušela teplé koupele s až šesti kapkami jasmínového nebo levandulového oleje. Koupel je vhodná i na počátku porodních bolestí, protože pomáhá uvolnit a připravit svaly dělohy na silnou kontrakční činnost.

Jasmín je poněkud účinnější pro zesilování stahů a tím i zkrácení porodu, ale některým ženám se zdá vůně těžká až dusivá. Levandule je přijatelnější a tento olej lze využít několika způsoby. Levandulový olej rozmíchaný ve studené vodě vytvoří pro rodičku osvěžující směs, s níž můžeme otírat rodičce obličej i tělo. Po porodu by se měl aplikovat jasmín, který pomůže vyloučit placentu. Přispěje také k tonizaci děložních svalů a rychlejšímu návratu do stavu před těhotenstvím. Také napomáhá ženám trpícím poporodními depresemi. Rovněž podporuje tvorbu mateřského mléka, ale to se prozatím neprokázalo. (4,8)

## **9 AKUPUNKTURA**

Akupunktura je jedna ze souboru metod tradiční lidové medicíny východních zemí. Název akupunktura je evropského původu a pochází z 16. století. (6)



## 9.1 Historie

Akupunkturu praktikovali orientální léčitelé v prvním tisíciletí před naším letopočtem. Zprvu šlo jen o empirickou metodu, při níž se krvácejícím otvorem měl umožnit odchod zlého ducha z těla nemocného. Není jisté, zda byl její počátek v Číně nebo Koreji. V roce 762 našeho letopočtu vyšla největší práce, kterou Wang Bing shrnul jako osmnáctisvazkové dílo „Kniha o vnitřních orgánech“. Wang Bing zde popisuje základní principy léčby jehlami, představu o existenci speciálních bodů a meridiánů s určitým vztahem k vnitřním orgánům, víru v životní sílu čchi, existenci pěti základních elementů a dvě protikladné prásily – princip jin-jang, které řídí svět.

Až do 20. století nehrála akupunktura v Evropě významnější roli. V 70. letech pronikla na svět teprve s příchodem informace o jejich výborných anesteziologických účincích. Byly popisovány operace, při nichž lékaři za plného vědomí pacientům operovali mozkové nádory, části žaludku, štítnou žlázu či plíce. Díky tomu se akupunktura rozšířila do celého Sovětského svazu, západní Evropy ale i samotné Číny. V našich zemích používal jako první akupunkturu profesor Cmunt ve 20. letech k léčbě revmatických onemocnění, ale k největšímu rozmachu došlo po stáži českých lékařů v Číně v roce 1960.(6)

## 9.2 Akupunktura při vaginálním porodu

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

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

Při porodu je použití akupunktury kontraindikováno v případě kožní infekce, akutní psychózy, poruchy srážlivosti krve, celkového infekčního onemocnění,

nekompenzovaného diabetes mellitus, závažného srdečního onemocnění a nesouhlasu rodičky nebo porodníka. (6,7)

## 10 DALŠÍ METODY TLUMENÍ BOLESTI

*Audioanalgezie* potlačuje a zmírňuje pocit bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Podstatou audioanalgezie je dráždění sluchového centra během kontrakcí přístrojově vytvořeným šumem, který rodička během porodu poslouchá ze sluchátek. Šum je směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Jinou možností je použití relaxační hudby.(13)

*Homeopatie* vznikla před 200 lety a patří k nejrozšířenějším z alternativních metod. Zakladatelem homeopatie je Samuel Hahnemann. Jeho základní myšlenkou je tato verze: „pokud existuje nějaká látka, která má schopnost vyvolat nějaké zlo (nemoc), má také schopnost toto zlo léčit“. Principem je podávání vysoce naředěné dávky, jež vyvolává ve vyšší koncentraci příznaky podobné právě léčené nemoci. Existují homeopatika, která ulehčují porod. Homeopatika lze využít k zmírnění strachu, napomáhají k účinnějším stahům, otevírání děložního hrdla (*Caulophyllum thalictroides*), v poporodním období ke zlepšení hojení (*Arnica montana*). Podání a druh homeopatik určí a zváží homeopat, protože záleží na duševním a fyzickým stavu rodičky. Rodičku homeopat doprovází při porodu a ordinuje v danou dobu vhodné léky. (23,10)

*Akupresura* vychází ze staročínského principu jin a jang, jež se zakládá na dráždění specifických bodů. Tato metoda je podobně jako akupunktura tisíce let stará. Při stlačení akupresurních bodů používáme palec nebo špičku prstu. Rodičce můžeme ulevit od bolesti a porod poněkud urychlit, stlačíme-li určité akupresurní body. Nejoblíbenějšími body při porodu jsou bod Ho-ku a bod sleziny číslo 6. Akupresuru můžeme úspěšně kombinovat s dalšími metodami, které přinášejí při porodu úlevu od bolesti. (11)

*Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS)* je aplikace elektrického proudu přes pokožku za účelem zmírnění bolesti při porodu. TENS řadíme mezi jednoduché nefarmakologické prostředky, spojuje psychologický i somatický účinek. Elektrody se přikládají na kůži v oblasti Th10- L1 pro první dobu porodní a pak S2-S4 pro druhou dobu porodní. Druh této analgezie nepoškodí ani matku ani plod. (13)

*Hydroanalgezie.* Donedávna rodičky sprchy a lázně využívaly při porodu jen zřídka. Hydroanalgezie může být účinnější při zmírnění bolesti než některá analgetika. Teplá voda tělo nadlehčuje a ulevuje od bolesti, stresu, napětí a nepříjemných pocitů. Pomocí sprchy nebo vířivky dochází k stimulaci kůže a to napomáhá k omezení

vnímavosti bolesti. Během porodu se mohou využívat metody hydroanalgezie: relaxační koupel, možnost porodu do vody a intradermální injekce sterilní vodou. Ve vaně si žena lépe odpočine než na suchu, stahy jsou méně intenzivní. V první době porodní může teplá lázeň přispět k rychlejšímu a snazšímu otevírání porodních cest. (11)

*Vlastní rituály* si vyvine většina párů samostatně. Vlastní rituály jim pomohou kontrakce zvládnout. V podstatě při kontrakcích opakují stále stejné činnosti, které rodiče pomáhají zvládnout bolest. Rodičky se mohou spolehnout, že jim tyto rituály pomohou, obzvláště během aktivní otevírací fáze porodu, bolest překonat, i když je čas od času rituál pozměněn nebo přerušen. Tyto rituály si nelze dopředu naplánovat. Prostě samy vzejdou ze situace během porodu. (11)

*Dechové vzory pro porod.* Jedná se o určité dýchání, které rodiče napomáhá k uvolnění. Rodička by měla pravidelně navštěvovat předporodní kurzy, kde se dozví dostatek informací o technice a druzích dýchání. Existují tři základní dechové vzory pro otevírací fázi porodu: pomalé dýchání, lehké dýchání a „funění“. Rodička si vždy zvolí způsob dýchání, jež jí vyhovuje, se správným rytmem a rychlostí. Porodní asistentka by měla navést rodičku od špatného a neefektivního dýchání ke správnému, aby dýchání při kontrakci nevedlo k hypoxii plodu, respirační acidóze a zároveň umožnilo rodičce vnořit se do dýchání a tak přečkat kontrakci. (11)

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

Studené zábaly můžeme vytvořit sáčky s ledovými kostkami, gumovou rukavicí naplněnou ledovou drtí, namočenou a zmrzlou podložkou. Terapie chladem snižuje citlivost k bolesti ochlazením nervových zakončení. Studené obklady můžeme přiložit na křížovou krajinu, perineum nebo anální oblast. Terapie chladem lze také využít v případě porodního poranění. (11)

## 11 FARMAKOLOGICKÉ METODY

Metody porodnické analgezie se od sebe liší svojí účinností, délkou analgetického působení a technickou náročností. Pro použití všech metod porodní analgezie platí základní podmínky: neovlivnit fyziologii matky, fyziologii děložní činnosti, plodu a novorozence. Farmakologické metody využíváme tehdy, když je bolest intenzivnější. Intenzivnější porodní bolesti bývají u indukovaných porodů, u urychlených porodů, předčasných porodů, a to i přesto, že objem a tělesná hmotnost nedonošeného plodu je menší než u plodu donošeného. V dnešní době neexistuje ideální analgetická metoda i přes nesporné pokroky moderní medicíny. (16)

### 11.1 Systémová analgezie

*Petidin* se dodává pod názvem Dolsin. Je to analgetikum s účinkem podobným morfinu a v dnešní době je nejpoužívanějším lékem u porodu. Toto analgetikum může podávat porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo porodník. (1,13)

*Tramadol* je působící analgetikum, které neovlivňuje krevní oběh matky a netlumí dýchání. Váže se na receptory v CNS, které zpracovávají bolestivé vzruchy. Tramadol může podat porodní asistentka dle ordinace lékaře nebo porodník. (13,16)

*Nalbuphin* je nové analgetikum. Narozdíl od petidinu je z těla matky rychleji odbouráván a má menší vliv na dýchání. Není dosud prokázán tlumivý účinek na plod. Toto analgetikum podává porodní asistentka nebo porodník. Nalbuphin navozuje u rodičky vyšší úlevu od porodních bolestí než Dolsin. (1,13)

### 11.2 Inhalační analgezie

*Oxid dusný* je také známý jako „rajský plyn“. Pro vdechování během porodu je možno podávat ve směsi s kyslíkem v poměru 1:1 ze speciálního tlakového přístroje. Oxid dusný podává porodní asistentka dle ordinace lékaře. (1,13)

### 11.3 Místní analgezie

*Infiltrace pochvy a hráze*. Infiltrace (obstřík) je nejčastěji užívaná metoda v běžné porodnické praxi. Tato metoda se využívá k znecitlivění pochvy a perinea před episiotomií, při operačním porodu nebo před ošetřením porodních poranění. (16)

