



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Tlumení porodní bolesti nefarmakologickými
metodami**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Iva Kopková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Tlumení porodní bolesti nefarmakologickými metodami*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2021

.....

podpis

Poděkování

Těmito řádky bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Drahomíře Filausové, PhD., za její čas, ochotu, odborné vedení a cenné rady. Vážím si také množství trpělivosti, které věnovala nejen této práci, ale i mně. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za psychickou a finanční podporu, kterou mi v průběhu studia poskytla. Velké díky patří též všem informantkám, které mi poskytly rozhovor.

Tlumení porodní bolesti nefarmakologickými metodami

Abstrakt

Bakalářská práce si klade za úkol zmapovat použití nefarmakologických metod v průběhu porodu a zhodnotit jejich úspěšnost na vizuální analogové škále, dále zjišťuje, jakým způsobem ženy pohlížejí na nefarmakologické metody po porodu. Teoretická část bakalářské práce se zabývá fázemi porodu z pohledu rodící ženy i porodní asistentky, problematikou bolesti, jejím hodnocením a bližší specifikací bolesti porodní. V poslední části charakterizuje nefarmakologické metody tlumící porodní bolest. V praktické části bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Pozorování probíhalo v době porodu žen, kdy byly sledovány projevy prožívání porodní bolesti. Projevy byly hodnoceny před využitím nefarmakologických metod a po něm. Zjištěné informace a hodnoty na VAS byly ihned zaznamenávány do záznamového archu. Podmínkou pro výzkumné šetření bylo nevyužití žádné farmakologické metody v průběhu porodu, z důvodu možného zkreslení výsledků. Rozhovor o 12 otázkách byl nahráván s každou informantkou do tří dnů po jejím porodu. Výzkumné šetření probíhalo v květnu 2021 a ukazuje, které nefarmakologické metody ženám v českobudějovické a v českokrumlovské nemocnici nejvíce pomohly. Bakalářská práce poukazuje na důležitost využití nefarmakologických metod v průběhu porodu, byť svou účinností se nemohou rovnat metodám farmakologickým. Výsledky výzkumného šetření mohou být uveřejněny na odborných konferencích pro porodní asistentky či na předporodních kurzech pro těhotné.

Klíčová slova

porod; nefarmakologické metody; bolest; tlumení; účinnost

Reducing labour pain by using non-pharmacological methods

Abstract

This bachelor thesis monitors non-pharmacological methods during labour, evaluates their efficiency on the visual analogue scale, and finds how women view them after childbirth. The theoretical part describes phases of delivery seen by a woman in labour and a midwife, and the matter of pain and specifically the labour pain. The last section of the theoretical part characterizes the non-pharmacological methods of easing labour pain. The empirical part contains qualitative observational research and a semi-structured interview. During labour, midwives observed women fighting the pain without any help of non-pharmacological methods and then with them. They wrote all findings into a record sheet. To be a part of this research, women in labour must not have used any pharmacological methods. Women, while being recorded, answered twelve questions in the interview no more than three days after their childbirth. The research from May 2021 shows which non-pharmacological methods women in the delivery room in the hospital in České Budějovice and Český Krumlov chose to use to ease their pain. The bachelor thesis refers to the importance of non-pharmacological methods in labour, although they cannot be equal to the efficiency of pharmacological approaches. The midwives and doctors may speak about the conclusion of this thesis at professional conferences or antenatal classes.

Keywords

childbirth; non-pharmacological methods; pain; easing; effectiveness

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Porod a jeho fáze.....	10
1.1.1 I. doba porodní.....	10
1.1.2 II. doba porodní.....	12
1.1.3 III. doba porodní.....	14
1.1.4 IV. doba porodní.....	15
1.2 Bolest.....	16
1.2.1 Hodnocení bolesti.....	17
1.2.2 Porodní bolest.....	18
1.3 Nefarmakologické metody tlumící bolest za porodu.....	19
1.3.1 Předporodní příprava.....	19
1.3.2 Blízká osoba u porodu.....	20
1.3.3 Muzikoterapie.....	21
1.3.4 Aromaterapie.....	22
1.3.5 Hypnóza a hypnoporod.....	22
1.3.6 Hydroanalgezie.....	24
1.3.7 Úlevové polohy.....	25
1.3.8 Masáž.....	26
1.3.9 TENS.....	26
1.3.10 Akupresura a akupunktura.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
2.3 Operacionalizace pojmů.....	29

3 Metodika	30
3.1 Metodika a technika výzkumu	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4 Výsledky	32
4.1 Identifikační údaje o informantkách	32
4.2 Kategorizace výsledků	33
5 Diskuse.....	44
6 Závěr	48
7 Seznam použité literatury	50
8 Přílohy.....	56
Seznam použitých zkratk	68

Úvod

Porod je zásadním okamžikem v životě žen. Jedná se o jeden z nejkrásnějších momentů v jejich životě, avšak i velice náročným. Každá žena může mít mnoho představ o tom, jakým způsobem chtějí, aby jejich porod probíhal. V současné době se čím dál tím více žen zajímá o tzv. přirozený porod, pod kterým si představují nejen co nejmenší zásah lékařů, ale i upřednostnění nefarmakologických metod tlumících porodní bolest před metodami farmakologickými. Tyto metody žádným způsobem nezasahují do přirozeného průběhu porodu a nemají žádný vliv na plod/y. Farmakologické metody ordinují pouze lékaři a nefarmakologické metody mají v kompetenci porodní asistentky, které mohou využít své znalosti, dovednosti a zkušenosti s těmito metodami.

Porodní asistentka je po celou dobu porodu průvodkyní ženy, edukuje a ukazuje správný způsob užití těchto metod.

Bolest je faktorem, který k porodu nezpochybnitelně patří. Jedná se o veličinu, která je příčinou strachu z porodu mnoha žen. Jak bolest v obecném slova smyslu, tak i porodní bolest je úzce spjata s psychikou ženy. To, jakým způsobem žena vnímá bolest, je velice individuálním problémem, založeným na mnoha faktorech. Z tohoto důvodu je třeba při porodu ke každé ženě přistupovat individuálně, protože nevíme, jakým způsobem bude bolest prožívat. Individuálně přistupujeme i k výběru správné nefarmakologické metody, či jejich kombinaci.

V rámci výzkumu této bakalářské práce bychom rády zjistily, jakým způsobem dle pozorování a hodnocení VAS pomáhají ženám nefarmakologické metody při porodu a jaký je jejich retrospektivní pohled na ně. Myslíme si, že retrospektivní pohled žen na nefarmakologické metody může ukázat mnohem více o jejich úspěšnosti než pouhé porovnání bolesti na vizuální analogové škále.

1 Současný stav

1.1 Porod a jeho fáze

Porod lze charakterizovat jako děj, při kterém dochází k vypuzení plodu, placenty a plodových obalů z těla rodící ženy (Slezáková et al., 2017). Jedná se o vypuzení nejen plodu živého, ale i mrtvého. Živý plod projevuje alespoň jednu ze známek života, kterými jsou akce srdeční, pulzace pupečnicku a pohyb, který je vyvolán činností kosterního svalstva (Hájek et al., 2014). U porodu mrtvého plodu, dítě nevykazuje ani jednu ze známek života. Pro stanovení, zda se jedná o porod mrtvého plodu či potrat, je zapotřebí zjistit váhu dítěte. Při váze vyšší než 500 g, mluvíme o porodu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Pokud není možné váhu dítěte zjistit, mluvíme o porodu mrtvého plodu, který dosáhl 22 týdnů gestačního stáří. V okamžiku, kdy není možné zjistit ani délku těhotenství, rozhoduje délka 25 cm měřena od temene hlavy po patu (Slezáková et al., 2017).

1.1.1 I. doba porodní

První dobou porodní začíná porod ženy. Začíná nástupem pravidelných kontrakcí, které mají efekt na otevírání porodních cest a je zakončena úplnou dilatací hrdla děložního (Binder, 2015). Dilatace hrdla děložního probíhá u prvorodiček a vícero-diček rozdílně. U prvorodiček nejprve dojde ke zkrácení od vnitřní branky k brance zevní až do úplného zániku a posléze dochází k otevírání porodnické branky. U vícero-diček dochází současně k otevírání a zkracování hrdla děložního (Procházka, 2020).

První doba porodní lze rozdělit do tří fází, a to do fáze latentní, aktivní a tranzitorní (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Latentní fáze se vyznačuje slabšími a nepravidelnými kontrakcemi, během kterých je děložní branka otevřena na 3 cm (Takács et al., 2015). V době aktivní fáze první doby porodní dochází ke zkrácení intervalu mezi kontrakcemi a děložní branka je otevřena na čtyři až sedm cm. Ve třetí fázi první doby porodní, tedy ve fázi tranzitorní, dochází ke zpomalení progresu, branka je otevřena na osm až deset cm (Hudáková a Kopáčiková, 2017) a interval mezi pravidelnými kontrakcemi se postupně zkracuje a kontrakce přicházejí každé dvě až tři minuty (Gregora a Velemínský, 2017).

Binder (2015) tvrdí, že délka první doby porodní se liší dle parity rodičky, kdy u nulipar

je první doba porodní delší než u multipar. U nulipar trvá v průměru sedm až dvanáct hodin, u multipar čtyři až osm hodin (Binder, 2015).

Péče porodní asistentky je v této době porodní nezastupitelná. Pečuje zejména o oblast somatickou a psychickou (Roztočil 2017). Je důležité, aby porodní asistentka ženu uklidňovala i povzbuzovala, aby odhadla, co zrovna žena potřebuje. Velice nápomocný může být při uklidňování dotyk, kdy se může jednat o tlak rukou v oblasti bederní páteře při kontrakci nebo masáž nohou či zad. Porodní asistentka rodící ženu též edukuje o způsobu dýchání. Žena může dýchat za pomoci pomalých dechů nosem, které mají za úkol dechovou frekvenci zklidnit. Dále může žena vyzkoušet lapání po dechu, které probíhá za pomoci rychlých a mělkých vdechů. Porodní asistentka ženu podporuje, při výběru vhodného dýchání a zároveň může demonstrovat jeho správné provedení (Procházka, 2020).

Porodní asistentka v průběhu celé první doby porodní monitoruje porodní bolest ženy a doporučuje nefarmakologické metody tlumící porodní bolest (Procházka, 2020). Konkrétním nefarmakologickým metodám tlumící porodní bolest jsou věnovány samostatné kapitoly této bakalářské práce v kapitole 1.3.

Rodící žena se v průběhu první doby porodní setkává se situacemi a výkony, které nezná, což může následně ovlivnit její psychické rozpoložení. Z tohoto důvodu je na místě rodící ženu edukovat o všech situacích a výkonech (Takács et al., 2015). S danými informacemi ženu seznámíme jednoduše, stručně a výstižně. Vždy je třeba se ujistit, zda žena veškerým informacím porozuměla a nechat jí prostor pro případné dotazy (Dušová, 2019).

V průběhu péče o rodící ženu porodní asistentka naslouchá přáním a potřebám ženy, radí rodící ženě, případně i jejímu doprovodu. Během první doby porodní věnuje porodní asistentka pozornost děložním kontrakcím a srdečním ozvám plodu (Roztočil, 2017), a to na základě kardiokografického záznamu prováděném každé dvě až tři hodiny (Procházka, 2020). Akce srdeční a děložní kontrakce jsou zaznamenávány za pomoci kardiokografu (dále jen CTG). Před natáčením CTG záznamu sdělíme ženě důležitost tohoto vyšetření, poté ji informujeme, jak toto vyšetření probíhá. Ženě vysvětlíme, že CTG se provádí za pomoci dvou sond, kdy jedna ze sond je umístěna na fundus děložní a snímá kontrakce děložní. Druhá sonda, na kterou je aplikován gel, snímá ozvy plodu, které žena může po zapnutí CTG přístroje slyšet (Dušová, 2019). Porodní asistentka pořizuje CTG záznam každé dvě hodiny, pokud není lékařem ordinováno jinak.

V případě, že nejsou ozvy plodu monitorovány za pomoci kardiokografického přístroje, poslouchá porodní asistentka srdeční frekvenci plodu každých 15 minut. Vše zaznamenává do partogramu neboli porodnické křivky (Procházka, 2020).

Porodní asistentka dále sleduje progresi otevírání děložního hrdla, a to každé dvě až tři hodiny pomocí vnitřního vyšetření (Roztočil, 2017). Před vnitřním vyšetřením je žena uložena do polohy na zádech. Porodní asistentka provádí vnitřní vyšetření za pomoci sterilních rukavic a gelu (Dušová, 2019). Pokud nedojde k samovolnému odtoku vody plodové, provede porodní asistentka na základě ordinace lékaře dirupci vaku blan, sleduje možné krvácení z rodidel ženy, kontroluje tělesnou teplotu vždy po šesti hodinách, v případě subfebrilie každou hodinu. Po dvou až čtyřech hodinách měří tlak a pulz a sleduje vnímání bolesti rodící ženy. Vše zaznamenává do dokumentace (Procházka, 2020).

Péče porodní asistentky v průběhu první doby porodní je zaměřena též na pravidelné vyprazdňování močového měchýře, a to každé čtyři hodiny, zajištění pitného režimu a stravy (Procházka, 2020).

Tlumení porodní bolesti nefarmakologickými metodami v této porodní době je popsáno v kapitole 1.3.

1.1.2 II. doba porodní

Druhá doba porodní plynule navazuje na první dobu porodní. Začíná úplným zánikem děložní branky a je zakončena vybavením plodu (Binder, 2015). Porodní cesty jsou již otevřené a hlava plodu sestupuje směrem k zevním rodidlům ženy (Gregora a Velemínský, 2017). Spolu s děložními kontrakcemi podporuje progresi plodu porodním kanálem zapojení svalstva přední břišní stěny a bránice. Kontrakce může žena pociťovat každé dvě až tři minuty, a trvají 60 až 90 sekund (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Druhá doba porodní obvykle trvá 5 až 20 minut. Takács et al. (2015) tvrdí, že bezpečné trvání druhé doby porodní je předmětem diskusí, ale udává 60 až 120 minut. Avšak Roztočil (2017) tvrdí, že délka druhé doby porodní nesmí přesáhnout 60 minut. Procházka (2020) též tvrdí, že názory na trvání této doby porodí jsou rozličné, maximální možné trvání této doby porodí uvádí tři hodiny.

Průchod plodu porodními cestami ve druhé době porodní je popisován jako porodní

mechanismus (Binder, 2015). Binder dále uvádí, že porod plodu zaujímavější polohu podélnou hlavičkou sestává ze tří částí. Porod hlavy, porod ramen, trupu a hýždí. Vlastní mechanismus porodu má však jen hlava a ramena. Trup a hýždě porodní mechanismus nemají (Binder, 2015).

