

Informovanost žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu

Renáta Glozová

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta GLOZOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Informovanost žen o možnostech
nefarmakologických metod tlášení bolesti za porodu**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části práce se studentka seznámí s dostupnou literaturou k tématu práce, zpracuje přehled nefarmakologických metod tlášení bolesti za porodu. Stanoví cíle práce. V praktické části práce studentka vysloví hypotézy, vytvoří podklady pro výzkumné šetření – v němž se zaměří na informovanost žen o možnostech využití nefarmakologických metod tlášení za porodu. Provede výzkumné šetření na zvoleném vzorku žen, zpracuje získané údaje a vysloví ověření hypotéz. V závěru práce navrhne i možná opatření – např. zpracování informační brožury na dané téma.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. DRÁBKOVÁ, J. HODER, J. PAPEŽ, L. Anestézie a resuscitace v porodnictví. 1. vydání, Praha: Avicenum 1973, 224s
2. PAŽÍZEK, A. a kol. Porodnická analgezie a anestézie. 1. vydání, Praha: Grada Publishing 2002, 536s, ISBN 80-7169-969-1
3. ROKYTA, R. a kol. Fyziologie. 1. vydání, Praha: ISV 2000, 364s, ISBN 80-85866-45-5
4. MACKŮ, F. MACKŮ, J. Průvodce těhotenstvím a porodem. 1. vydání, Praha: Grada 1998, ISBN 80-7169-589-0

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Krausová
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007


Termín odevzdání bakalářské práce:

1. června 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chudarová
posvěcená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá nefarmakologickými metodami tišení bolesti za porodu. Skládá se z části teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje ucelené informace o způsobech a využití nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu. Praktická část, která je realizována formou dotazníkového šetření, je zaměřena na zjištění míry informovanosti žen o těchto metodách. Zkoumá, zda ženy plánují některou z metod tišení bolesti využít, kdo jim informace o těchto metodách podává a zda vůbec vědí co mezi nefarmakologické metody tišení bolesti zařadit.

Klíčová slova: bolest, porod, nefarmakologická metoda, úleva, informace

ABSTRACT

The present thesis deals with non-pharmacological methods of pain relief during labour. It consists of two parts: theoretical and practical. The theoretical part encompasses information on the ways and uses of non-pharmacological methods of pain relief during labour. The practical part, which is presented in form of a questionnaire survey, focuses on and explores the rate of women's awareness of these methods. It investigates women's intentions to use such a method, where they gain information about them, and most importantly, whether women know which methods of pain relief may be classified as non-pharmacological in general.

Key words: pain, labour, non-pharmacological method, relief, information

Motto :

„ Nic není tak nesnadné jako najít vhodná slova pro velkou bolest “

Lucius Annaeus Seneca

Poděkování :

Za cenné rady, náměty a inspiraci, bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Heleně Krausové. Dále děkuji všem ženám, které mi vyplněním dotazníku poskytly velmi cenná data a personálu gynekologicko – porodnického oddělení, za podporu při realizaci celého výzkumu.

OBSAH

ÚVOD A CÍL PRÁCE	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 HISTORICKÝ VÝVOJ PORODNICKÉ NEFARMAKOLOGICKÉ ANALGEZIE.....	10
2 BOLEST	12
2.1 TYPY BOLESTI A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VNÍMÁNÍ BOLESTI	13
2.2 BOLEST V ŽIVOTĚ ŽENY A PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K ŽENÁM TRPÍCÍM BOLESTMI	14
3 BOLEST ZA PORODU	16
4 HISTORIE PSYCHOPROFYLAZE	18
5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI.....	21
5.1 PSYCHOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ BOLESTI ZA PORODU	21
5.1.1 Předporodní příprava	21
5.1.2 Přítomnost otce u porodu	23
5.1.3 Hypnóza	24
5.1.4 Audioanalgezie	24
5.1.5 Úprava prostředí.....	25
5.1.6 Aromaterapie.....	26
5.1.7 Soustředování a rozptylování pozornosti	27
5.2 FYZIKÁLNÍ METODY TIŠENÍ BOLESTI.....	27
5.2.1 Relaxační masáže a léčba dotekem.....	27
5.2.2 Hydroanalgezie	28
5.2.3 Abdominální dekomprese.....	29
5.2.4 Transkutánní elektrická stimulace (TENS)	30
5.2.5 Porodní míč, porodní vak.....	30
5.2.6 Působení povrchového tepla a chladu.....	31
5.2.7 Pohyby matky a změny polohy	32
5.3 AKUPUNKTURA, AKUPRESURA.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
6 CÍL VÝZKUMU	36
7 FORMULACE HYPOTÉZ.....	37
8 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	38
9 METODY VÝZKUMU	39
10 ZADÁNÍ DOTAZNÍKU.....	40
11 ZPRACOVÁNÍ DAT	41

11.1	SKUPINA ŽEN PŘED PORODEM.....	41
11.2	SKUPINA ŽEN PO PORODU	57
12	HODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	74
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	80
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	81
	SEZNAM TABULEK	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD A CÍL PRÁCE

Zrození nového člověka je jedinečný okamžik. Provází ho mnoho okouzlujících změn v životě jeho rodičů, zejména pak ženy. Jde o změnu priorit, změnu psychických prožitků a fyzických dispozic. Jako každá změna může těhotenství, porod a mateřství vyvolat i jisté obavy. Jednou z obav provázejících ženu na dlouhé cestě k mateřství je porodní bolest. Každá žena sice ví, že bolest patří k porodu a určitému diskomfortu během těhotenství, ale i tak si v souvislosti s ní klade mnoho otázek – zda bolest dokáže zvládnout, jaká porodní bolest je, jak dlouho trvá, jak bude reagovat na tělesné nepohodlí. Strach z porodní bolesti je v ženě zakotven stejně jako otázka, zda ji lze tlumit a to hlavně bez rizik pro dítě i ji samotnou. V současné době se již nabízí mnohé možnosti. Ženám lze na nejčastější otázky odpovědět a připravit je na vše, co je v průběhu těhotenství a porodu čeká a tím umožnit ženě případně i jejímu partnerovi, aby porod vnímali jako jedinečný emocionální zážitek a vychutnali si tak společně okamžiky zrození jejich dítěte.

Jedním z řešení jak zmírnit bolest prožívanou ženami během porodu je využití nefarmakologických metod. Setkáváme se s nimi stále častěji a stále více žen dává přednost přirozenosti porodu. Pro ženu i dítě mají nefarmakologické metody tlášení bolesti minimální rizika a vyžadují pouze dobrou přípravu ženy pro jejich využití a ochotu personálu vytvořit ženě dobré podmínky pro jejich aplikaci. Informovanost žen o těchto metodách je základem a měla by se stát součástí přípravy každé ženy na porod. Žena se pak může rozhodnout zda metod využije či ne. Proto právě informování žen o nefarmakologických metodách tlášení bolesti za porodu může přispět k většímu zájmu o tyto metody a pomoci tak ke zmírnění bolesti a snížení strachu z očekávaného porodu.

Jako cíl své výzkumně – průzkumné práce jsem zvolila zjištění míry informovanosti žen o nefarmakologických metodách tlášení za porodu. V praktické části chci zároveň zjistit, jaký je zájem žen o tyto metody, zda předporodní příprava splňuje jejich požadavky z hlediska množství informací o nefarmakologických metodách, od koho by informace rády získávaly a zda by si za nefarmakologické metody byly ochotny připlatit. V teoretické části chci shrnout ucelené informace o nefarmakologických metodách tlášení bolesti za porodu a o porodní bolesti vůbec. Tyto materiály by mohly sloužit jako informační materiál pro ženy, které problematika nefarmakologických metod zajímá a chtěli by tyto metody případně za porodu využít.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VÝVOJ PORODNICKÉ NEFARMAKOLOGICKÉ ANALGEZIE

Nefarmakologické metody tišení bolesti mají své kořeny již v dávných dobách. Jejich vývoj předcházela vývoji metod farmakologických a začátky sahají až do doby kamenné. Jejich počátky je možno pozorovat v chování některých lidských kultur, kde nejprve převládaly přístupy s prvky magickými.

Zpočátku byli lidé přesvědčeni, že bolest člověku způsobují zlí démoni, proti kterým se dá bojovat modlitbami k bohům, kteří jsou lidem nakloněni. Proto byly prvotními metodami právě odhánění zlých démonů, nanášení roští okolo domu nebo sypání soli okolo lůžka rodičky.

V dobách středověku s příchodem křesťanství nahradila magické prvky modlitba k patronkám porodu, kterými byly sv. Margareta ve Francii nebo sv. Alžběta v Sasku. Přelom nastal v zemích, ve kterých se s rozvojem poznání začíná oddělovat racionální medicína od magického světa. Egypťané shromáždili četné poznatky a zkušenosti, jejich učenci se později stali Řekové, kteří své učitele nakonec překonali. Jeden z prvních záznamů o využití nefarmakologických metod se objevil na ostrovech Pago Pago v souostroví Samoa. Žena klečela, zatímco muž, který seděl za ní, ji tlačil svými patami do žeber při každé bolestivé kontrakci. Tímto způsobem byla aplikována „tlaková analgezie“ na dermatomy, kam se přenáší porodní bolest. V perské literatuře se popisuje, že podávání vína ženě během porodu mělo usnadnit zvládnout porodní bolest.

V Číně a jiných zemích jihovýchodní Asie, nacházíme informace o akupunktuře. Z této doby se dochovaly čínské lékařské učebnice, avšak anestézie s pomocí akupunktury je nedávným objevem. Akupunktura byla používána v kombinaci s dalšími metodami jako byla masáž, fyzioterapie, hydroterapie.

Už méně známá akupresura se původně vyvinula ve staré Číně, kde sloužila jako forma první pomoci pro použití v rodinách.

Také hydroanalgezie jako metoda zmírňující porodní bolesti je známá po staletí. V roce 1984 zveřejnil francouzský porodník Michael Odent metodu porodu v bazénu. Podle Odenta má pobyt ve vodní lázni způsobovat nebolestivý průběh porodu, má příznivě působit na svalový a cévní systém rodičky a snižovat její psychické napětí.

V Anglii a v sovětské Ukrajině vznikla jako metoda snižující porodní bolest předporodní příprava, kdy vysvětlením průběhu porodu má být odstraněn strach z porodu. Metoda psychologické psychoprolaxe je dnes ve světě známá jako Lamazova metoda.

Další metodou jejíž historie stojí za zmínku je transkutánní elektrická nervová stimulace (dále jen TENS). Použití této metody jako prostředku mírnění bolestí publikoval Melzak v roce 1965. V rámci porodnické analgezie byla TENS poprvé použita ve Švédsku. V polovině 50.let se objevila metoda abdominální dekomprese. V jihoafrické republice ji popsal a zavedl O. S. Heyns. V České republice se v 60.letech metodě věnoval Antonín Doležal. Od užívání abdominální dekomprese se postupně ustoupilo.

Další užívanou metodou je aromaterapie za využití esenciálních olejů. Ty se využívaly v Číně již tak dávno, že se o nich píše už v nejstarších dochovaných záznamech. Používaly se běžně ve všech starověkých civilizacích. V posledních letech se terapie vůní začíná opět stoupající měrou používat.

Hypnóza byla do porodnictví zavedena začátkem 19. století a od té doby se dosud různým způsobem používá. Její využití však vyžaduje včasnou přípravu ženy a správné odborné vedení dobře proškolenou osobou.

V posledních letech začínají do porodnické praxe pronikat metody nové. Jednou z metod, která byla ještě před pár lety na svém počátku je přítomnost otce u porodu. Je to jedna s nejčastěji využívaných metod. Manžel u porodu poskytuje ženě důležitou oporu a umožňuje tak prožitek oběma rodičům. Mezi jiné nyní využívané metody patří porodní míč, úprava prostředí porodního sálu nebo změny polohy matky.

Všechny nefarmakologické metody tišení bolesti za porodu jsou velmi specifické a mají jedno společné a to, že se snaží ženě efektivně snížit bolest a zpříjemnit jí chvíle prožité na místě, které některé ženy spojují s utrpením, bolestí a nesmírnou námahou. Pomocí nefarmakologických metod můžeme tyto pocity minimalizovat a motivovat ženu k aktivní účasti na porodu. Výsledkem pak mohou být veskrze pozitivní vzpomínky na prožitek jejich porodu.

2 BOLEST

Již Hippokrates učil, že utiřit bolest je zázrak. Světová zdravotnická organizace definovala bolest takto: „Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je výrazy takového poškození popisována. Bolest je vždy subjektivní.“ Receptory bolesti jsou nervová zakončení zvaná nociceptory a vysokoprahové mechanosenzory, umístěné v kůži, ve svalech, kloubních pouzdech, ve stěně trávicí trubice, v srdci a cévách. Některé orgány receptory bolesti nemají, a proto také nebolí. Patří mezi ně tkáň centrálního nervového systému, která bolest sice vnímá, ale sama nebolí, některé tkáně oka, vlastní kostní tkáň, chrupavky a také některé parenchymatózní orgány, jako játra a ledviny. U nich způsobí pocit bolesti jejich obaly, v nichž jsou volná nervová zakončení. Na 1 cm² lidské kůže připadá přibližně 100 volných nervových zakončení vnímajících bolest.

Zdravotnický personál se při ošetřování nemocných setkává z bolestí velmi často, protože je častým příznakem mnoha onemocnění a právě bolest mnohdy člověka do nemocničních zařízení přivádí. Nemocný bolest prožívá jako negativní a velice nepříjemný pocit, který citelně zvyšuje jeho strádání. Být bez bolesti je jedna ze základních lidských potřeb a její odstraňování nebo alespoň zmírňování tvoří jednu ze základních součástí ošetřovatelského procesu. Bolest zatěžuje celý organismus. Na velmi silnou bolest reaguje nemocný jako na každou jinou zátěž. Zároveň bolest ovlivňuje emocionální stránku lidské psychiky a člověka může vyčerpat jak tělesně tak i duševně. Toto vyčerpání zpětně zvyšuje citlivost na bolestivé podmínky. Bolest je pro nás velmi důležitá, protože nás varuje, že něco není v pořádku. Původem bolesti mohou být fyzikální, chemické nebo bakteriální podráždění periferních zakončení nervových vláken, která jsou velmi citlivá na podráždění. Lidé, kteří pečují o klienty trpící bolestmi, si musí nutně uvědomit, že přichází do styku s velmi širokou škálou biologických odlišností a to i odlišností v chování nemocných osob. Bolest nejde vždy jednoznačně vysvětlit a není vždy v souvislosti s poraněním. Zdravotnický personál pečující o klienty trpící bolestmi, by neměl mít pouze znalosti o fyziologii bolesti, ale také multidisciplinární rozhled a také lidskou osobnost brát jako celek fyzických, psychických a sociálních vlastností. Každý člověk je jiný a také jinak prožívá a vnímá bolest, proto musíme dnes a denně brát v úvahu individualitu jednotlivých lidí a mít v tomto směru neustále profesionální přístup. Bolest může být různě silná a čím je silnější, tím více nemocného subjektivně i objektivně sužuje. Bolest je pocíťována velmi individuálně a proto byly vyvinuty metody, které

pomáhají pocit bolesti nemocného kvantitativně vyjádřit. Mezi hodnotící metody patří: bolestivé chování, verbální stupnice, vizuální škály, dotazníky.

2.1 Typy bolesti a faktory ovlivňující vnímání bolesti

Jedním z problémů při léčbě bolesti je to, že tento jev je zcela subjektivní. Pouze sám člověk ví kde ho bolí, jak moc ho bolí a jaký druh bolesti pociťuje. Při diagnostice a léčbě bolesti se lze spoléhat pouze na popis, který nám daný člověk poskytne, abychom zjistili potřebné informace a to o jaký typ bolesti jde, jak je silná a odkud vychází. Rozlišení typů bolesti se říká fenomenologie bolesti a mezi základní typy patří:

- a) Akutní bolest – trvá poměrně krátce a signalizuje poškození tkáně, dostaví se okamžitě po bolestivém podmětu, je to většinou bolest ostrá a pálivá. Akutní bolest se většinou neopakuje s výjimkou akutních záchvatů opakovaných bolestí, jakými jsou například migrény nebo koliky.
- b) Chronická bolest – je dlouhodobá, ztrácí svůj biologický smysl, bývá většinou tělesným, psychickým a sociálním destrukčním faktorem. Dochází při ní k rozvoji určitých změn, jako například: nespavost, nechutenství, sociální izolace, podrážděnost, deprese. Odborný název pro tyto metody je klinický syndrom bolesti.
- c) Projikovaná – přenesená bolest – její původ je lokalizován jinde než v orgánu, v němž je bolest pociťována. Místo kde je bolest pociťována a místo kde je bolest stimulována, však zásobuje jeden nebo sousední nerv. Výsledkem může být projev zánětu apendixu bolestí v místě pupku.
- d) Povrchní bolest – postihuje převážně kůži nebo sliznice, v některé literatuře se o ní mluví jako o bolesti kožní. Existuje pro ni mnoho nervových receptorů, které mohou být aktivovány mnoha podměty (tepelnými, mechanickými, chemickými, elektrickými)
- e) Hluboká bolest – není vždy jednoznačně lokalizována, má difúzní charakter. Nervové receptory v jednotlivých orgánech jsou méně soustředěné oproti receptorům v kůži.

Každý člověk je na bolest jinak citlivý a není to dáno pouze genetickými dispozicemi. Na vnímání bolesti má podíl mnoho vlivů, které jsou buď exogenního nebo endogenního původu. U vnímání bolesti hrají velkou roli tyto faktory:

- a) vrozený typ nervové soustavy – lidé se zvýšeným neuroticismem a úzkostí mají nižší práh bolesti a introverti mají nižší práh bolesti než extroverti
- b) předchozí zkušenosti člověka, způsob jeho výchovy – člověk se již ve velmi raném věku naučí reagovat na bolest podle určitého, pro něj typického modelu
- c) momentální psychický stav – strach z diagnózy, vyšetření nebo zákroku mohou vnímání bolesti prohloubit
- d) pohlaví a věk člověka – v průběhu vývoje člověka se mění vnímání bolesti a zkušenost s ní a starší člověk dokáže bolest lépe identifikovat a reagovat na ni
- e) příslušnost k určité etnické skupině
- f) nedostatek spánku, nepohodlí, sklíčená nálada
- g) neznámé prostředí, nedostatek spánku
- h) denní doba – během dne je bolest pro člověka snesitelnější a během noci dochází často k jejímu zhoršení

2.2 Bolest v životě ženy a psychologický přístup k ženám trpícím bolestmi

Bolest provází ženu celým jejím životem. Je s ní od útlého dětství až do období pozdního senia. Bolest je u některých žen spojena s růstem prsou, s menstruací, s ovulací, často s prvním stykem, otevíráním branky v průběhu porodu a s porodem vůbec. Bolest nemusí být však pouze fyzická. Může jít také o bolest při ztrátě někoho blízkého, bolest spojena se zklamáním, nevěrou nebo ztrátou svého ženství (hysterektomie, ablace prsu). Oproti mužům dávají ženy daleko více najevo, že je něco bolí a daleko lépe snáší každou nemoc. Muži chtějí být v nemoci opečováváni, ženy jsou zvyklé snášet bolest sami. Ženy k tomu vede již výchova. Mužům je vkládáno, aby byli tvrdší a ženám se říká, že co je bolí teď, je ještě málo a to co přijde bude ještě horší.

S přístupem k ženám trpícím bolestmi se setkáváme nejen v nemoci, ale také za porodu. V tomto případě jde o bolest očekávanou, na kterou se žena po dobu svého těhotenství připravuje. I přesto je nutný citlivý přístup, kdy je třeba dát ženě najevo naši náklonnost a soucítění. Empatie bolest zmírňuje a napomáhá jejímu překonání. Dalším cílem v přístupu k ženě trpící bolestí je zapojit ji samotnou do snahy zmírnit bolest jako partnera a ne jako

osobu závislou. Žena tak získá jistý pocit kontroly, který snižuje intenzitu bolesti. Další strategií je zjistit postoj ženy k analgezii a zdůraznit, že zmírnění bolesti je dostupné v rámci ošetrovatelské péče. Ženu vedeme tak, aby uměla na bolest reagovat a správně ji ventilovat. Ženu učíme aby uměla vyjít vstříc svému tělu (tančit, pohupovat se), aby se uvolnila a nebyla potichu a v sevření, protože jak již dávno řekl Marcus Tullius Cicero: „V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje-li se její projev. Slzy, jež polykáme, jsou mnohem bolestnější těch, které proléváme.“ Žena musí vědět, co se v jejím těle děje, co ona sama dělá a jakým způsobem může pomáhat. Bolest nezávisí na míře podmětů, ale na zpracování bolesti vlivem lidí, kteří jsou v přítomnosti člověka s bolestí.

3 BOLEST ZA PORODU

Porodní bolest je přirozený stav, který doprovází téměř každý porod a je jedinou bolestivou reakcí člověka, jejíž vznik není podmíněn nemocí, ale má zcela fyziologickou příčinu. V porodní bolesti se prolíná její fyziologický význam s patofyziologickými mechanismy. Škála bolesti prožívaná během porodu je velice široká a stejně široká může být také reakce na ni. V průběhu porodu pociťuje většina žen během kontrakcí bolesti různé kvality a intenzity. Porodní bolesti jsou lokalizovány do oblasti podbříšku, do oblasti kříže nebo do obou míst. Bolest do podbříšku je častější a jejich křivka kopíruje děložní kontrakce. Bolest v zádech bývá kontinuální. Porodní bolesti vznikají stahem děložního svalstva, rozpínáním dolního děložního segmentu, napětím děložních vazů, tlakem hlavičky na pánevní nervové pleteně, nedostatkem krve děložního svalu za kontrakce, a i změnami napětí svalstva pánevního dna a břišní stěny. Intenzivní bolest způsobuje změny ve smyslu útlumu gastrointestinálních funkcí, retence moče, útlum děložní činnosti, zvýšení srdečního výkonu, arteriálního tlaku, hyperventilaci, která může vést k respirační alkalóze a poklesu krevního průtoku dělohou a tím ohrožuje plod hypoxií. Bolest může přímo souviset také se stresem a nelze ji od něj zcela oddělit. Při velmi intenzivní bolesti se mohou objevit dva fenomény: stresová analgezie, jejímž vlivem práh bolesti stoupá nebo senzitivace, při které se práh bolesti naopak snižuje. V porodní bolesti lze vidět určitou jistotu a to že bolest přijde a zase odejde, nastane kontrakce a po ní relaxace. Porodní bolest nás také ujišťuje, že jsme zranitelní. Pozitivní význam bolesti je v perspektivě, bolest ženu za porodu motivuje, protože má dohledný cíl na jehož konci čeká odměna pro kterou stojí za to se s bolestí poprat. Bolest jež žena vnímá za porodu také napomáhá k poutu mezi ní a dítětem, ale také napomáhá tomu, aby žena vnímala sama sebe. Při porodní bolesti dochází k produkci endorfinu – hormonu štěstí. V určitých fázích porodu je bolest jiná.