### 11.4 Regionální analgezie

*Pudendální analgezie*. Anestetikum se aplikuje k nervus pundus. Rodička pocítuje úlevu od bolesti v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Pudendální analgezi

využíváme: k analgezií ve II. době porodní, při partus praematurus, klešťových porodech, pomáhá uvolnit pánevní dno. Tuto analgezií nevyužíváme při výrazné anatomické odchylce pánve.(1,13)

*Paracervikální analgezie.* Anestetikum přeruší vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla. V dnešní době se s touto metodou setkáváme ve velmi malé míře. Metodu využíváme při bolesti u fyziologického porodu a při spastické porodní brance. (1,13)

*Epidurální analgezie.* Synonymum pro epidurální analgezií je peridurální analgezie. Anestetikum se podává samostatně nebo ve směsi s opioidem do epidurálního prostoru (oblast vně obalů míchy). Epidurální analgezie patří mezi nejčastěji využívanou porodnickou analgezií a je u rodiček oblíbená. Tuto metodu provádí zkušený anesteziolog. (1,13)

*Subarachnoidální analgezie* (spinální, lumbální analgezie) se aplikuje do mozkomíšního moku. Po aplikaci analgezie dochází k ovlivnění přenosů bolestivých vzruchů v nervových drahách i v míše. (1,13)

*Kombinovaná analgezie* je kombinace epidurální analgezie i subarachnoidální analgezie.(1)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 12 FORMULACE PROBLÉMU

Jedním z nejkrásnějších zážitků v životě ženy by mělo být narození dítěte. Jaké bude mít žena vzpomínky na porod závisí na mnoha faktorech. Jeden z faktorů, který může ovlivnit vzpomínky ženy na porod, je prožívání bolesti. V dnešní době je snahou porodních asistentek utlumit bolesti a zpříjemnit tak samotný porod rodičce. Díky rozvoji vědy a techniky jsou dostupné preparáty, které nám umožňují ovlivnit průběh porodu. Domnívám se, že ne vždy tato cesta pomáhá jednoznačně a bez následků. Z tohoto důvodu se v praktické části své bakalářské práce zaměřím na porodní asistentky. Mojí snahou je zjistit, jaký postoj zaujímá porodní asistentka k tlumení bolesti nefarmakologickými metodami a jaké zkušenosti má s jejich použitím v praxi.

## 13 STANOVENÍ CÍLE

### 13.1 Hlavní cíl

Cílem mého výzkumu je zjistit, jaký mají porodní asistentky postoj k tlumení bolesti pomocí nefarmakologických metod.

### 13.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, z jakého důvodu porodní asistentka využívá nefarmakologické tlumení bolesti při porodu.
2. Zjistit, jaké má porodní asistentka zkušenosti s užíváním nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu.

## 14 METODIKA VÝZKUMU

Pro zpracování praktické části své bakalářské práce jsem využila kvalitativního výzkumného šetření, díky kterému je možné prozkoumat problém hlouběji. Při šetření jsem použila polostrukturovaný rozhovor. V první části otázek výzkumného šetření se zaměřuji na postoj porodních asistentek k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti při porodu. Druhá část výzkumu se vztahuje k otázkám ohledně zkušeností porodních asistentek k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti.

## **15 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Proč porodní asistentky využívají nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu?
2. Znájí porodní asistentky nefarmakologické metody, které lze použít v I. a II. době porodní?

## **16 VZOREK RESPONDENTŮ**

Vzhledem ke kvalitativnímu pojetí mého výzkumu jsem oslovila dvě porodní asistentky, které aktuálně pracují na porodním sále. Výběr respondentů byl záměrný, protože pro získání relevantních odpovědí jsem potřebovala porodní asistentky, které s touto probelamatickou přicházejí do styku. Rozhovory s porodními asistentkami byly použity do praktické části mé bakalářské práce a byly zaznamenávány písemnou formou.

## 17 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### Rozhovor č. 1 s porodní asistentkou M. K.

Rozhovor proběhl 21. 3. 2014 v dopoledních hodinách v prostorách porodního sálu. V místnosti v blízkosti sesterny jsme byly s respondentkou samy a bylo nám nabídnuto dostatečné soukromí pro rozhovor. Respondentku jsem kontaktovala za pomoci její kolegyně a následně si s ní domluvila schůzku.

#### **„Kde jste získala vzdělání porodní asistentky a kolik let máte praxe?“**

*„Vzdělání porodní asistentky jsem získala po absolvování ZČU v Plzni na FZS. Nejdříve jsem absolvovala studium na Střední zdravotnické škole v Klatovech, po té jsem pokračovala ve studiu na ZČU v Plzni. Praxi na porodním sále mám 2 roky.“*

#### **„Jaký je váš postoj (názor) na nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu?“**

*„Nefarmakologické metody tlumení bolesti jsou přirozené, neovlivňují plod (resp. stav novorozence), jsou jednoduché na využití, může si je sama řídit porodní asistentka a bez nich by zkrátka nebyl žádný porod. Myslím, že by se nejdříve měla vyčerpat co nejširší škála těchto metod a teprve pak eventuálně přistupovat k farmakologickým metodám“.*