Nejprve dochází k flexi hlavičky, která se přitahuje směrem k vlastnímu hrudníku. V tuto chvíli se vedoucím bodem hlavy stává malá fontanela, která zůstává vedoucím bodem až do konce druhé doby porodní (Roztočil, 2020). Další fází porodního mechanismu je vnitřní rotace hlavy. Vnitřní rotaci si lze představit jako rotaci hlavy o 90°. V tuto chvíli je obličej plodu otočen směrem k podložce. Vnitřní rotace je ukončena v rovině pánevního východu (Slezáková et al., 2017). Dále dochází k deflexi neboli záklonu hlavy plodu, při které se hlava plodu opře záhlavím o dolní okraj symfýzy. Okolo symfýzy se záhlaví otáčí tak, že směřuje vzhůru ke sponě (Roztočil, 2020). Poslední fází porodního mechanismu hlavy je rotace zevní, v průběhu které se porozená hlava plodu otáčí záhlavím na stranu, kam směřuje jeho hřbet (Procházka, 2020).

Po dokončení zevní rotace hlavy plodu dochází k porodu ramen plodu. Ramena plodu spolu s hrudníkem tvoří největší obvody, které prostupují porodními cestami. Z tohoto důvodu dochází nejprve k porodu ramena předního, které se nachází blíže symfýze, a rodí se po úpon deltového svalu. Následně k porodu ramena zadního. Porod hrudníku a břicha probíhá bez porodního mechanismu (Roztočil, 2017).

Hlavním úkolem porodní asistentky ve druhé době porodní je monitorace stavu matky a plodu. U plodu sleduje jeho ozvy po skončení každé kontrakce. U matky jsou sledovány děložní kontrakce, postup porodu, náplň močového měchýře, fyziologické funkce a celkový stav rodící ženy. Dále je úkolem porodní asistentky příprava rodící ženy k porodu a příprava pomůcek k vedení porodu (Slezáková et al., 2017).

Dušová (2019) uvádí, že rodící ženy ve druhé době porodní mají mnohdy obavy ze špatného tlačení. Z tohoto důvodu porodní asistentka edukuje ženu o možnosti výběru polohy na tlačení. Ženě porodní asistentka doporučí různé polohy, které následně žena vyzkouší a vybere si polohu, ve které se cítí nejvíce komfortně a tlačení má největší efekt. (Dušová, 2019).

Po celou dobu vypuzovací fáze porodní asistentka ženu uklidňuje, podporuje a vysvětluje veškeré kroky, které vykonává (Slezáková et al., 2017). Žena je informována o všech

výkonech, které porodní asistentka provádí. Porodní asistentka si připraví pomůcky potřebné k druhé fázi porodní (Procházka, 2020). Žena je porodní asistentkou edukována o správném tlačení. Nejprve žena provede hluboký nádech, zavře oči a bez výdechu začne intenzivně tláčit. Ve chvíli, kdy ženě dojde dech, pobídne porodní asistentka rodičí ženu k dalšímu nádechu (Dušová, 2019). Ve druhé době porodní však porodní asistentka nemusí ženě vždy říkat, jakým způsobem a kdy má tláčit. Podle WHO (2018) se neřízené tlačení řídí vlastními pocity žen, kdy tlačí pouze ve chvíli své potřeby.

Při prořezávání hlavy chrání porodní asistentka dominantní rukou perineum před jeho poraněním a nedominantní rukou zabraňuje rychlému postupu hlavy ven z porodního kanálu. Po zevní rotaci hlavy porodní asistentka napomáhá porodu předního ramena, posléze za stálého chránění hráze napomáhá porodu zadního ramena (Slezáková et al., 2017). Po porodu uloží porodní asistentka novorozence na břicho matky. Uložení novorozence na břicho matky ihned po skončení druhé fáze porodu pomáhá utvářet vazbu mezi matkou a novorozencem. Tento proces utváření vzájemné vazby je nazýván bonding. Bonding nemusí být pouze procesem mezi matkou a novorozencem, ale i mezi novorozencem a otcem. Pod pojmem bonding si však nelze představit pouze uložení novorozence na břicho matky, ale jako nepřerušovaný kontakt mezi novorozencem a jedním z rodičů. Pro utváření vazby je velice důležité bonding nepřerušovat a osušení novorozence provést na těle matky (Procházka, 2020).

Po dotepání pupečníku je pupečník porodní asistentkou přerušen. Přerušování pupečníku může být též nabídnuto blízké osobě u porodu (Dušová, 2019).

1.1.3 III. doba porodní

Třetí doba porodní je zahájena porodem plodu a je zakončena porodem placenty (Slezáková et al., 2017), přičemž se, spolu s placentou, odloučí i pupečník a plodové obaly (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Třetí doba porodní probíhá ve třech fázích. Jedná se o fázi odlučovací, vypuzovací a fázi homeostatickou. Ve fázi odlučovací dochází k retrakci dělohy, jež probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy placenty.

Poté následuje vlastní porod placenty, tedy její vypuzení. Poslední je homeostatická fáze, která vede k zástavě krvácení za využití hemokoagulačních mechanismů a následná mikrotrombóza uterinních cév (Slezáková et al., 2017).

Doba porodu placenty se pohybuje od 10 do 30 minut (Binder, 2015). Gregora a Velemínský (2017) uvádějí, že délka třetí doby porodní nesmí překročit 60 minut. Stejně tvrdí i Roztočil (2020). Po porodu placenty porodní asistentka kontroluje pohledem celistvost blan, cévy a kotyledony (Roztočil, 2017). Porod placenty je v České republice většinou veden aktivně, což znamená podání oxytocinu nebo methylergometrinu intravenózně rodičce, a to ihned po porodu plodu. Cílem tohoto vedení je zabránit zbytečným krevním ztrátám matky (Slezáková et al., 2017).

Po přestřížení pupečníku odebírá porodní asistentka pupečnickovou krev na vyšetření acidobazické rovnováhy novorozence (Roztočil, 2017) a screeningové vyšetření na syfilis (Hanáková, 2021). V případě Rh negativity ženy či krevní skupiny 0 je odebrána zkumavka na vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru spolu s Coobsovým testem a hladinou bilirubinu novorozence (Hanáková, 2021). Dále pozoruje celkový stav ženy v této době porodní (Čermáková, 2017).

Ve třetí době porodní edukuje porodní asistentka ženu o porodu placenty. Důležité je zmínit, že žena při odlučování placenty může pocítit kontrakce, avšak slabší intenzity než při druhé době porodní. Dále porodní asistentka ženu požádá o zatlačení pro lepší porod placenty (Dušová, 2019).

Porodní asistentka placentu zváží a do dokumentace zapíše její hmotnost (Procházka, 2020).

1.1.4 IV. doba porodní

Dle Takácse et al. (2015) je čtvrtá doba označována za dobu poporodní. Gregora a Velemínský (2017) tuto dobu však označují jako čtvrtou dobu porodní.

Jedná se o interval dvou hodin po porodu, kdy žena zůstává na porodním sále (Gregora a Velemínský, 2017). V této době je dokončována děložní retrakce (Slezáková et al., 2015).

Porodní asistentka zkontroluje porodní poranění ženy a ošetří je. Následně dochází k omytí zevních rodidel ženy. Po ošetření porodního poranění a omytí je žena edukována o době dvou hodin po porodu, v průběhu kterých zůstává na porodním sále. Žena nebude v této době provádět rotační pohyby v oblasti pánve a nebude zdvihat ruce do výšky (Procházka, 2020). V průběhu dvou hodin po porodu dochází ke kontrole krvácení,

sledování vitálních funkcí a prvnímu přiložení novorozence k prsu matky (Roztočil, 2017).

K měření vitálních funkcí dochází dvakrát za 60 minut. (Procházka, 2020). Spolu s fyziologickými funkcemi porodní asistentka kontroluje výšku děložního fundu, který při zavinité děloze dosazuje dva až tři prsty pod pupek, maximálně může dosahovat k pupku. Dále porodní asistentka zjišťuje konzistenci dělohy, která by měla být palpačně tuhé konzistence (Slezáková et al., 2017). Poté porodní asistentka kontroluje krvácení, které posuzuje pohledem na porodnické vložky. Množství krve na porodnických vložkách odpovídá silnějšímu menstruačnímu krvácení. Porodní asistentka by měla měnit porodnické vložky každých 30 až 60 minut, vždy dle potřeby (Procházka, 2020). Po každé kontrole porodní asistentka informuje ženu o výsledcích pravidelné kontroly poporodního krvácení, výšky děložního fundu a hodnotách fyziologických funkcí. Po dvou hodinách po porodu žena dostává tekutiny, případně stravu, a je ve spolupráci s porodní asistentkou vertikalizována a doprovována do sprechy (Dušová, 2019).

1.2 Bolest

Bolest je, v obecném slova smyslu, popisována jako nepříjemná zkušenost sensorického či emocionálního charakteru, která je spojena s akutním nebo potenciálním poškozením tkání (Rokyta et al., 2017). Bolest je možné rozdělit podle délky trvání, podle vyvolávající příčiny a dle místa, odkud bolest vychází (Veverková et al., 2019).

Bolest lze dle délky trvání rozdělit na akutní a chronickou (Veverková et al., 2019). Akutní bolest je obvykle dobře rozpoznatelná a snadno lokalizovatelná, protože je zde známa příčina. Jejím cílem je upozornit na patologický stav odehrávající se v organismu. Vyjma porodní bolesti. (Rokyta, 2017). Akutní bolest lze popsat jako bolest s palčivým charakterem a řadíme k ní bolest traumatickou, porodní bolest a bolest při onemocnění vnitřních orgánů (Hakl, 2015).

Chronická bolest má delší trvání, kterým se odlišuje od bolesti akutní a má významný vliv na psychiku pacienta (Daneš, 2018). O chronickou bolest se jedná ve chvíli, kdy bolest trvá déle než tři až šest měsíců. Tento druh bolesti poznamenává pacienta poruchami spánku, obstipací, poruchou libida a v neposlední řadě ovlivňuje psychickou pohodu pacienta a jeho sociální život (Bartůněk et al., 2016).

Léčba chronické bolesti je komplikovanější než u bolesti akutní, a to zejména proto, že

ne vždy je možné odhalit její příčinu (Rokyta, 2017). U bolesti chronické není cílem pacienta vyléčit, ale zkvalitnit jeho život tak, aby byl schopen nerušeného spánku a snažit se zajistit mu co nejkvalitnější život v oblasti fyzické, psychické a sociální (Hakl, 2015).

Podle vyvolávající příčiny je bolest rozdělena na onkologickou a neonkologickou. Onkologická bolest je způsobena onkologickým onemocněním a cílem léčby tohoto druhu bolesti je kromě zajištění bezbolestného spánku i vymizení bolesti v klidovém stavu a úleva bolesti při pohybu (Veverková et al., 2019).

Bolest dle místa, odkud vychází, rozdělujeme na bolest nociceptivní a neuropatickou (Veverková et al., 2019).

Nociceptivní bolest pochází ze stimulace tzv. nociceptorů, což jsou receptory senzoričtých neuronů. Nociceptory je možné nalézt na kůži, sliznici, ale i na vnitřních orgánech a jsou aktivovány v případě přítomnosti škodlivého podnětu. Nociceptorů je několik druhů a každý je schopen reagovat na jiný škodlivý podnět. (Veverková et al., 2019). Rokyta (2015) zmiňuje tři typy nociceptorů. Jedná se o vysokoprahové mechanoreceptory, které jsou schopné reagovat například na říznutí ostrým předmětem. Druhým typem jsou polymodální nociceptory určené pouze k vnímání bolesti způsobené chladem a teplem. Třetím typem nociceptorů uvádí tzv. vlastní nociceptory, které jsou určeny pouze pro vnímání bolesti. Tyto nociceptory vedou informace z kůže a sliznice přímo do míchy.

Pod neuropatickou bolestí si lze představit primární poškození či dysfunkci nervové soustavy (Daneš, 2018). Do bolesti neuropatického typu nejsou zapojeny žádné druhy nociceptorů a bolest vychází čistě z dysfunkce neuronů (Rokyta, 2015).

1.2.1 Hodnocení bolesti

Bolest lze hodnotit podle několika aspektů na základě její lokalizace, charakteru, intenzity a případné distribuce bolesti do okolí (Mlýnková, 2017).

Pro určení lokalizace pacient odpovídá na otázku „Kde Vás to bolí?“. Odpoví buďto slovně, případně na bolestivé místo ukáže prstem či rukou (Bartůněk et al., 2016). Pro přesnější zhodnocení bolesti lze použít tzv. mapu bolesti M.S. Margola, do které pacient zakreslí jedno či více ohnisek bolesti (Veverková et al., 2019).

Charakter bolesti může mít mnoho podob a vyjadřuje se za pomoci přídavných jmen nebo

lze pacientovi nabídnout tzv. dotazník bolesti McGillovy univerzity (Hlinková et al., 2019). V krátké formě tohoto dotazníku může pacient popsat svoji bolest pomocí přídavných jmen, která jsou mu nabídnuta. Pacient může cítit bolest tepavou, vystřelující, bodavou, ostrou, pálivou, tupou, tíživou, citlivou na dotyk, unavující, protivnou až mučivou a krutou (Veverková et al., 2019).

Mezi další hodnotící aspekt patří intenzita bolesti, která je velice subjektivní a je ovlivněna věkem, psychickým rozpoložením a zkušeností (Mlýnková, 2017). Intenzita bolesti je charakteristická tím, že se může měnit – jiná intenzita bolesti může být za pohybu, jiná zase v klidové poloze (Bartůněk et al., 2016). Informace o intenzitě bolesti můžeme objektivizovat například na vizuální analogové škále, dále jen VAS (Mlýnková, 2017). VAS patří mezi nejčastěji využívané škály v hodnocení bolesti hlavně z důvodu její jednoduchosti (Bartůněk et al., 2016). Tato škála se skládá z numerické škály od 0 do 10 nebo od 0 do 100, kdy 0 značí žádnou bolest, 10 zase bolest nesnesitelnou (Mlýnková, 2017). Podle VAS je možné intenzitu bolesti rozdělit do tří skupin, kdy se od hodnoty nižší než 4 jedná o bolest slabé intenzity, u hodnoty 4 až 6 o bolest střední a bolest silná začíná od intenzity 7 až 10 (Bartůněk et al., 2016).

1.2.2 Porodní bolest

Porodní bolest je zařazována do bolesti akutní, avšak svým účelem se nepodobá žádné jiné akutní bolesti (Roztočil, 2017), neboť jejím účelem není upozornit na patologický stav (Takács et al., 2015).

Původ porodní bolesti vychází z kontrahující dělohy, kdy děložní kontrakce pomáhají sestupu plodu a tlakem na děložní čípek dochází k jeho dilataci (Ernst, 2018). Děložní kontrakce jsou popisovány jako bolesti, které v průběhu porodu zesilují a mezikontrakční období se zkracuje (Ernst, 2018). Tuto bolest rodící žena pociťuje v oblasti podbříšku na začátku první doby porodní. Dále se bolest přesouvá do zbytku břicha (Ben-Joseph, 2018). V první době porodní se jedná o bolest viscerální – bolest vycházející z orgánů dutiny břišní (Takács et al., 2015).

Kromě bolesti v oblasti břicha může žena pociťovat tzv. sakralgie neboli bolest v křížové oblasti (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Ve druhé době porodní rodící žena pociťuje bolest somatickou, kterou způsobuje tlak plodu sestupujícího dolů k poševnímu vchodu a poševní kanál se rozepíná. Žena pociťuje

ostrou bolest, která vychází z tlaku na pánevní dno, pochvu a hráz (Takács et al., 2015).