Otevírací doba – I. doba porodní. Zahrnuje časové období od prvních pravidelných kontrakcí až po úplné otevření děložního hrdla a zajetí branky. U prvorodiček toto období trvá 10 až 12 hodin a u vícerodiček 6 až 8 hodin. V I. době porodní se současně natahuje dolní segment a dilataje se děložní hrdlo. Převládají bolesti viscerální, které odpovídají kolikovitým bolestem dutých orgánů. Intenzita bolestí závisí na vzniklém tlaku a síle kontrakcí a zvyšuje se v souladu s pokročilostí dilatace děložní branky. Bolesti otevírací fáze pociťují rodičky v podbříšku. Táhnou se od pupku do slabin a po stěně od hřebene kosti kyčelní až k velkému trochanteru a manifestují se v zádech jako bolesti v kříži. Dolní děložní segment a

děložní hrdlo, stejně jako perigeum se ve srovnání se zbývajícími úseky porodních cest nejhustěji zásobeny senzitivními nervovými vlákny, tlak na ně se postupně zvyšuje a dosahuje svého maxima v době, kdy došlo k jejich maximální dilataci.

Vypuzovací doba – II. doba porodní. Zahrnuje časové období mezi úplným otevřením hrdla (10 cm) – zajitím branky a porodem plodu. Trvá u prvorodiček asi 30 – 40 minut a u vícerodiček 20 – 30 minut. Neměla by překročit časovou mez 60 minut, aby neohrozila plod. Ve II. době porodní jde hlavně o bolesti somatické, které vycházejí převážně z perineální oblasti inervované n. pudendus. Bolesti jsou v této fázi vyvolány následujícími mechanismy: déletrvající a stupňující se děložní stahy, roztlačování měkkých tkání pánve – měkkých cest porodních a tlak na kořeny plexus lumbosacralis oddíly plodu, prostupujícími pánví. Kromě bolesti v této fázi pociťuje rodička navíc nucení k současnému přitlačování použitím břišního lisu, které je vyvoláno Fergusovým syndromem.

4 HISTORIE PSYCHOPROFYLAXE

Příprava těhotných žen k porodu vznikla jako metoda porodnické analgezie. Původním smyslem této metody bylo minimalizovat porodní bolesti. Vyvinula se z hypnosuggestivní metody, ze snah o vedení porodu v hypnóze a první zpráva je z roku 1833. V prvopočátku se této metodě říkalo magnetismus. O zavedení hypnózy do porodnictví ve větším rozsahu se postaral von Oettingen v Heidelbergu. Z hypnózy se v pozdější době vyvinula porodnická psychoprolaxe, které je využíváno až dodnes. Této metodě se dnes říká Lamačova metoda. Nezávisle na hypnosuggestivní metodě se ve 30. letech vyvinula metoda přirozeného porodu, kterou vytvořil Dick Read v Anglii. Jeho metoda později splynula s porodnickou psychoprolaxí.

Přirozený porod – Radova metoda

Dick Read publikoval svoji metodu v roce 1933. Základem byl bludný kruh reakcí úzkost – napětí – bolest. Read popisoval, že úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což způsobuje napětí dolního děložního segmentu. Výsledkem je ischemie, která vede k bolesti. A proto je třeba bojovat proti úzkosti a napětí. Úzkost je třeba snížit tím, že porodník tráví u rodičky většinu času, o kontrakcích je třeba mluvit jako o stazích a ne jako o bolestech a na porodním sále minimalizovat množství nástrojů. Důležité je také snažit se napětí snížit nácvikem svalové relaxace. Příprava podle Dick Reada byla zjednodušena na nácvik tří základních cviků podle Tuppera:

1. hluboké dýchání v první době porodní
2. rychlé dýchání na konci první doby porodní
3. nácvik tlačení

Po té co vešla ve známost metoda porodnické psychoprolaxe, začala Radova metoda přebírat některé její postupy a po nějakém čase s ní splynula.

Porodnická psychoprolaxe – Lamazova metoda

Vznikla v Leningradu. Jejím zakladatelem a hlavním představitelem je psychiatr Velvovskij. Jde o aplikaci Pavlovovy fyziologie CNS na porodní děj. Příčina porodních bolestí je podle něj buď v podmíněném reflexu nebo v negativních emocích ženy nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v kůře mozkové. Začátkem 50. let se tato metoda rozší-

řila po celém světě a byla masově propagována. Rozvětňuje se na školu Sovětskou a Francouzskou.

Sovětská škola – přípravu tvoří šest sezení a každé je složeno ze tří částí:

1. lékařské celkové a porodnické vyšetření
2. teoretický kurz a praktické cvičení
3. fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku

Příprava probíhá ve 36.-38. týdnu těhotenství. První sezení je individuální a náplní je analýza anamnézy. Další sezení jsou již skupinová. Náplní druhého sezení je mechanismus porodu a možnosti potlačitelnosti porodní bolesti. Třetí a čtvrté sezení se věnuje první době porodní a cvikům proti bolesti (hluboké dýchání za kontrakce, změkčení břicha v rytmu dýchání, tlak dlaní na svaly Michaelisovi routy). Páté sezení se soustředí na druhou dobu porodní a poslední je shrnutí.

Francouzská škola

Lamaze psychoprofylaktickou metodu do jisté míry upravil. Návčik dýchání je již jiný, užívá se dýchání povrchního, zrychleného nebo vzdychavého. Namísto uvolněného klidu se užívá relaxačních technik. Lamazovým žákem byl Vellay, kterým francouzská škola pokračovala. Vellay navrhl jakoukoli porodní medikaci, protože k vytvoření emočního vztahu matky a dítěte je nutné, aby žena prožila porod bez farmakologického ovlivnění. Od Vallaye už vede přímá cesta k jeho žáku Leboyerovi, který je autorem tzv. něžného porodu. Jeho metoda nazývaná podle něj Leboyerova má ustálené zásady: šero, ticho, dítě se po porodu položí na nahé břicho matky, je jemně masírováno, pupečník se nechá dotepat, pak se dítě položí na 5 minut do vody o teplotě 38° C. Jakákoli medikace je vyloučena.

Krize psychoprofylaktické přípravy těhotných se dostavuje v období 70. let, kdy nadšení pro tuto metodu silně klesá a to z důvodu, že analgetický účinek je nedostatečný a neuspokojivý.

Koncem 70.let se začal porodní bolestí zabývat kanadský fyziolog Melzack, autor vratkové teorie bolesti a jedna z největších světových autorit v oblasti bolesti vůbec, který k měření porodní bolesti použil svůj vlastní dotazník. Ve svém výzkumu došel k závěru, že porodní bolesti patří k těm nejtěžším. V souvislosti s psychoprofylaktickou přípravou přišel s myšlenkou, že je nutno ženy připravovat nejen na porod fyziologický, ale také na kompli-

kace, které mohou nastat. Ukázalo se, že ženy připravené klasickým způsobem vstupují do porodu s nerealistickými představami a nevědí přesně co je čeká a z toho později plynou psychologické komplikace, pocity selhání, viny a negativní pocity vůči sobě.

5 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY TIŠENÍ PORODNÍ BOLESTI

Studie o přenosu bolesti přinesly v uplynulých dvaceti letech mnohá zajímavá zjištění. Většina z nich se aplikují při úlevě od porodních bolestí jako nefarmakologické metody. Některé z nich jsou oživením tradičních postupů, zatímco jiné byly nově vyvinuty. Požadavky pro podání porodnické analgezie jsou následující:

1. neovlivnit negativně fyziologii rodící ženy
2. neovlivnit negativně fyziologii děložní činnosti
3. neovlivnit negativně fyziologii plodu a později novorozence
4. analgezie by měla mít dostatečný analgetický účinek

Nefarmakologické metody tišení bolesti lze rozdělit na:

Psychologické metody tišení bolesti – předporodní příprava, přítomnost otce u porodu, hypnosa, audioanalgezie, úprava prostředí, aromaterapie.

Fyzikální metody tišení bolesti – Relaxační masáže a léčba dotekem, hydroanalgezie, abdominální dekomprese, transkutánní elektrická nervová stimulace, stimulace porodní bolesti pomocí dýchání, porodní míč, působení povrchového tepla a chladu, polohy matky a změny polohy.

Akupunktura, akupresura

5.1 Psychologické metody tišení bolesti za porodu

Vědomí, že se při porodních bolestech nejedná o ohrožující zážitek, který by přinášel nebezpečí pro matku a plod, ale naopak fyziologický pochod je důležitý psychologický faktor pro odstranění pocitu strachu z porodu. Jsou určeny nejen pro speciální případy, jako jsou velmi úzkostné ženy, ale pro každou ženu jdoucí k porodu.

5.1.1 Předporodní příprava

Nutným předpokladem pro dobrý průběh těhotenství a porodu je informovaná a připravená rodička i její partner. K úspěšné práci porodnického týmu je potřebná dobrá spoluprá-

ce mezi lékaři, porodními asistentkami a rodičkou. Strach vyvolává svalové napětí a to vyvolává bolest, a proto je úkolem předporodní přípravy snižovat míru strachu a nacvičit relaxaci ženy. Počátek této péče je již v ambulantní péči. Cílem přípravy je, aby žena přicházela do porodnice připravena nejen po stránce fyzické, ale i psychické a byla seznámena s prostředím i personálem. Předporodní příprava je dnes již detailně propracována. Za účelem komplexní přípravy rodičky jsou v mnohých porodnicích organizovány specializované kurzy. Tyto kurzy ve většině případů vedou porodní asistentky. Tématika bývá rozdělena do jednotlivých lekcí. Každá přednáška bývá doplněna nejrůznějšími diapozitivy, videoprogramem nebo praktickou ukázkou. Většinou je součástí předporodní přípravy také cvičení pro těhotné, které vede buď rehabilitační pracovnice nebo proškolená porodní asistentka nebo plavání pro těhotné, vedené opět porodní asistentkou. Budoucí rodiče se účastní také prohlídky porodního sálu, oddělení šestinedělí a tak se zároveň seznamují i s personálem těchto oddělení.

Předporodní přípravu nelze soustředit pouze na odstranění strachu z porodu. V širším smyslu si klade předporodní příprava za cíl:

- informovat ženu o správné životosprávě v těhotenství
- informovat oba rodiče o pracovních a sociálních důsledcích těhotenství
- seznámit ženu i partnera s průběhem porodu, včetně porodnických operací
- informovat partnery o různých možnostech analgezie za porodu
- seznámit ženu se zásadami péče o dítě

Tyto informace je nutné ženě poskytnout již v těhotenství a to v určitém emocionálně vyhraněném období, aby měly pro obě strany cílený výsledek spolupráce za porodu.

Výzkumy prokázaly, že rodičky, které absolvovaly kurzy předporodní přípravy mají menší potřebu analgetik, lépe zvládají stresové situace, které se během porodu mohou vyskytnout, lépe spolupracují během celého porodu a zejména v druhé době porodní. Celkově mají menší procento porodnických komplikací a mají celkově lepší sebehodnocení, pocit jistoty a sebedůvěry.

5.1.2 Přítomnost otce u porodu

Od doby, kdy první tatínci chodili k porodu a kdy to byla spíš rarita, už uplynulo mnoho let. V současné době počet partnerů u porodů vzrostl natolik, že je téměř méně žen, které přijdou rodit samy. Většina žen jdoucích k porodu si přeje prostou přítomnost svého muže či partnera, přejí si s ním sdílet nejen krásné, ale také náročné okamžiky svého vlastního i společného života. Jedním z důležitých předpokladů přítomnosti otce u porodu je dobrá příprava muže na pobyt v porodnici, aby byl opravdu plnohodnotným partnerem mamince, aby jí pomáhal jak fyzicky, tak psychicky a byl jí velkou oporou. Úloha partnera u porodu nezačíná samotným porodem, ale daleko před tím, už v průběhu těhotenství. Otázku přítomnosti otce při porodu by měli nastávající rodiče prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci gravidity. Muž nemůže být nucen, aby byl přítomen porodu, když by chtěl být raději někde daleko pryč. Co může být pro jednoho pozitivním zážitkem, může být pro druhého těžkým psychickým traumatem. Nikdo nemá právo vyžadovat ani od ženy, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když je jí to nemilé.⁽⁷⁾ Přítomnost otce u porodu má přínos jak pro ženu, tak pro muže. Žena cítí velikou lásku a náklonnost svého muže, muž jí dodává odvahu a uklidňuje ji a žena nemá pocit, že je sama mezi cizími lidmi. Pro muže má tato zkušenost také nesporný význam a to v prohloubení vztahu s ženou a také dítětem, zvětšením obdivu k ženě a k výkonu který podala, muž zažívá nezapomenutelný pocit štěstí, když se poprvé dotýká svého dítěte.

Před tím, než bude muž doprovázet svoji partnerku do porodnice, by měl doprovodit nastávající maminku na některou z předporodních kontrol, absolvovat s maminkou předporodní kurz a také kurz kojení a péče o dítě, měl by vědět co od porodního procesu může očekávat a společně by měli pozorovat děťátko a podporovat již vazbu mezi dítětem a rodiči. Vhodná je také společná návštěva porodního sálu. Oba rodiče by již měli mít také představu, jak se podělí o péči o dítě. V neposlední řadě by měl muž znát a respektovat určitá pravidla, kterými lze nepředvídatelným situacím předcházet – dodržováním pitného režimu, volným a příjemným oděvem, který nezpůsobuje hyperemii a snadnou orientací při hledání sociálního zařízení. Pokud ženu doprovází takto připravený partner, je plnohodnotnou podporou ženě a napomáhá tak snížení vnímání porodní bolesti.

5.1.3 Hypnóza

Hypnóza je definována jako – dostatečně změněný stav vědomí, který zvyšuje sugestibilitu jedince. Metoda hypnózy je založena na skloubení silné sugesce a distrakce, což je izolace nebo odloučení se od nepříjemného zážitku a koncentrace na jiný, naopak velmi příjemný zážitek. K využití hypnózy musí být splněny dva požadavky – žena musí být dostatečně sugestibilní (potřebnou míru individuální sugestibility má jen 25% rodiček) a hypnotizér musí být zvláště zkušený odborník. Osoba v hypnóze vykazuje tělesnou a mentální relaxaci, zvýšenou soustředěnost a schopnost kontrolovat fyziologické reakce, jako jsou krevní tlak, srdeční frekvence nebo průtok krve. Většina hypnotizérů vyučuje autohypnózu a ženy se tak mohou v průběhu porodu dostat do transu a omezit vnímání bolestivých vjemů. Nejvíce užívanými technikami jsou relaxace, vizualizace a anestezie. Relaxace spočívá v naučení uvolňovacích technik. Vizualizace pomáhá ženě představit si bezpečné a příjemné situace a v nich sebe a napomáhá jí představit si svou bolest jako zanedbatelnou záležitost a odpoutat se od ní. U anestezie jde o sugesci pocitu tuposti v jedné ruce a jejím uložení na určité místo kdekoli na těle umožníme přenesení téže tuposti na toto místo. Žena se většinou učí tyto techniky používat sama a hypnotizér jí k porodu nedoprovází. Dále se využívá posthypnotické sugesce, která má ženám zajisti, že se při porodu cítí pohodlně. V současné době hypnóza v porodnictví ztratila na popularitě, jelikož se vyvinuli jiné metody tišení bolesti a také kvůli časové náročnosti hypnotické přípravy.

5.1.4 Audioanalgezie

Hudba a audioanalgezie se používá k ovládní bolesti v řadě situací. Jak v tišení bolesti za porodu, tak v pooperačním období. Audioanalgezie zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti reorganizací aktivity kůry mozkové. Podstatou je dráždění sluchového centra během kontrakcí. Využívá se bílého šumu, který žena za porodu poslouchá ze sluchátek. Jde o směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě, připomínající zvuk zurčící vody. Žena si tuto audiotechniku sama ovládá a během děložních kontrakcí si může podle svých pocitů zesilovat nebo zeslabovat intenzitu zvuku. Metoda audioanalgezie je pro matku a plod zcela neškodná a jediným negativem je její nízký analgetický účinek. Většina porodních asistentek vedoucích porodní kurzy využívají hudbu k vytvoření klidného a relaxačního prostředí a podporují její užití za porodu k navození relaxace. V předporodní přípravě se ženám k porodu navrhuje podání oblíbené hudby z vlastních audiokazet. Další z možností je podání

různých hudebních motivů a kompozic, které mají osvědčený psychický a relaxační účinek. Nejlépe se osvědčuje, pokud si ženy donesou svoji oblíbenou hudbu, při které jsou zvyklé relaxovat i v běžném životě. Relaxační hudba je vhodný doplněk pro všechny ostatní metody porodnické analgezie. Příjemné vlastnosti hudby mohou napomoci také jinde a to pokud je třeba odblokovat různá vyrušování a nepříjemný hluk. Při vhodném výběru je možné hudbou podpořit také účinek rytmického dýchání a masáže, usnadnit vizualizaci a hypnózu. Hudba tedy snižuje nadměrný stres a posiluje tolik žádaný efekt analgezie.

5.1.5 Úprava prostředí

Prostředí porodního sálu je jedna z věcí, která na rodičku přicházející na porodní sál působí. Podvědomě každá žena vnímá a hodnotí prostornost, světlost a celkovou útulnost místnosti. Už první momenty mají velký význam, protože pozitivní působení na pocity a vjemy rodičky je jedním ze základních předpokladů vedení porodu. Cílem úpravy prostředí je odbourat v ženě pocity nedůvěry a nejistoty, které může v cizím prostředí pociťovat. A protože má každý člověk určitý pocit jistoty a důvěry spojen s domovem, snažíme se i mi vytvořit ženám podmínky domova a určité útulno domova v průběhu porodu. K intimitě prostředí napomáhá tlumené světlo, místnost vymalovaná teplejšími odstíny. Místnost musí být dobře větratelná. Dnes se již ustupuje od světlých prostor a bílých kachlíků, které vzbuzují pocity naprosté sterility. Velikost místnosti musí odpovídat funkčním požadavkům a prostor musí být dostačující k vedení porodu a zároveň nenarušovat pocit pohodlí a jistoty ženy. Dobré je také minimalizovat na nejnižší možnou míru množství nástrojů uložených na porodním boxu před porodem. Sociální zařízení v blízkosti nebo přímo v porodní místnosti také přispívá k pocitu intimity. Při vstupu na porodní sál by měl být pár obeznámen s prostorem, s umístěním sociálního zařízení, se signalizací a různými pomůckami, které mohou v průběhu porodu využít. Příznivý vliv na psychiku páru a motivaci ženy mají také obrazy z motivy novorozenců. Ke zpříjemnění prostředí napomáhá také možnost využití magnetofonu s vhodně vybranou relaxační hudbou a využití aromalamp s vůní, kterou si sama rodička vybere. Místnost by měla být uzpůsobena tak, aby do ní nedoléhal případný hluk z vedlejších porodních místností a možný ruch chodu oddělení. Některé ženy velice negativně snášejí bolest druhých žen, kterou slyší z jiného boxu a právě tento moment může být vyvolávajícím činitelem pro vznik strachu, úzkosti, svalového napětí a výsledně ke zhoršení porodních bolestí. S prostředím porodního sálu by se měl pár seznámit ještě před za-

čátkem porodu, aby vstupovali už do známých míst. Zařízení, interiér, souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry a profesionality.

5.1.6 Aromaterapie

V posledních letech se používá terapie vůní stoupající měrou. Jde o použití olejových esencí. Mohou se využít různými způsoby, včetně olejů k masážím, horkých vodních koupelí, lázní nohou, potírání dlaní, hřbetu rukou nebo předloktí rodičky nebo aplikovat teplou utěrkou na tvář. Oleje mají řadu specifických vlastností. Éterické oleje používané v aromaterapii účinkují mnoha způsoby. Nejběžnější je prostřednictvím čichu, díky kterému na nás působí cestou psychickou i fyzickou. Mohou také pronikat kůží do krevního řečiště a to při koupeli nebo masáži. Aromaterapie omezuje stres a napětí rodičky, personálu a doprovodu. Aromaterapie se používá již v období těhotenství, k přípravě hráze na porod, v průběhu porodu v jednotlivých fázích, po porodu a také v období šestinedělí. Pokud se soustředíme na porodní období a na analgetický účinek aromaterapie, musíme počítat se skutečností, že tato metoda je doplňkem jiných metod tišících bolest. Přesto, že ženy tuto metodu hodnotí jako účinnou a příjemnou, je její analgetický účinek poměrně nízký. Ve spojení s jinými metodami má však aromaterapie velice dobré výsledky. K užívání éterických olejů je nutno obeznámit se s důležitými doporučeními: éterické oleje je nutné před použitím zředit ve vhodném nosiči, začínáme s minimálním ředěním éterických olejů (příliš intenzivní vůně se těžko zbavuje), nepoužívat více jak 2% ředění, pozor na interakci éterických olejů s léky, při používání homeopatik neaplikovat mentol a eukalyptus, žena si musí vybrat vyhovující vůni. Rostliné extrakty se dělí podle použití na: uvolňující, posilující kontrakce, kombinované, relaxační. Možnosti užití některých éterických olejů:

Levandule - urychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů, uklidňuje, ale užití není vhodné při nízkém krevním tlaku.

Heřmánek římský - snižuje bolestivost a svalové křeče, snižuje horkost, působí protizánětlivě, pomáhá od pocitu vzteku a podráždění.

Cedr – dodává energii a dodává vnitřní klid.

Černý pepř – používá se v minimální koncentraci, má výrazný analgetický a stimulační účinek, podporuje vytrvalost, účinně prokrvuje svalstvo.

Hřebíček – používá se ke konci druhé doby porodní, pomáhá postavit se k porodu čelem, uvolňuje porodní cesty, podporuje děložní kontrakce, urychluje porod.

Kadidlo – posiluje dělohu a děložní stahy, harmonizuje dýchací proces při porodu, dodává potřebnou podporu, přerušuje vazbu na minulé porody.

Skořice – používá se ve velmi nízké koncentraci, vyvolává stahy dělohy, uvolňuje křeče, je výrazně antiseptická, zahřívá při pocitu chladu za porodu.

5.1.7 Soustředování a rozptylování pozornosti

Velká většina metod, které jsou zaměřeny na zvládání bolesti, zahrnují vědomou účast člověka při soustředování nebo v opačném smyslu rozptylování pozornosti s hlavním cílem nemyslet na bolest. Soustředování pozornosti je za porodu využíváno hlavně při povzbuzení ke koordinovanému dýchání. Dýchání pak přispěje také k dobrému okysličení. Rozptylování pozornosti je pasivní forma soustředování. Využívány jsou podmínky z okolí, jako televize, rádio, vycházka z pokoje, jiní lidé, kteří odpoutávají pozornost rodičky od porodních bolestí. Tato metoda nevyžaduje tolik psychického soustředění jako metoda soustředování pozornosti. Při velké bolesti má tato metoda pravděpodobně velice malý účinek. Soustředování a odpoutávání pozornosti je vhodné kombinovat s dalšími účinnými metodami tišení bolesti.

5.2 Fyzikální metody tišení bolesti

5.2.1 Relaxační masáže a léčba dotekem

Masáže v těhotenství a za porodu mají velký vliv na psychický a fyzický stav ženy. Přinášejí jí uklidnění a hlavně úlevu při mnoha potížích, jako jsou bolesti v oblasti beder, v oblasti kostrče nebo sedacího nervu, ramen nebo lopatek. Důležitý je individuální přístup ke každé ženě. Používání nejrůznějších forem doteků přináší ženě podmínky, které snižují bolest. Masáž je metoda odrážející instinktivní potřebu dotýkat se bolavého místa. Je to metoda navozující uvolnění, povzbuzení, zbavuje úzkosti a bolesti a přináší důležitou duševní sílu. Cílem masáže je, aby se ženy cítily lépe, ulevilo se jim od bolesti a usnadnila se relaxace. Položením své ruky na bolestivé místo, hlazením po vlasech, laskavé gesto nebo objektů, předává rodičce zprávu o péči a vůli být s ní a pomáhat jí. Rozhodnutí zda žena bude chtít být za porodu masírována je pouze na ní. Některým ženám je dotek příjemný a některé

ženy ho mohou vnímat nelibě. Masáž by měla být prováděna na porodním sále po vytvoření příjemného prostředí. Osoba provádějící masáž by měla mít teplé a hladké ruce, bez prstenů a hodinek, aby nedošlo ke zranění. Také je důležité zajistit ženě pohodlnou polohu, používají se speciální židle nebo polštáře, může ležet na boku, sedět na rehabilitačním porodním míči, sedět obkročmo na židli nebo stát s rozkročenýma nohama a lokty se opírat o lůžko vysunuté do výšky. Před masáží by se měla žena několikrát zhluboka nadechnout, což přivodí uvolnění. Masírující osoba (porodní asistentka, doprovod, samotná žena), začíná masírovat s rukama namočenýma v masážním esenciálním oleji – vůně dle výběru, vhodné je tento olej nahřát. Při masáži využíváme hnětení, hlazení, chvění.