#### **„Co ovlivňuje, dle Vašeho mínění, porodní bolesti?“**

*„Myslím si, že porodní bolest ovlivňuje obecně zkušenost s bolestí, prostředí, personál (celkový přístup, jak dokáže být empatický, jak dokáže rodiče poradit), odhodlanost, sebedůvěra v samu sebe „že to zvládnou“ nebo nedůvěra v sebe sama (ženy, které si od začátku porodu říkají, že to nezvládnou, že to bude strašně bolet), pocit bezpečí, vědomí, že porod postupuje (blíží se vytoužený konec). Samozřejmě nesmím opomenout doprovod u porodu - vztah k partnerovi. Ze své zkušenosti mohu říci, že u několika rodiček odchod partnera vyvolal zklidnění a zlepšení spolupráce, naopak u vřelého otevřeného vztahu partnerů je patrný soulad a vzájemná spolupráce. To, že je pár při porodu sehraný, si myslím, je velmi důležité např. pro uvolnění rodičky. Ve chvíli, kdy je rodička např. z partnera nervózní, okřikuje ho, vadí jí jeho řeči, má o něj strach apod., může dojít k tomu, že se rodička stáhne, brání se bolesti, přetváří se a nebo „tutlá emoce v sobě“.*



**„Co si myslíte o ženách, které odmítají nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu?“**

*„Ženy, které odmítají nefarmakologické metody, jsou buďto málo informované o této metodě nebo často slycháváme „kamarádka mi poradila“ či přečetla jsem si na „internetové diskuzi“. Také jsou ženy, které by rády tuto metodu využily, ale intenzita bolesti je tak silná, že raději zvolí farmakologické metody tlumení bolesti. S touto skupinou žen se setkáváme u porodu, který je např. vyvoláván (indukce) nebo urychlován umělým oxytocinem“.*

**„Podpořila byste rozšíření nefarmakologických metod tlumení bolesti ve větší míře?“**

*„Ano, určitě bych podpořila rozšíření nefarmakologických metod tlumení bolesti např. aromaterapii, školení porodních asistentek např. v masáži zad“.*

**„Které z metod nefarmakologického tlumení bolesti užíváte během porodu?“**

*„Během porodu nejčastěji využívám alternativní polohy, masáže, muzikoterapii, hydroanalgezi, aplikaci tepla (obklady), psychologické metody (odvedení pozornosti), relaxační techniky“.*

**„Když byste vyšla ze své praxe, může psychoprofylaxe ovlivnit bolesti během porodu?“**

*„Osobně si myslím, že psychoprofylaxe může ovlivnit porodní bolest velmi málo. Popsat bolest prvorodičkám je velmi složité, myslím, že si situaci porodu nedokážou zkrátka představit, přestože jim vše vysvětlím do detailů, navíc většina z nich se nikdy s tak silnou bolestí nesešla. Neví, co je čeká, a myslím, že ve většině případů jsou intenzitou porodní bolesti překvapeny stejně jako ženy, které se předporodní přípravy neúčastnily. Úkolem této přípravy je ženy naučit různé polohy při porodu a dýchání v jednotlivých fázích porodu, které mohou pomoci ovlivnit bolest za porodu.“*

**„Jaké polohy doporučujete a naopak nedoporučujete v I. době porodní?“**

*„V pasivní fázi se snažím, aby rodičky odpočívaly, pokud to lze. Co se týče aktivní fáze, obecně doporučuji všechny svislé polohy, stát s oporou (opřít se o lůžko, chytit doprovod kolem krku), chodit, sedět na míči a pohupovat se, klečít. Nedoporučuji polohy v leže na zádech“.*

**„Ve které poloze vedete II. dobu porodní?“**

*„V době tlačení doporučuji rodičkám různé polohy – ve stoje s oporou, v kleče, na boku, na bobku, v sedě s nohama dolů, ale samotný porod vedeme v porodnické poloze (v sedě s nohama přitaženými k tělu rodičky)“.*

**„Jaké máte zkušenosti s podporou nefarmakologických metod tlumení bolesti na svém oddělení?“**

*„Na našem oddělení platí - postupovat od nejjednodušších metod (nejpřirozenějších) k těm farmakologickým nebo invazivním. To znamená zkoušet změny polohy, sprchu apod., pak teprve, pokud rodička i nadále vyžaduje silnější tlumení bolesti, podáváme epidurální analgezii, inhalační analgezii. Nefarmakologické metody využívají samozřejmě hojně všechny porodní asistentky a různě je kombinují, ale podporují a doporučují je i lékaři.“*

**Souhrn:**

Porodní asistentka M. K. je mladá, příjemná porodní asistentka, která vystudovala SZŠ v Klatovech, na kterou navázala studiem na ZČU v Plzni. Po studiu nastoupila na porodní sál, kde působí dva roky. M. K. je porodní asistentka, o které si myslím, že má pozitivní přístup k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti. Z rozhovoru vyplývá, že sama využívá během porodu nefarmakologické metody tlumení bolesti a také patří k těm porodním asistentkám, které by rády rozšířily metody nefarmakologického tlumení bolesti během porodu. Zná metody, které může doporučit a nedoporučit během I. doby porodní a které může využít během II. doby porodní. Zkušenost na svém pracovišti s podporou alternativních metod tlumení bolesti během porodu má takovou, že nejdříve využije metody alternativní a po té, kdy rodička vyžaduje silnější tlumení bolesti, přistupuje k farmakologickým metodám tlumení bolesti.