Porodní asistentka v průběhu porodu zjišťuje a zaznamenává do dokumentace lokalizaci, intenzitu, charakter a časový průběh bolesti (Dušová et al., 2019). Vnímání bolesti je u každé rodící ženy individuální, stejně jako intenzita a charakter bolesti (Ben-Joseph, 2018). Porodní asistentka sleduje porodní bolest i ve třetí době porodní, kdy žena pociťuje kontrakci, díky které je porod placenty usnadněn (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

1.3 Nefarmakologické metody tlumící bolest za porodu

Nefarmakologické metody tlumící porodní bolest jsou nemedikamentózní metody, kdy se pacientce nepodávají léčiva naordinovaná lékařem (Boateng et al., 2019). Tyto metody mají za úkol zmírnit bolest rodící ženy během porodu a nepředstavují pro ženu ani pro plod žádná rizika spojená s jejich využitím (Bašková, 2015). Výhodou těchto metod je jednoduchost použití za minimální náklady (Boateng et al., 2019). Dle Baškové (2015) představují nefarmakologické metody pomoc ve chvíli, kdy intenzita a frekvence porodní bolesti není silná.

Farmakologické metody tlumící bolest se soustředí na bolest jako takovou, zatímco psychologické nefarmakologické metody tlumící bolest se soustředí na složku emoční (Takács et al., 2015).

1.3.1 Předporodní příprava

Těhotenství je pro ženu náročným obdobím. Fyzicky se mění ženské tělo, ale pracuje i psychika těhotné ženy. Mohou se objevit obavy o vyvíjející se plod, obavy z porodu, ale i obavy ze zvládnutí role matky (Roztočil, 2020). Předporodní příprava si tedy klade za cíl zmírnit tyto obavy a připravit ženu jak na porod, tak i na roli matky po porodu. (Dušová et al., 2018). Tato forma přípravy má dlouhou historii, dříve se ženy připravovaly na porod např. konverzací se ženami, které již rodily, a předávaly si informace z generace na generaci (Samková, 2020).

Kurzy současné předporodní přípravy jsou vedeny zkušenými porodními asistentkami, výjimečně i porodníkem, a skládají se z částí teoretické a praktické (Roztočil, 2017). Tyto kurzy probíhají individuálně či skupinově (Samková, 2020) v několika lekcích a mohou probíhat celé těhotenství ženy (Roztočil, 2020). Předporodní příprava je běžnou součástí péče o těhotnou ženu v zemích Evropské unie, není však hrazena z prostředků

zdravotních pojišťoven (Dušová et al., 2019). Je důležité zmínit, že jediným objektem předporodní přípravy není těhotná žena, ale i otec dítěte, proto také bývá na některých lekcích přítomen (Watkins, 2020).

Každá předporodní příprava by měla být vedena individuálně s vhodně zvoleným přístupem k rodičce (Dušová et al. 2019). Obsah teoretické části předporodní přípravy by měl obsahovat popis průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí (Roztočil, 2020).

Praktická část se soustředí na nácvik správného dýchání během porodu, nácvik poloh, které může žena zaujímat v první době porodní, a také na nácvik zapojení břišního lisu ve vypuzovací fázi porodu. (Roztočil, 2017).

V průběhu předporodních kurzů jsou nastávající rodičky edukovány o možnostech porodnické analgezie farmakologické i nefarmakologické (Takács et al., 2015).

Předporodní příprava může v průběhu porodu zmírnit úzkost a porodní bolest. Důvodem je psychická připravenost ženy na porod, kdy její představa, co ji při porodu čeká, může být jasnější než bez předporodní přípravy (Firouzbakht, 2015). Stejně zmiňuje i Takács et al., 2015, která tvrdí, že zvýšení informovanosti žen o možnostech tlumení porodní bolesti zvyšuje jejich důvěru v samu sebe, a tím snižují případný strach a úzkost z porodu.

1.3.2 Blízká osoba u porodu

Pokud si žena na porodní sál nějakou blízkou osobu přivede, může v její blízkosti pociťovat jak pocit bezpečí, tak i oporu psychickou a fyzickou (Bašková, 2015). Zároveň není výjimkou, když žena o žádnou blízkou osobu u porodu nestojí a celým porodním procesem si chce projít sama. Rozhodnutí rodičí ženy musí být vždy zdravotním personálem plně respektováno (Dušová, 2019).

V první době porodní je partner ženy či jiný doprovod u porodu oporou fyzickou, ale zejména psychickou. Z pohledu fyzické podpory může blízká osoba u porodu pomáhat ženě s dýcháním, úlevovými polohami, provádí masáž, případně doprovází rodičku do sprchy (Takács et al., 2015). Po stránce psychické podpory má blízká osoba u porodu nezastupitelnou roli. Žena se díky přítomnosti blízké osoby necítí osamělá, zároveň mohou tyto chvíle prohloubit vztah mezi rodičkou a blízkou osobou (Dušová, 2019).

Emelonye et al. (2016) tvrdí, že přítomnost partnera u porodu a jeho zapojení do porodního procesu významně přispívá k úlevě od bolesti, ke snížení užívání

farmakologických metod tlumící bolest a může zredukovat délku porodu. Partner u porodu je schopen emocionální opory projevující se ve formě chvály, fyzické přítomnosti či uklidnění. Dle Zacharové (2017) jsou ženy, které prožívají negativní pocity, více náchylné k bolesti.

Objektem péče porodní asistentky je při porodu beze sporu rodící žena, ale je však třeba věnovat pozornost i doprovázející osobě, které může vysvětlit ošetřovatelské intervence, přiblížit, co rodící žena v danou chvíli prožívá, a informovat o průběhu celého porodu (Dušová, 2019).

1.3.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli léčení hudbou je označení pro využití hudby a zvuku ke zlepšení a udržení duševního zdraví rodící ženy (Pugnerová, 2019). U porodu má muzikoterapie za cíl zmírnit porodní bolesti (Roztočil, 2017).

Muzikoterapie má dlouhou historii. Její kořeny zasahují do dávné minulosti, kdy například ve Starém zákoně David používal muzikoterapii k léčbě krále Saula. Muzikoterapie však zasáhla i Egypt, a to tři tisíce let před naším letopočtem, dále také např. Řecko, kdy se terapií hudbou zabýval např. Platón, Pythagoras a Aristotelés (Pugnerová, 2019). Asklépios je znám tím, že přisuzoval hudbě léčivou sílu, která má vliv na úzkost a stres (Hepp et al., 2018).

V současnosti má dle Gerlichové (2020) muzikoterapie význam v každém medicínském oboru, nejčastější uplatnění však nalézá v rehabilitaci, neurologii, psychiatrii, interním lékařství, v pediatrii a geriatrii.

Hudbou jsou stimulovány různé části mozku, které zodpovídají za fyziologické procesy v organismu. Muzikoterapie je tedy schopna způsobit ženě fyzické i psychické uvolnění, díky kterému je její dech pomalejší a srdeční tep pravidelný (Roztočil, 2017).

Dle Smitha et al. (2018) je zřejmé, že v latentní fázi porodu, u žen využívajících muzikoterapii, byla intenzita bolesti nižší. V průběhu aktivní fáze porodu muzikoterapie vliv na porodní bolest již neměla.

Výhodou muzikoterapie je skutečnost, že nemůže žádným způsobem uškodit ženě ani plodu při porodu. Její nevýhodou je ale nízký analgetický účinek, proto je muzikoterapie vhodná spíše jako metoda doplňková (Roztočil, 2017). Nejlepší volbou hudby je

dle Roztočila (2017) hudba meditační nebo vážná. Za nevhodný žánr hudby Roztočil (2017) pokládá například rock, heavy metal nebo disco. Vždy však platí, že hudbu by si měla vybrat žena sama dle svých preferencí (Čermáková, 2017).

1.3.4 Aromaterapie

Aromaterapie je metodou, která využívá účinků vysoce koncentrovaných esenciálních olejů pocházejících z rostlin (Bašková, 2015). Úkolem aromaterapie je navodit příjemný pocit a pomoci tak regeneraci organismu (Stadelmann, 2017).

Aromaterapie není novinkou. První zdravotní sestrou, která využila účinků aromaterapie v ošetrovatelství, byla Florence Nightingale, která aplikovala esenciální oleje z levandule na čela raněných vojáků v době Krymské války (1853–1856). Za průkopnici aromaterapie je však považována Marguerite Maury žijící na přelomu 19. a 20. století (Gnata, 2016).

Aromaterapii lze využít v mnoha podobách. Může být aplikována například formou inhalace, masáže, koupele nebo obkladů (Bašková, 2015).

Aplikace aromaterapie za pomoci inhalace esenciálního oleje je jednou z nejúčinnějších variant podání, protože přes dýchací systém se do krevního a lymfatického systému dostane až 95 % účinných látek (Zrubecká, 2018).

Při použití masážních olejů musí být vždy esenciální oleje smíchány s rostlinným olejem či emulgátorem, aby byl umožněn prostup esenciálních olejů přes pokožku rodící ženy (Stadelmann, 2017). Procento vstřebatelnosti do krevního oběhu je tímto způsobem podání od 5 do 25 % (Zrubecká, 2018).

Další formou aromaterapie je koupel, kdy žena éterické oleje vnímá celým tělem. Pro využití koupele je též nutné smíchat esenciální olej spolu s nosným olejem. Z rostlinných olejů se používá nejčastěji olej slunečnicový, olivový, sezamový nebo mandlový (Pařízek, 2015). Během porodu je vhodné využít kombinaci jasmínu, šalvěje muškátové a ylang-ylang smíchaný se sezamovým, slunečnicovým či jojobovým olejem. Tato kombinace bylin je vhodná i pro porodní masáž, kdy je žena v oblasti kříže masírována partnerem nebo porodní asistentkou v rytmu jejího dechu ve směru k pánevnímu východu (Stadelmann, 2017).

1.3.5 Hypnóza a hypnoporod

U této kapitoly je velice důležité specifikovat pojem hypnóza a hypnoporod. Byť se může na první pohled zdát, že se jedná o pojmy stejné, není tomu tak.

Pojem hypnóza byl poprvé použit v roce 1840 skotským lékařem Jamesem Braidem, který jej odvodil od řeckého slova hypnos (spánek). O více než sto let později, v padesátých letech 20. století, se v odborných lékařských časopisech začaly publikovat kazuistiky, ve kterých bylo popsáno, že je možné hypnózu využít místo anestezie k několika chirurgickým výkonům, dokonce i k císařským řezům (Dekker, 2018).

Hypnóza je pokládána za stav, který je podobný transu (Block, 2020.) Jedná se o krátkodobý stav pozměněné pozornosti. Tuto změnu vyvolává u hypnotizované osoby osoba cizí, kdy je u hypnotizované osoby možno pozorovat změny stavu vědomí, paměti či zvýšenou schopnost sugesce (Dostálová, 2016).

Hypnoporod je soubor naučených technik hlubokého dýchání, relaxace, afirmace a vizualizace (Healy a Cloudas, 2020).

Za zakladatelku hypnoporodu, je považována Marie Mongan (Ford, 2018). Samotná Mongan o své metodě říká, že za pomoci hypnoporodu je žena schopna uvést vlastní tělo do stavu hluboké relaxace, díky které mohou svaly pracovat přesně tak, jak mají (Healy a Cloudas, 2020).

Cílem hypnoporodu je zmírnit úzkost, strach a porodní bolest. Toho lze docílit za pomoci naučených technik klidného dýchání, hlubokou relaxací, vizualizacemi a afirmacemi (Steel et al., 2020). Samková (2020) zdůrazňuje, že se však nejedná o stav hypnózy jako takové, ale o techniku zvládnutí porodu tak, aby ženu posílil.

Madden et al. (2016) mají však názor jiný, podle nich neexistuje dostatečný počet důkazů o tom, že hypnóza při porodu je schopna snížit úzkost a vnímání porodních bolestí. Nízký počet důkazů o prospěšnosti hypnoporodu při porodu zdůvodňují nedostatečným množstvím výzkumů (Madden et al., 2016).

Techniky hlubokého dýchání a vizualizace si žena nacvičuje ještě před vlastním porodem (Novak, 2020) a měla by je vykonávat po absolvování kurzu (Sadaty, 2019). Kurzy s metodou Marie Mongan jsou nabízeny v celkem 45 zemích světa (Moyer, 2020).

Dle Dekker (2018) hypnóza jako taková není schopna bolest utlumit, ale je schopna změnit její vnímání. Kromě snížení úzkosti a porodní bolesti má hypnoporod mnohem

více výhod. Jednou z nich může být například fakt, že využití hypnózy při porodu negativně neovlivňuje matku ani plod (Healy a Cloudas, 2020). Další výhodou představuje, podle Forda (2018) menší pravděpodobnost provedení císařského řezu a mnohem menší výskyt poporodních depresí u matky v období šestinedělí.

1.3.6 Hydroanalgezie

Do hydroanalgezie neboli působení vody na porodní bolesti je možné zařadit relaxační koupele, porod do vody a intradermální obstríky sterilní vodou (Pařízek, 2015).

Ponoření do vody patří mezi jednoduché nefarmakologické metody, které mohou být spojeny s kratším průběhem první doby porodní a snížením užití spinální či epidurální analgezie (Wax a Ecker, 2016). Teplá voda při koupeli působí na bolestivé partie stejně jako teplá sprcha, během které si žena nahřívá oblast zad a podbřišku (Dušová et al., 2019). Hydroanalgezie během první doby porodní má pozitivní vliv na cévní a svalový systém rodičky, kdy snižuje odpor dolního děložního segmentu a porodního kanálu, zároveň může zvýšit práh bolestivosti a snížit psychickou tenzi rodičky (Roztočil, 2017).

Pozitivem teplé vody je zejména její spasmolytický účinek na kosterní svalstvo a na myometrium (Roztočil, 2017).

Porod do vody je zařazován do alternativního způsobu porodu, kdy druhá doba porodní probíhá pod hladinou vody (Bašková, 2015). Jedná se o stále kontroverzní téma, a to i z důvodu možných komplikací, které jsou sice vzácné, ale možné (Danyi, 2016). Komplikací pro rodičku může být přehřátí při teplotě vyšší než 38 °C, může dojít k poklesu krevního tlaku s následným snížením perfuze fetoplacentární jednotky v důsledku vazodilatace a přenos nozokomiální infekce při nedodržení hygienických norem (Roztočil, 2017). Rizikem pro plod může být například aspirace, podchlazení nebo přenos infekce (Danyi, 2016). Dle Roztočila (2017) je člověk tvorem suchozemským, tudíž lze předpokládat, že i v minulosti ženy rodily na souši, ne ve vodě.