Mimo kontrakce – navozujeme relaxaci hnětením šíje, hlazením páteře ve směru ze shora dolů, hlazením břicha. Masírujeme nejprve jemně a tlak postupně zvyšujeme, jak je to ženě příjemné. Pohyby při masáži jsou pomalé.

Křížové bolesti – masáž můžeme provádět dlaní ruky, hlazením křížové krajiny pěstí ruky, silnějším hnětením křížové krajiny nebo masážním válečkem.

Bolesti v podbříšku – masáž provádíme hlazením nebo silnějším třením malíkovými stranami obou rukou od symfýzy směrem do třísel.

Jako pomůcky k masáži jsou využívány masážní válečky a míčky z různou tvrdostí gumy nebo dřeva, tenisové míčky. Nejvhodnější jsou ruce, které jsou teplé a jemné.

5.2.2 Hydroanalgezie

Bolest zmírňující účinky vody, horké nebo studené, tekoucí nebo napuštěné se v medicíně využívají po staletí a jsou jistě známy každému z nás. Vodoléčba neboli hydroterapie využívá nejen účinků vody teplé či horké, ale také studené. Tyto metody se začaly opět uplatňovat v průběhu posledních 20 let. Výzkumy prokázaly, že taktilní a nebolestivá stimulace tlumí přenos bolestivých impulsů do vyšších etází CNS. Použitím teplé vody lze zmírnit některé typy bolesti a proto jí lze přisuzovat analgetické účinky. Své široké uplatnění proto nachází také v porodnictví. V průběhu porodu teplé vodě přisuzujeme příjemné pocity, které mají navozovat vyplavování endogenních opioidů a současně nižší produkci katecholaminů, dochází také k rychlejší dilataci děložní branky, zkrácení porodu a nižší četnost perineálních traumat a operačních intervencí. Zdůrazňován je hlavně relaxační účinek, který nejen uleví bolesti, ale omezí také užití farmakologických metod. Další výhodou

je zvýšená kontrola ženy nad prostředím porodu a přivedení dítěte na svět jemnějším způsobem. V porodnictví lze k hydroanalgezií využít koupele v porodní vaně, relaxační sprchy, horkých či studených obkladů, termoforu, který je přikládán na oblast beder.

Za základní metody hydroanalgezie u porodu považujeme:

- relaxační koupel
- intradermální injekce sterilní vodou

Relaxační koupel

Žena využívá v průběhu porodu přerušovaně vodní lázně ve speciální vaně, ale vlastní porod dítěte již probíhá mimo lázeň. Výhodami je nadlehčování ženy při změnách polohy, navození psychické a částečně i fyzické relaxace. Pro kontrolu ozev plodu má již většina porodnic speciální sondy a proto je ženě poskytnut nejvyšší možný komfort. Tuto metodu je možno kombinovat s jinými nefarmakologickými metodami jako je aromaterapie, masáž. Využití relaxační koupele má i své kontraindikace, kterými jsou – DM, všechny krvácivé stavy, kardiopatie, hepatitis a HIV matky. Metoda relaxační koupele je užívána pouze u fyziologických porodů.

Intradermální injekce sterilní vodou (obstříky)

Jde o intradermální podání vody do oblasti okolo os lacrum v množství 0,1 ml sterilní vody. Úleva nastupuje za cca 30s. Účinkem je úleva od sakrální bolesti a to redukcí přenosu bolestivých impulzů, směřujících do CNS. Tuto metodu je možné opakovat díky její jednoduchosti. Nevýhodou je nízká analgetická efektivita.

5.2.3 Abdominální dekomprese

Tato metoda byla zavedena do praxe v polovině 50. let. Sloužila ke zkrácení porodu a omezení porodních bolestí. Zprávy o této metodě zprvu zněly velice pozitivně, ale v současné době této metody žádná z porodnic nevyužívá. V České republice se v 60. letech této metodě věnoval Antonín Doležal, který dekompresní přístroj zkonstruoval a pracoval s ním na porodním sále Gynekologicko – porodnické kliniky Univerzity Karlovy v Praze. Od metody se upustilo z důvodu nedostatečného účinku tišení bolesti. Dalším důvodem byly stížnosti žen na nepohodlí při užití aparátu. Přístroj byl při použití velice hlučný a vzbuzoval svírající a omezující pocity. Principem abdominální dekomprese je aplikace negativního tla-

ku nad bříškem rodičky. Ženu obepíná od dolních končetin až po hrudník neprodyšný vak. Nad břichem a pod bedry je umístěn krunýř, který oddaluje vak od těla. V krunýři je otvor pro kontrolu ozev a zařízení k odsávání vzduchu. Vak přitlačuje hrudník a dolní končetiny, pod krunýřem se zvětšuje obvod břicha o 8cm. Děloha se zvedá, vejčitý tvar se zvedá ve sférický a tím je zesílen dilatační efekt kontrakce na děložní branku. Na mateřské straně se zvyšuje krevní zásobenění nad oblastí placenty. Nastává úleva od bolesti navozená zřejmě změnou krevní distribuce, relaxací svalstva přední stěny břišní a také oblasti bederní.

5.2.4 Transkutánní elektrická stimulace (TENS)

Transkutánní elektrická stimulace je velice jednoduchá analgetická metoda, která je spojením jak psychologického tak somatického účinku. Jde o naprosto neinvazivní metodu, která se snadno aplikuje a v případě potřeby zase snadno přerušit. Původně byla používána v medicíně k úlevě od chronické bolesti a postupně se jí začalo využívat také v porodnictví. Zařízení TENS se skládá z přenosného boxu, který obsahuje bateriový generátor elektrických impulzů. Proud je přenášen povrchovými elektrodami na kůži, což u žen vyvolává příjemné brnění. Elektrody jsou umístěny v oblasti beder. Žena si může stimulaci sama ovládat v souladu s pociťovanými kontrakcemi. K největší úlevě dochází v okolí zad, zatímco úleva v oblasti suprapubické a perineální není tak výrazná. K výraznější úlevě dochází v první době porodní. Po podání TENS pociťuje úlevu od bolesti 40 % – 80 % rodiček a stupeň analgetického efektu se liší od velmi dobrého až po nedostatečný. Klinickými studii bylo potvrzeno, že tato metoda vyvolává efekt placeba. Jedinou udávanou kontraindikací je kardiostimulátor ženy. Udávanou nevýhodou této metody je negativní ovlivnění CTG sledování srdeční akce plodu, zejména při sakrální stimulaci.

5.2.5 Porodní míč, porodní vak

Rehabilitační balón se stal ve většině porodnic velkým pomocníkem při zvládnání porodních bolestí. Jde o míč různé velikosti z lehce omyvatelného materiálu, speciálního tvaru, aby se předešlo možnému pádu. Žena na míči sedí obkročmo s koleny vysunutými dopředu, aby sed byl co nejpohodlnější a poloha nebyla nijak vynucená. Žena se může na míči pohupovat a zvládat tak kontrakce v první době porodní nebo relaxovat mezi kontrakcemi. Velice pohodlné je pokud si za ženu sedne partner nebo porodní asistentka a vytvoří tak pohodlnou opěru. Zároveň může společně s partnerem masírovat břicho. Míč je možno umístit kamkoli

do prostoru porodního boxu nebo případně také do sprchy. Výhodou této metody je využití vzpřímené polohy a možnost dobré kontroly ozev plodu pomocí kardiotokografu. Tuto metodu je také vhodné využít v první době porodní při sekundárně slabé děložní činnosti a nepostupujícím porodu. V poloze na míči je možné využít aromamasáže na oblast beder nebo břicha.

Porodní vak lze využít pro relaxaci mezi kontrakcemi za porodu. Jde o velký vak naplněný malými kuličkami, který tvoří příjemnou oporu zádom.

5.2.6 Působení povrchového tepla a chladu

Teplu a chlad jsou dvě naprosto odlišné věci, avšak jedno mají společné – mohou člověku velice účinně pomoci při zmírňování bolesti. Je možno je aplikovat zvlášť nebo dohromady a jak teplo, tak chlad lze také aplikovat ve formě suché či mokré. Vždy však postupujeme podle určitých zásad – aplikujeme je vždy velice opatrně a vyvarujeme se extrémům. Obklady nikdy neaplikujeme přímo na kůži, ale vždy je pečlivě zabalíme do vrstvy tkaniny. Obecné účinky tepla a chladu jsou následující :

Působení tepla – působením tepla dochází ke zmírnění napětí, zlepšení krevního oběhu, čímž se urychluje odplavování odpadních látek z tkání, zmírňuje tupou bolest, horká lázeň může způsobit pokles krevního tlaku

Působení chladu – Přiložením studeného obkladu dochází ke zúžení cév pod povrchem těla a zlepšení krevního toku v hlubších cévách, při otoku napomáhá k jeho zmenšení a napomáhá výrazně od bolesti při lehčím poškození tkáně.

K ohřívání používáme teplé nebo horké předměty, jako ohřívací láhve, termofory, horké mokré ručníky, elektrické ohřívací dečky, horké balíčky se silikagelem, teplé přikrývky. K ochlazení lze využít vaků s ledem, ručníku namočených ve studené nebo ledové vodě, kostek ledu nebo zmražených balíčků silikagelu. Porodní bolest zmírňuje některým ženám přiložení teplých obkladů na křížovou krajinu, podbříšek, stydkou krajinu nebo perineum. Chladné obklady se přikládají opět na křížovou krajinu, anální oblast nebo perineum. Příliš studené obklady by neměly využívat ženy s prokázanou srdeční vadou. Teplu a chlad jsou široce využívány jako pohodlná opatření. Protože tato metoda poskytuje pouze částečnou úlevu od porodní bolesti, je nutné ji považovat pouze za pomocnou.

5.2.7 Pohyby matky a změny polohy

Ještě v nedávné době se za porodu upřednostňovala poloha v leže. Většina žen byla upoutána na postel, jednak kvůli společenským zvyklostem a také kvůli porodnickým praktikám, jakými jsou elektronické monitorování plodu, intravenózní hydratace a léčba, u které je opuštění lůžka velmi obtížné nebo nebezpečné. Poloha při porodu v leže vyplynula také z potřeby uchránit při porodu hlavičky hráz před trhlinami. Tato poloha je méně přirozená a plod je vypuzován horizontálním směrem. U vzpřímených poloh je využíváno gravitace. Chránění hráže je ale značně komplikováno. V současné době se snaha tedy soustřeďuje na umožnění pohybu ženě a využití jejích vlastních instinktů. Zkušený porodník si schopnosti žen najít úlevové polohy uvědomuje a plně jim důvěřuje. Hlavním cílem je snaha neomezovat rodičku, ale naopak ji povzbuzovat, aby hledala pohodlnou pozici. Ženy jednoznačně preferují volnost pohybu, je – li jim dovolena. Rodící ženy tak zjišťují, že v určitých polohách pocítují menší bolesti a pokud jim ponecháme možnost vlastního rozhodnutí, zvolí si většinou nejpohodlnější polohu. V první době porodní ženy z velké většiny volí spontánně vzpřímenou polohu v sedě nebo ve stoje, popřípadě chodí a v pokročilých fázích porodu se opět vrací do odpočívací polohy. Pokud se žena rozhodne zaujímat různé pozice, mění se často vzájemné vztahy mezi hmotností, děložními kontrakcemi, plodem a páneví. To může mnohdy zlepšit progresi porodu a také citelně snížit bolest pocíťovanou při kontrakcích, ale i mimo ně. Vztah polohy ženy a vnímání bolesti ovlivňuje mnoho faktorů, jako je velikost plodu, síla děložních kontrakcí nebo mateřská pánev. Za porodu a to především v první době porodní je možno zaujmout mnoho poloh a je pouze na ženě, která z nich jí bude maximálně vyhovovat.

5.3 Akupunktura, akupresura

Akupunktura je jednou z nejstarších metod tradiční čínské medicíny a je stará několik tisíc let. Nabízí možnost usnadnění porodu a tišení porodních bolestí. Jde o zavedení jehel podle předem stanoveného plánu do některých z více než 365 bodů podél dvanácti tělesných meridiánů. Celkový počet uznávaných bodů je 692. Spojením bodů akupunktury dostaneme dvanáct hlavních skupin (čáry meridiánů). Těmi proud životní energie proudí tělem. Počet bodů na každém meridiánu se liší. Akupunktura byla často používána v kombinaci s dalšími metodami, například s masáží, hydroterapií nebo fyzioterapií. Používala se také v kombinaci s elektrickým proudem o němž se předpokládá, že posiluje efekt úlevy od bolesti. Principem

akupunktury je blokování sensorické i emocionální složky bolesti. Použitím přesně stanovených míst na těle a jejich drážděním je dosaženo místních reakcí (analgetických a antiedematózních) nebo vzdálenějších efektů (sedativních, spasmolitických). V akupunkturních bodech jsou uloženy nervově cévní svazky a velké množství sensorických nervových zakončení. K analgetickým účinkům akupunktury dojde vyplavením tkáňových mediátorů a vzestupem koncentrace endorfinů. Akupunkturní body jsou nejdůležitější charakteristikou této metody. Pro akupunkturu vyhledáváme akupunkturní body v akutní fázi, kdy je bod plošně větší, spontánně bolestivý, kůže je často teplá, prosáklá a elektrická vodivost je vysoká, kožní odpor snížený. U některých vnímavějších pacientů lze drážděním jednoho aktivního akupunkturního bodu vyvolat vjem v průběhu celé dráhy. Akupunkturní body jsou u každého člověka spojeny v pomyslné dráhy. Tyto dráhy vytvářejí cesty, kterými proudí energie Čchi, jejímž úkolem je regulovat všechny tělesné funkce. Tímto systémem je zabezpečována rovnováha organismu, shodná s homeostázou. Dráhy akupunktury jsou pojmenovány dle příslušných orgánů. Umístěním akupunkturních bodů na akupunkturních drahách je vyjádřeno názvem dráhy a číslem (např. B 67). Za porodu lze využít akupunktury k indukci a analgezii – LI 4 jako silný analgetický bod, S 36, LIV 3 se sedativním efektem, B 67 pro podporu a vyvolání děložních kontrakcí nebo SP 6 spazmolytický efekt pro lepší dilataci porodních cest. Analgetická účinnost je dobrá zvláště u dobře poučených pacientek, které musí s metodou souhlasit a spolupracovat. ⁽¹⁾ Pozitivní psychické naladění rodící ženy jde ruku v ruce s úspěchem této metody. Kontraindikací k použití akupunktury za porodu jsou psychózy, kožní infekce, poruchy srážlivosti krve, celkové infekční onemocnění, dekompenzovaný diabetes mellitus, srdeční onemocnění nebo nesouhlas ženy či porodníka.

Ušní akupunktura – akupunkturní body jsou zde uloženy jako plod v intrauterinní poloze. Vzdálenost bodů jsou u této metody uváděny v cunech, kdy se jeden cun rovná se vzdálenost mezi interfalangeálními rýhami skrčeného prostředníku u žen na pravé ruce nebo šírka palce. Z ušních bodů jsou používány : 58 (uterus), 55 (analgetický bod), 51 (vegetativní bod), 22 (endokrinní bod).

Akupresura je v podstatě akupunktura bez jehel. Jde o masážní techniku, která vznikla před více než 3000 lety v Číně a je založena na stejném principu jako akupunktura. Je to technika, při níž se prsty používají k vyvíjení tlaku na body, o nichž je známo, že pomáhají při zmírňování různých druhů bolesti. Při metodě se nepoužívají oleje a tak osoba zůstává oble-

čená. Metoda se nezaměřuje na specifické příznaky, ale na osobu jako celek a usiluje o obnovení přirozené rovnováhy energie.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL VÝZKUMU

Ve výzkumné části práce jsem se soustředila na zjištění úrovně vědomostí žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu. Zajímalo mne, zda se ženy bojí porodních bolestí a jakou mají představu o její intenzitě. Tyto informace jsem zjišťovala u žen před porodem a v krátkém období po porodu. Značnou část své výzkumné práce jsem zaměřila také na předporodní kurzy, zda v nich ženy dostávají dostatek informací, od koho by je nejraději dostávaly, v jaké formě jsou jim podávány a zda jim tato forma zprostředkování dostatečně vyhovuje. Zaměřila jsem se na rozdíl v informovanosti žen, které navštěvovaly předporodní kurzy a žen, které předporodní kurzy nenavštěvují. Další mou snahou bylo zjistit, kterou metodu ženy považují za nejúčinnější a zda považují za důležitý faktor přítomnost partnera u porodu.

7 FORMULACE HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že informovanost žen – rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti je dosud nedostatečná.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina žen plánuje u nastávajícího porodu nefarmakologických metod tišení bolesti využít.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že většina žen navštěvuje kurz předporodní přípravy.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že by ženy uvítaly přísun informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti prostřednictvím rozhovoru s profesionálem.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že většina žen by byla ochotna za využití nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu připlácet.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že nejvyužívanější nefarmakologickou metodou tišení bolesti za porodu je přítomnost a podpora partnera u porodu.

Hypotéza č. 7

Předpokládám, že by ženy před porodem rády dostávaly informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti především od porodních asistentek.

8 VÝZKUMNÝ VZOREK

Místem výzkumu bylo zvoleno Gynekologicko – porodnické oddělení. Konkrétně byl výzkum realizován na oddělení šestinedělí a prenatální poradně gynekologické ambulance, za pomoci porodních asistentek a lékařů těchto oddělení.

Výzkumným vzorkem se stala skupina těhotných žen v prenatální poradně a ženy bezprostředně po porodu na oddělení šestinedělí. Celkový počet respondentek byl 120, z toho 60 před porodem a 60 po porodu. Podařilo se tedy zajistit stejný počet těhotných žen před porodem a šestinedělek.

9 METODY VÝZKUMU

Výzkum byl proveden metodou dotazníku. Jde o jednu z nejrozšířenějších metod sbírání dat. Principem této metody je získání předem zvolených dat a informací o respondentkách a zároveň také jejich názorů a postojů k danému tématu. Metodou dotazníku lze za poměrně krátký časový úsek získat od respondentů velké množství cenných informací. Pro realizaci výzkumné části byly vypracovány dva dotazníky, pro skupinu těhotných žen a skupinu šestinedělek, které se liší pouze v několika položkách. Získané výsledky byly promítnuty do příslušných tabulek a grafů.

10 ZADÁNÍ DOTAZNÍKU

V úvodní části obou dotazníků jsou respondentky krátce seznámeny s tématem a zaměřením dotazníku. Součástí úvodu jsou také pokyny ke správnému vyplnění dotazníku. Vybranou odpověď respondentka zatrhne, popřípadě doplní vlastní odpověď do vyznačeného místa. U některých otázek je možno zatrhnout i více odpovědí. Každý dotazník také upozorňuje na anonymitu a výhradně studijní záměry. Dotazníky jsou dva a každý zkoumá jinou skupinu žen.

Dotazník určený těhotným ženám – v počátku zjišťuje základní informace o ženě tzn. věk, nejvyšší ukončené vzdělání, paritu. Dále zjišťuje jakou představu mají těhotné ženy o intenzitě porodní bolesti a zda se jí bojí. Zkoumá jaká je účast žen v prenatálních kurzech, zda jsou jim podávány dostatečné informace, o jaké informace by kurzy obohatily a jakou formou a od koho by informace nejraději dostávaly. Dále se dotazník zaměřuje na názor žen o přítomnosti partnera u porodu.

Dotazník určený ženám po porodu – dotazník zjišťuje kromě základních informací již zpětné hodnocení porodních bolestí. Opět obsahuje tytéž otázky hodnotící účast a náplň prenatálních kurzů. Soustřeďuje se na to, jak ženy hodnotí nefarmakologické metody z hlediska účinnosti, po tom co mohli některé z nich využít u porodu. Velká část otázek se shoduje se zadáním prvního dotazníku.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

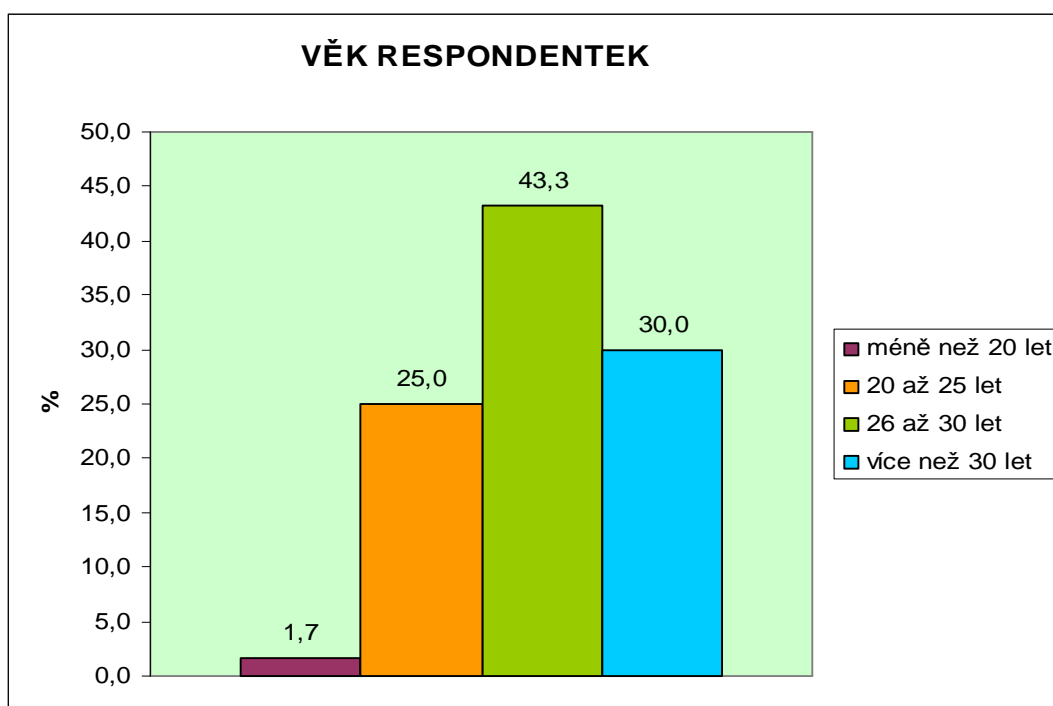
11.1 Skupina žen před porodem

Věk respondentek

Viz. otázka č. 1 – Do jaké věkové kategorie spadáte:

Tabulka 1. vyhodnocení otázky č. 1

VĚK RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
méně než 20 let	1	1,7
20 až 25 let	15	25,0
26 až 30 let	26	43,3
více než 30 let	18	30,0



Graf 1. zpracování údajů otázky č. 1

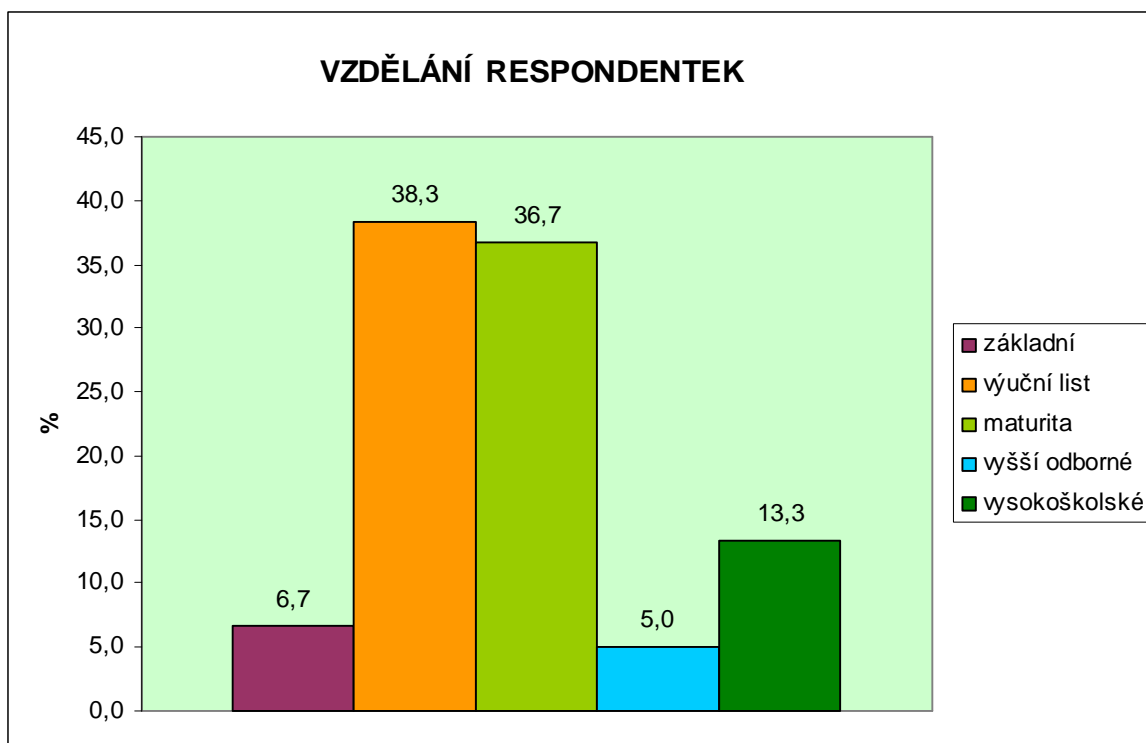
Z grafu vyplývá, že 43,3 % dotazovaných respondentek je ve věku od 26 do 30 let. Překvapilo mě, že většinu dotazovaných žen tvoří ženy ve věku 30 let a více, do této věkové kategorie spadá celých 30,0 % respondentek.