## **Rozhovor č. 2 s porodní asistentkou E.**

Rozhovor proběhl 20. 4. 2014 v dopoledních hodinách v prostorech porodního sálu. V místnosti pro tyto účely vyhrazené. Byly jsme s respondentkou samy a bylo nám nabídnuto dostatečné soukromí pro rozhovor. Respondentku jsem kontaktovala za pomoci své kolegyně a následně si s ní domluvila schůzku.

### **„Kde jste získala vzdělání porodní asistentky a kolik let máte praxe?“**

*„Dříve se nestudovalo na porodní asistentku jako dnes na vysoké škole. Já jsem vystudovala Střední zdravotnickou školu v Praze a poté jsem absolvovala dvouletou nástavbu na porodní asistentku. Na porodním sále působím přibližně dvacet let“.*

### **„Jaký je váš postoj (náзор) na nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu?“**

*„Můj postoj k nefarmakologickým metodám je velmi kladný. Je to způsob tlumení bolesti, který je pro rodičku ale i pro plod šetrný a přirozený. Je to způsob tlumení bolesti, při kterém nejsou tlumené hormony k porodu a následné péči potřebné. Tyto metody si může porodní asistentka řídit sama. Dle mého názoru by tento způsob metody tlumení bolesti měla využívat každá porodní asistentka“.*

### **„Co ovlivňuje, dle Vašeho mínění, porodní bolesti?“**

*„Porodní bolesti mohou být ovlivněny mnoha faktory. Příčinou může být například věk rodičky, kultura, prostředí, předchozí zkušenost, přítomnost blízké osoby. I my jako personál můžeme ovlivnit prožívání porodní bolesti, pokud nebude porodní asistentka empatická, tolerantní, ochotná, všímavá a spolehlivá nebude mít rodička v nás takovou důvěru a oporu“.*

### **„Co si myslíte o ženách, které odmítají nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu?“**

*Ženy, které odmítají způsob tlumení bolesti alternativními metody, jsou ženy málo informované o těchto metodách nebo se bojí, že by bolest bez farmakologické metody nevydržely. Jsou také ženy, které jsou ovlivněny svými matkami, kamarádkami, které poukazují na svoje zkušenosti.*

**„Podpořila byste rozšíření nefarmakologických metod tlumení bolesti ve větší míře?“**

*„Určitě bych rozšíření těchto metod podpořila. Co bych jako porodní asistentka nepodpořila, jsou farmakologické metody tlumení bolesti. Jak jsem již uvedla, nefarmakologické metody jsou přirozené a šetrné, kdežto u farmakologických metod se dají očekávat nežádoucí účinky“.*

**„Které z metod nefarmakologické tlumení bolesti užíváte během porodu?“**

*„Dobré zkušenosti mám s polohováním rodiček během I. doby porodní. Také se mi osvědčilo koordinované dýchání. Snažím se také využívat metody jako jsou hydroanalgezie, aromaterapie, aplikace tepla, masáže, psychologické metody“.*

**„Když byste vyšla ze své praxe, může psychoprofylaxe ovlivnit bolesti během porodu?“**

*„Myslím si, že ano. I tato metoda může ovlivnit bolesti během porodu. Ženy, které jsou dostatečně informované o průběhu porodu, se mohou na porod psychicky připravit. Ale také si myslím, že ženy, které se informují o průběhu porodu, se mohou vylekat a naopak se porodu velice obávat“.*

**„Jaké polohy doporučujete a naopak nedoporučujete v I. době porodní?“**

*„Během porodu doporučuji chodit, polohy ulevující a uvolňující, sed na míči. V žádném případě nedoporučuji rodičkám ležet na posteli na zádech, nebo polohy, při kterých se rodička stahuje“.*

**„Ve které poloze vedete II. dobu porodní?“**

*„Vedu II. dobu porodní v polosedu, v sedu, v poloze na čtyřech“.*

**„Jaké máte zkušenosti s podporou nefarmakologických metod tlumení bolesti na svém oddělení?“**

*„Zkušenosti s podporou nefarmakologických metod na svém oddělení mám velmi dobré. Snažím se tyto metody využívat co nejvíce, takže můžu říci, že vždy.“*

## **Souhrn:**

Porodní asistentka E. S. vystudovala SZŠ V Praze, po té v Praze absolvovala dvouletou nástavbu na porodní asistentku. Paní E. S. působí na porodním sále přibližně dvacet let. Postoj porodní asistentky k tlumení bolesti pomocí nefarmakologických metod je kladný. Spolupráce s porodní asistentkou byla velmi příjemná a dobrá. Porodní asistentka sama zastává využití nefarmakologických metod během porodu a určitě by podpořila další rozvoj těchto metod. Během porodu využívá například aromaterapii, hydroanalgezii, koordinované dýchání, masáže. Porodní asistentka ví, které metody využít a nevyužít v I. době porodní a zároveň, které může využít v II. době porodní, tudíž mohu říci, že s tlumením bolesti pomocí alternativních metod má dostatek zkušeností. Zároveň má zkušenosti s podporou těchto metod tlumení bolesti na svém pracovišti.