Pro porod do vody je nutné splnění určitých podmínek, a to zejména materiální vybavení dané porodnice a proškolený zdravotnický personál, porodní vana nebo bazén, které musí splňovat hygienické podmínky vypsane v provozním řádu daného oddělení. Rodička si musí být vědoma veškerých komplikací, které mohou při porodu do vody nastat, a podepíše souhlas s tímto typem porodu. Gravidita rodičky musí být fyziologická a termínová, plod zaujímá polohu podélnou hlavičkou a při porodu musí být na porodním

boxu přítomny alespoň dvě zdravotnické osoby, které jsou schopny, v případě komplikací, zajistit transport rodičky z porodní vany (Bašková, 2015).

Intradermální obstríky sterilní vodou jsou též označovány za alternativní metodu, kdy je do oblasti beder a kostrče intradermálně aplikováno malé množství sterilní vody, zhruba 0,1 ml. Účinnost této metody je však nízká (Danyi, 2016).

1.3.7 Úlevové polohy

Úlevové polohy během první doby porodní si žena vybírá dle svého uvážení a také podle toho, v jaké poloze se cítí nejvíce komfortně (Čermáková, 2017). Neexistuje tedy žádná nejlepší poloha pro porod a většina žen v průběhu porodu vystřídá poloh několik (Miles, 2019). Úlevové polohy mohou ženě pomoci při zvládnání porodní bolesti, ale mohou také dopomoci k lepší děložní činnosti a napomáhají k hladšímu sestupu plodu do porodních cest (Čermáková, 2017).

Miles (2019) tvrdí, že ženy, které v první době porodní chodí, nebo jsou ve vzpřímené poloze, mají nižší pravděpodobnost císařského řezu. Pokud je změna polohy prováděna každých 30 až 60 minut, dochází k uvolnění svalového napětí a snižuje se tlak na jednu část těla (Bašková, 2015).

Polohy je možno rozdělit na vertikální, kam zařazujeme dřep a klek, a polohy horizontální, mezi které patří poloha vleže na boku nebo poloha na zádech (Čermáková, 2017). Poloha ve stoje je pro rodící ženu na začátku první doby porodní mnohem lépe snesitelná než ke konci této porodní doby (Bašková, 2015).

Pokud žena zvolí v první době porodní polohu na boku, je ideální, aby zvolila bok, kde jsou uložena záda plodu (Dušová et al., 2019). Během druhé doby porodní může využít polohu v polosedě, v kleče, ve dřepu či na boku a stejně jako v první době porodní by si měla žena vybrat polohu, ve které se cítí nejlépe a ve které je schopna nejlépe zapojit břišní lis (Miles, 2019).

Polohy pro druhou dobu porodní mohou být též horizontální a vertikální. Při porodu v poloze vertikální, kterými jsou například stoj, klek a sed, dochází k využití gravitace a nedochází při nich k syndromu dolní duté žíly (Dekker, 2018). Syndromu dolní duté žíly rozumíme jako stavu, kdy těhotná děloha při lehu ženy utlačuje dolní dutou žílu a následkem tohoto útlaku dochází k hypotenzi ženy (Šeblová a Knor, 2018). Z tohoto

důvodu dochází při polohách vertikálních k lepšímu zásobení plodu kyslíkem (Dekker, 2018).

Při polohách horizontálních nepomáhá gravitace, žena si v nich však může, v mezikontrakčním období, odpočinout lépe než v polohách vertikálních (Macdonald, 2019).

Neexistuje jediná poloha tlumící spolehlivě porodní bolest u všech žen. Výběr polohy je individuální záležitostí a každé ženě může vyhovovat poloha jiná (Mazel, 2020).

1.3.8 Masáž

Masáž je nefarmakologickou metodou, kterou znali již obyvatelé starověkého Egypta. Během první doby porodní žena klečela nebo seděla na vyhřátých kamenech a porodní bába jí prováděla masáž (Hudáková, 2017).

Masáž při porodu může pomoci při redukci bolestivých pocitů v křížové oblasti a podbřišku, zároveň je schopna podpořit intenzitu děložní činnosti (Bašková, 2015). Dle Čermákové (2017) je velice vhodné masáž provádět za pomoci esenciálních olejů. Stadelmann (2017) doporučuje například masážní uvolňující olej obsahující fenykl, heřmánek římský, levanduli, dřevo a plody březule, mandarinku, esenciální olej neroli, růžové dřevo v kombinaci s olejem mandarinkovým, mandlovým nebo slunečnicovým. Masážní olej si může žena přinést vlastní z domova, nebo jí může být nabídnut porodnicí.

Masáž si žena může provádět sama, v tomto případě se jedná o tzv. efleráž, při které si žena jemnými pohyby masíruje břicho a veškeré pohyby provádí intuitivně (Čermáková, 2017). Tento druh masážní techniky je prováděn za pomoci krouživého pohybu prsty, jednou rukou či oběma, a to do tvaru číslice osm nebo nula.

V průběhu porodu lze použít i masáž bederní oblasti, která může při bolestech v bederní oblasti velice pomoci (Erdogan et al., 2017). Tuto masáž může provádět jak porodní asistentka, tak i blízká osoba u porodu (Dušová, 2019). Masáž v bederní oblasti je prováděna dlaněmi jemnými tahy směrem od páteře k bokům. Je však možné provádět tuto masáž i tlakem dlaní (Bašková, 2015).

1.3.9 TENS

TENS neboli transkutánní nervová elektrická stimulace je jednoduchá neinvazivní

metoda pomáhající při úlevě od bolesti (Rokyta, 2015). TENS lze zařadit k nízkofrekvenční elektroléčbě a je možné ji použít při bolesti nejen akutního, ale i subakutního a chronického charakteru (Navrátil, 2019).

V první době porodní jsou elektrody TENS přikládány do oblasti od desátého hrudního obratle až po první bederní obratel. Ve druhé době porodní se elektrody přesouvají níže, a to od druhého do čtvrtého křížového obratle (Roztočil, 2019). TENS je nefarmakologickou metodou, která nemá žádné negativní účinky na matku ani na plod (Pan et al., 2016) a dokáže bolest v první fázi porodu významně utlumit, lokalizaci a distribuci však nemění (Santana et al., 2016). Dle Roztočila (2017) patří TENS mezi jednu z nejúčinnějších nefarmakologických metod tlumící bolest při porodu.

O mechanismech účinku TENS se spekuluje, ale mezi hlavní hypotézy patří například ta, že zvyšuje průtok krve v ošetřovaných oblastech (Dekker, 2018). Mezi další diskutované mechanismy účinku této metody patří účinky na senzitivní nervy, aktivace endogenního opioidního systému a stimulace a uvolňování enkefalinů a endorfinů (Rokyta, 2015).

TENS má široké uplatnění nejen v porodnictví, ale například i v interním, chirurgickém a ortopedickém lékařství (Navrátil, 2019). O TENS se zmiňuje Dekker (2018) a uvádí, že TENS v USA začala pomáhat s porodními bolestmi zhruba v 70. letech 20. století, ale její popularita stoupla až v letech devadesátých. Zároveň zdůrazňuje, že způsob využití se v různých zemích liší (Dekker, 2018).

1.3.10 Akupresura a akupunktura

Akupunktura se používá v asijských zemích více než 2000 let a je hlavní součástí čínské medicíny, kde je cílem rovnováha energie v lidském těle (Dekker, 2018). Konkrétně vychází z teorie sil jing a jang. Obě síly musí být ve vzájemné rovnováze (Rokyta et al., 2017).

Principem akupunktury je zavedení velmi tenkých jehel do kůže člověka, a to v konkrétních bodech a do určité hloubky (Brazier, 2017). Pomocí akupunktury jsou léčeny potíže, jakými jsou alergie, bolest, nevolnost, dýchací potíže, návaly horka, výkyvy nálad a mnoho dalších (Van Hal et al., 2020).

Akupunktura patří mezi nefarmakologické metody tlumící bolest a Smith et al. (2020) tvrdí, že tato metoda může ženám pomoci se zvládnutím porodní bolesti, avšak snížení

bolesti není veliké.

Principem akupresury je vyvíjení tlaku na určitý bod zejména prsty, lokty, palci nebo jinými nástroji (Dekker, 2018). Stejně jako akupunktura vychází akupresura z tradiční čínské medicíny (Rodriguez, 2016). Dle Mildta (2017) proudí naším tělem energie, která je rozvětvena do určitého systému drah a tlakem na určitý bod je tato dráha schopna přenést informaci do celého těla (Mildt, 2017).

Mezi akupresurní bod, který je možný v průběhu první doby porodní stimulovat, je bod LI 4. Nachází se mezi palcem a ukazovákem a může pomoci k podpoře děložní činnosti a úlevě od bolesti (Quine, 2018), Dekker (2018) však zdůrazňuje, že stimulace tohoto bodu před ukončeným 36. týdnem může zapříčinit předčasnou děložní činnost.

Dalším bodem je SP 6, bod, který lze najít v oblasti vnitřního kotníku a jehož stimulací je možné podpořit dilataci čípku a děložní činnost (Quine, 2018).

Jedna z teorií zastává stanovisko, že se akupunkturní a akupresurní body nacházejí v blízkosti drah nervového systému a jejich stimulací je ovlivněna bolest. Jakým způsobem konkrétně však využití metod akupresury a akupunktury ovlivňuje bolest, není zcela jasné. Další teorií je, že při akupunktuře a akupresuře dochází k uvolňování endorfinů, které následně bolest snižují (Dekker, 2018).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat využití nefarmakologických metod k úlevě od bolesti při porodu a zhodnotit jejich účinnost u žen pomocí VAS.

Cíl 2: Zmapovat, jak na použité nefarmakologické metody ženy pohlížejí po porodu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké nefarmakologické metody pomáhají ženám k tlumení porodních bolestí?

Výzkumná otázka 2: Jak na použité nefarmakologické metody ženy pohlížejí po porodu?

2.3 Operacionalizace pojmů

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodu, placenty a plodových obalů z těla rodící ženy (Slezáková a kolektiv, 2015).

Bolest je nepříjemná zkušenost senzorickeho či emocionálního charakteru, která je spojena s akutním nebo potenciálním poškozením tkání (Rokyta et al., 2017).

Nefarmakologické metody jsou nemedikamentózní metody, kdy se pacientce nepodávají léčiva naordinovaná lékařem (Boateng et al., 2019). Tyto metody mají za úkol zmírnit bolest rodící ženy během porodu a nepředstavují pro ženu ani pro plod/y žádná rizika spojená s jejich využitím (Bašková, 2015).

Za pomoci VAS neboli vizuální analogové škále je možné bolest objektivizovat (Mlýnková, 2017). Tato škála se skládá z numerické škály od 0 do 10 nebo od 0 do 100, kdy 0 značí žádnou bolest, 10/100 bolest nesnesitelnou (Mlýnková, 2017).

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro výzkumnou část této bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami.

Pozorování probíhalo v době vlastního porodu informantek, a to vždy od okamžiku jejich přítomnosti na porodním sále. Celé pozorování bylo zaznamenáváno do předem připraveného záznamového archu. Pozorování spočívalo ve zjišťování hodnot bolesti na vizuální analogové škále před využitím nefarmakologických metod a po něm. V průběhu pozorování byly informantky několikrát dotazované na hodnotu bolesti na VAS. Verbalizované hodnoty byly zaznamenávány do záznamového archu. Dále byly sledovány a zaznamenávány projevy prožívání porodní bolesti informantek a lokalizace porodní bolesti před a po použití nefarmakologických metod.

Polostrukturovaného rozhovoru bylo využito z důvodu zjištění informací více do hloubky než u kvantitativního výzkumného šetření. (Hendl, 2016). Rozhovory byly prováděné u žen, u kterých proběhlo pozorování v průběhu porodu a až do třetího dne od porodu, tedy před propuštěním ze stanice šestinedělí. Rozhovor tvořilo celkem 12 otázek sestávajících z identifikačních otázek a otázek týkajících se porodní bolesti, vnímání porodu ženou, přípravy na porod a otázek týkajících se nefarmakologických metod.

Informantky byly individuálně osloveny a před rozhovorem seznámeny s tématem bakalářské práce, charakterem výzkumných otázek a o tom, že hodnoty naměřené na vizuální analogové škále a projevy prožívání porodních bolestí informantkami budou využity ve výzkumné části této bakalářské práce. Stejně tak byly informované o ochraně osobních údajů při zpracovávání rozhovorů (GDPR). Každá informantka verbalizovala souhlas s rozhovorem a s pořízením audiozáznamu na mobilní telefon. Při zpracování rozhovorů byly veškeré audiozáznamy pečlivě přepsány do psané podoby. V souvislosti s udržení anonymity žen jsou u jednotlivých informantek využity zkratky I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10. Analýza získaných dat probíhala metodou tužka–papír.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byly ženy v průběhu porodu a po porodu a tvořilo je celkem 10 informantek. Nejmladší z informantek bylo 22 let, nejstarším z nich bylo 34 let.

Průměrný věk výzkumného souboru byl 28,8 let. Kritériem pro sběr dat pro toto výzkumného šetření bylo nepoužití žádné farmakologické metody v průběhu porodu a souhlas žen s rozhovorem. Sedm z informantek rodilo poprvé, dvě podruhé, jedna informantka rodila potřetí.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje o informantkách

Tabulka 1 Identifikační údaje o informantkách

Informantka	Věk	Parita	Nejvyšší dosažené vzdělání
I1	29 let	nulipara	vysokoškolské
I2	22 let	nulipara	středoškolské bez maturity
I3	27 let	nulipara	vysokoškolské
I4	30 let	nulipara	vysokoškolské
I5	34 let	nulipara	vysokoškolské
I6	29 let	tercipara	středoškolské bez maturity
I7	32 let	nulipara	vysokoškolské
I8	27 let	primipara	vysokoškolské
I9	34 let	primipara	středoškolské s maturitou
I10	24 let	nulipara	vysokoškolské

Zdroj: vlastní

V tab. 1 vidíme, že informantce 1 je 29 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 2 je 22 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

Informantce 3 je 27 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 4 je 30 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 5 je 34 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 6 je 29 let. Rodila po čtvrté. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

Informantce 7 je 32 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 8 je 27 let. Rodila podruhé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Informantce 9 je 34 let. Rodila podruhé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Informantce 10 je 24 let. Rodila poprvé. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

4.2 Kategorizace výsledků

Na základě vyhodnocení získaných dat z výzkumného šetření byly vytvořeny tři kategorie, které jsou rozdělené na devět podkategorií – viz Tabulka 2. Výsledky výzkumu uvedené v každé kategorii a podkategorii jsou připojeny o přímé citace z rozhovorů s informantkami.

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Porodní bolest	Vnímání ženami
	Význam porodní bolesti u žen
	Pomoc porodní asistentky při porodu žen
Účinné nefarmakologické metody	Polohování
	Hydroanalgezie
	Masáž
	Aromaterapie
Neúčinné nefarmakologické metody	Muzikoterapie
	Blízká osoba u porodu

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Porodní bolest

Kategorie porodní bolest zahrnuje tři podkategorie. Tyto podkategorie jsou zaměřeny na to, jakým způsobem informantky v průběhu porodu vnímaly porodní bolest a jaký má

u žen význam. Poslední podkategorie je zaměřena na to, jakým způsobem pomáhají porodní asistentky ženám s porodní bolestí.