Vzdělání respondentek

Viz. otázka č. 2 – Nejvyšší ukončené vzdělání:

Tabulka 2. vyhodnocení otázky č.2

VZDĚLÁNÍ RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
základní	4	6,7
výuční list	23	38,3
maturita	22	36,7
vyšší odborné	3	5,0
vysokoškolské	8	13,3



Graf 2. zpracování údajů otázky č. 2

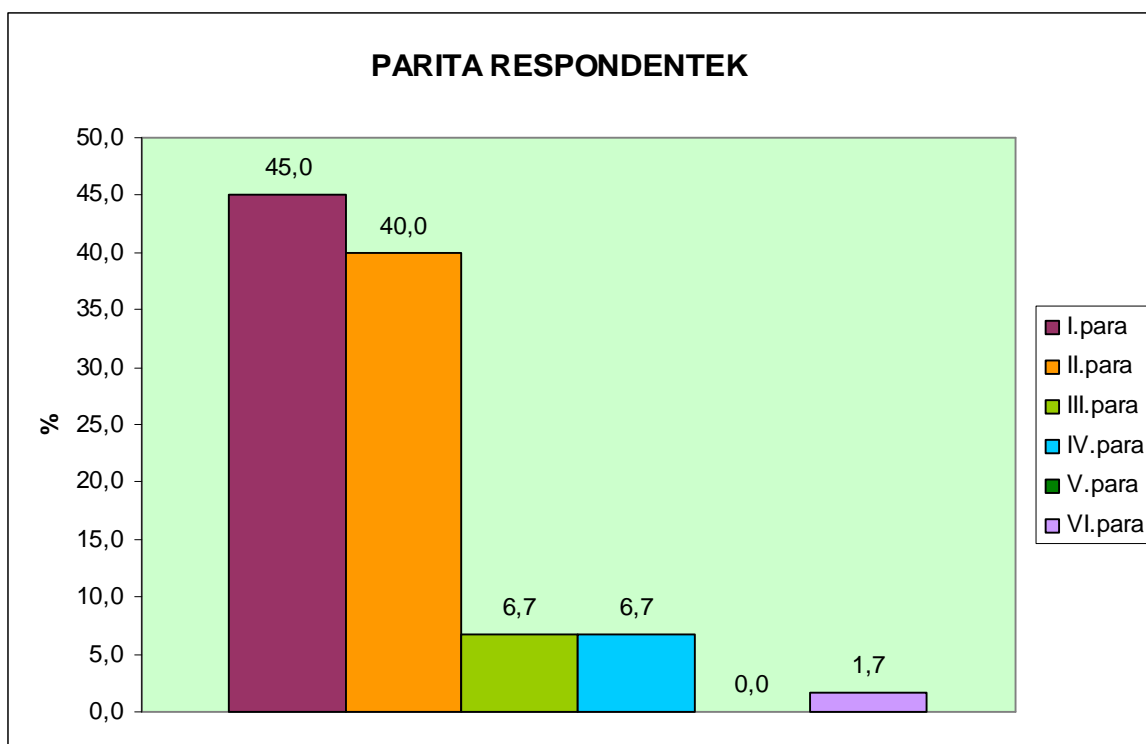
Výuční list má 38,3 % žen. Téměř stejnou hodnotu a to 36,7 % tvoří ženy se středoškolským vzděláním. Zaujalo mě, že mezi dotazovanými respondentkami před porodem bylo více žen se základním vzděláním, než s vyšším odborným vzděláním. Vysokoškolské vzdělání má pouze 13,3 % dotazovaných žen.

Parita ženy

Viz. otázka č. 3 – Kolikátý bude Váš nynější porod:

Tabulka 3. vyhodnocení otázky č.3

PARITA RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
I.para	27	45,0
II.para	24	40,0
III.para	4	6,7
IV.para	4	6,7
V.para	0	0,0
VI.para	1	1,7



Graf 3. zpracování údajů otázky č. 3

Z grafu je patrné, že 45,5 % respondentek tvoří prvorodičky. 40 % respondentek tvoří ženy, které budou rodit podruhé. Mezi respondentkami se objevila také jedna žena, která bude rodit již po šesté.

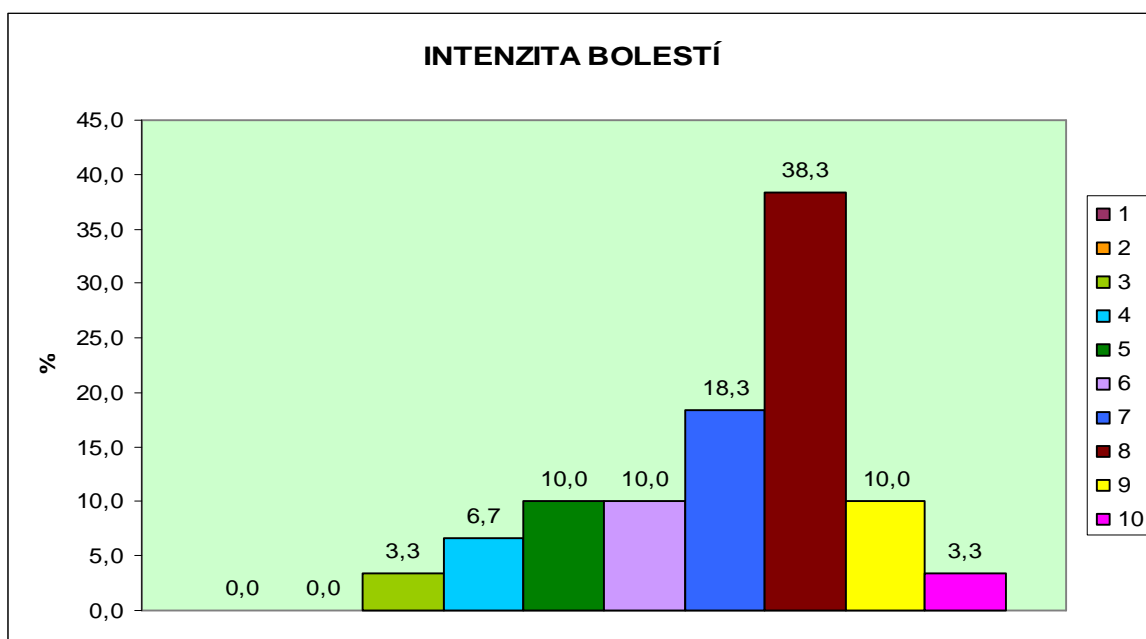
Intenzita bolestí

Viz. otázka č. 4 – Jistě máte představu o intenzitě porodních bolestí, jak myslíte, že je porodní bolest silná:

1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 1 = nebolestivé 10 = nesnesitelné velmi intenzivní bolesti

Tabulka 4. vyhodnocení otázky č.4

INTENZITA BOLESTÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
1	0	0,0
2	0	0,0
3	2	3,3
4	4	6,7
5	6	10,0
6	6	10,0
7	11	18,3
8	23	38,3
9	6	10,0
10	2	3,3



Graf 4. zpracování údajů otázky č. 4

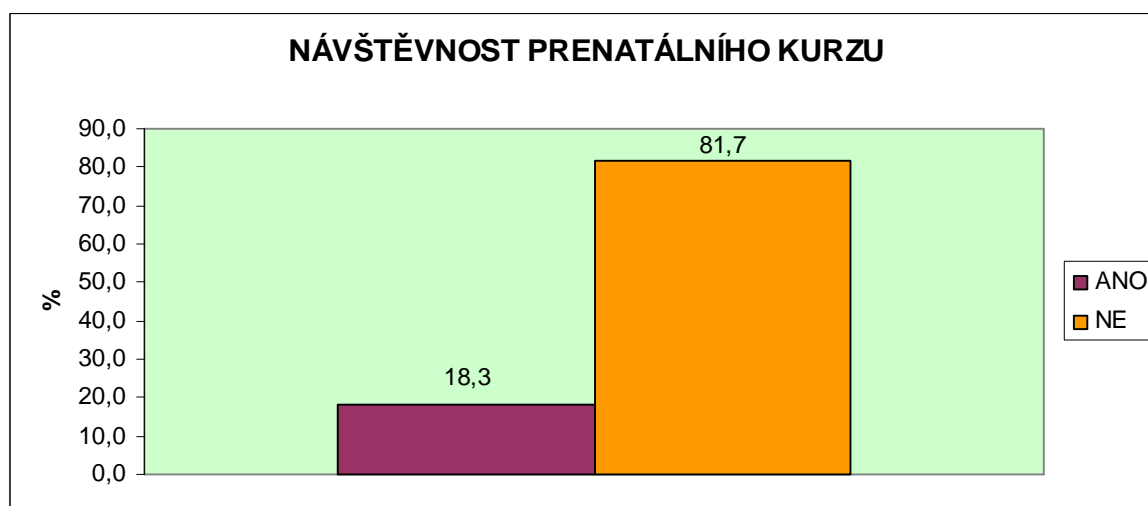
Žádná dotazovaná žena neohodnotila své porodní bolesti hodnotami 1 a 2. Nejvyšší počet (38,3 %) respondentek hodnotilo své porodní bolesti číslem 8. Pouze 2 ženy uvedly své porodní bolesti jako nesnesitelné velmi intenzivní bolesti.

Návštěvnost prenatálního kurzu

Viz. otázka č. 5 – navštěvujete kurz předporodní přípravy:

Tabulka 5. vyhodnocení otázky č.5

NÁVŠTĚVNOST PRENATÁLNÍHO KURZU	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ANO	11	18,3
NE	49	81,7

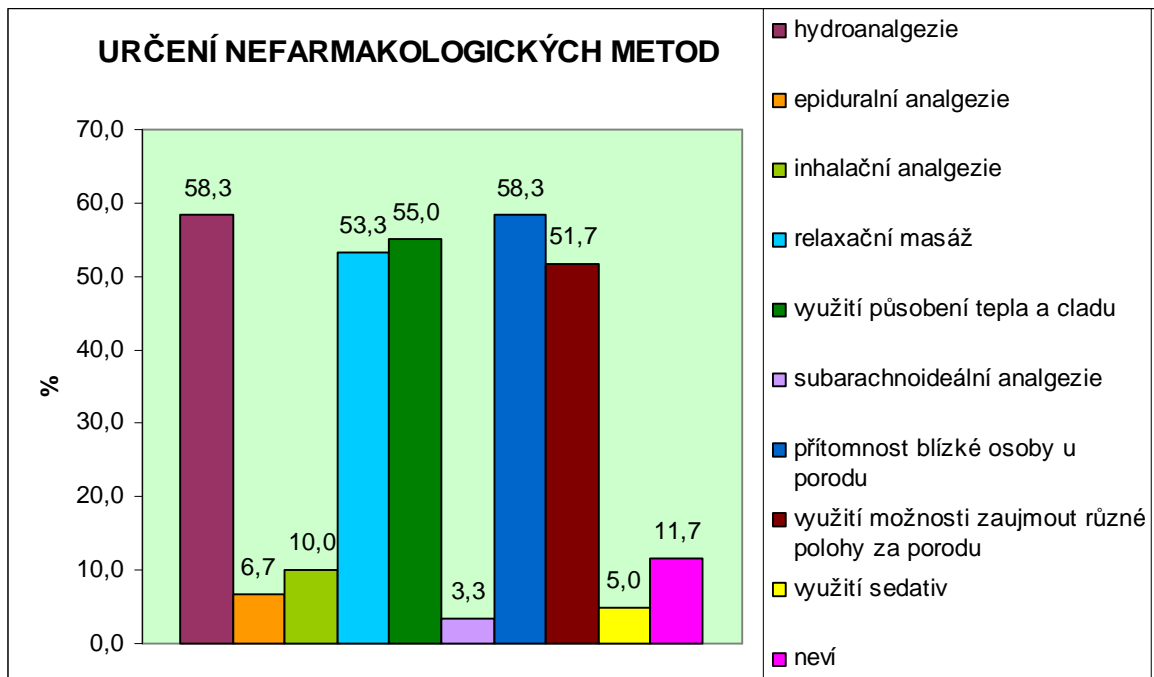


Graf 5. zpracování údajů otázky č. 5

Z grafu je zřejmé, že 81,7 % dotazovaných žen nenavštěvuje kurz předporodní přípravy. Velice mě překvapil fakt, že kurz předporodní přípravy navštěvuje pouze 18,3 % dotazovaných žen. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 3.

Určení nefarmakologických metod

Viz. Otázka č. 6 – vyberte z uvedených možností ty metody, které považujete za nefarmakologické:

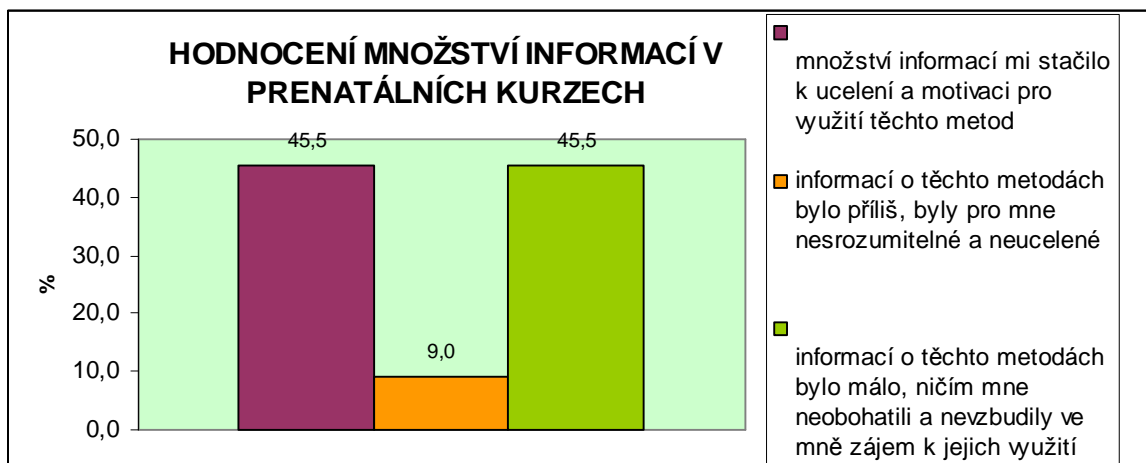


Graf 6. zpracování údajů otázky č. 6

Ženy ví, co si pod pojmem nefarmakologické metody tišení bolesti představit a správně zařazují do nefarmakologických metod hydroanalgezi (58,3 %), relaxační masáž (53,3 %), využití působení tepla a chladu (55,0 %), přítomnost blízké osoby u porodu (58,3 %) a využití různých poloh (51,7 %). Celých 10 % respondentek však uvedlo jako nefarmakologickou metodu tišení bolesti inhalační analgezi. Zaskočilo mě, že 6,7 % žen považuje za nefarmakologickou také metodu epidurální analgezie. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 1.

Hodnocení množství informací v prenatálních kurzech

Viz. otázka č. 7 – Jak byste hodnotila obsah předporodních kurzů z hlediska informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu:

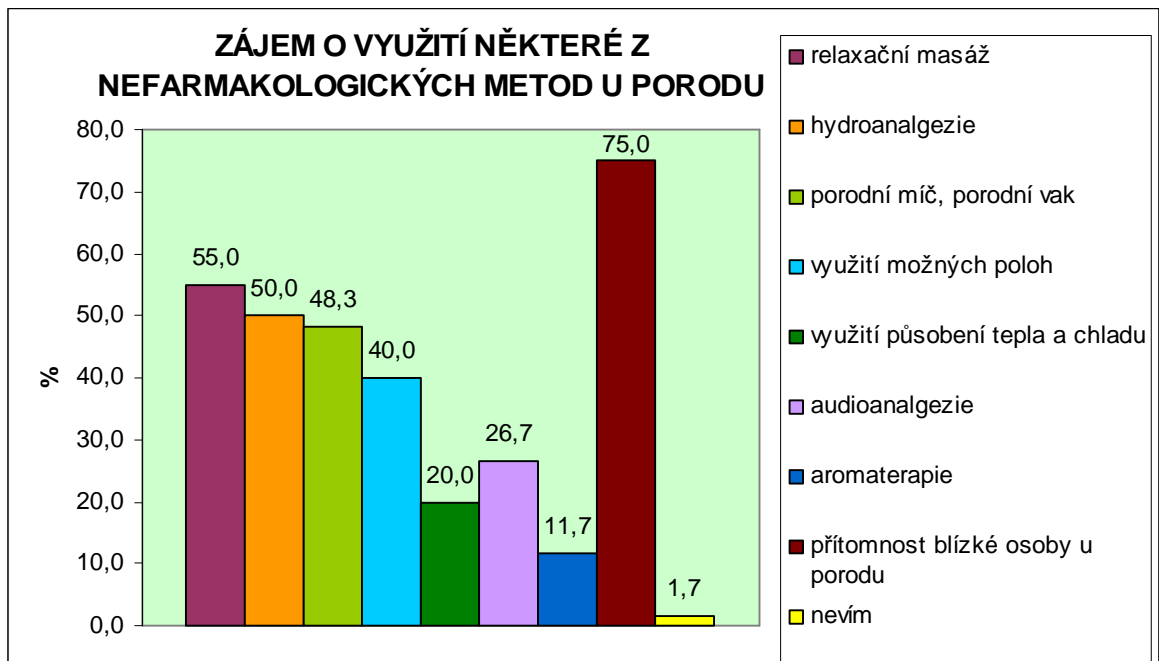


Graf 7. zpracování údajů otázky č. 7

Tento graf zpracoval data pouze od žen, které prenatální kurz navštívily. Jde pouze o 11 žen, tedy 11 respondentek tvoří 100 %. Je zřejmé, že 45,5 % respondentek je spokojeno s množstvím informací o nefarmakologických metodách, a stejně tak 45,5 % žen hodnotí obsah kurzu z hlediska informací o těchto metodách jako nedostatečný. Pouze 9,0 % žen označilo, že informací bylo příliš.

Zájem o využití některé z nefarmakologických metod u porodu

Viz. otázka č. 8 – Měla byste zájem při svém očekávaném porodu o využití některé z metod tišení bolesti:

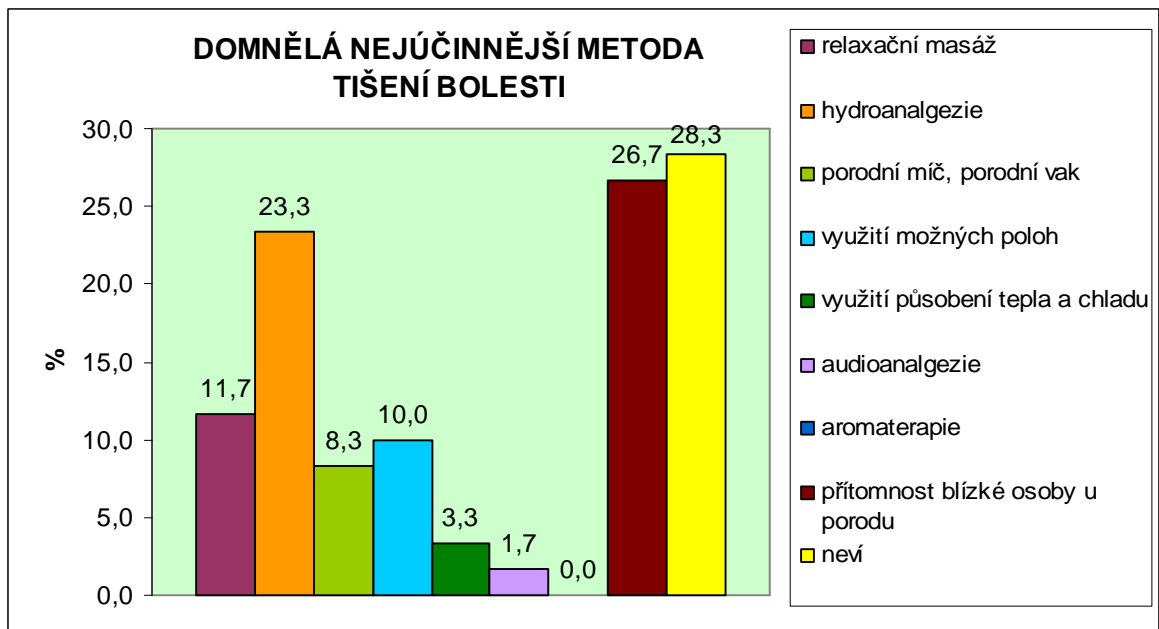


Graf 8. zpracování údajů otázky č. 8

Celých 75 % žen by mělo zájem u svého porodu využít přítomnosti blízké osoby u porodu jako nefarmakologické metody. Zaujalo mě, že více jak polovina dotazovaných žen, by měla zájem o využití relaxační masáže. 50 % žen by mělo zájem o hydroanalgezii. Neobjevila se žena, která by uvedla, že nemá zájem o žádnou z metod. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu číslo 6 a hypotézu č. 8.