## DISKUZE

Téma bakalářské práce „Tlumení bolesti při porodu“ jsem si vybrala z toho důvodu, že bych ráda při své budoucí práci porodní asistentky předávala rodičkám informace o nefarmakologickém tlumení bolesti během porodu. Ráda bych budoucím maminkám vysvětlila proč právě tyto metody volit při tlumení bolesti během porodu. Věřím, že díky vypracování práce získám potřebné informace o této problematice.

Informace k vytvoření praktické části byly získány pomocí rozhovoru. V praktické části své práce jsem zpracovala dva rozhovory. Respondentkami byly náhodně zvolené porodní asistentky pracující na porodním sále.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, z jakého důvodu porodní asistentka využívá nefarmakologické metody tlumení bolesti při porodu. Z výzkumu jsem se dozvěděla společný důvod: tyto metody jsou šetrné, přirozené, neovlivňují plod. Porodní asistentka E. S. uvedla ještě jeden důvod a to ten, že tyto metody netlumí hormony potřebné k porodu a následné péči po porodu. Obě porodní asistentky se také shodují na tom, že jsou tyto metody jednoduché na využití a může si je porodní asistentka řídit sama. Dále mě také zajímal postoj porodních asistentek k ženám, které odmítají nefarmakologické tlumení bolesti při porodu. U této otázky se mi odpovědi opět shodují. Obě porodní asistentky uvedly, že ženy jsou buď málo informované o této metodě, naslouchají kamarádce, která zkušenost s porodem již má a která využila metodu farmakologickou, nebo se na webových stránkách dočetly o možnosti farmakologického tlumení bolesti. Velmi oceňuji odpověď porodní asistentky M. K., která uvedla, že odmítání nefarmakologických metod může také zavinit způsob vedení porodu např. indukované porody. Osobně s tímto výrokem porodní asistentky M. K. souhlasím. Sama jsem během své praxe na porodním sále zažila ženy, kterým byl porod vyvolán za pomoci farmakologických preparátů. Tzv. indukované bolesti jsou pro řadu rodiček velmi bolestivé až nesnesitelné. Tudíž chápu rozhodnutí odmítání nefarmakologických metod tlumení bolestí během takto vedeného porodu. Dále mě zaujal postoj porodních asistentek k rozšíření nefarmakologických metod. Obě porodní asistentky uvedly, že by rády podpořily rozšíření nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu. Porodní asistentka M. K. uvedla, že by ráda podpořila rozšíření např. aromaterapie.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké má porodní asistentka zkušenosti s užíváním nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu. Dle mého názoru, pokud chce porodní asistentka tlumit porodní bolesti, měla by se také zajímat o to, co vlastně může porodní bolesti ovlivnit. Proto jsem se obou porodních asistentek během

rozhovoru dotazovala, co vlastně ovlivňuje porodní bolesti. Na tuto otázku mi porodní asistentky odpověděly víceméně podobně. Porodní asistentka M. K. uvedla, že velkou roli může sehrát také třeba doprovod rodičky – partner rodičky. Naopak porodní asistentka E. S. zdůraznila, že vlastně ovlivnit porodní bolest může i personál - porodní asistentka. Pokud porodní asistentka neprojeví zájem o rodičku, empatii, nebude tolerantní atd., může k ní rodička chovat velkou nedůvěru a porodní asistentka ženě nebude oporou během porodu. O faktorech ovlivňující porodní bolesti se zmiňuje i doc. MUDr. Antonín Pařízek ve své knize: *Knih o těhotenství a dítěti* z roku 2009.

Dále jsem zkoumala, jaké nefarmakologické metody využívají porodní asistentky během porodu. I v těchto odpovědích se porodní asistentky shodovaly. Během porodu využívají metody např. aromaterapie, hydroanalgezie, muzikoterapie, psychologické metody, masáže, alternativní polohy, tlumení bolesti pomocí teplých obkladů, relaxační techniky. Penny Simkinová ve své knize z roku 2000 uvedla metody, které nefarmakologické metody tlumení bolesti můžeme během porodů využít. Odpovědi porodních asistentek se mi shodují s uvedenou knihou.

Po té jsem se také zajímala o metody, které využívají během I. doby porodní a II. doby porodní. Porodní asistentka M. K. doporučuje rodičkám v pasivní fázi I. doby porodní odpočinek. Co se týče aktivní fáze I. doby porodní, uvedla stejné odpovědi jako porodní asistentka E. S. Toto zjištění se mi shoduje s údaji, které zmiňuje ve své knize Bakalovská Janet, Odent Michel, Kitzingerová Sheila z roku 2006.