Podkategorie 1 Vnímání porodní bolesti ženami v průběhu porodu

V této podkategorii je popsáno, jakým způsobem informantky v průběhu svého porodu vnímaly porodní bolest.

Porodní bolest může být každou ženou vnímána jinak. Informantky I1, I5 se shodly na tom, že intenzita porodní bolesti pro ně byla překvapující. I1 uvedla, že porodní bolest ji velice *vykolejila a vystrašila*, i přesto že o sobě tvrdí, že vždy prožívala bolest dobře. I5 nepřekvapila pouze intenzita bolesti, ale i stav těla, v průběhu kterého nebyla schopna své tělo ovládat. Tvrdí, že byť slyšela vše, co ji porodní asistentky sdělily, a věděla, že by se měla držet jejich instrukcí, její tělo jí to nedovolilo. I5 říká: *Bylo to, jako bych byla připoutaná na nějakém elektrickém křesle*. I3, I4, I10 uvádějí, že porodní bolest pro ně byla velice náročná, avšak byly schopné ji vnímat v pozitivním světle, kdy myslely na to, že jen díky ní jsou schopné přivést na svět potomka. I10 uvedla, že porodní bolest není možno připodobnit k žádné jiné bolesti, a to zejména svojí intenzitou. I2 tvrdila, že porodní bolest zvládala bez problémů pouze do chvíle, kdy na vedlejší porodní boxe slyšela křik jiné rodičky. Tento křik u I2 vyvolal velký strach, že její porodní bolest bude mnohem intenzivnější a nebude schopna ji zvládnout. Od této chvíle I2 stále myslela na křik této ženy. I1 si myslí, že pokud by byla obeznámena s přesným časovým trváním porodní bolesti, mohla by vnímat porodní bolest jiným způsobem. Ale je si vědoma toho, že tento údaj jí není schopen sdělit nikdo. Pro I9 byla porodní bolest též náročná, avšak ve vnímání porodní bolesti ji pomohla vidina toho, že porodní bolest má svůj konec. I9 říká, že v průběhu kontrakcí žádnou další nechtěla, ale věděla že ji musí vydržet. Vidina konce jí v tomto pomohla. I9 říká: *I kdybych nechtěla sebevíc, tělo si to korigovalo sama, na to jsem byla malý pán*.

Podkategorie 2 Význam porodní bolesti u žen

Podkategorie význam porodní bolesti u žen popisuje různé významy, které ženy přikládají porodní bolesti.

Pro I3, I7, I8, I9, I10 porodní bolest představovala jediný způsob, jakým přivést na svět dítě. Pro I3 představovala porodní bolest nezbytnou cestu za jejím dítětem, kdy bez ní by toho nebyla schopna. I7 pomáhala představa toho, že význam porodní bolesti není

negativní. Myslela zároveň i na to, že není jediná, pro koho je porod náročný. Myslela na své neporozené dítě, kterému chtěla svým jednáním v průběhu porodu pomoci, jak nejlépe dokáže. Představa positivity ve vztahu porodní bolesti však I7 již na konci porodu nepomáhala. Dle jejich slov: *Pak už mi bylo všechno jedno*. I8 pomohlo ve vnímání porodní bolesti zkušenost z předchozího porodu, kdy věděla, jakým způsobem se bude cítit, až poprvé bude mít své dítě v náručí. Věděla, že porodní bolest předchází něčemu krásnému. I8 zároveň říká, že při prvním porodu si pocit štěstí nedokázala představit, kdy brala bolest spíše jako svého nepřítele. U tohoto porodu tomu tak již nebylo a byla schopna porodní bolest vnímat v pozitivním světle. I8 vyzdvihuje, že v životě ženy není silnějšího okamžiku než porodit vlastní dítě. Avšak ne každá žena je schopna porodní bolest vnímat v pozitivním světle jako I2, pro kterou porodní bolest představuje utrpení a den po vaginálním porodu říká, že jej nechce už nikdy zažít. Velkou překážkou pro ni byla neustále se zvyšující intenzita porodní bolesti, délka celého porodu a nevědomost konce. Pro I10 představovala porodní bolest též náročnou situaci, avšak celý porod a porodní bolest vnímá jako další životní výzvu, kterou chtěla překonat, a zároveň jako životní zkušenost. Zároveň pro ni porod a porodní bolest s ní spojena představovalo další posun v jejím životě po kterém již tak dlouho toužila. I7 nepřikládá porodní bolesti žádný speciální nebo jiný význam, brala ji jen jako součást porodu. V tuto chvíli tvrdí, že ji není schopna brát v pozitivním světle a potřebuje nějaký čas na její vstřebání.

Podkategorie 3 Pomoc porodní asistentky při porodu žen

V této podkapitole je popsáno, jakým způsobem ženy při porodu vnímají roli porodní asistentky.

I1, I7 a I10 vnímaly porodní asistentku v průběhu porodu jako osobu, která je schopna pomoci a vysvětlí vše, co se při porodu děje. Co ale oceňují, je komunikace porodních asistentek při porodu. I1 oceňuje zejména srozumitelné vysvětlení dění okolo porodu. Vnímá porodní asistentku jako osobu, která je v průběhu porodu ženě schopna pomoci a vysvětlí jí vše, co je v danou chvíli potřeba. I7 též oceňuje komunikaci porodní asistentky, se kterou se při porodu setkala, a byla za to velice vděčná. Zároveň tvrdí, že pro ni porodní asistentka v průběhu porodu vyvolávala pocit bezpečí. I7 tvrdí: *Byla jsem moc ráda, že jste tam byly pak už pořád, protože jsem se už pak necítila bezpečně*. I10 u porodní asistentky ocenila způsob komunikace. Ten byl dle jejich slov milý, klidný a bez křiku. I2, I3, I8 vidí porodní asistentku jako osobu, která je schopna v průběhu

porodu ženu psychicky podpořit. I2 o porodní asistentce při porodu říká: *Bylo to skvělé, že tam byla. Říkala mi, že to zvládnou. Bylo super vidět, že mi někdo věří, když já sama jsem si už moc nevěřila.* I2 zároveň oceňuje roli porodní asistentky z hlediska podaných informací, kdy si v mnoha situacích nebyla jista a nevěděla co dělat. Při porodu jí tedy pomohlo, když jí porodní asistentka říkala, co má, případně nemá dělat. I3 vnímá porodní asistentku jako osobu, jejíž role je naprosto nezastupitelná. Díky porodní asistentce při porodu měla I3 i v těžkých chvílích pocit, že je schopna porod zvládnout. Zároveň jí pomohl fakt, že jí někdo věří, byť ona sama sobě nevěřila. I8 byla s péčí porodní asistentky též spokojená a tvrdí: *Podporovala mě hlavně tím, co říkala, Říkala mi, že to zvládnou a že mi to jde dobře.* I4 a I8 vnímají porodní asistentku jako osobu, která v průběhu porodu ví, co má dělat. I8 oceňuje množství znalostí, které porodní asistentka měla, kdy byla schopna ženě odpovědět na jakoukoliv otázku, na kterou se I8 zeptala. I6 v průběhu rozhovoru porovnává přístup porodních asistentek v porodnici, ve které rodila v současnosti, a porodnici, kde rodila v minulosti. Porodní asistentky při současném porodu hodnotí kladně a říká: *Byla s vámi sranda, dalo se s vámi popovídat. Fakt jsem se díky tomu cítila mnohem líp. Měla jsem z vás pocit, že vás to baví. V předchozí porodnici mi přišlo, že mi nevěnovali více než je třeba.* Pro I9 a I10 byla porodní asistentka v průběhu porodu důležitá ve vztahu k nefarmakologickým metodám tlumících porodní bolest. I9 ocenila zejména masáž zad, kterou porodní asistentka při porodu namasírovala. I10 pomohla porodní asistentka s aromaterapií a polohováním. I10 o porodní asistentce u porodu říká: *Porodní asistentka mi ukázala, jak mám správně stát, jak mám být správně v jaké poloze, zároveň jsem ji požádala o aromaterapii a nebyl s tím vůbec žádný problém. Naopak jsem měla pocit, že byla ráda, že mi ji mohla připravit.*

Kategorie 2 Účinné nefarmakologické metody

Tato kategorie popisuje, jaké nefarmakologické metody pomohly informantkám s porodní bolestí nejvíce. V této kategorii je popsáno polohování, hydroanalgezie a masáž. V jakých porodních fázích tyto nefarmakologické metody ženám pomáhaly, je uvedeno v přílohách.

Podkategorie 1 Polohování

Tato podkategorie popisuje pozitivní zkušenosti informantek s polohováním.

Nefarmakologické metody je možné kombinovat. O kombinaci nefarmakologických metod mluví I3 a I7. I3 v rozhovoru porovnávala polohování spolu s hydroanalgezií, kdy retrospektivně vzpomíná lépe na polohování než hydroanalgezii. O těchto metodách tvrdila: *Nejvíce mi pomohlo asi pohupování v pánvi. Super byl ale i dřep a klek. Sprcha, ta byla taky fajn, ale na střídání poloh to nemá.*“ Spokojenost s polohováním je zjevná i na záznamu VAS, kdy polohování bylo využito jak v aktivní, tak v tranzitorní fázi první doby porodní. U polohování byla hodnota VAS v obou fázích porodu vždy o jednu hodnotu níže. Po využití polohování v aktivní fázi první doby porodní působil výraz ve tváři I3 klidněji než před využitím polohování. V této porodní fázi se jednalo o pohupování pánví a podřep. Polohování je schopno ulevit i s porodní bolestí v bederní oblasti zad. Jedná se zejména o polohy, při kterých ženy neleží na zádech. I2 v průběhu svého porodu trpěla na bolesti v této oblasti. V tranzitorní fázi první doby porodní ocenila polohu na boku. O této poloze říká: *Když jsem pak ke konci ležela na boku, tak ta bolest v zádech byla lepší.* Před využitím polohy na boku I2 křičela, měla zaťatý výraz v obličeji a po kontrakci občas prosila o pomoc. Po zaujmutí polohy na boku I2 verbalizuje úlevu od bolesti bederní oblasti zad, avšak projevy prožívání porodní bolesti se nezměnily.

I7 na začátku první doby porodní nejvíce pomáhala kombinace polohování s muzikoterapií, kdy tvrdí: *Při menších kontrakcích mi strašně pomohlo, že jsem si pustila písničky a houpala jsem se a chodila jsem. V tu chvíli to ještě šlo, tak to bylo super. Nebo pak v předklonu, jakože ve stoje a v předklonu, na to taky vzpomínám dobře.* Avšak ke konci první doby porodní I7 vyhledávala jen polohu vsedě na toaletě. I7 konstatuje: *Před koncem jsem se nejlépe cítila, když sem mohla sedět na záchodě. Z nějakého mně neznámého důvodu mi tam prostě bylo dobře a rozhodně lépe, než když bych stála. To mi pak hrozně vadilo stát, neměla jsem na to ani sílu.* Díky polohování došlo dle VAS v aktivní a tranzitorní fázi první doby porodní o pokles vždy o jednu hodnotu níže. V aktivní fázi první doby porodní po využití sedu na toaletě jsou projevy prožívání porodní bolesti stále stejné, avšak I7 verbalizuje úlevu od bolesti. V tranzitorní fázi první doby porodní bylo využito sedu na toaletě a polohy na boku. Před využitím polohování měla I7 zoufalý výraz. Po každé kontrakci verbalizovala strach ze selhání. Po využití polohování byla I7 schopna odpočívat, měla zavřené oči a již neverbalizovala strach ze selhání.

Pozitivní zkušenost s polohováním mají i I6, I7, I8, I9 a I10. I6 měla potíže zejména při přesouvání z polohy do polohy. Za nejlepší polohu však pokládá polohu na boku.

O změnách poloh v průběhu jejího porodu I6 uvedla: *Nejlepší poloha byla vždy ta, ve které jsem prostě byla. Ve chvíli, kdy jsem se přesouvala z polohy do polohy, tak to mi nebylo vůbec příjemný. Ale nejlepší byl asi bok. Na zádech jsem se necítila dobře. Hlavně tam bolely víc ty záda.* Jak v aktivní, tak i v tranzitorní fázi první doby porodní došlo k úlevě od porodní bolesti. Tuto úlevu I6 verbalizovala, avšak ke změně prožívání porodní bolesti před využitím polohování ani po něm nedocházelo. Horizontální polohy pomohly i I9, pro kterou chůze představovala vyšší intenzitu porodní bolesti a uvádí: *Nejvíce mi pomáhaly polohy, které byly nějakým způsobem vleže a na posteli. Když jsem byla na té posteli, tak jsem mohla i mezi kontrakcemi v klidu odpočívat.* V aktivní fázi první doby porodní bylo využito polohy v podřepu, v průběhu kterého se I9 snažila soustředit na dech a verbalizovala lehkou úlevu od bolestí. Ve fázi tranzitorní zaujala I9 polohu na boku, díky které je schopna mezi kontrakcemi odpočívat a mít zavřené oči. I10 měla s horizontálními polohami stejně pozitivní zkušenost jako I9 a I6. Na počátku pro ni byla možná chůze, avšak později jí nejvíce vyhovovaly polohy horizontální. O polohách při porodu I10 tvrdila: *Ze začátku mi pomáhala chůze. V jistém momentě pro mě ale bylo chození nemožný. Nebyla jsem jí schopná. Takže jsem ležela na boku. Kvůli té fyzické únavě jsem preferovala jakoukoliv polohu vleže, abych si mohla mezi kontrakcemi pořádně odpočinout. Toho času na odpočinek ke konci už moc nebylo, takže jsem si ten čas chtěla odpočinout na maximum.* Díky chůzi byla I10 v aktivní fázi první doby porodní schopna mezi kontrakcemi komunikovat s partnerem. V jiné poloze tomu tak nebylo. V tranzitorní fázi první doby porodní zaujímá I10 polohu na boku. V této poloze je mezi kontrakcemi vidět klidnější výraz tváře, avšak I10 verbalizuje fyzickou vyčerpanost.

Podkategorie 2 Hydroanalgezie

Tato podkategorie popisuje pozitivní zkušenosti informantek s hydroanalgezií.

I1 v průběhu porodu nejvíce pomohla hydroanalgezie. V rozhovoru uvedla, že nejvíce jí s porodní bolestí pomohla hydroanalgezie formou sprchování v oblasti břicha. I1 dodala, že hydroanalgezie jí pomohla s porodní bolestí a zároveň jí dodala pocit uvolnění, čistoty, a i díky těmto faktorům pro ni byla bolest mnohem snesitelnější. Dle pozorování bylo zjevné, že k úlevě od bolesti skutečně došlo, a to v aktivní fázi první doby porodní. Před využitím hydroanalgezie měla I1 zaťaté pěsti, zavřené oči a strach v obličeji. V průběhu využívání hydroanalgezie jsme u I1 viděly pocit uvolnění ve tváři, zavřené oči a výraz beze strachu. U I6 sprchování bylo schopné pomoci s bolestí v oblasti bederní

páteře, avšak s bolestí v oblasti břicha k úlevě od bolesti nedošlo. Dle pozorování projevů prožívání porodní bolesti bylo zřejmé, že k úlevě došlo pouze ve fázi tranzitorní, kde I6 verbalizovala úlevu od bolesti v oblasti bederní páteře. Ve fázi aktivní se projevy prožívání nemění.