Domnělá nejúčinnější metoda tišení bolesti

Viz. otázka č. 9 – Zatím jste před porodem. O které metodě si myslíte, že je nejúčinnější:



Graf 9. zpracování údajů otázky č. 9

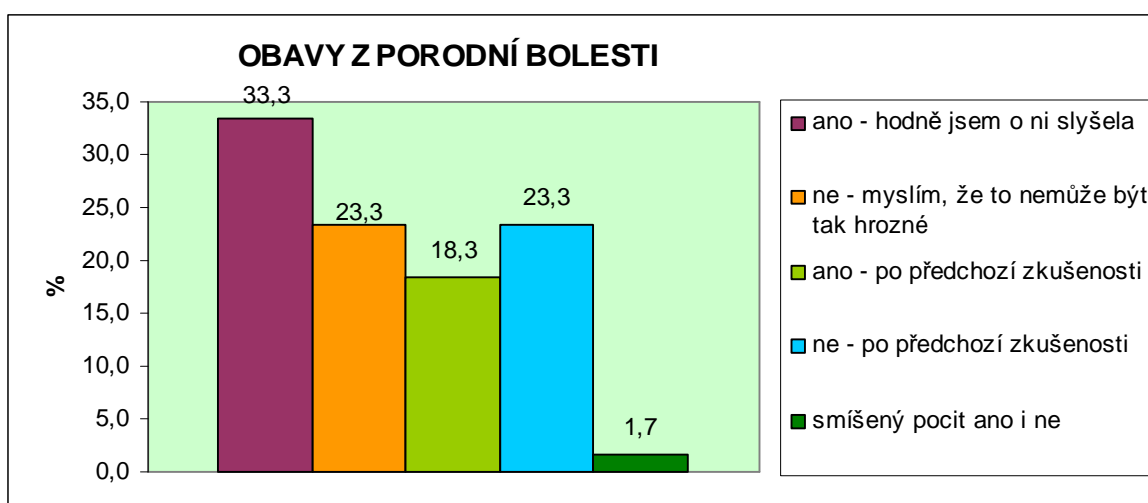
Z grafu vyplývá, že 26,7 % žen před porodem si myslí, že nejúčinnější metodou tišení bolesti je přítomnost blízké osoby u porodu. 23,3 % respondentek určilo jako účinnou také metodu hydroanalgezie. 28,3 % respondentek se neodvážilo odhadnout nejúčinnější nefarmakologickou metodu tišení bolesti.

Obavy z porodní bolesti

Viz. otázka č. 10 – Obáváte se porodní bolesti:

Tabulka 6. vyhodnocení otázky č.10

OBAVY Z PORODNÍ BOLESTI	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ano - hodně jsem o ni slyšela	20	33,3
ne - myslím, že to nemůže být tak hrozné	14	23,3
ano - po předchozí zkušenosti	11	18,3
ne - po předchozí zkušenosti	14	23,3
smíšený pocit ano i ne	1	1,7



Graf 10. zpracování údajů otázky č. 10

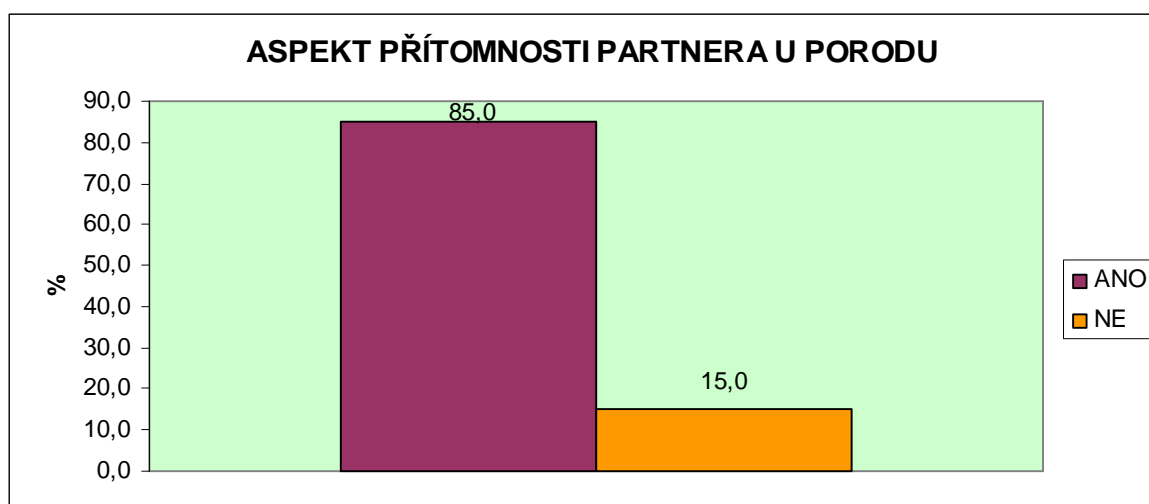
Nejvíce respondentek, a to 33,3 % se porodní bolesti obává z důvodu negativních informací o ní, dalších 18,3 % se jí bojí v souvislosti z předchozí zkušeností. Překvapilo mě, že 46,6 % žen obavy z porodní bolesti nemají.

Aspekt přítomnosti partnera u porodu

Viz. otázka č. 11 – Považujete za důležitý aspekt přítomnost partnera u porodu :

Tabulka 7. vyhodnocení otázky č.11

ASPEKT PŘÍTOMNOSTI PARTNERA U PORODU	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ANO	51	85,0
NE	9	15,0



Graf 11. zpracování údajů otázky č. 11

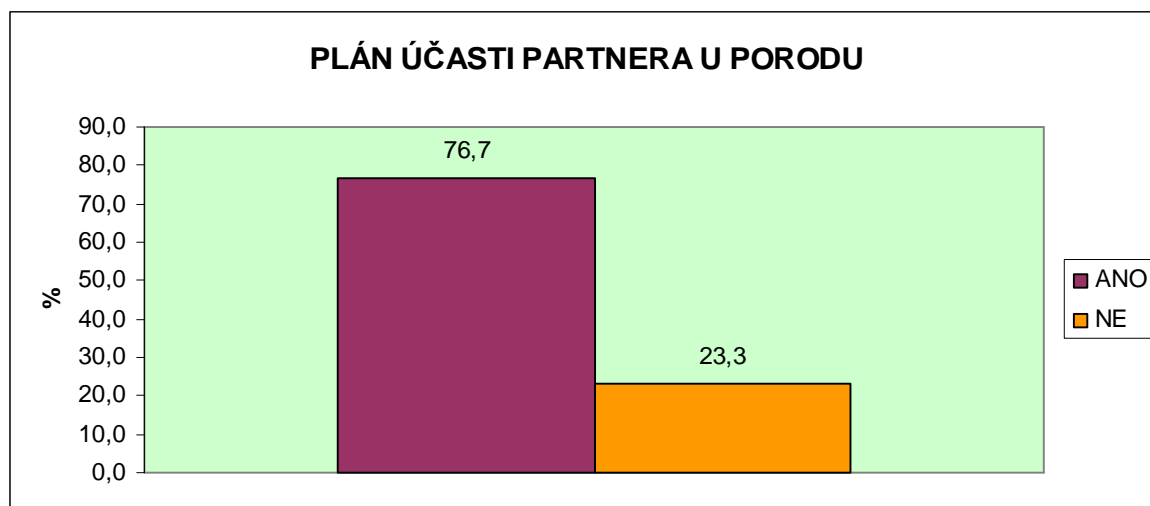
Celých 85,0 % respondentek považuje přítomnost partnera u porodu za velmi důležitý aspekt. Objevilo se tedy pouze 15,0 % respondentek, které považují přítomnost partnera u porodu za nedůležitou.

Plán účasti partnera u porodu

Viz. otázka č. 12 – Plánujete i Vy účast partnera u porodu:

Tabulka 8. vyhodnocení otázky č.12

PLÁN ÚČASTI PARTNERA U PORODU	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ANO	46	76,7
NE	14	23,3

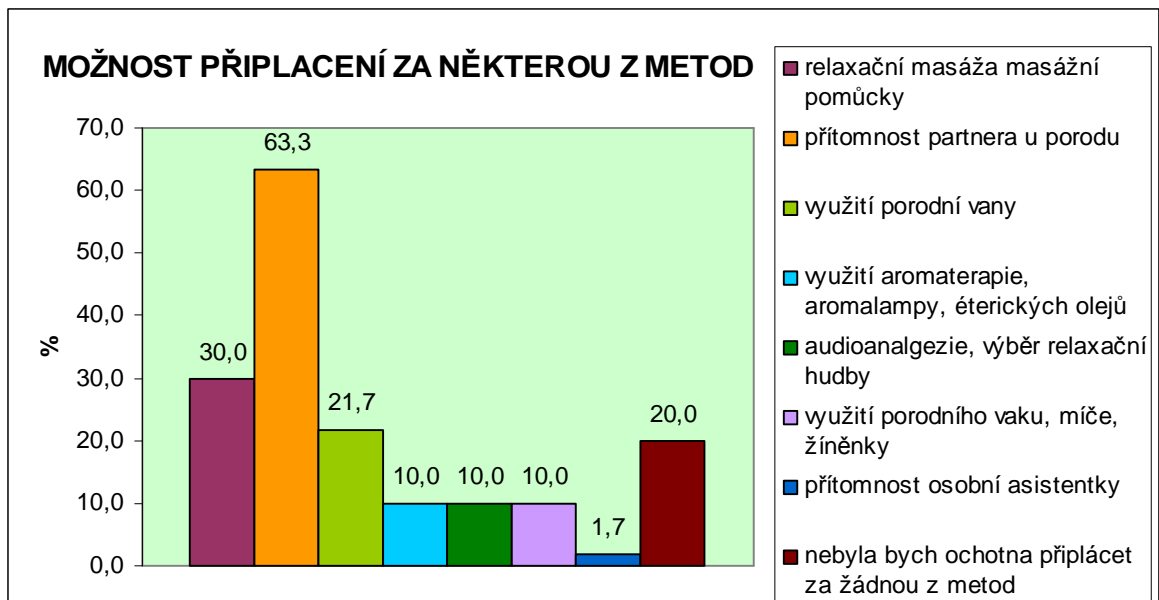


Graf 12. zpracování údajů otázky č. 12

Z tabulky je zřejmé, že 76,7 % dotazovaných žen plánuje přítomnost partnera u porodu. Pouze 23,3 % respondentek přítomnost partnera neplánuje. Nejčastěji udávanými důvody byl strach partnera a pocity ženy, která si porod chce prožít sama. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 6.

Možnost připlacení za některou z metod

Viz. otázka č. 13 – Za kterou z nefarmakologických metod byste byla ochotna připlácet:



Graf 13. zpracování údajů otázky č. 13

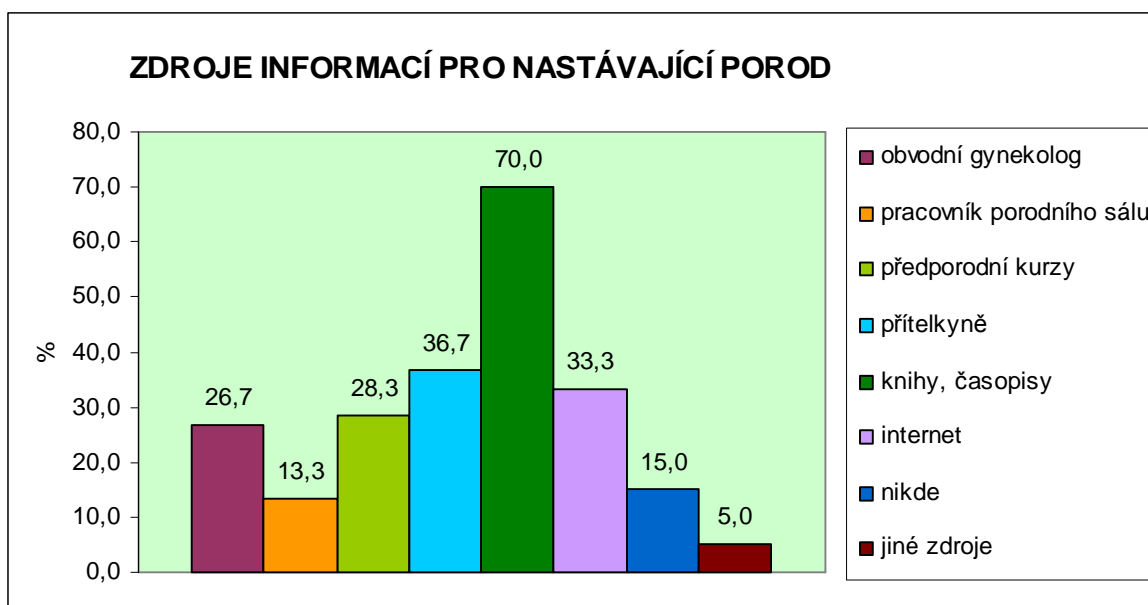
Z grafu vyplývá, že 63,3 % respondentek by bylo ochotno připlácet za přítomnost partnera u porodu. Zaujalo mě, že 20 % žen by nebylo ochotno připlácet za žádnou z metod a možnost tišení bolestí bere jako službu, kterou by měla nabízet každá porodnice a nechápe ji jako nadstandardní výhodu. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 5.

Zdroje informací pro nastávající porod

Viz. otázka č. 14 – Kde všude jsou Vám poskytovány informace o metodách tišení bolesti za porodu:

Tabulka 9. vyhodnocení otázky č.14

ZDROJE INFORMACÍ PRO NASTÁVAJÍCÍ POROD	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
obvodní gynekolog	16	26,7
pracovník porodního sálu	8	13,3
předporodní kurzy	17	28,3
přítelkyně	22	36,7
knihy, časopisy	42	70,0
internet	20	33,3
nikde	9	15,0
jiné zdroje	3	5,0



Graf 14. zpracování údajů otázky č. 14

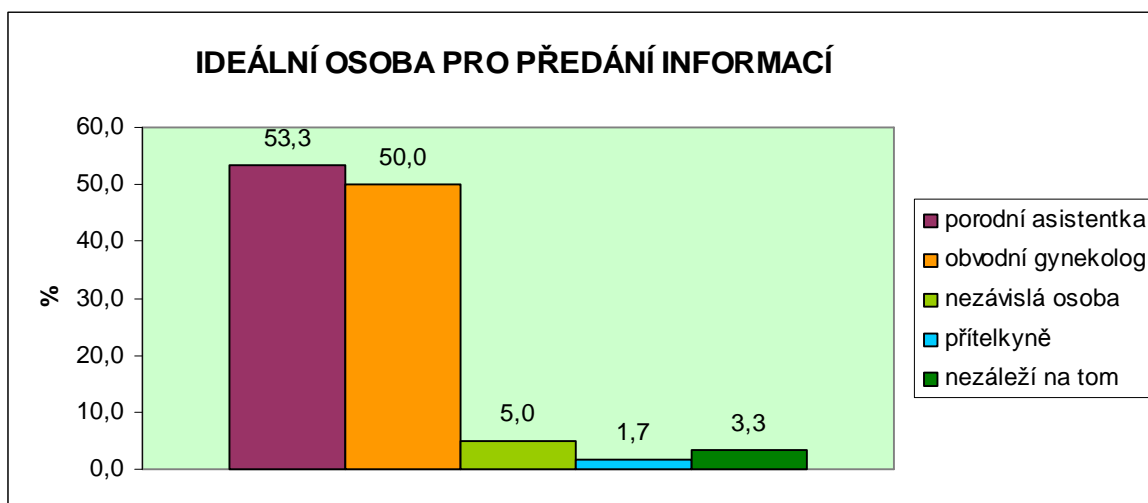
70,0 % dotazovaných žen získalo informace o metodách tišení bolesti z knih a časopisů. Je překvapivé, že celých 33 % žen vyhledalo informace na internetu. Obvodní gynekolog poskytl informace o metodách tišení bolesti 26,7 % žen a pracovník porodního sálu pouze 13,7 % žen. Jako jiné zdroje informací byly uvedeny letáky a odborná literatura.

Ideální osoba pro předání informací

Viz. otázka č. 15 – Od koho byste nejradyji informace o tišení bolesti za porodu získala? (porodní asistentka, obvodní gynekolog, nezávislá osoba, apod.):

Tabulka 10. vyhodnocení otázky č.15

IDEÁLNÍ OSOBA PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
porodní asistentka	32	53,3
obvodní gynekolog	30	50,0
nezávislá osoba	3	5,0
přítelkyně	1	1,7
nezáleží na tom	2	3,3



Graf 15. zpracování údajů otázky č. 15

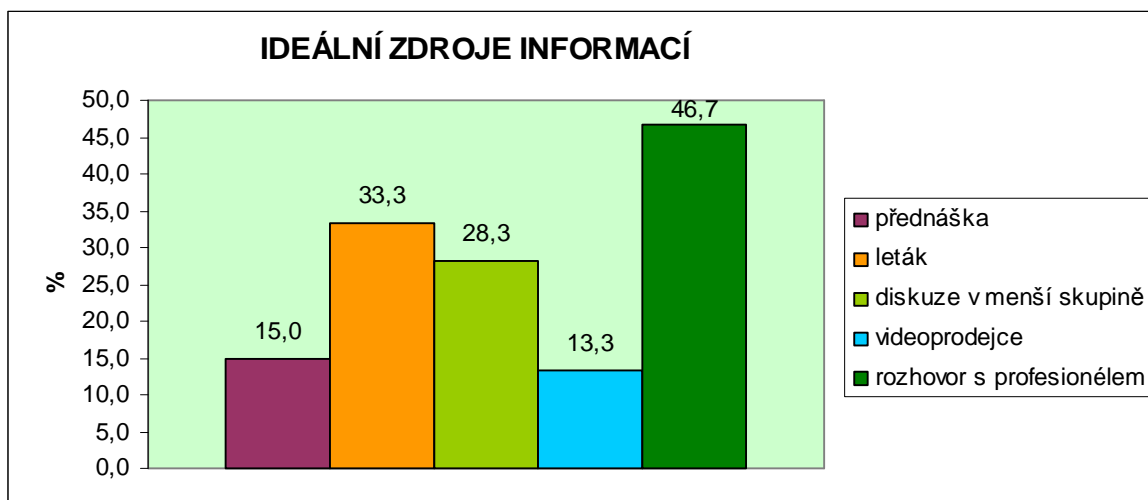
53,3 % respondentek by si přálo být o metodách tišení bolesti informována porodní asistentkou. Celých 50 % žen uvedlo také obvodního gynekologa. Tato otázka mi umožní odpovédět na hypotézu č. 7.

Ideální zdroje informací

Viz. otázka č. 16 – Jakou formou byste v dalším těhotenství informace nejraději získávala:

Tabulka 11. vyhodnocení otázky č.16

IDEÁLNÍ ZDROJE INFORMACÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
přednáška	9	15,0
leták	20	33,3
diskuze v menší skupině	17	28,3
videoprodejce	8	13,3
rozhovor s profesionálem	28	46,7



Graf 16. zpracování údajů otázky č. 16

Zde ženy volily kombinovanou variantu. 46,7 % respondentek by nejraději získávalo informace prostřednictvím rozhovoru s profesionálem. Zaujalo mě, že 33,3 % žen by uvítalo získat informace prostřednictvím letáku. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 4.

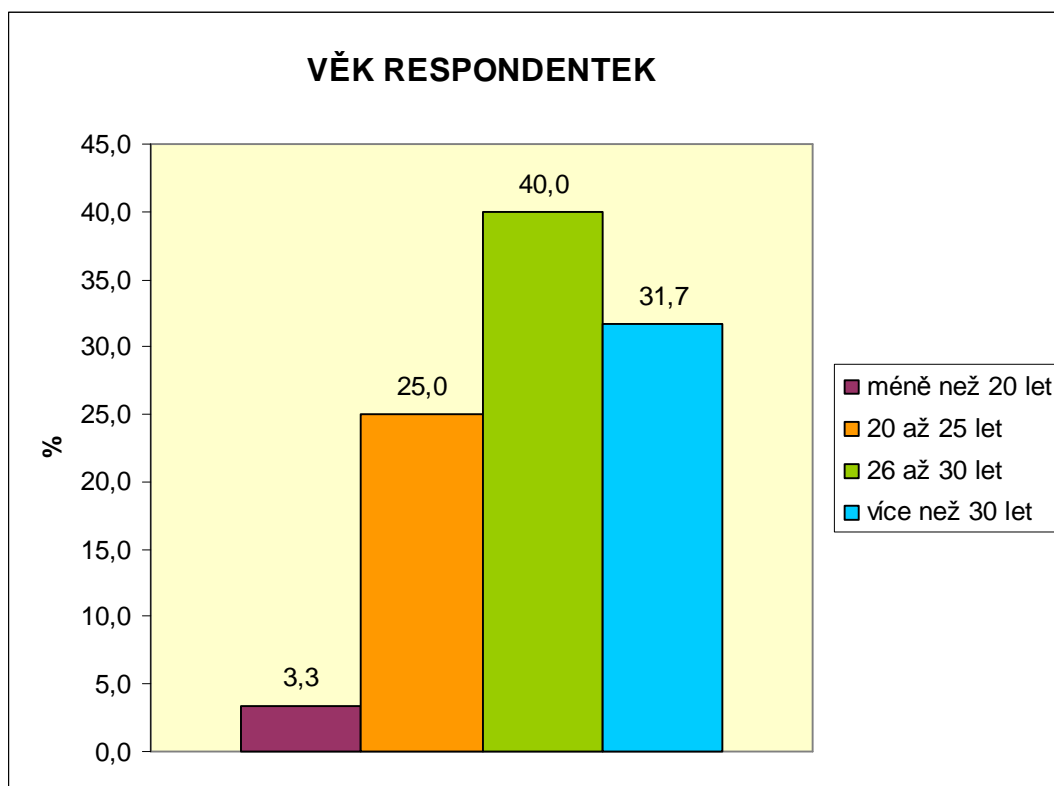
11.2 Skupina žen po porodu

Věk respondentek

Viz. Otázka č. 1 – Do jaké věkové kategorie spadáte:

Tabulka 12. vyhodnocení otázky č.1

VĚK RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
méně než 20 let	2	3,3
20 až 25 let	15	25,0
26 až 30 let	24	40,0
více než 30 let	19	31,7



Graf 17. zpracování údajů otázky č. 1

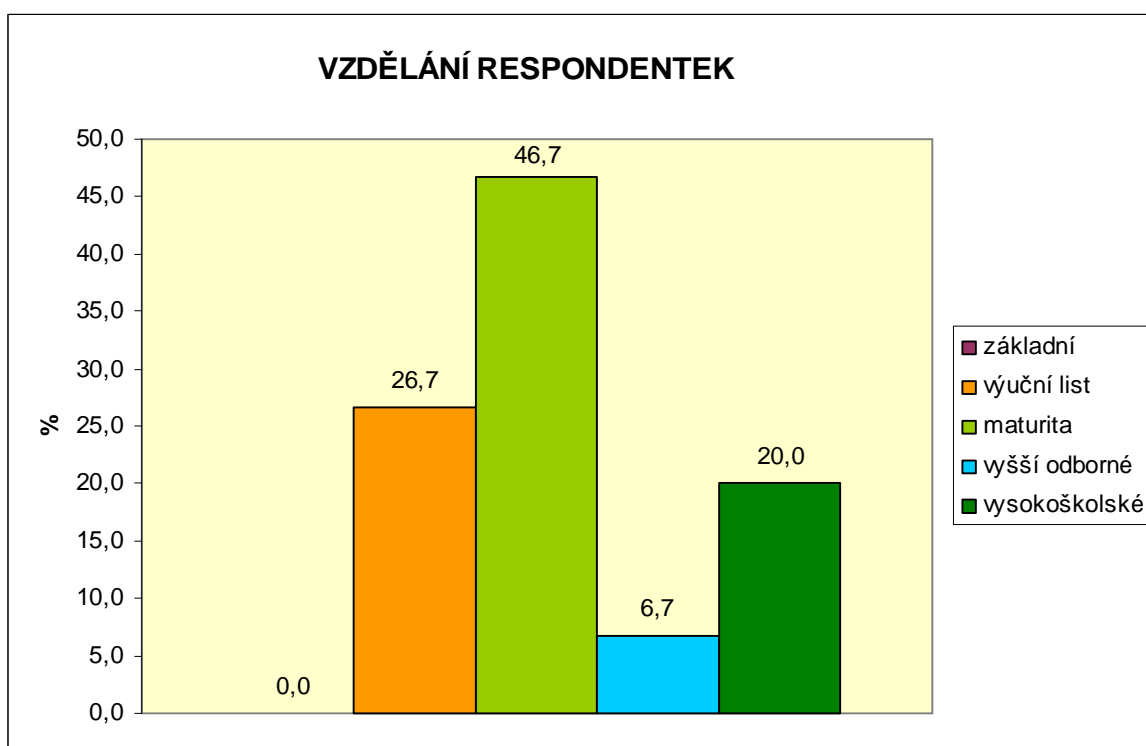
Z grafu vyplývá, že 40 % dotazovaných respondentek je ve věku od 26 do 30 let. 31,7 % dotazovaných žen tvoří také ženy ve věku 30 let a více.