Dále mě zajímal názor porodních asistentek na metodu psychoprolaxe. Na tuto otázku se mi odpovědi rozcházejí. Porodní asistentka M. K. si myslí, že tato metoda ovlivní porodní bolest velmi málo. Uvedla, že si ženy, i přes to, že jsou podrobně informovány o průběhu porodu, nejsou moc schopny představit, jak velká bolest je vlastně čeká. Porodní asistentka E. S. uvedla, že tato metoda porodní bolest ovlivnit může, ale taky naopak může vyvolat u ženy strach. Jsou ženy, které jsou informované a díky tomu se na porod psychicky připraví, ale také jsou ženy, které znají veškeré informace o průběhu porodu, ale naopak to v nich vyvolá spíše strach. Myslím si, že je to hodně o přístupu ženy k porodu. Osobně mám spíše zkušenost s ženami, které získaly často negativní informace od své matky, kamarádky nebo se někde dočetly o názorech jiných žen, a proto se porodu velmi obávaly. Myslím si, že tyto ženy, i když jim na předporodním kurzu porodní asistentka vše vysvětlí, budou z porodu velmi vylekané. Lenka Sikorová ve své práci z roku 2010 došla ke stejnému závěru. Sikorová obohatila svůj výzkum rozhovorem s porodní asistentkou, která uvedla, že tato metoda může ovlivnit tlumení bolesti během

porodu u žen tak, že se na něj dokážou lépe připravit i díky tomu, že jsou dostatečně informované o průběhu porodu.

Co se týče zkušeností s podporou nefarmakologické metody tlumení bolesti na pracovišti, zde se mi odpovědi obou porodních asistentek téměř shodují. Na pracovišti porodní asistentky M. K. nejdříve tlumí porodní bolesti pomocí alternativních metod, a po té, co rodička vyžaduje silnější tlumení bolesti, přistupují k metodám farmakologickým. Tento přístup k tlumení bolesti, dle mého názoru, lze využít u těch porodů, které jsou např. urychlovány nebo za pomoci farmak uměle vyvolané.

Ohledně četnosti využívání nefarmakologických metod tlumení bolesti jsem před výběrem tohoto tématu byla trochu skeptická. Díky této bakalářské práci jsem získala úplně jiný úhel pohledu na věc. Zajímaly mne postoje a zkušenosti porodních asistentek s nefarmakologickými metodami tlumení bolesti. Velmi mě potěšilo, že obě porodní asistentky přistupují k nefarmakologickým metodám velmi kladně. Obě mi poskytly důvody, proč je důležité tlumit bolest pomocí alternativních metod. Porodní asistentky, která se snaží nejen rodičce ale i miminku zajistit hezkou vzpomínku na tento významný den, si myslím, že si všichni budou velice vážit.

Obě porodní asistentky, které jsem oslovila, mě překvapily svou otevřeností a ochotou odpovídat na mé otázky. Tyto dva rozhovory byly pro mě velkým přínosem pro moji budoucí praxi na porodním sále. Porodní asistentky byly náhodně vybrány.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá metodami tlumení bolesti při porodu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem nejprve definovala bolest, následně jsem se zaměřila na historii tlumení bolesti. Dále jsem se zaměřila na oblasti alternativní medicíny, roli porodní asistentky a po té navazuji popisem různých druhů nefarmakologických metod tlumení bolesti při porodu – aromaterapie, akupunktura, polohování rodičky, hydroanalgezie. V poslední kapitole jsem se okrajově zaměřila na farmakologické tlumení bolesti při porodu.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumem formou rozhovoru s porodními asistentkami. Celkem byly provedeny dva rozhovory, za každým z nich následuje krátké shrnutí. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký mají porodní asistentky postoj k tlumení bolesti pomocí nefarmakologických metod. Dále jsem si stanovila dva dílčí cíle. Cíle, které jsem si pro tuto práci stanovila, byly splněny. Při analýze informací se mi potvrdily poznatky získané z odborné literatury a předchozích výzkumů.

Díky zpracování této bakalářské práce jsem si rozšířila a utřídila informace o nefarmakologickém tlumení bolesti při porodu. Z počátku jsem byla k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti skeptická, nicméně po napsání této práce jim mnohem více důvěřuji a vím, že je nutné se jim více věnovat – jak prakticky během své pracovní činnosti, tak teoreticky při přípravě rodiček na porod samotný. Tyto informace bych ráda během svého budoucího zaměstnání předávala dál, ať již budu pracovat na porodním sále nebo v gynekologické ambulanci. Díky této práci jsem tedy komplexně změnila a přehodnotila svůj postoj k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti během porodu a také mi tato práce dala důvody, proč je důležité tyto metody tlumení bolesti využívat při porodu více než metody farmakologické.