Hydroanalgezií je možné kombinovat i s jinou nefarmakologickou metodou. U I8 se jednalo o kombinaci hydroanalgezie s polohováním. I8 tvrdila, že jí teplá voda pomohla od bolesti v oblasti břicha. Kombinace pohupování ve sprše se sprchováním břicha jí však přineslo mnohem větší úlevu od bolesti. Dle VAS došlo v aktivní fázi první doby porodní k poklesu hodnoty z čísla pět na číslo tři. V průběhu pozorování projevů prožívání porodní bolesti I8 bylo zjevné, že k této úlevě skutečně došlo. Před využitím kombinace hydroanalgezie a polohování v aktivní fázi první doby porodní se I8 průběhu kontrakce uzavřela se do sebe a nekomunikovala s okolím. V průběhu využívání těchto nefarmakologických metod měla I8 v průběhu kontrakce soustředěný výraz, stále nekomunikovala, ale přítomnost ve sprše preferuje oproti porodnímu lůžku a verbalizovala úlevu od bolesti.

Pozitivní zkušenost s hydroanalgezií měla i I10, ta však v průběhu rozhovoru řekla, že ke konci porodu jí již hydroanalgezie nebyla schopna pomoci. I10 uvedla: *Ke konci jsem byla ale tak moc paralyzovaná bolestí, že to už nešlo.* Při pozorování před využitím hydroanalgezie v aktivní fázi první doby porodní měla I10 v průběhu kontrakce zavřené oči a mimo kontrakci nekomunikovala. V průběhu využití hydroanalgezie I10 verbalizovala úlevu od bolesti a mezi kontrakcemi komunikovala s partnerem.

Podkategorie 3 Masáž

Tato podkategorie popisuje pozitivní zkušenosti informantek s masáží.

I2, I6 a I9 cítily v průběhu porodu bolesti v křížové oblasti. Všechny tři informantky se shodly na tom, že masáž oblasti bederní páteře jim pomohla se zvládnutím této bolesti. I2 vystřelovala porodní bolest do oblasti bederní páteře a uvedla, že ve chvíli, kdy jí porodní asistentka provedla masáž této oblasti olejem, došlo u ní k úlevě od bolesti. Dle hodnot na VAS je možné vidět snížení hodnoty VAS z čísla devět na číslo osm. Masáž probíhala aroma olejem. Před začátkem masáže se I2 v průběhu kontrakce chytala za bederní oblast zad rukama. V jejím průběhu ani po ní se za oblast bederní páteře již nechytila a verbalizovala úlevu od bolesti. I6 doplnila I2 a řekla: *Pomohlo mi, když mi porodní asistentka dělala masáž zad dlaněmi olejíčkem. Nejvíce mi pomáhala, když dělala*

dlaněmi takový tlak. U I6 měla masáž podobný průběhu jako u I2, avšak pokles hodnoty na VAS byl větší. Po využití masáže I6 verbalizovala úlevu od bolesti, její oči byly stále zavřené jako před využitím masáže. Celkově působila klidnějším dojmem. U I9 se masáže oblasti bederní páteře ujal partner, to velice ocenila. O této masáži I9 tvrdila: *Když ty bolesti nebyly ještě tak hrozný, masíroval mi manžel záda. Pomohlo mi to s bolestí v zádech. Přesně to jsem v tu chvíli potřebovala. Byla jsem ráda, že mě masíruje on, zná mě a ví, jak je mi to příjemné.* I9 zároveň tvrdí, že při velké intenzitě porodní bolesti jí již masáž oblasti bederní páteře nepomohla. Uvedla: *Když už ta bolest byla nesnesitelná, tak už mi masáž zad nebyla příjemná.* Před provedením masáže I9 nekřičela, mezi kontrakcemi komunikovala, v průběhu kontrakce se snažila dýchat pomalu a zhluboka. Po využití masáže se projevy prožívání porodní bolesti nezměnily, avšak I9 verbalizovala úlevu od bolesti.

Kategorie 3 Neúčinné nefarmakologické metody

Tato kategorie popisuje, jaké nefarmakologické metody pomohly informantkám s porodní bolestí nejméně.

Podkategorie 1 Aromaterapie

Tato podkategorie popisuje zkušenosti žen s využitím aromaterapie při porodu.

Informantkám I1, I6, I7, I8 a I9 v průběhu porodu aromaterapie nepomohla. I1 dokonce zastává na aromaterapii i muzikoterapii velice skeptický názor, kdy tvrdí, že nevěří tomu, že by aromaterapie či muzikoterapie byla schopna jakýkoliv způsobem ovlivnit intenzitu porodních bolestí. Aromaterapie u I1 probíhala formou aromalampy. Hodnoty na VAS před využitím aromaterapie a po něm byly nezměněny. Projevy prožívání porodní bolesti u I1 též nezměněny. I6 mluvila o aromaterapii podobně jako I1 a doplnila, že jí aromaterapie v průběhu porodu přišla naprosto zbytečná a nebyla ji schopna vnímat. Na aromaterapii nemá ani pozitivní, ani negativní názor. Aromaterapie probíhala formou aromalampy, a to v latentní fázi první doby porodní. V pozdější fázi první doby porodní o ni I6 již nejevila zájem. I7 nevnímá aromaterapii negativně ani skepticky, avšak v průběhu porodu se na ni nebyla schopna soustředit a konstatovala: *Aromaterapie mi nepomohla vůbec. Nebyla jsem schopná zvládat svůj dech, natož vnímat nějakou vůni.* U I7 byla zvolena aromaterapie formou aromalampy, a to v aktivní fázi první doby porodní. V průběhu aromaterapie nebyly u I7 zpozorovány žádné změny v projevech

porodní bolesti. I8 po dotázání, jaká nefarmakologická metoda jí pomohla s bolestí nejméně, odpověděla, že se jednalo o aromaterapii. Myslí si však, že jí pomohla se cítit psychicky lépe. I8 řekla: *Pravděpodobně to byla aromaterapie. Těžko říct. Byla mi příjemná, to ano, ale od bolesti nepomohla. Možná jestli mi pomohla ve smyslu toho, že jsem se na tom pokoji cítila dobře, to je dost možné.* Aromaterapie byla u I8 využita formou aromalampy, a to v aktivní a tranzitorní fázi první doby porodní. Prožívání porodní bolesti před využitím ani po něm aromaterapie nezměněno. Byť jsme aromaterapii zařadily do kategorie neúčinné nefarmakologické metody z důvodu nulového vlivu na hodnotu VAS, nelze říci, že by s aromaterapií nebyla nějaká informantka spokojena. Konkrétně I3 vzpomíná na aromaterapii jako na nejlepší nefarmakologickou metodu, kterou mohla v průběhu porodu vyzkoušet. O využití aromaterapie u porodu I3 uvedla: *Na co mam ale nejlepší vzpomínky, byla aromaterapie, kdy jsem díky ní byla schopna se soustředit sama na sebe a nevnímat nic, co by mně mohlo rušit. Určitě to bylo díky tomu, že ta aromaterapie vytvořila prostředí, ve kterém jsem se cítila dobře a bezpečně. Ale že by měla aromaterapie vliv na porodní bolest jako takovou, to ne, ale spíš díky té aromaterapii jsem se dala do takového psychického klidu, že jsem pak byla schopna zvládnout tu bolest lépe.*

Podkategorie 2 Muzikoterapie

Tato podkategorie popisuje zkušenosti žen s využitím muzikoterapie při porodu. Tuto nefarmakologickou metodu využily pouze tři informantky

I5 a I9 pokládají za nejméně účinnou metodu muzikoterapii. Nezastávají však tak skeptický názor na muzikoterapii jako I1, která tvrdila, že nevěří tomu, že by muzikoterapie byla schopna snížit intenzitu porodní bolesti. Pro I5 muzikoterapie nepředstavovala nefarmakologickou metodu, která by jí pomohla od bolesti, avšak ze začátku porodu byla ráda, že může poslouchat hudbu. I5 říká: *Po hudbě se mi bolest fakt nezmírnila. Ze začátku bylo super něco poslouchat. Ale pak už to člověk vůbec nevnímá.* U I5 byla využita muzikoterapie pouze v aktivní fázi první doby porodní. Projevy prožívání porodní bolesti a hodnota na VAS nezměněny. I6 nezáleželo na tom, zda hudba hraje, či nikoliv. Zároveň se shoduje s I5, že hudbu nebyla schopna vnímat a tvrdí: *Hudbu jsem nevnímala nijak. Tu jsem slyšela mezi kontrakcemi, ale nebyla jsem schopna ji nijak vnímat. Při kontrakci jsem ji snad ani neslyšela. Asi by mi bylo jedno, pokud by hudba nehrála.* U I8 byla muzikoterapie využita v aktivní fázi první doby porodní.

Nezaznamenaly jsme žádnou změnu v prožívání porodní bolesti ani změnu hodnoty na VAS. O muzikoterapii I8 řekla: *Nevzpomínám na muzikoterapii nijak špatně ani dobře. Rádio mi neuškodilo ani nepomohlo. Beru ji jako něco, co neovlivnilo porod žádným způsobem.*

Podkategorie 3 Blízká osoba u porodu

Tato podkategorie popisuje zkušenosti žen s přítomností blízké osoby u porodu. Blízká osoba u porodu byla do této kategorie zařazena z důvodu neúčinnosti této nefarmakologické metody na hodnotu VAS.

Blízkou osobu u porodu měly I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10. Všechny zmíněné informantky byly za přítomnost partnerů rády, avšak ani jedna neudává snížení hodnoty na VAS. Byť nedošlo u informantek k žádné úlevě od bolesti, partneři měli při porodu nezastupitelnou roli. A to roli psychické podpory.

U I4 stihl partner přijet až v začátku druhé doby porodní. Po příchodu partnera na porodní box jsme viděly lehký úsměv na tváři I4. Ihned jej vzala za ruku. Za jeho příchod byla velice vděčna. O partnerovi u porodu I4 řekla: *Strašně mi pomohlo, že mohl být manžel se mnou, i když jen na to tlačení. Měla jsem pocit, že mám najednou více síly a chtěla jsem, aby na mě byl pyšný.* I5 retrospektivně řekla: *Že tam byl se mnou manžel, jsem vůbec neregistrovala, ale podvědomě jsem byla ráda, že tam je se mnou, ale že bych ho nějak vnímala, že tam se mnou byl? To vůbec. Říkal mi, že si přišel dost neužitečný. I když jsem o něm nevěděla, tak jeho přítomnost mi pomohla nejvíc.* V aktivní fázi první doby porodní držela I5 partnera za ruku a mezi kontrakcemi spolu navzájem komunikovali. V tranzitorní fázi první doby porodní s partnerem již nekomunikovali. I10 dodala: *Díky partnerovi jsem se cítila lépe. Lépe proto, že jsem se v tom cizím prostředí porodního sálu necítila být tak sama, a i bylo skvělé, že jsme si mezi kontrakcemi povídali, teda aspoň ze začátku.* V aktivní fázi první doby porodní I10 komunikovala se svým partnerem mezi kontrakcemi. V tranzitorní fázi první doby porodní komunikace ustala, avšak v průběhu kontrakce ho držela za ruku. I7 pozitivně vzpomíná na držení partnera za ruku a říká: *„Za partnera u porodu jsem byla fakt ráda, sice jsem s ním vůbec nekomunikovala, jenom jsem mu vždycky řekla, ať mi přinese pití, ale strašně mi fakt pomohlo, že jsem mu mohla držet ruku.* Ke snížení porodní bolesti na VAS nedošlo v žádné z fází první doby porodní. V aktivní fázi první doby porodní I7 aktivně v průběhu kontrakce vyhledala partnerovu ruku a mezi kontrakcemi komunikovali. V tranzitorní fázi první doby porodní

již nebyla schopna mezi kontrakcemi komunikace s partnerem, pouze jej žádala o vodu. V průběhu kontrakce stále držela ruku partnera. U I6 byl její partner přítomen v aktivní a tranzitorní fázi první doby porodní. V aktivní fázi vyhledávala I6 partnerovu ruku a jeho objetí. Mezi kontrakcemi spolu komunikovali. V tranzitorní fázi partner přikládal na čelo I6 chladové obklady, které pravidelně měnil. I6 o přítomnosti svého partnera u porodu řekla, že si porod bez jeho přítomnosti neumí představit.

5 Diskuse

V této bakalářské práci jsme se zabývaly tlumením porodních bolestí nefarmakologickými metodami. Pro tuto bakalářskou práci jsme si stanovily dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat využití nefarmakologických metod k úlevě od porodní bolesti a zhodnotit jejich účinnost u žen pomocí VAS. Tohoto cíle bylo dosaženo metodou pozorování. Díky ní jsme zjistily, že ženy v průběhu porodu vyzkoušely několik nefarmakologických metod, případně využily jejich kombinace. V průběhu pozorování jsme se setkaly se šesti nefarmakologickými metodami. Jednalo se o aromaterapii, muzikoterapii, hydroanalgezi, polohování, masáž a přítomnost blízké osoby u porodu. Po zmapování využití nefarmakologických metod jsme došly k závěru, že nejčastěji využívanými nefarmakologickými metodami jsou hydroanalgezie a polohování. Hydroanalgezi v průběhu svého porodu využily všechny informantky, polohování taktéž. Dle Baškové (2015) jsou nefarmakologické metody schopné pomoci pouze ve chvíli, kdy intenzita a frekvence porodní bolesti není silná. Na základě výzkumného šetření je zjevné, že nefarmakologické metody byly schopné snížit bolest na VAS i v tranzitorní fázi první doby porodní, kdy I3, I4, I5 a I10 označily bolest hodnotou deset. I1, I2, I6, I7, I8 a I9 hodnotou devět. Dle Rokyty (2017) tyto hodnoty označují nejhorší možnou bolest. K úlevě od bolesti došlo u šesti informantek z deseti. Konkrétně se jednalo o I2, I6, I7, I8 a I9, kterým byly nefarmakologické metody schopné snížit hodnotu VAS o jednu hodnotu níže. U I3 se jednalo o snížení porodní bolesti o dvě hodnoty níže.