Vzdělání respondentek

Viz. Otázka č. 2 – Nejvyšší ukončené vzdělání :

Tabulka 13. vyhodnocení otázky č.2

VZDĚLÁNÍ RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
základní	0	0,0
výuční list	16	26,7
maturita	28	46,7
vyšší odborné	4	6,7
vysokoškolské	12	20,0



Graf 18. zpracování údajů otázky č. 2

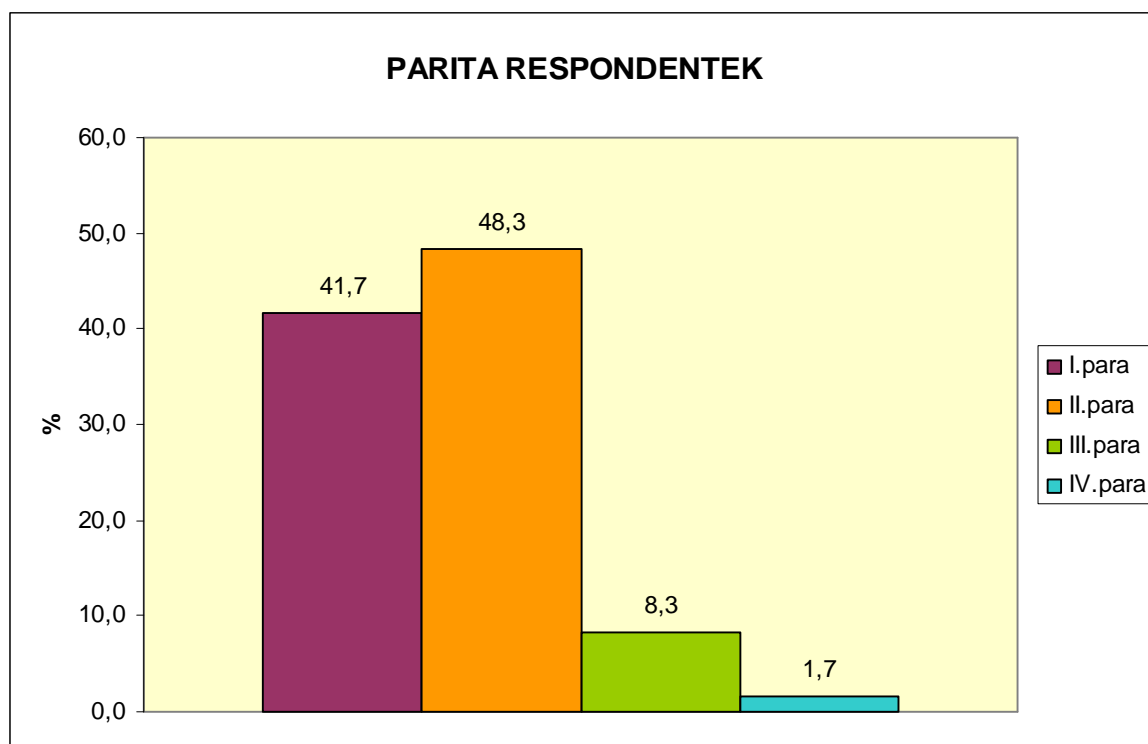
Z tohoto grafu je zřejmé, že 46,7 % žen má středoškolské vzdělání, výuční list má 26,7 % žen a celých 20 % zastupují také ženy s vysokoškolským vzděláním. Pouze základní vzdělání nemá žádná z respondentek.

Parita respondentek

Viz otázka č. 3 – Kolikátý byl váš nynější porod:

Tabulka 14. vyhodnocení otázky č.3

PARITA RESPONDENTEK	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
I.para	25	41,7
II.para	29	48,3
III.para	5	8,3
IV.para	1	1,7



Graf 19. zpracování údajů otázky č. 3

Z grafu vyplývá, že 48,3 % žen tvoří druhorodičky, dále 41,7 % žen tvoří prvorodičky. Objevily se i 8,3 % žen, které rodily potřetí a jedna žena rodící počtvrté.

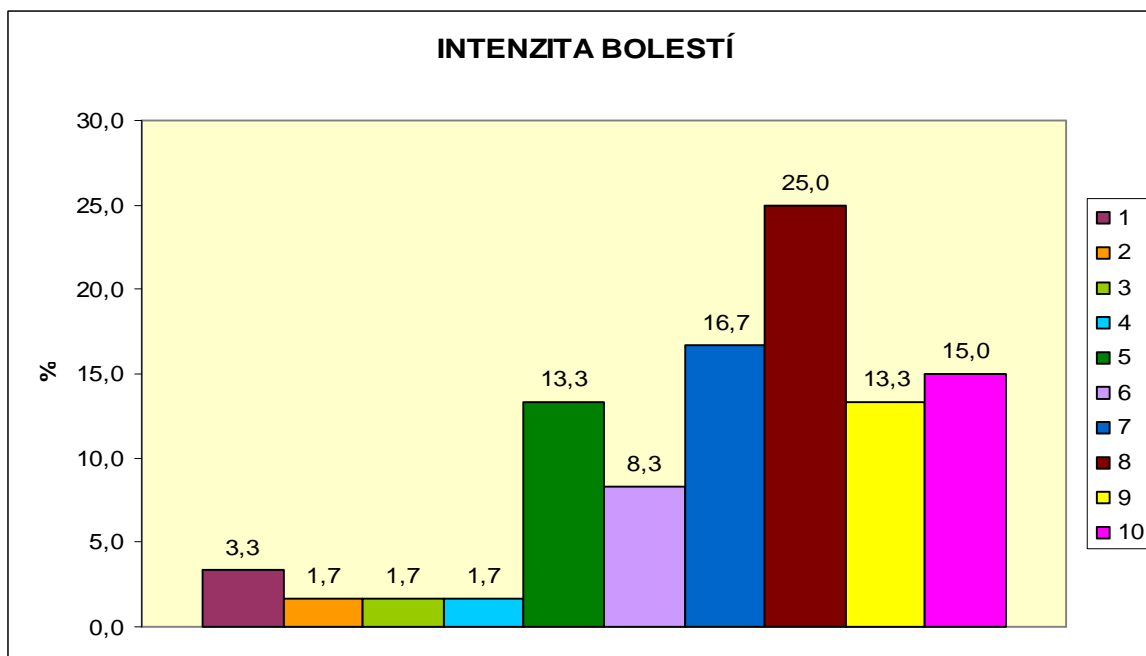
Intenzita bolestí

Viz. otázka č. 4 – Své porodní bolesti bych hodnotila jako:

1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 1 = nebolestivé 10 = nesnesitelné velmi intenzivní bolesti

Tabulka 15. vyhodnocení otázky č.4

INTENZITA BOLESTÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
1	2	3,3
2	1	1,7
3	1	1,7
4	1	1,7
5	8	13,3
6	5	8,3
7	10	16,7
8	15	25,0
9	8	13,3
10	9	15,0



Graf 20. zpracování údajů otázky č. 4

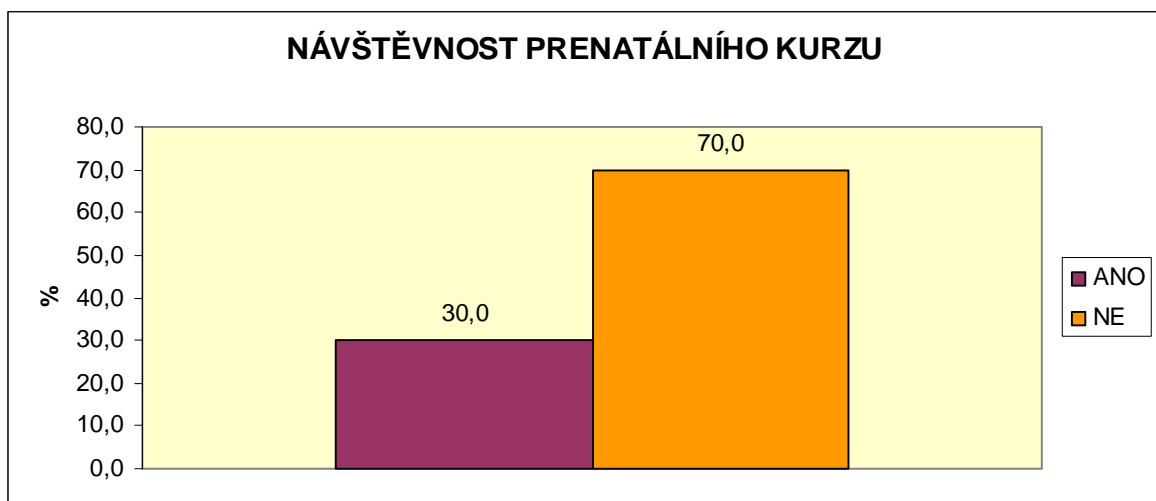
25,0 % žen ze skupiny po porodu nejčastěji ohodnocovala své porodní bolesti na stupnici číslem 8. Celých 15,0 % žen také porodní bolest označilo jako nesnesitelnou a velmi intenzivní. Překvapilo mě, že 3,3 % žen hodnotilo porod jako nebolestivý.

Návštěvnost prenatálního kurzu

Viz. otázka č.5 – Navštěvovala jste kurz předporodní přípravy:

Tabulka 16. vyhodnocení otázky č.5

NÁVŠTĚVNOST PRENATÁLNÍHO KURZU	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ANO	18	30,0
NE	42	70,0

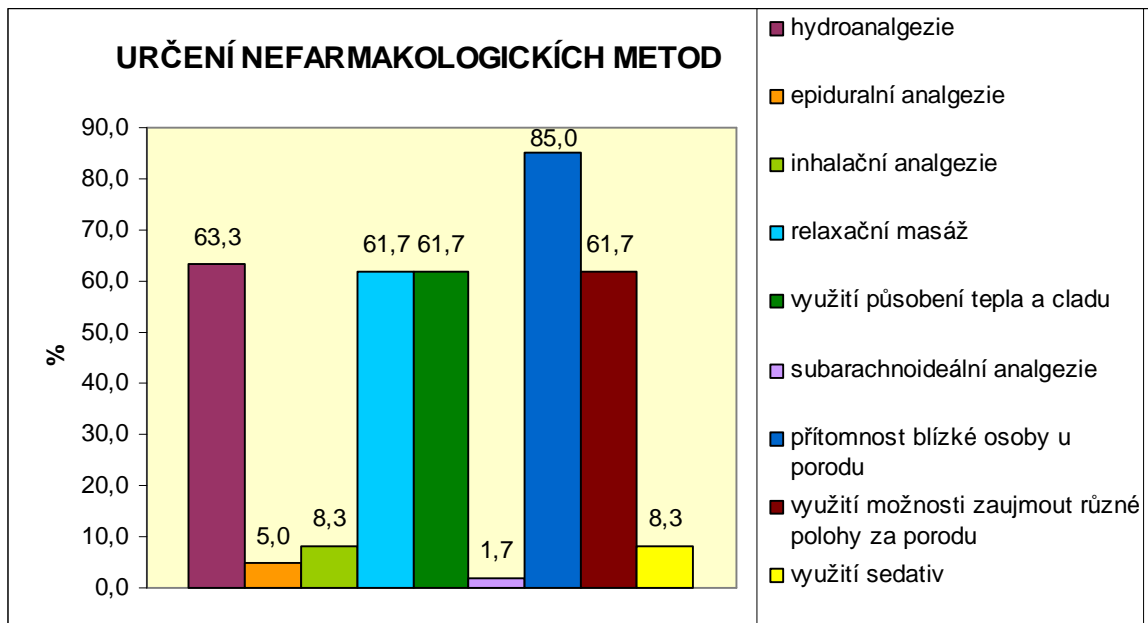


Graf 21. zpracování údajů otázky č. 5

Z grafu vyplývá, že celých 70,0 % žen kurz předporodní přípravy nenavštěvovalo. Kurz navštěvovalo pouze 30 % dotazovaných žen.

Určení nefarmakologických metod

Viz. Otázka č. 6 – vyberte z uvedených možností ty metody, které považujete za nefarmakologické:

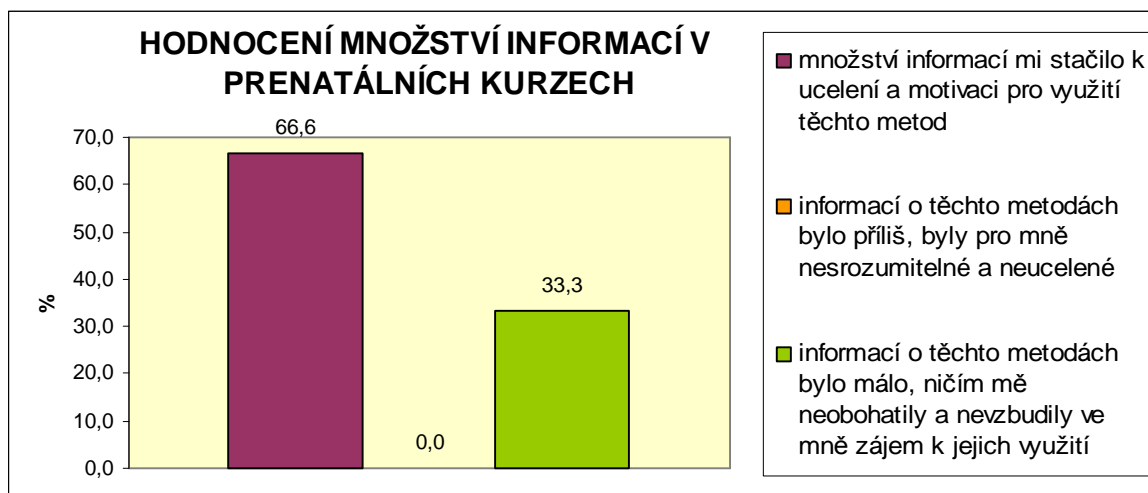


Graf 22. zpracování údajů otázky č. 6

V této otázce měly dotazované ženy vybrat z nabízených možností metody nefarmakologické. Ženy správně určily za nefarmakologické metody hydroanalgezii (63,3 %), relaxační masáž (61,7 %), využití působení tepla a chladu (61,7 %), přítomnost blízké osoby u porodu (85,0 %) a využití možných poloh (61,7 %). 8,3 % žen mylně zařadilo jako nefarmakologickou metodu inhalační analgezii a dalších 8,3 % využití sedativ. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 1.

Hodnocení množství informací v prenatálních kurzech

Viz. otázka č. 7 – Jak byste hodnotila obsah předporodních kurzů z hlediska informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu:

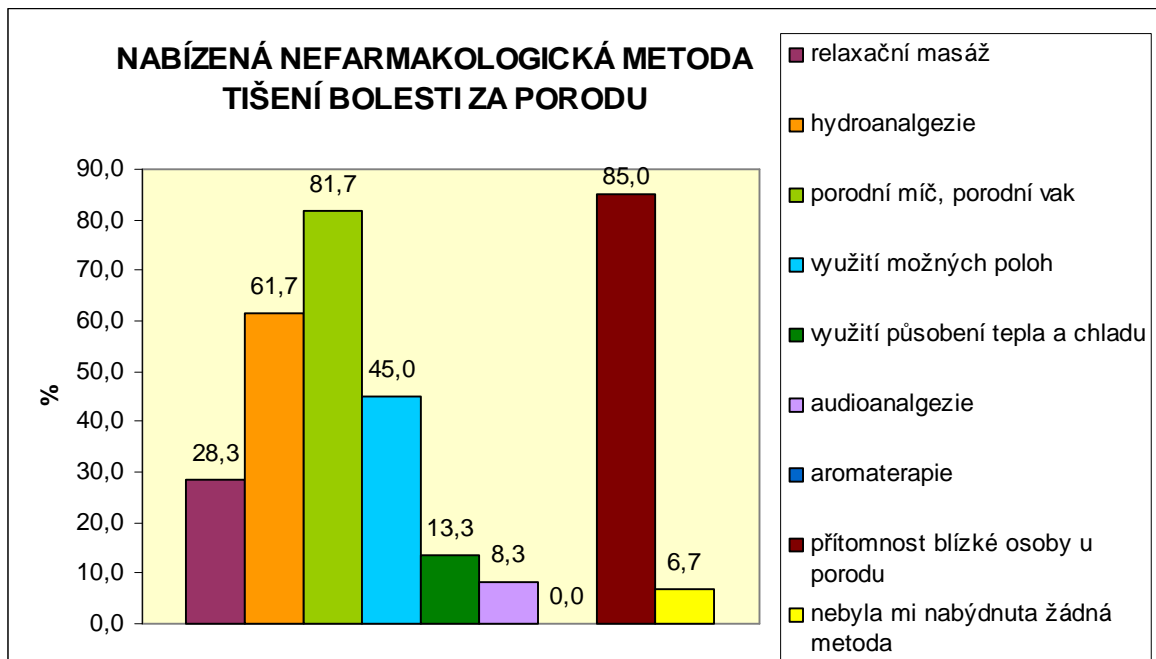


Graf 23. zpracování údajů otázky č. 7

Graf ukazuje pouze ženy, které prenatální kurz navštívily. Tak tomu bylo u 18 žen a 18 žen je tedy 100 %. Celých 66,6 % žen bylo spokojeno s množstvím informací o nefarmakologických metodách v prenatálním kurzu, pouze 33,3 % žen hodnotí obsah kurzu z hlediska informací o těchto metodách jako nedostatečný. Žádná žena neoznámila, že informací bylo příliš.

Nabízená nefarmakologická metoda tišení bolesti za porodu

Viz. Otázka č. 8 – Byla Vám během Vašeho porodu některá z nefarmakologických metod tišení bolesti nabídnuta:

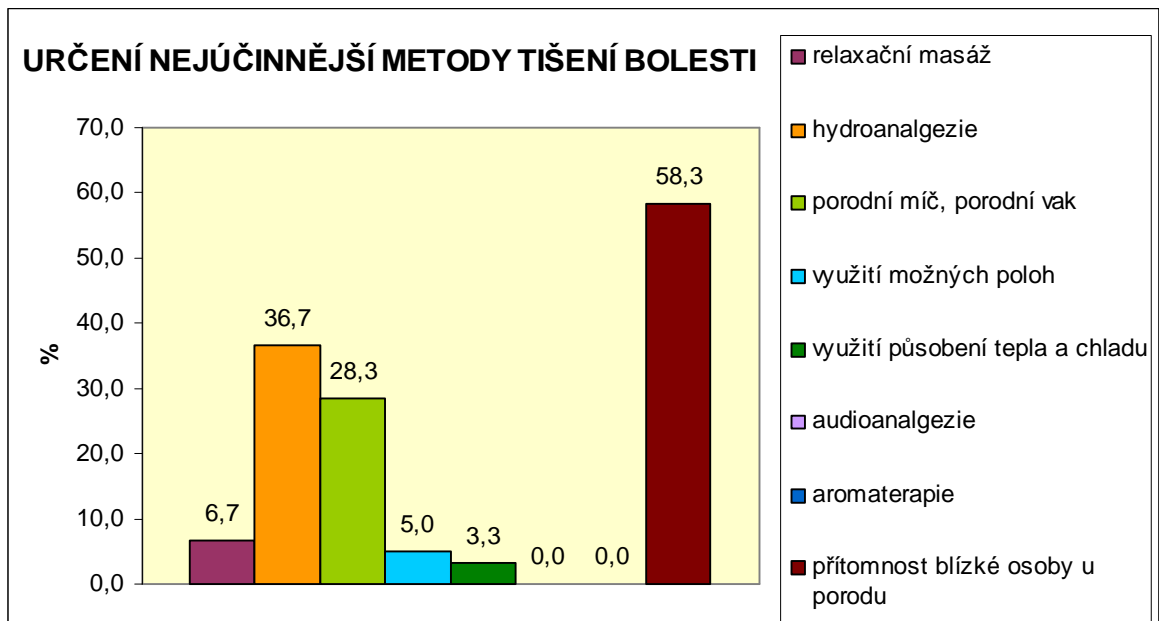


Graf 24. zpracování údajů otázky č. 8

Z grafu je patrné, že 85,0 % respondentek byla za porodu nabídnuta metoda přítomnosti blízké osoby a 81,7 % využití porodního míče a vaku. 61,7 % žen byla nabídnuta také hydroanalgezie v podobě vany nebo sprchy. Překvapilo mě, že mezi často nabízenou metodou je také relaxační masáž (28,3 %). Ani jedné respondentce nebyla za porodu nabídnuta možnost využít aromaterapie.