Pro praxi bych doporučovala zajistit rodičkám dostatečný přísun informací o nefarmakologických metodách tlumení bolesti, protože jejich informovanost je velmi často nedostatečná nebo zkreslená názory jejich matek a kamarádek, které si rodička osvojí. Přínosem by mohla být tato bakalářská práce především pro zdravotnický personál k doplnění znalostí o nefarmakologických metodách tlumení bolesti při porodu. Doporučovala bych například z této bakalářské práce udělat manuál, který by byl přístupný v porodnicích a v předporodních kurzech, kde by, dle mé zkušenosti, byl využíván poměrně hojně jako pomocný materiál do praxe, kterým by se mohla řídit každá porodní asistentka při informování rodičky a při přípravě rodičky na porod. V menším měřítku

např. jako brožura by mohl být z této práce pomocný materiál, který by vždy rodička obdržela v gynekologické ambulanci. Taktéž by mohla být přínosem pro studenty porodní asistence a laickou veřejnost zabývající se tímto tématem.

## SEZNAM LITERATURY

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 2006.546s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. BALASKASOVÁ, Janet; ODENT, Michel; KITZINGEROVÁ, Sheila. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*, vydání první. Praha: Argo, 2010. 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
3. BEHINOV, M., KAISEROVÁ, K., KARGER, P., *Velká kniha o mateřství: Připravená s předními českými lékaři a časopisem maminka*, vydání první. Praha: Mladá fronta, 2006. 328 s. ISBN 80-204-1526-2.
4. DAVISOVÁ, Patricia. *Aromaterapie: od A do Z.*, vydání první. Praha: Alternativa, 2005. 501 s. ISBN 80-85993-96-1.
5. HEŘT, Jiří, et al. *Alternativní medicína: Možnosti a rizika*, vydání první. Praha: Grada Publishing, 1995. 208 s. ISBN 80-7169-151-8.
6. HEŘT, Jiří; HNÍZDIL, Jan; KLENER, Pavel. *Akupunktura: Mýty a realita*, vydání první. Praha: Galén, 2002. 183 s. ISBN 80-7262-167-X.
7. PORODNICE.CZ, Akupunktura [on line] In *Porodnice.cz*, [cit. 1.11.2013]. C 2002- 2014, dostupné z: <http://lekari.porodnice.cz/akupunktura>
8. ZRUBECKÁ, Adéla, AŠENBRENEROVÁ, Ivana. *Aromaterapie v životě ženy*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2008. 239 s. ISBN 978-80-204-1938-5.
9. SAMKOVÁ, A., *Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky*. In. *Moderní babičtví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*, 2011, č. 20, s. 62, ISSN 1214-5572.
10. PETŘÍČKOVÁ, Renata. *Jsem těhotná, ne nemocná!: rady, které vám jinde neprozradí*. Praha: XYZ, 2009. 352 s. ISBN 978-80-7388-274-7.
11. SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. Vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
12. PORODNICE.CZ, *Historie tšení bolesti* [on line] In *Porodnice.cz*, [cit. 1.11.2013]. C 2002- 2014, dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod/porod-bolest/historie-tiseni-vnimani-bolesti-porodu/historicky-vyvoj-zahranici>
13. PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
14. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

15. PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha, 2012. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
16. PAŘÍZEK, Antonín. Porodnická analgezie. In *Levret.cz* [online]. 2004 [cit. 10. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=144>
17. SIMKIN, Penny. ANCHETA, Ruth. *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2005. 302 s. ISBN 978-1-4051-2217-7.
18. HÖFER, Silvia. *Hebammen gesundheitswissen: für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach*. 5. Aufl. München: Gräfe und Unzer, 2010. 304 s. ISBN 978-3-7742-7463-1.
19. WHO – World Health Organization [online]. 2013 [cit. 2. 11. 2013]. Dostupné z: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/MSM\\_96\\_24\\_en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_en/)
20. ŠTROMEROVÁ, Zuzana a kolektiv. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. vydání první. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
21. STOPPARDOVÁ, Miriam. *Těhotenství od početí k porodu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2007. 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
22. BERANOVÁ, Marie. *Nefarmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu*. Plzeň, 2012. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Dostupnost z: <https://portal.zcu.cz/portal/prohlizeni.html>
23. MOSKOWITZ, Richard. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. Praha: Alternativa, 2008. 299 s. ISBN 978-80-86936-05-5.
24. ROZSYPALOVÁ, Marie; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetřovatelství I: pro 1. Ročník středních zdravotnických škol*. 1. Vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
25. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno, 2008. 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.
26. YATES, Suzanne. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. 1. vyd. Brno 2009. 128 s. ISBN 978-80-251-2475-8.
27. ČEKAL, Miloš, ŠULC, Jan. *Průvodce ženou jiným stavem: početí, těhotenství, porod, šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.

28. KUBROVÁ, Lucie. *Porodní plán, jeho tvorba a testování na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Plzeň*. České Budějovice, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta. Dostupnost z: [theses.cz/id/b5u0su/downloadPraceContent\\_adipldno\\_16811](https://theses.cz/id/b5u0su/downloadPraceContent_adipldno_16811)

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

WHO – World Health Organization

atd. – a tak dále

sv. – svatá

např. – například

resp. – respektive

tzv. - takzvaný

mmHg – milimetr rtuťového

s – sekunda

s. – strana

ZČU – Západočeská univerzita v Plzni

FZS – Fakulta zdravotnických studií