Z hydroanalgezie mohou ženy v průběhu porodu využít koupele, sprchy, intradermální injekce sterilní vodou či porod do vody (Pařízek, 2015). V průběhu výzkumného šetření jsme se setkaly pouze s hydroanalgezií ve formě sprchování. Výzkumné šetření bylo prováděno v Nemocnici České Budějovice, a. s. a v Nemocnici Český Krumlov, a. s. V obou nemocnicích mají rodící ženy možnost výběru z koupele a sprchování. Nemocnice v Českém Krumlově navíc nabízí porod do vody. Intradermální injekce sterilní vodou nebyly nabízeny ani v jedné z nemocnic. Myslíme si, že důvodem preference sprchy oproti vaně je snazší a méně fyzicky namáhavý přístup do sprchy oproti vaně. V aktivní fázi první doby porodní bylo s hydroanalgezií spokojeno nejvíce informantek. Konkrétně hydroanalgezie pomohla s úlevou od porodní bolesti I1, I4, I6, I8, I10. I1 například uvedla: *Z té sprchy jsem měla pocit čistoty a zároveň to bylo strašně uvolňující a ta bolest byla najednou mnohem líp snesitelná.* I4 a I8 zmínily, že byly

spokojené s kombinací pohupování se na míči se sprchou. I8 řekla: *Teplá voda mi fakt pomáhala. Ale když jsem byla ve sprše spolu s míčem tak to bylo ještě lepší.*

Polohy mohou ženy v průběhu první doby porodní využít horizontální či vertikální (Čermáková, 2017). V průběhu pozorování jsme viděly obě varianty. Z výzkumu však vyplývá, že vertikální polohy si vybíraly informantky ve chvíli, kdy porodní bolesti nebyly tak silné a měly dostatek energie. Bašková (2015) uvádí, že vertikální polohy jsou v počátku první doby porodní snesitelnější než ke konci porodu. Tato informace se shoduje s výsledky našeho výzkumu, kdy I10 o vertikálních polohách řekla: *Ze začátku mi pomáhala chůze, v jistém momentě pro mě ale bylo chození nemožný. Nebyla jsem jí schopná. Kvůli té fyzické únavě jsem preferovala jakoukoliv polohu vleže, abych si mohla mezi kontrakcemi pořádně odpočinout. Toho času na odpočinek ke konci už moc nebylo, takže jsem si ten čas chtěla odpočinout na maximum.*

Masáž si žena v průběhu porodu může provádět sama. V takovémto případě se jedná o tzv. efleráž, kdy si žena jemnými pohyby prstů masíruje oblast břicha (Čermáková, 2017). Další možnou variantou je masáž bederní oblasti zad (Erdogan et al., 2017). V průběhu pozorování jsme se setkaly pouze s masáží bederní oblasti zad. Tato masáž byla prováděna u informantek, které v průběhu porodu trpěly křížovými bolestmi. S jinou formou masáže jsme se při pozorování nesetkaly. V aktivní fázi první doby porodní masáž využily dvě informantky, oběma masáž ulevila od bolesti. Ve fázi tranzitorní využily masáž informantky tři, kdy masáž pomohla dvěma z nich. Masáž bederní oblasti zad může provádět porodní asistentka či blízká osoba u porodu (Dušová, 2019). S masáží blízkou osobou u porodu má zkušenost I9, která řekla: *Když ty bolesti nebyly ještě tak hrozný, masíroval mi manžel záda. Pomohlo mi to s bolestí v zádech. Přesně to jsem v tu chvíli potřebovala. Byla jsem ráda že mě masíruje on, zná mě a ví, jak je mi to příjemné.*

Rajavadi (2018) uvádí, že aromaterapie je schopna v latentní a aktivní fázi první doby porodní snížit bolest na VAS. S tímto tvrzením musím na základě našeho výzkumného šetření nesouhlasit, protože ani u jedné z informantek nedošlo díky aromaterapii k poklesu hodnoty na VAS. Aromaterapii v průběhu porodu nejvíce využívaly informantky v aktivní fázi první doby porodní. Stalo se tak v pěti případech (I1, I3, I7, I8, I10). Nejen že aromaterapie nebyla schopna snížit porodní bolest na VAS, I1 měla na aromaterapii velice skeptický názor a řekla: *Olejčky voněly, to je celé. Fakt nevěřím tomu, že by nějaké aroma mohlo mít vliv na intenzitu porodní bolesti.* Předpokládám, že

rozličné výsledky našeho a Ravajadiho výzkumu budou podmíněny počtem informantek. Rajavadi do svého výzkumu zařadil celkem 106 rodičích žen.

Aromaterapii v průběhu porodu je možné využít různými způsoby, například inhalací, masáží, koupelemi či obklady (Bašková, 2015). V průběhu našeho výzkumu jsme se setkaly pouze s aromaterapií ve formě inhalace, kdy ji informantky inhalovaly díky aromalampě. Že nebylo využito jiné formy aromaterapie, si zdůvodňujeme tím, že o koupel neměla zájem ani jedna z informantek. Z jakého důvodu nebylo využito aromaterapie při masáži, si zdůvodňujeme nízkým počtem respondentek, u kterých byla masáž provedena. Tyto ženy o to též neměly zájem.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jak na použité nefarmakologické metody ženy pohlížejí po porodu. Odpověď na tuto otázku jsme hledaly v rozhovorech, které s informantkami probíhaly na stanici šestinedělí. Dle rozhovorů je zřejmé, že názory na nefarmakologické metody jsou rozličné, avšak ani jedna z informantek retrospektivně na nefarmakologické metody nepohlíží v negativním slova smyslu. I1, I6, I9 pozitivně vzpomínaly na konkrétní nefarmakologickou metodu, která jim v průběhu porodu pomohla nejvíce. I2 ocenila úlevu od bolesti, kterou jí nefarmakologické metody přinesly. I3 řekla: *Pro mě jsou nenahraditelnou součástí porodu.* I4 si je jista, že bez nefarmakologických metod by nebyla schopna porodit a tvrdila: *Bez teplý vody s míčem bych určitě neporodila.* I5 nad nefarmakologickými metodami po porodu nepřemýšlí a neohlíží se za nimi žádným způsobem. I7 konstatovala, že na příští porod chce být co se nefarmakologických metod týče připravenější. I8 pokládá za důležité informovanost, kdy by podle ní ženy měly vědět, jaké nefarmakologické metody existují a jaké si při porodu přejí. I10 se svým názorem neshoduje s žádnou informantkou, a uvedla: *Obecně si myslím, že to není jenom o nefarmakologických metodách, ale hlavně o práci s psychikou. Žena se před porodem musí připravit na bolest a nefarmakologické metody pak mohou pomoci. Ve chvíli, kdy žena začne rodit s tím, že bolest jí ubližuje, pak pochybují, že by jí nějaké nefarmakologické metody pomohly. Určitě se dá připravit na to, že bolest je součástí toho procesu, a potom jsou už jenom ty pomocné berličky, jako je aromaterapie, hudba a cokoliv jiného.*

Rozhovor se ženami obsahoval otázky týkající se identifikačních údajů žen. Velice nás zaujalo, že ve výzkumném souboru byla většina informantek vysokoškolsky vzdělaná. Konkrétně se jednalo o sedm z deseti informantek. Většinové zastoupení vysokoškolsky vzdělaných informantek si tedy zdůvodňujeme tím, že vysokoškolsky vzdělané

informantky se více zajímají o možnosti tlumení porodní bolesti než informantky s ukončeným nižším stupněm vzdělání.

Nejvíce informantek rodilo v českobudějovické nemocnici, což zpětně hodnotím jako chybné rozhodnutí. Důvodem mého úsudku je fakt, že v nemocnici v Českých Budějovicích často využívají farmakologických metod. Pro provedení výzkumného šetření byla stanovena podmínka, že nesmí být využita žádná farmakologická metoda tlumící porodní bolest. Z tohoto důvodu bylo časově velice náročné najít informantky, které v průběhu svého porodu využily pouze nefarmakologické metody tlumící porodní bolest. Výzkumné šetření bylo z důvodu malého množství respondentek dokončeno v Nemocnici Český Krumlov, a. s. V tuto chvíli bych výzkumné šetření směřovala pouze do nemocnice v Českém Krumlově, protože informantek, které chtějí родit bez farmakologických metod, se v této nemocnici vyskytovalo více.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se věnovaly tlumení porodní bolesti nefarmakologickými metodami. Teoretická část této bakalářské práce obsahuje informace o porodu, bolesti a nefarmakologických metodách tlumící porodní bolest. V praktické části bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou pozorování a rozhovoru. Pro tuto bakalářskou práci jsme si stanovily dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat použití nefarmakologických metod v průběhu porodu a zhodnotit jejich úspěšnost na vizuální analogové škále. Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem ženy pohlížejí na nefarmakologické metody po porodu. Na základě stanovených cílů jsme si vytyčily dvě výzkumné otázky.

První otázka zněla: Jaké nefarmakologické metody pomáhají k tlumení porodních bolestí? Výzkumné šetření ukázalo, že metody, které pomáhají ženám s porodní bolestí nejvíce, jsou polohování, hydroanalgezie a masáž oblasti bederní páteře. Analýzou dat jsme zjistily, že byť nejúčinnějšími metodami tlumící porodní bolest byly u žen výše zmíněné metody, jejich efektivita se lišila dle toho, v jaké fázi první doby porodní byly využity. Aromaterapie a muzikoterapie patřila ve výsledcích výzkumného šetření mezi nefarmakologické metody, které ani u jedné informantek nebyly schopné snížit porodní bolest na VAS. Za aromaterapii a muzikoterapii byly informantky vděčné ve chvíli, kdy intenzita porodní bolesti nebyla tak silná, avšak při jejich využití nedošlo ke snížení porodní bolesti na VAS. Dle I3 sice aromaterapie nebyla schopna snížit porodní bolest, ovšem díky ní se na porodním boxu cítila psychicky lépe, a to dle jejích slov mohlo způsobit lepší prožívání porodní bolesti. I5 byla vděčna za muzikoterapii, ne však ve vztahu k porodní bolesti. Tu jí muzikoterapie nezmírnila, ale mezi kontrakcemi byla za zapnuté rádio vděčna. Později muzikoterapii už nebyla schopna vnímat ani mezi kontrakcemi. Dle výzkumného šetření lze říct, že tyto dvě metody nesnižují porodní bolest na VAS, ale díky nim se informantky byly schopné dostat se do dobrého psychického naladění. Jak již bylo zmíněno, nejúčinnějšími nefarmakologickými metodami dle poklesu hodnot na VAS bylo polohování, hydroanalgezie a masáž. Dle výsledků výzkumného šetření ženám nejvíce pomohlo polohování v aktivní fázi první doby porodní a I2, I3, I6, I7, I9 pomohlo se snížením porodní bolesti na VAS i ve fázi tranzitorní. Hydroanalgezie nejvíce pomohla s porodní bolestí v aktivní fázi první doby porodní osmi informantkám z devíti. V tranzitorní fázi první doby porodní pomohla pouze dvěma informantkám z osmi. Masáž oblasti bederní páteře byla využita v aktivní

fázi první doby porodní u dvou informantek a u obou došlo ke snížení bolesti na VAS. V tranzitorní fázi ji využily informantky tři a k úlevě od bolesti na VAS došlo u dvou z nich.

Druhou otázkou bylo: Jak na použité nefarmakologické metody ženy pohlížejí po porodu? V rozhovoru ani jedna z informantek neuvedla negativní postoj k nefarmakologickým metodám. Zároveň se pohledy žen na nefarmakologické metody liší. I1, I6, I7, I9 při rozhovoru pozitivně vzpomínají na jednu konkrétní nefarmakologickou metodu. I2 ocenila úlevu od bolesti, kterou jí nefarmakologické metody poskytly. I4 zastává jasného názoru, kdy si neumí představit svůj porod bez hydroanalgezie. I5 neřekla jasný názor ani stanovisko, dle jejích slov se za nimi nijak neohlíží. I9 pozitivně vzpomíná na masáž a vyzdvihuje fakt, že nefarmakologické metody jsou schopné ulehčit ženě porod. I8 tvrdí, že nefarmakologické metody jsou schopné ženě při porodu pomoci, avšak je třeba jim věřit. Posledním názorem je názor I10, která tvrdí, že účinnost nefarmakologických metod je dána psychickým rozpoložením ženy.

Myslíme si, že výsledky výzkumného šetření této bakalářské práce mohou být publikovány na seminářích pro porodní asistentky a předporodních kurzech pro těhotné.

7 Seznam použité literatury

- 1 AASHEIM, V., et al., 2017. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma* [online]. Cochrane Pregnancy and Childbirth [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: https://www.cochrane.org/CD006672/PREG_perineal-techniques-during-second-stage-labour-reducing-perineal-trauma
- 2 BARTŮŇEK, P., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
- 3 BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 4 BEN-JOSEPH, E. P., 2018. *Dealing With Pain During Childbirth* [online]. Kids Health for Nemours [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/en/parents/childbirth-pain.html>
- 5 BINDER, T., 2014. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-2854-7.
- 6 BLOCK, D. B., 2020. *What Is Hypnosis?* [online]. Verywell Mind - Know More. Live Brighter. [cit. 2021-27-04]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-hypnosis-2795921>
- 7 BOATENG, E. A., et al., 2019. *Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana* [online]. BMC Pregnancy and Childbirth [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2311-x#Abs1>
- 8 BRAZIER, Y., 2017. *How does acupuncture work?* [online]. Medical News Today [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/156488>
- 9 CVRČEK, P., ROZTOČIL, A., 2017. *Porodnická analgezie a anestezie*. In: ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 469-476 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 10 ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. 1. vydání. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
- 11 DANEŠ, J., 2018. *Bolest a sexuální dysfunkce mužů*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-4232-8.
- 12 DANYI, P., 2016. *Moderní způsoby porodní analgezie* [online]. Zdraví.Euro.cz [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/moderni-zpusoby-porodni-analgezie-483668>
- 13 DEKKER, R., 2018. *Acupuncture or Acupressure for Pain Relief during Labor* [online]. Evidence-Based Birth® [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://evidence-basedbirth.com/acupuncture-and-acupressure-for-pain-relief-during-labor/>
- 14 DEKKER, R., 2018. *Hypnosis for Pain Relief during Labor* [online]. Evidence-Based Birth® [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/hypnosis-for-pain-relief-during-labor/>
- 15 DEKKER, R., 2018. *Massage for pain relief during labor* [online]. Evidence-Based Birth® [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/massage-for-pain-relief-during-labor/>.