Určení nejúčinnější nefarmakologické metody tišení bolesti

Viz. otázka č. 9 – Nyní jste již po porodu. Kterou z nefarmakologických metod byste hodnotila jako nejúčinnější:

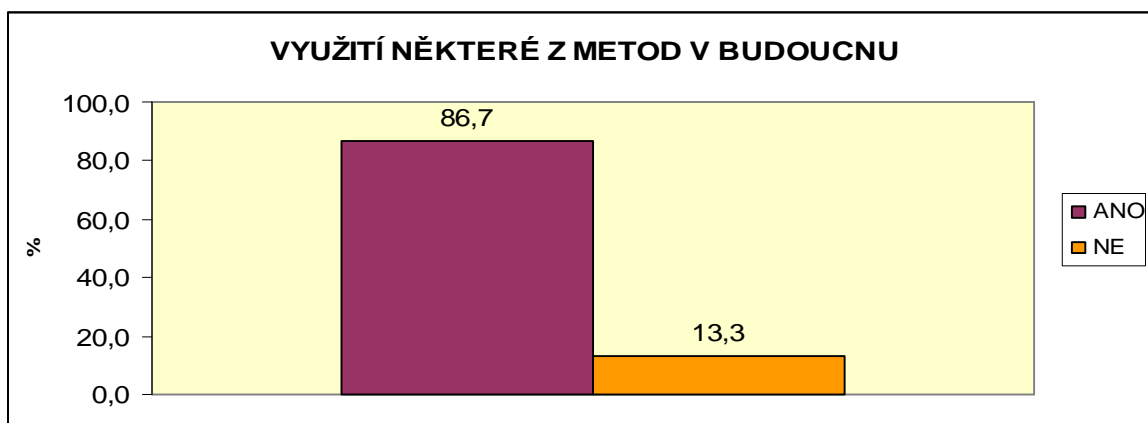


Graf 25. zpracování údajů otázky č. 9

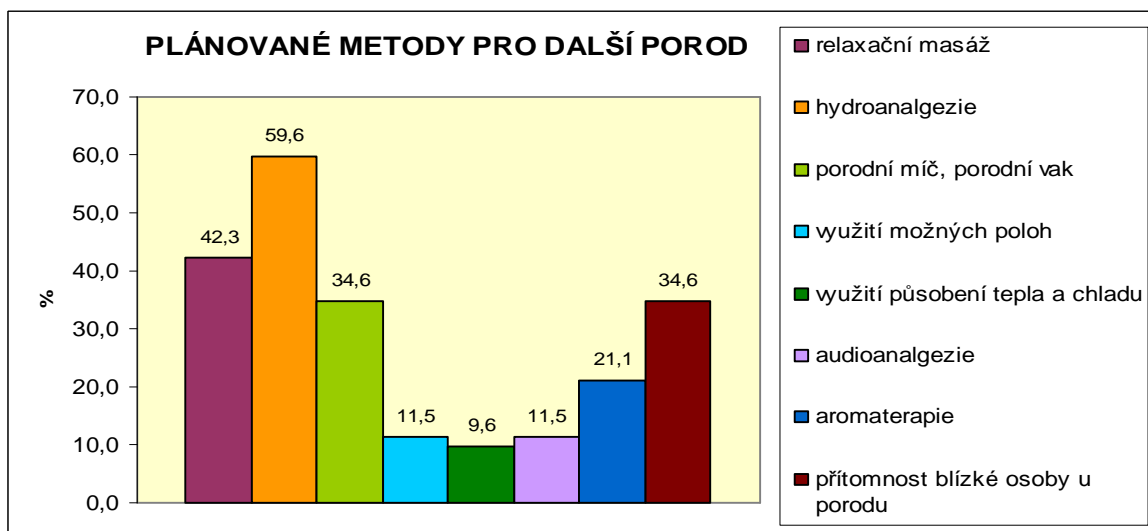
Jako nejúčinnější nefarmakologickou metodu tišení bolesti označilo 58,3 % respondentek přítomnost blízké osoby u porodu. Hned po této metodě hodnotilo 36,7 % žen jako velmi účinnou metodu hydroanalgezie. Žádná respondentka neuvédla metodu audioanalgezie a aromaterapie. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 6.

Využití některé z metod v budoucnu

Viz. otázka č. 10 – Pokud byste měla absolvovat další porod, uvažovala byste o využití některé nefarmakologické metody tišení bolesti:



Graf 26. zpracování údajů otázky č. 10



Graf 27. zpracování údajů otázky č. 10

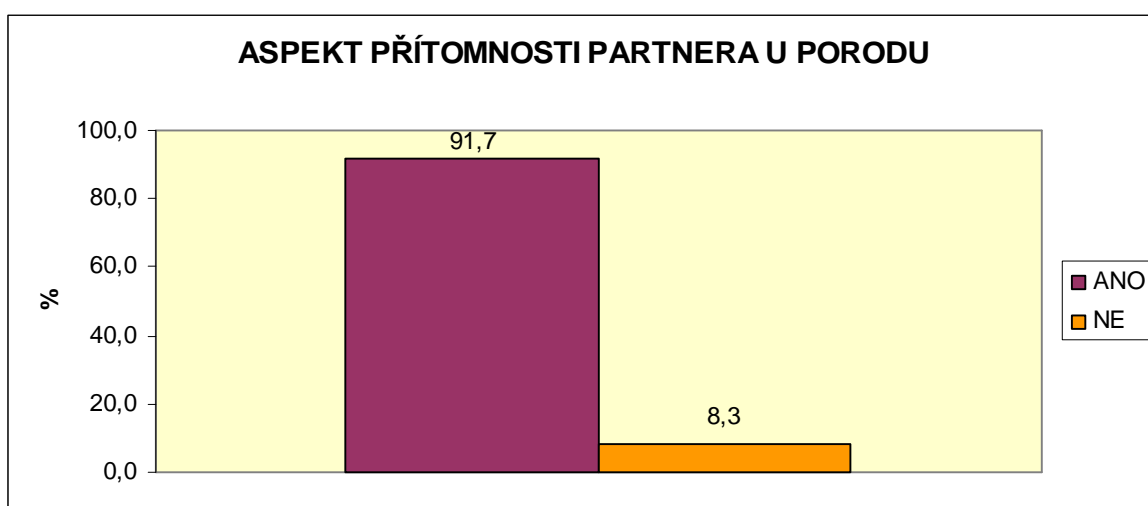
Z grafu je zřejmé, že 86,7 % žen plánuje některou z metod využít v budoucnu. K určení metod, které plánují v budoucnu využít jsem vycházela pouze z žen, které zájem mají. Největší zájem (59,6 %) je o metodu hydroanalgezie. Překvapilo mě, že více žen by mělo zájem o relaxační masáž (42,3 %) než o využití porodního míče a porodního vaku (34,6 %). Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 2.

Aspekt přítomnosti partnera u porodu

Viz. otázka č. 11 – Považujete za důležitý aspekt přítomnosti u porodu:

Tabulka 17. vyhodnocení otázky č.11

ASPEKT PŘÍTOMNOSTI PARTNERA U PORODU	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
ANO	55	91,7
NE	5	8,3

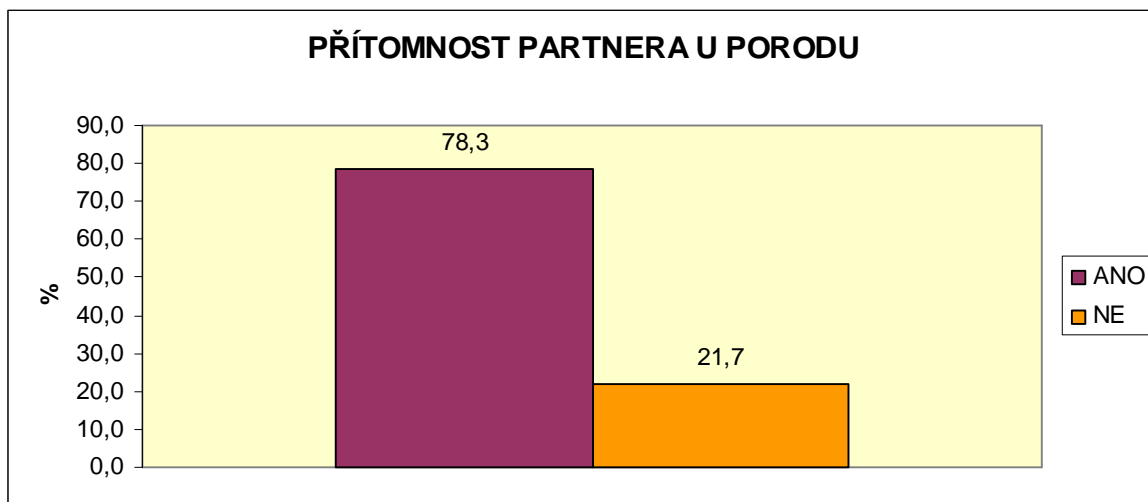


Graf 28. zpracování údajů otázky č. 11

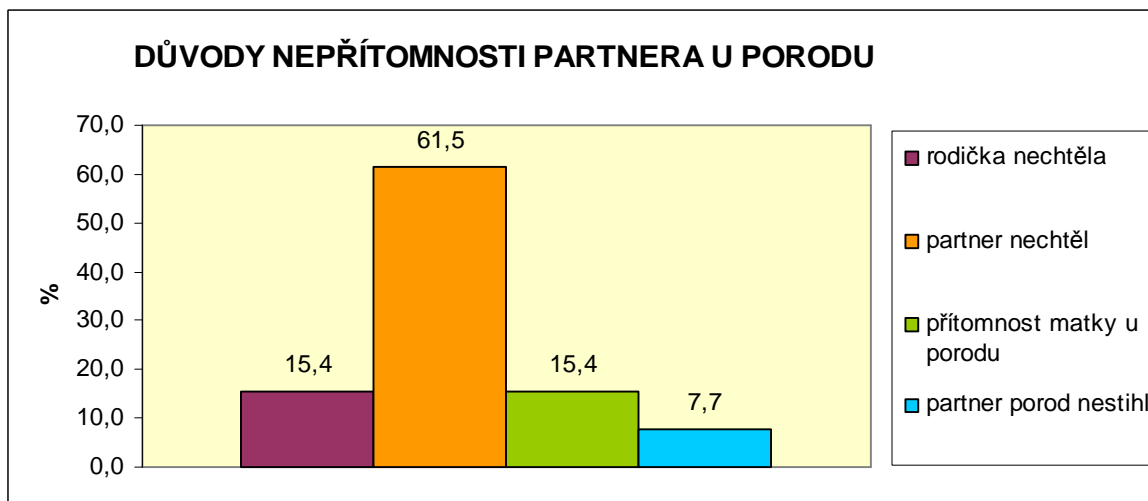
Graf ukazuje, že 91,7 % žen považuje přítomnost partnera u porodu za velmi důležitý aspekt. Objevilo se tedy 8,3 % respondentek, které považují přítomnost partnera u porodu za nedůležité.

Přítomnost partnera u porodu

Viz. otázka č. 12 – Měla jste Vy sama partnera u některého z porodů:



Graf 29. zpracování údajů otázky č. 12

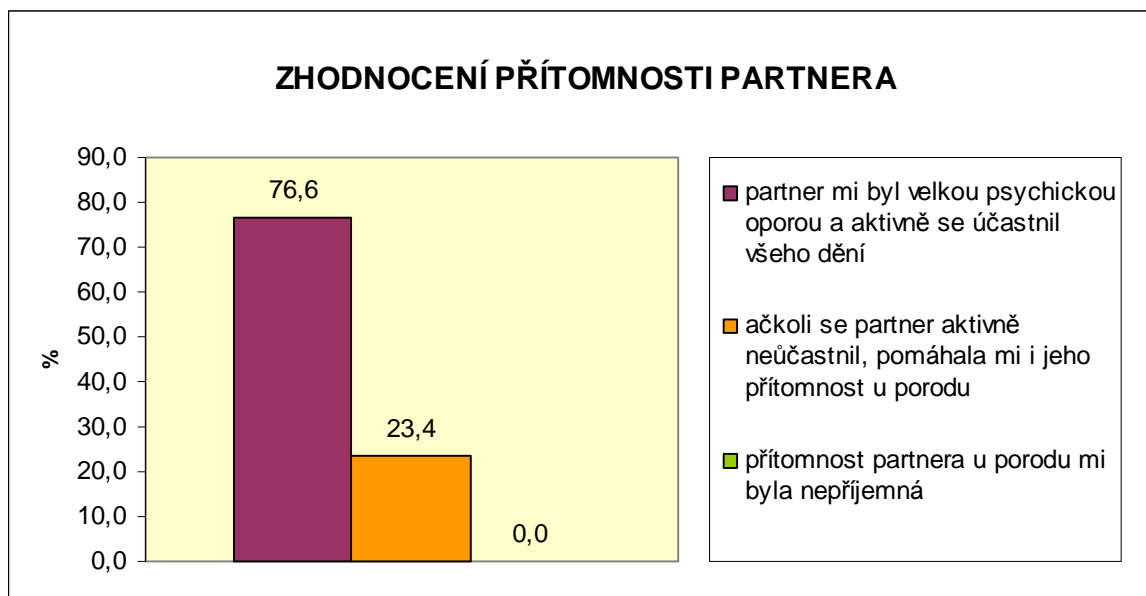


Graf 30. zpracování údajů otázky č. 12

Partner u porodu byl přítomen u 78,3 % žen. U 61,5 % žen bylo důvodem nepřítomnosti partnera strach partnera, tedy partner nechtěl. V 7,7 % partner u porodu být chtěl, ale porod nestihl. 15,4 % respondentek partnera u porodu nechtělo a 15,4 % respondentek mělo u porodu svoji matku.

Zhodnocení přítomnosti partnera

Viz. otázka č. 13 – Pokud jste partnera u porodu měla, jak byste jeho přítomnost hodnotila:

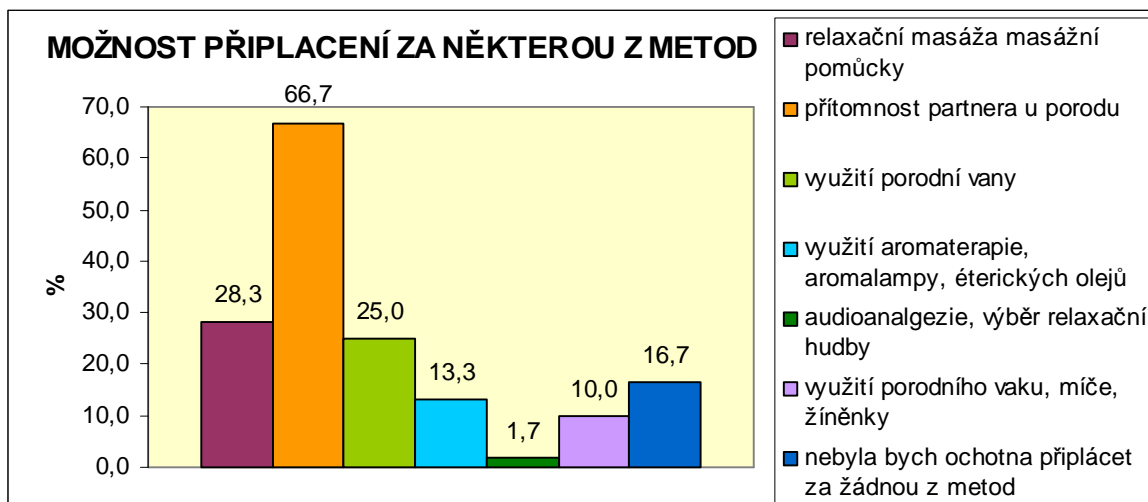


Graf 31. zpracování údajů otázky č. 13

Z grafu vyplývá, že 76,6 % žen byl partner u porodu velkou oporou a aktivně se účastnil všeho dění. Dalším 23,4 % žen pomáhala už jen samotná přítomnost partnera u porodu. Žádná žena neoznačila, že jí přítomnost partnera u porodu byla nepříjemná.

Možnost připlacení za některou z metod

Viz. otázka č. 14 – Za kterou z nefarmakologických metod byste byla ochotna připlácet:



Graf 32. zpracování údajů otázky č. 14

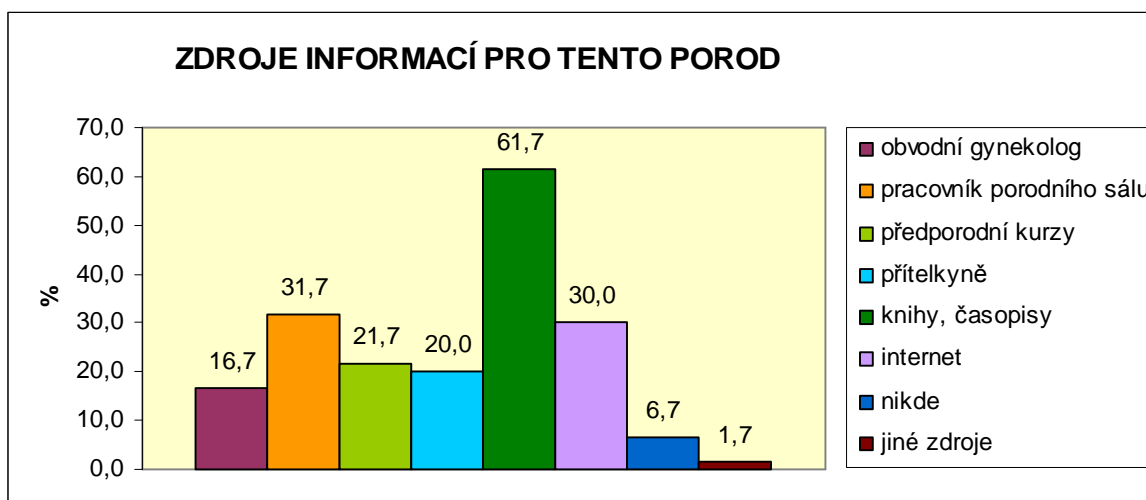
66,7 % respondentek označilo jako metodu, za kterou by byly ochotny za porodu připlácet přítomnost partnera u porodu. Zaujalo mě, že 16,7 % žen by nebylo ochotno připlácet za žádnou z metod a možnost tišení bolestí bere jako službu, kterou by měla nabízet každá porodnice a nechápe ji jako nadstandardní výhodu. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 5.

Zdroje informací pro tento porod

Viz. otázka č. 15 – Kde jste vůbec získala nejvíce informací o metodách tišení bolesti za porodu:

Tabulka 18. vyhodnocení otázky č.15

ZDROJE INFORMACÍ PRO TENTO POROD	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
obvodní gynekolog	10	16,7
pracovník porodního sálu	19	31,7
předporodní kurzy	13	21,7
přítelkyně	12	20,0
knihy, časopisy	37	61,7
internet	18	30,0
nikde	4	6,7
jiné zdroje	1	1,7



Graf 33. zpracování údajů otázky č. 15

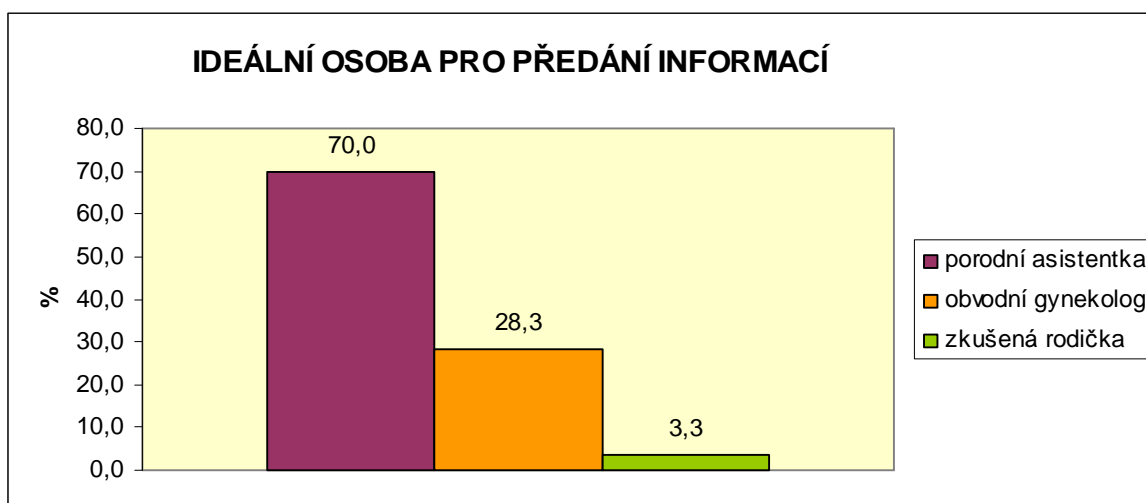
61,7 % dotazovaných žen získalo informace o metodách tišení bolesti z knih a časopisů. Je překvapivé, že celých 30 % žen vyhledalo informace na internetu. Obvodní gynekolog poskytl informace o metodách tišení bolesti 16,7 % žen a pracovník porodního sálu 31,7 % žen.

Ideální osoba pro předání informací

Viz. otázka č. 16 – Od koho byste nejraději informace o tišení bolesti za porodu získala? (porodní asistentka, obvodní gynekolog, nezávislá osoba, apod.):

Tabulka 19. vyhodnocení otázky č.16

IDEÁLNÍ OSOBA PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
porodní asistentka	42	70,0
obvodní gynekolog	17	28,3
zkušená rodička	2	3,3



Graf 34. zpracování údajů otázky č. 16

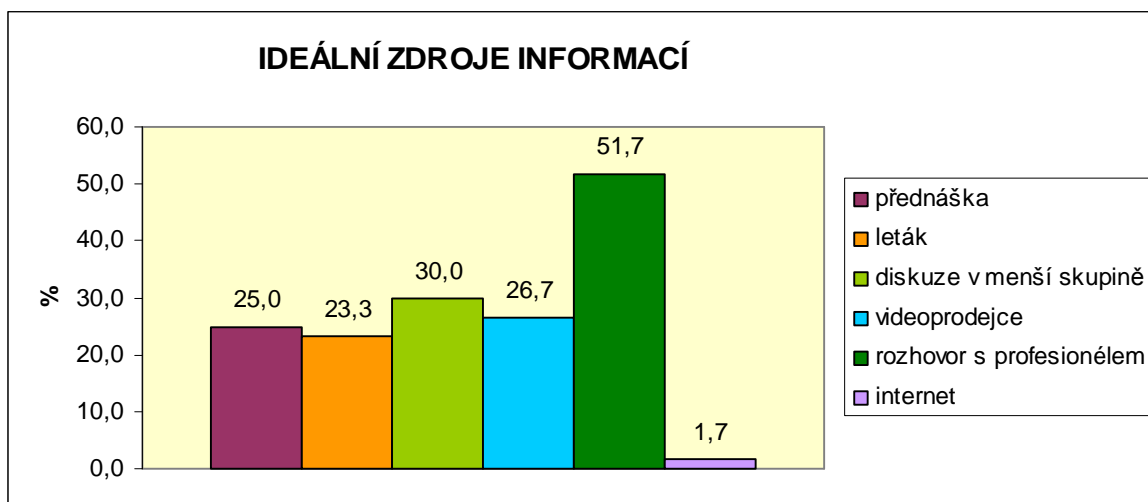
Celých 70 % respondentek, by si přálo být o metodách tišení bolesti informována porodní asistentkou. Dále 28 % žen uvedlo obvodního gynekologa. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 7.

Ideální zdroje informací

Viz. otázka č. 17 – Jakou formou byste v dalším těhotenství informace nejraději získávala:

Tabulka 20. vyhodnocení otázky č.17

IDEÁLNÍ ZDROJE INFORMACÍ	ABS	%
Počet respondentek	60	100,0
přednáška	15	25,0
leták	14	23,3
diskuze v menší skupině	18	30,0
videoprodejce	16	26,7
rozhovor s profesionálem	31	51,7
internet	1	1,7



Graf 35. zpracování údajů otázky č. 17

Z grafu je zřejmé, že 51,7 % respondentek by pro získání informací upřednostnila rozhovor s profesionálem. Diskuzi v menší skupině žen by volilo také 30 % respondentek. Pouze jedna žena by volila jako ideální zdroj informací internet. Tato otázka mi umožní odpovědět na hypotézu č. 4.

12 HODNOCENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že informovanost žen – rodiček o nefarmakologických metodách tišení bolesti je dosud nedostatečná.

Hypotéza se potvrdila. Ženy sice tuší, které metody lze považovat za nefarmakologické, avšak informovanost žen je stále nedostatečná. Ze skupiny žen před porodem určilo jako nefarmakologickou metodu 10,0 % inhalační analgezií, 6,7 % epidurální analgezií, 5,0 % použití sedativ a 11,7 % žen nevědělo vůbec. Ze skupiny žen po porodu určilo jako nefarmakologickou metodu 5,0 % epidurální analgezií, 8,3 % inhalační analgezií, 8,3 % použití sedativ a 1,7 % subarachnoideální analgezií.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina žen plánuje u nastávajícího porodu nefarmakologických metod tišení bolesti využít.