- 16 DEKKER, R., 2018. *The Evidence on: Birthing Positions* [online]. Evidence-Based Birth® [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-birthing-positions/>
- 17 DEKKER, R., 2018. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for pain relief during labor* [online]. Evidence-Based Birth® [cit. 2020-11-22]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/transcutaneous-electrical-nerve-stimulation-tens-for-pain-relief-during-labor/>
- 18 Doporučený postup – *Analgezie u vaginálního porodu*, 2018. [online] Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://www.gynultra-zvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2018-analgezie-u-vaginálního-porodu.pdf>
- 19 DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci. 1. vydání*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 20 DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- 21 EMELONYE, A. U., et al., 2016. *Spouses' Perspective of their Participation and Role in Childbirth Pain Relief* [online]. National Center for Biotechnology Information. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5423337/>
- 22 ERDOGAN, S. U., et al., 2017. *Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction*. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 28, 169-175. ISSN 1744-3881.
- 23 ERNST, H., 2018. *How to Identify Contractions* [online]. Healthline [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/what-do-contractions-feel-like#what-happens>
- 24 FAIT T., et al., 2014. *Fyziologický porod a šestinedělí*. In: ČECH E., et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 25 FIROUZBAKHT, M., et al., 2015. *The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study* [online]. National Center for Biotechnology Information [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594348/>
- 26 GERLICOVÁ, M., 2020. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-271-1791-8.
- 27 GNATTA, J. R., et al., 2015. *Aromaterapia y enfermería: concepción histórico-teórica* [online]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [cit. 2020-11-19]. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>.
- 28 GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 29 GUNTER, J., 2019. *Massaging Away a Potential Complication of Birth?* [online]. *The New York Times* [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2019/01/31/well/live/massaging-away-a-potential-complication-of-birth.html>
- 30 HAKL, M., 2015. *Léčba chronické bolesti*. *Remedia*. 25(6), 422-426. ISSN 2336-3541. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

- 31 HANÁKOVÁ, T., 2017. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: Computer press. 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
- 32 HANÁKOVÁ, A., 2021. *Repetitorium porodní asistence*. Praha: GRADA Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-1242-5.
- 33 HEALY, M., a CLOUDAS, T. I., 2020. *The HypnoBirthing Technique: Everything You Need to Know* [online]. Parents [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.parents.com/pregnancy/giving-birth/vaginal/all-about-hypnobirthing/>
- 34 HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté přepracované vydání*. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 35 HEPP, P., et al., 2018. *Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study* [online]. BMC Pregnancy and Childbirth [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2069-6>
- 36 HLINKOVÁ, E., et al., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Hrada Publishing. 232 s. ISBN 987-80-271-2687-3.
- 37 HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod fyzická a psychická profylaxe*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
- 38 KAREL, L. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada publishing. 928 s. ISBN 978-80-247-9012-1.
- 39 KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- 40 LAUE, B., 2018. *Těhotenství – Nejlepší tipy pro klidných devět měsíců*. Praha: Vašut. 160 s. ISBN 978-80-7236-993-5.
- 41 MACDONALD, K., 2019. *It's time to push: different positions for pushing* [online]. The Mama Coach [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <https://themamacoach.ca/different-positions-for-pushing/>
- 42 MADDEN, K., et al., 2016. *Hypnosis for pain management during labour and childbirth* [online]. Cochrane Library [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub3/full>
- 43 MASTERS, M., 2019. *What Is a Doula and Should You Hire One for Your Baby's Birth?* [online]. What to expect [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.whattoexpect.com/pregnancy/hiring-doula>
- 44 MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
- 45 MAZEL, S., 2020. *Labor Positions*. [online]. What to expect [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.whattoexpect.com/pregnancy/labor-and-delivery/delivery-options/labor-positions.aspx>
- 46 MILES, K., 2019. *Positions for labor and birth* [online]. Babycenter [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: https://www.babycenter.com/pregnancy/your-body/positions-for-labor-and-birth_10309507
- 47 MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada publishing. 300 s. ISBN 978-80-271-9915-0.

- 48 MOYER, M. W., 2020. *What is Hypnobirthing? And Should You Try It?* [online]. The New York Times [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2020/04/15/parenting/pregnancy/hypnobirthing.html>
- 49 NAVRÁTIL, L., ROSINA, J., 2019. *Medicínská biofyzika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-271-0209-9.
- 50 NOVAK, S., 2020. *What Is HypnoBirthing?* [online]. What to expect [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.whattoexpect.com/pregnancy/labor-and-delivery/hypnobirthing/>
- 51 PAN, et al., 2016. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Pain Management During Labor* [online]. PubMed [cit. 2020-11-22]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30256499/>
- 52 PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti 2 díl*. 5. vydání. Praha: Galén. 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2.
- 53 PATEL, S., 2015. *What role does a doula play during and after childbirth?* [online]. UT Southwestern Medical Center [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://utswmed.org/medblog/doula-childbirth/>
- 54 PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
- 55 PRUDIL, L., ZEMANDLOVÁ., 2017. Právní problematika porodnictví. In: ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 571-583 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 56 PUGNEROVÁ, M., 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0532-8.
- 57 QUINE, E., 2018. *Acupressure to promote labour and natural pain relief during birth* [online]. Emma Quine [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <http://emmaquine.com/blog/acupressure-to-promote-labour-and-natural-pain-relief-during-birth>
- 58 RAJAVADI, T., et al., 2018. *Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial*. Springer [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <http://emmaquine.com/blog/acupressure-to-promote-labour-and-natural-pain-relief-during-birth>
- 59 RODRIGUEZ, E., 2016. *Acupressure Points: How Do They Work in Massage?* [online]. Acupuncture and Massage College [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://www.amcollege.edu/blog/acupressure-points-how-they-work-massage>
- 60 ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- 61 ROKYTA, R., et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
- 62 ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 63 ROZTOČIL, A., et al., 2017. Prenatální péče, poradna pro těhotné. In: ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 119-149 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

- 64 ROZTOČIL, et al., 2017. Vedení porodu. In: ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 175-214 s. ISBN 978-80-247-5753-7
- 65 ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
- 66 SADATY, A., 2019. *Preparing for Childbirth With HypnoBirthing* [online]. Very well family [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.verywellfamily.com/hypnobirthing-childbirth-method-4707819>
- 67 SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-3017-9.
- 68 SANTANA, L. S., et al., 2016. *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial*. *Journal of Physiotherapy*. 62(1), 29-34. ISSN 1836-9553.
- 69 SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-802-7102-143.
- 70 SMITH, A. S., et al., 2018. *Relaxation techniques for pain management in labour* [online]. Cochrane Library [cit. 2020-12-03]. DOI <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>.
- 71 STADELMANN, I., 2017. *Aromaterapie od těhotenství po kojení*. Praha: One Woman press. 252 s. ISBN 978-80-86356-58-7.
- 72 STEEL A., et al., 2020. *The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: Preliminary insights from a nationally-representative sample of Australian women* [online]. *Complementary Therapies in Medicine* [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27062951/>
- 73 ŠEBLOVÁ J., KNOR J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
- 74 ŠVIHOVEC, J. et al., 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada Publishing. 1008 s. ISBN 978-80-271-2150-2.
- 75 TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1.vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-247-5127-6.
- 76 VAN HAL, M., et al., 2020. *Acupuncture* [online]. National Center for Biotechnology Information [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532287/>
- 77 VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. 228 s. ISBN 987-80-271-2418-3.
- 78 WATKINS, A., 2020. *Modernising Antenatal Classes* [online]. Ausmed [cit. 2020-12-01]. Dostupné: <https://www.ausmed.com/cpd/articles/modernising-antenatal-classes>
- 79 WAX, J. R. ECKER, J. L., 2016. *Immersion in Water During Labor and Delivery*. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 679, 1-6. ISSN 1074-861X.
- 80 WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018. *Who Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Švýcarsko: World Health Organization. 200 s. ISBN 978-92-4-155021-5.

- 81 ZRUBECKÁ, A., 2018. *Aromaterapie podle ročních období*. Brno: CPress. 200 s. ISBN 978-80-264-2085-9
- 82 ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Intenzita a oblasti porodní bolesti v první a druhé době porodní

Příloha 2: Vizuální analogová škála

Příloha 3: Záznamový arch pro záznam hodnot na vizuální analogové škále

Příloha 4: Záznamový arch pro pozorování v průběhu porodu

Příloha 5: Otázky k rozhovoru s informantkami

Příloha 6: Tabulka úspěšnosti využití aromaterapie u informantek

Příloha 7: Tabulka úspěšnosti využití hydroanalgezie u informantek

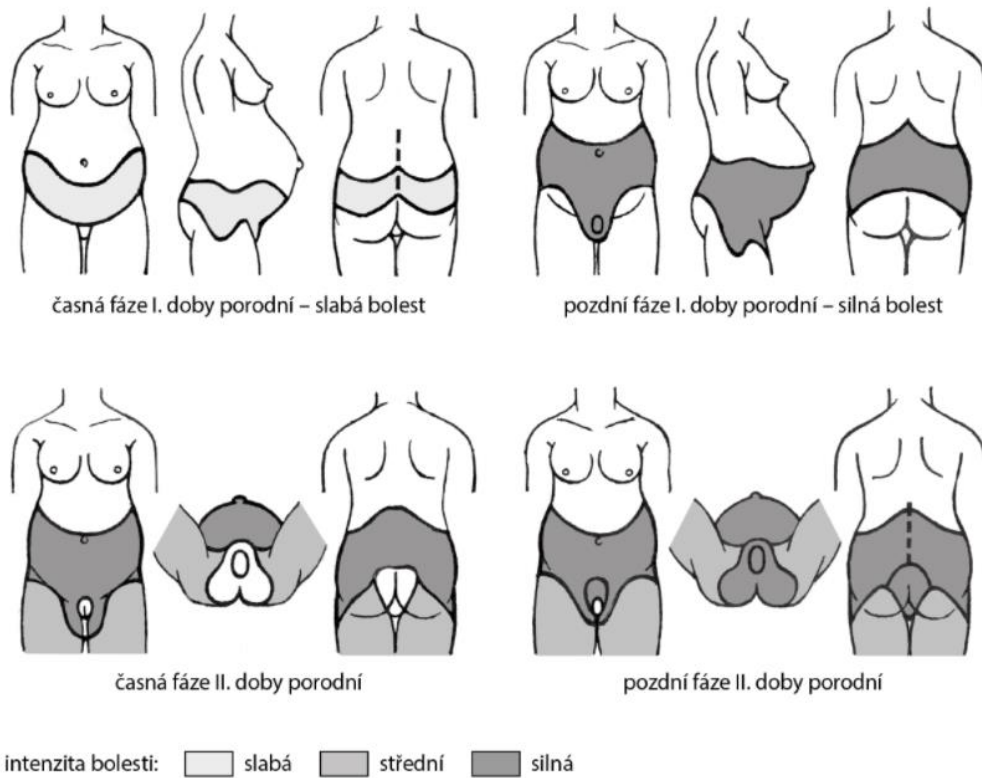
Příloha 8: Tabulka úspěšnosti využití polohování u informantek

Příloha 9: Tabulka úspěšnosti využití masáže u informantek

Příloha 10: Tabulka úspěšnosti přítomnosti blízké osoby u porodu informantek

Příloha 11: Tabulka úspěšnosti muzikoterapie u informantek

Příloha 1: Intenzita a oblasti porodní bolesti v první a druhé době porodní



zdroj: Takács et al., 2015

Příloha 2: Vizuální analogová škála



zdroj: Kapounová, 2020

Příloha 3: Záznamový arch pro záznam hodnot na vizuální analogové škále

Nefarmakologické metody	Latentní fáze I. doby porodní		Aktivní fáze I. doby porodní		Tranzitorní fáze I. doby porodní	
	VAS před použitím NM	VAS po použití NM	VAS před použitím NM	VAS po použití NM	VAS před použitím NM	VAS po použití NM

Zdroj: vlastní

Příloha 4: Záznamový arch pro pozorování v průběhu porodu

Nefarmakologická metoda	Latentní fáze I. doby porodní		Aktivní fáze I. doby porodní		Tranzitorní fáze I. doby porodní	
	Před použitím NM	Po použití NM	Před použitím NM	Po použití NM	Před použitím NM	Po použití NM
Projevy prožívání bolesti ženou						
Lokalizace a bolesti						
Projevy prožívání bolesti ženou						
Lokalizace bolesti						
Projevy prožívání bolesti ženou						
Lokalizace bolesti						
Projevy prožívání bolesti ženou						
Lokalizace bolesti						

Zdroj: vlastní

Příloha 5: Otázky k rozhovoru s informantkami

Identifikační otázky:

Kolik Vám je let?

Po kolikáté jste rodila?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Další otázky:

- 1) Jak jste prožívala porodní bolest?
- 2) Co pro Vás porodní bolest představovala? Měla pro Vás porodní bolest nějaký konkrétní význam?
- 3) Přípravovala jste se nějakým způsobem na porod? (předporodní příprava, soukromá porodní asistentka, četba)
- 4) Jak jste vnímala roli porodní asistentky v průběhu Vašeho porodu?
- 5) Měla jste nějaká porodní přání týkající se porodní bolesti?
- 6) Jaká z nefarmakologických metod využitých při porodu Vám nejvíce pomohla od bolesti?
- 7) Byla při porodu nějaká nefarmakologická metoda, po které se Vám bolest nezmírnila?
- 8) Jak pohlížíte na nefarmakologické metody zpětně?

Zdroj: vlastní

Příloha 6: Tabulka úspěšnosti využití aromaterapie u informantek

Aromaterapie	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	-	-
I2	-----	-----	-----
I3	-----	-	-
I4	-----	-----	-----
I5	-----	-----	-----
I6	-	-----	-----
I7	-----	-	-----
I8	-----	-	-
I9	-----	-----	-----
I10	-----	-	-----
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty na VAS		

Zdroj: vlastní

Příloha 7: Tabulka úspěšnosti využití hydroanalgezie u informantek

Hydroanalgezie	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	+	-
I2	-----	-----	-
I3	-----	-	-----
I4	-----	+	-
I5	+	-	-----
I6	-	+	+
I7	-----	-	-
I8	-----	+	+
I9	-----	-	-
I10	-----	+	-
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty VAS	+ metoda využita, došlo ke snížení hodnoty na VAS	

Zdroj: vlastní

Příloha 8: Tabulka úspěšnosti využití polohování u informantek

Polohování	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	+	-
I2	-----	-----	+
I3	-----	+	+
I4	-----	+	-
I5	+	-	-
I6	-	+	+
I7	-----	+	+
I8	-----	+	-
I9	-----	+	+
I10	-----	+	-
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty VAS	+ metoda využita, došlo ke snížení hodnoty na VAS	

Zdroj: vlastní

Příloha 9: Tabulka úspěšnosti využití masáže u informantek

Masáž	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	-----	-----
I2	-----	-----	+
I3	-----	-----	-----
I4	-----	-----	-----
I5	-----	-----	-----
I6	-----	+	-
I7	-----	-----	-----
I8	-----	-----	-----
I9	-----	+	+
I10	-----	-----	-----
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty VAS	+ metoda využita, došlo ke snížení hodnoty na VAS	

Zdroj: vlastní

Příloha 10: Tabulka úspěšnosti přítomnosti blízké osoby u porodu informantek

Blízká osoba u porodu	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	-----	-----
I2	-----	-----	-----
I3	-----	-----	-----
I4	-----	-----	-
I5	-----	-	-
I6	-----	-	-
I7	-----	-	-
I8	-----	-	-
I9	-----	-----	-
I10	-----	-	-
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty VAS		

Zdroj: vlastní

Příloha 11: Tabulka úspěšnosti muzikoterapie u informantek

Muzikoterapie	Latentní fáze první doby porodní	Aktivní fáze první doby porodní	Tranzitorní fáze první doby porodní
I1	-----	-----	-----
I2	-----	-----	-----
I3	-----	-----	-----
I4	-----	-----	-----
I5	-	-	-----
I6	-	-----	-----
I7	-----	-----	-----
I8	-----	-	-----
I9	-----	-----	-----
I10	-----	-----	-----
----- nevyužito v dané fázi porodu	- metoda využita, avšak bez snížení hodnoty VAS		

Zdroj: vlastní

Seznam použitých zkratk

CTG = kardiokograf

TENS = transkutánní elektrická nervová stimulace

Tzv. = takzvaný

VAS = vizuální analogová škála

NM = nefarmakologické metody