Hypotéza se potvrdila. Ve skupině žen před porodem by mělo 75,0 % žen zájem o metodu přítomnosti blízké osoby u porodu, 55,0 % žen o metodu relaxační masáže a celých 50,0 % žen také o metodu hydroanalgezie. Ve skupině žen po porodu by mělo 51,7 % žen zájem o metodu hydroanalgezie, 36,7 % žen o metodu relaxační masáže.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že většina žen navštěvuje kurz předporodní přípravy.

Hypotéza se nepotvrdila. 81,7 % žen ze skupiny před porodem a celých 70,0 % žen ze skupiny po porodu opomíjí důležitost předporodní přípravy a její souvislost s prožívání porodu a těhotenství.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že by ženy uvítaly přísun informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti prostřednictvím rozhovoru s profesionálem.

Hypotéza se potvrdila. 46,7 % žen ze skupiny před porodem a 51,7 % žen ze skupiny po porodu opravdu upřednostňuje pro získání informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu rozhovor s profesionálem.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že většina žen by byla ochotna za využití nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu připlácet.

Hypotéza se potvrdila. Ženy jsou ochotny si za většinu metod připlácet. Jsou však i ženy (20 % ze skupiny před porodem a 16,7 % ze skupiny po porodu), které by nebyly ochotny za žádnou metodu připlácet a berou tišení bolesti za porodu jako samozřejmost.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že nejvyužívanější nefarmakologickou metodou tišení bolesti za porodu je přítomnost a podpora partnera u porodu.

Hypotéza se potvrdila. Ze skupiny žen před porodem má celých 75,0 % žen zájem o metodu přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby u porodu a 58,3 % žen ze skupiny po porodu tuto metodu řadí mezi nejúčinnější a 30,0 % z nich ji plánuje využít u dalšího porodu.

Hypotéza č. 7

Předpokládám, že by ženy před porodem rády dostávaly informace o nefarmakologických metodách tišení bolesti především od porodních asistentek.

Hypotéza se potvrdila. Porodní asistentku jako ideální osobu pro předání informací určily hlavně ženy po porodu (70 %), ale také nadpoloviční většina žen před porodem (53,3 %).

Překvapilo mě, že některé ženy dosud nedokáží rozlišit rozdíl mezi farmakologickou a nefarmakologickou metodou. Skupina žen po porodu prokázala hlubší vědomosti o nefarmakologických metodách. Informovanost žen je však stále nedostatečná a je smutné, že se ženy informují nejčastěji v knihách a ne u porodních asistentek nebo lékařů.

Na otázku zda plánují ženy některou z nefarmakologických metod u dalšího porodu, odpověděla většina žen ano. Ve skupině žen před porodem byla nejčastěji plánovaná metoda přítomnost blízké osoby u porodu. Ve skupině žen po porodu šlo o metodu hydroanalgezie. Velice mě zaujalo, že druhou nejčastěji plánovanou metodou u žen před porodem i u žen po porodu byla relaxační masáž.

Velice mě překvapilo, že většina respondentek nenavštěvuje kurz předporodní přípravy. Ve skupině žen před porodem šlo o 81,7 % všech dotazovaných a ve skupině žen po poro-

du o celých 70 % žen. Zhodnotit zda ženy v prenatálních kurzech dostávají dostatek informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti bylo proto velmi složité. Ženy které kurz předporodní přípravy navštívily, hodnotili jeho náplň jako dostatečnou. Informací o nefarmakologických metodách pro ně bylo dostatek a motivovali je k jejich využití při dalším porodu.

Jak skupina žen před porodem, tak skupina žen po porodu uvedla jako nejideálnější zdroj získání informací o nefarmakologických metodách rozhovor s profesionálem. Zaskočilo mě, že 33,3 % žen ze skupiny před porodem a 23,3 % žen ze skupiny po porodu uvedli jako ideální zdroj informací leták.

Na otázku za kterou metodu by byly ženy ochotny připlácet, nejvíce respondentek volilo partnera u porodu. Další nejvíce volenou metodou byla opět relaxační masáž, za kterou by bylo ochotno připlácet 30 % žen ze skupiny před porodem a 28,3 % žen ze skupiny po porodu. Jednou z často udávaných metod se stala také porodní vana, tedy metoda hydroanalgezie. Velice překvapivé je, že za nefarmakologické metody tišení bolesti by nebylo ochotno připlácet celých 20 % žen ze skupiny před porodem a 16,7 % žen ze skupiny po porodu.

Přítomnost partnera u porodu je důležitým aspektem téměř pro všechny ženy. Ze skupiny žen před porodem plánuje jeho účast 76,7 % respondentek. Ze skupiny žen po porodu mělo partnera u porodu 78,3 % respondentek. Hlavním důvodem nepřítomnosti byl strach partnera, ve stejné míře pak přítomnost matky a důvod, kdy nechtěla partnera u porodu sama žena. Nadpoloviční většina žen přítomnost partnera hodnotila kladně. Partner pro ně byl velkou psychickou oporou a účastnil se všeho dění.

Potěšilo mě, že nadpoloviční většina žen by nejraději potřebné informace získávala od porodních asistentek. Ženy před porodem volily předání informací od porodní asistentky v 53,3 % a od obvodního gynekologa v 50 %. Skupina žen po porodu by pro předání informací pro další porod volila porodní asistentku v 70 %.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti a podat ucelené informace o těchto metodách. Zájem o tyto metody je stále větší a materiálů pro seznámení s vhodným užitím těchto metod je velmi málo. Mým cílem bylo především zjistit, jakou formou by bylo vhodné tyto informace podávat, zda je o tyto metody velký zájem, které z metod ženy preferují a zda by byly případně ochotny si za tyto metody připlatit.

Hypotézy které jsem stanovila potvrdily, že informovanost žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti jsou opravdu stále pouze povrchní. Jejich vědomosti o těchto metodách stále nestačí k tomu, aby se ženy odhodlaly jich v praxi použít. Ženy sice chtějí metody využívat, avšak většina z nich nenavštěvuje předporodní kurzy a jsou tak odkázány na informační zdroje, které nepodávají mnohdy přesné informace. Díky průzkumu jsem také zaznamenala, že překvapující procento žen, by nebylo ochotno za metody tišení bolesti připlácet a tišení bolesti za porodu berou jako samozřejmost. Dle mého názoru se také ženy často neodvážejí vyslovit své přání a spokojí se s nabízenou metodou tišení bolesti. Ideálním řešením se zdá větší podpora žen pro využití těchto metod, a to jak ve zlepšení informačních zdrojů pomocí letáků dostupných například v ordinacích obvodního gynekologa nebo v prenatálních kurzech. Důležité je také docílit větší návštěvnosti prenatálních kurzů.

Porod je okamžik, který si zaslouží velikou pozornost. Proto jsem se ve své práci zaměřila na zjištění nedostatků, které sice vypadají na první pohled nedůležitě, ale mohou ženu okrást o plnohodnotný prožitek porodu. Díky nefarmakologickým metodám tišení bolesti můžeme napomoci, aby se porod stal nezapomenutelným zážitkem jak pro ženu, tak pro jejího partnera.

Pro zlepšení informovanosti žen o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu jsem se pokusila zpracovat stručný informační zdroj, který podává informace o některých nefarmakologických metodách. Je přílohou č.VIII mé práce. Zpracovala jsem i jednoduchý návrh vypracování brožury, která by mohla ženám nastínit co jsou nefarmakologické metody a motivovat je k jejich využití.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

- /1/ PAŘÍZEK, A. a kol.. *Porodnická analgezie a anestézie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1.
- /2/ INGLIS, B. a WEST, R. *Průvodce alternativní medicínou*. 1. vyd. Praha : Brázda, 1992. 352 s. ISBN 80-209-0221.
- /3/ ROKYTA, R. *Fyziologie pro bakalářská studia*. 1. vyd. Praha : ISV, 2000. 364 s. ISBN 80-85866-45-5.
- /4/ PACHL, J. a kol.. *Zásady anesteziologie a neodkladné péče se zaměřením na dětský věk*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1992. 210 s. ISBN 80-85467-44-5.
- /5/ STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství : učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1996. 194 s. ISBN 382-108-96.
- /6/ MCLAUGHLINOVÁ, Chris. *Jak ulevit bolesti*. 1. vyd. Praha : Euromedia Group, 2001. 112 s. ISBN 80-7202-790-5.
- /7/ MACKŮ, F. a MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. 327 s. ISBN 80-7169-589-0.
- /8/ ENKIN, Murray, et al. *Efektivní péče v perinatologii*. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. 358 s. ISBN 8071694177.
- /9/ ČEPICKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 1993. 246 s.
- /10/ DRÁBKOVÁ, Jarmila, HODER, Josef, PAPEŽ, Ladislav. *Anestezie a resuscitace v porodnictví*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1973. 224 s. ISBN 08-053-73.
- /11/ ŠEVČÍK, P. a kol.. *Bolest a možnosti její kontroly*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 236 s. ISBN 80-7013-171-3.
- /12/ FORSSTROMOVÁ, Brita, HAMPSONOVÁ, Mel. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. 1. vyd. Brno : Barrister a Principal, 1996. 127 s. ISBN 80-85947-11-0.
- /13/ Roztočil, A. a kol.. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

/14/ MAKEDONOVÁ, Natália. *Gravidjóga : porod bez bolesti*. 1. vyd. Bratislava : Natajoga, 1991. 119 s. ISBN 80-900557-3-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

TENS Transkutánní elektrická stimulace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – zpracování údajů.....	str. 40
Graf č. 2 – zpracování údajů.....	str. 41
Graf č. 3 – zpracování údajů.....	str. 42
Graf č. 4 – zpracování údajů.....	str. 43
Graf č. 5 – zpracování údajů.....	str. 44
Graf č. 6 – zpracování údajů.....	str. 45
Graf č. 7 – zpracování údajů.....	str. 46
Graf č. 8 – zpracování údajů.....	str. 47
Graf č. 9 – zpracování údajů.....	str. 48
Graf č. 10 – zpracování údajů.....	str. 49
Graf č. 11 – zpracování údajů.....	str. 50
Graf č. 12 – zpracování údajů.....	str. 51
Graf č. 13 – zpracování údajů.....	str. 52
Graf č. 14 – zpracování údajů.....	str. 53
Graf č. 15 – zpracování údajů.....	str. 54
Graf č. 16 – zpracování údajů.....	str. 55
Graf č. 17 – zpracování údajů.....	str. 56
Graf č. 18 – zpracování údajů.....	str. 57
Graf č. 19 – zpracování údajů.....	str. 58
Graf č. 20 – zpracování údajů.....	str. 59
Graf č. 21 – zpracování údajů.....	str. 60
Graf č. 22 – zpracování údajů.....	str. 61
Graf č. 23 – zpracování údajů.....	str. 62

Graf č. 24 – zpracování údajů.....	str. 63
Graf č. 25 – zpracování údajů.....	str. 64
Graf č. 26 – zpracování údajů.....	str. 65
Graf č. 27 – zpracování údajů.....	str. 65
Graf č. 28 – zpracování údajů.....	str. 66
Graf č. 29 – zpracování údajů.....	str. 67
Graf č. 30 – zpracování údajů.....	str. 67
Graf č. 31 – zpracování údajů.....	str. 68
Graf č. 32 – zpracování údajů.....	str. 69
Graf č. 33 – zpracování údajů.....	str. 70
Graf č. 34 – zpracování údajů.....	str. 71
Graf č. 35 – zpracování údajů.....	str. 72

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – zpracování dat.....	str. 40
Tabulka č. 2 – zpracování dat.....	str. 41
Tabulka č. 3 – zpracování dat.....	str. 42
Tabulka č. 4 – zpracování dat.....	str. 43
Tabulka č. 5 – zpracování dat.....	str. 44
Tabulka č. 6 – zpracování dat.....	str. 49
Tabulka č. 7 – zpracování dat.....	str. 50
Tabulka č. 8 – zpracování dat.....	str. 51
Tabulka č. 9 – zpracování dat.....	str. 53
Tabulka č. 10 – zpracování dat.....	str. 54
Tabulka č. 11 – zpracování dat.....	str. 55
Tabulka č. 12 – zpracování dat.....	str. 56
Tabulka č. 13 – zpracování dat.....	str. 57
Tabulka č. 14 – zpracování dat.....	str. 58
Tabulka č. 15 – zpracování dat.....	str. 59
Tabulka č. 16 – zpracování dat.....	str. 60
Tabulka č. 17 – zpracování dat.....	str. 66
Tabulka č. 18 – zpracování dat.....	str. 70
Tabulka č. 19 – zpracování dat.....	str. 71
Tabulka č. 20 – zpracování dat.....	str. 72

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník pro ženy před porodem

P II Dotazník pro ženy po porodu

P III Typy škál používaných k hodnocení intenzity bolesti

P IV Zařazení porodní bolesti podle intenzity

P V Možné polohy rodičky za porodu

P VI Akupunkturní body na akupunkturní dráze

P VII Body ušní akupunktury

P VIII Návrh informačního letáku o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO SKUPINU ŽEN PŘED PORODEM

Dobrý den, milé maminky.

Jmenuji se Renáta Glozová a studuji Univerzitu Tomáše Bati ve Zlíně, obor porodní asistentka. Jako studentka závěrečného ročníku zpracovávám absolventskou práci s názvem : „ Informovanost žen o možnostech nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který mi pomůže v praktickém výzkumu zaměřeném na zjištění informovanosti žen v oblasti nefarmakologických metod tišení bolesti.

Veškeré údaje budou naprosto anonymní a nebudou použity k jiným účelům. Za Vaši pomoc Vám velice děkuji.

Pokyny k vyplnění dotazníku : Zvolenou odpověď zatrhněte popřípadě doplňte.

Renáta Glozová

1) Do jaké věkové kategorie spadáte :

- a) méně než 20 let
- b) 20 až 25 let
- c) 26 až 30 let
- d) více než 30 let

2) Nejvyšší ukončené vzdělání :

- a) základní
- b) výuční list
- c) maturita
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3) Kolikátý bude Váš nynější porod :

4) Jistě máte představu o intenzitě porodních bolestí, jak myslíte, že je porodní bolest silná

(zakroužkujte) :

1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

1 = nebolestivé

10 = nesnesitelné velmi intenzivní bolesti

5) Navštěvujete kurz předporodní přípravy :

a) ano

b) ne

6) Vyberte z uvedených možností ty metody, které považujete za nefarmakologické :

a) hydroanalgezie (porodní vana, sprcha)

b) epidurální analgezie

c) inhalační analgezie

d) relaxační masáž (za pomoci masážních pomůcek)

e) využití působení tepla a chladu

f) subarachnoideální analgezie

g) přítomnost blízké osoby u porodu (partner, matka)

h) využití možných poloh

ch) využití sedativ

7) Pokud navštěvujete kurz předporodní přípravy, jak byste hodnotila obsah předporodních kurzů z hlediska nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu :

- a) množství informací mi stačilo k ucelení a motivaci pro využití těchto metod
- b) informací o těchto metodách bylo příliš, byly pro mě nesrozumitelné a neucelené
- c) informací o těchto metodách bylo málo, ničím mě neobohatily a nevzbudily ve mně zájem k jejich využití
- d) kurz předporodní přípravy jsem neabsolvovala

8) Měla byste zájem při svém očekávaném porodu o využití některé z těchto metod tišení bolesti :

- a) relaxační masáž (za pomoci masážních pomůcek)
- b) hydroanalgezie (porodní vana, sprcha)
- c) porodní míč, porodní vak
- d) využití možných poloh
- e) využití působení tepla a chladu
- f) audioanalgezie (využití relaxační hudby)
- g) aromaterapie (využití éterických olejů)
- h) přítomnost blízké osoby u porodu (partner, matka)
- ch) jiné (uveďte jaké) :.....
- i) neměla bych zájem o žádnou metodu

9) Zatím jste před porodem. O které metodě si myslíte, že je nejúčinnější (uveďte) :

.....

10) Obáváte se porodní bolesti :

- a) ano – hodně jsem už o ní slyšela
- b) ne – myslím si, že to nemůže být tak hrozné
- c) ano – po předchozí zkušenosti
- d) ne – po předchozí zkušenosti
- e) vlastní odpověď :

11) Považujete za důležitý aspekt přítomnost partnera u porodu :

- a) ano
- b) ne

12) Plánujete i Vy účast partnera u porodu :

- a) ano
- b) ne (uved'te proč) :

.....

13) Za kterou z nefarmakologických metod byste byla ochotna připlácet :

- a) relaxační masáž a masážní pomůcky
- b) přítomnost partnera u porodu
- c) využití porodní vany
- d) využití aromaterapie, aromalampy, éterických olejů
- e) audioanalgezie, výběr relaxační hudby
- f) využití porodního vaku, míče, žíněnký
- g) jiné (uved'te):.....

h) nebyla bych ochotna připlácet za žádnou z metod

14) Kde všude jsou Vám poskytovány informace o metodách tišení bolesti za porodu :

- a) obvodní gynekolog
- b) pracovník porodního sálu
- c) předporodní kurzy
- d) přítelkyně
- e) knihy, časopisy
- f) internet
- g) nikde
- h) jiné zdroje (uveďte jaké):.....

15) Od koho byste nejraději informace o tišení bolesti za porodu získala? (porodní

asistentka, obvodní gynekolog, nezávislá osoba, apod.):.....

16) Jakou formou byste ještě informace o nefarmakologických metodách ráda získávala :

- a) přednáška
- b) leták
- c) diskuze v menší skupině žen
- d) videoprojekce
- e) rozhovor s profesionálem
- f) jinak (uveďte jak):.....

DĚKUJI ZA VAŠI OCHOTU A ČAS.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO SKUPINU ŽEN PO PORODU

Dobrý den, milé maminky.

Jmenuji se Renáta Glozová a studuji Univerzitu Tomáše Bati ve Zlíně, obor porodní asistentka. Jako studentka závěrečného ročníku zpracovávám absolventskou práci s názvem : „ Informovanost žen o možnostech nefarmakologických metod tišení bolesti za porodu“. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který mi pomůže v praktickém výzkumu zaměřeném na zjištění informovanosti žen v oblasti nefarmakologických metod tišení bolesti.

Veškeré údaje budou naprosto anonymní a nebudou použity k jiným účelům. Za Vaši pomoc Vám velice děkuji.

Pokyny k vyplnění dotazníku : Zvolenou odpověď zatrhněte popřípadě doplňte.

Renáta Glozová

1) Do jaké věkové kategorie spadáte :

- a) méně než 20 let
- b) 20 až 25 let
- c) 26 až 30 let
- d) více než 30 let

2) Nejvyšší ukončené vzdělání :

- a) základní
- b) výuční list
- c) maturita
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3) Kolikátý byl Váš nynější porod :

4) Své porodní bolesti bych hodnotila jako (zakroužkujte) :

1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

1 = nebolestivé

10 = nesnesitelné velmi intenzivní bolesti

5) Navštěvovala jste kurz předporodní přípravy :

a) ano

b) ne

6) Vyberte z uvedených možností ty metody, které považujete za nefarmakologické :

a) hydroanalgezie (porodní vana, sprcha)

b) epidurální analgezie

c) inhalační analgezie

d) relaxační masáž (za pomoci masážních pomůcek)

e) využití působení tepla a chladu

f) subarachnoideální analgezie

g) přítomnost blízké osoby u porodu (partner, matka)

h) využití možnosti, zaujmout různé polohy za porodu

ch) využití sedativ

7) Jak byste hodnotila obsah předporodních kurzů z hlediska informací o nefarmakologických metodách tišení bolesti za porodu :

- a) množství informací mi stačilo k ucelení a motivaci pro využití těchto metod
- b) informací o těchto metodách bylo příliš, byly pro mně nesrozumitelné a neucelené
- c) informací o těchto metodách bylo málo, ničím mě neobohatily a nevzbudily ve mně zájem k jejich využití
- d) kurz předporodní přípravy jsem nenavštěvovala

8) Byla Vám během Vašeho porodu některá z nefarmakologických metod tišení bolesti nabídnuta :

- a) relaxační masáž (za pomoci masážních pomůcek)
- b) hydroanalgezie (porodní vana, sprcha)
- c) porodní míč, porodní vak
- d) využití možných poloh
- e) využití působení tepla a chladu
- f) audioanalgezie (využití relaxační hudby)
- g) aromaterapie (využití éterických olejů)
- h) přítomnost blízké osoby u porodu (partner, matka)
- ch) jiné (uved'te jaké) :.....
- i) nebyla mi nabídnuta žádná metoda

9) Nyní jste již po porodu. Kterou z nefarmakologických metod byste hodnotila jako

nejúčinnější (uved'te):.....

10) Pokud byste měla absolvovat další porod, uvažovala byste o využití některé

nefarmakologické metody tišení bolesti :

a) ano

b) ne

O které :.....

11) Považujete za důležitý aspekt přítomnost partnera u porodu :

a) ano

b) ne

12) Měla jste Vy sama partnera u některého z porodů :

a) ano

b) ne (uved'te prosím proč) :

13) Pokud jste partnera u porodu měla, jak byste jeho přítomnost hodnotila :

a) partner mi byl velkou psychickou oporou a aktivně se účastnil všeho dění

b) ačkoli se partner aktivně neúčastnil, pomáhala mi i jeho přítomnost u porodu

c) přítomnost partnera u porodu mi byla nepříjemná

d) vlastní odpověď :

14) Za kterou z nefarmakologických metod byste byla ochotna připlácet :

- a) relaxační masáž a masážní pomůcky
- b) přítomnost partnera u porodu
- c) využití porodní vany
- d) využití aromaterapie, aromalampy, éterických olejů
- e) audioanalgezie, výběr relaxační hudby
- f) využití porodního vaku, míče, žíněny
- g) jiní (uveďte):.....
- h) nebyla bych ochotna připlácet za žádnou z metod

15) Kde jste vůbec získala nejvíce informací o metodách tišení bolesti za porodu :

- a) obvodní gynekolog
- b) pracovník porodního sálu
- c) předporodní kurzy
- d) přítelkyně
- e) knihy, časopisy
- f) internet
- g) nikde
- h) jiné zdroje (uveďte jaké):.....

16) Od koho byste nejraději informace o tišení bolesti za porodu získala? (porodní

asistentka, obvodní gynekolog, nezávislá osoba, apod.):.....

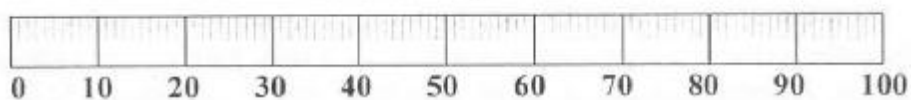
17) Jakou formou byste v dalším těhotenství informace o metodách tišení bolesti nejraději získávala :

- a) přednáška
- b) leták
- c) diskuze v menší skupině žen
- d) videoprojekce
- e) rozhovor s profesionálem
- f) jinak (uved'te jak):.....

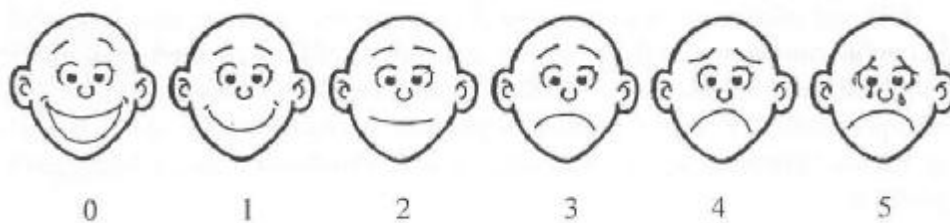
DĚKUJI ZA VAŠI OCHOTU A ČAS.

PŘÍLOHA P III: TYPY ŠKÁL POUŽÍVANÝCH K HODNOCENÍ INTENZITY BOLESTI

Vizuální analogová škála



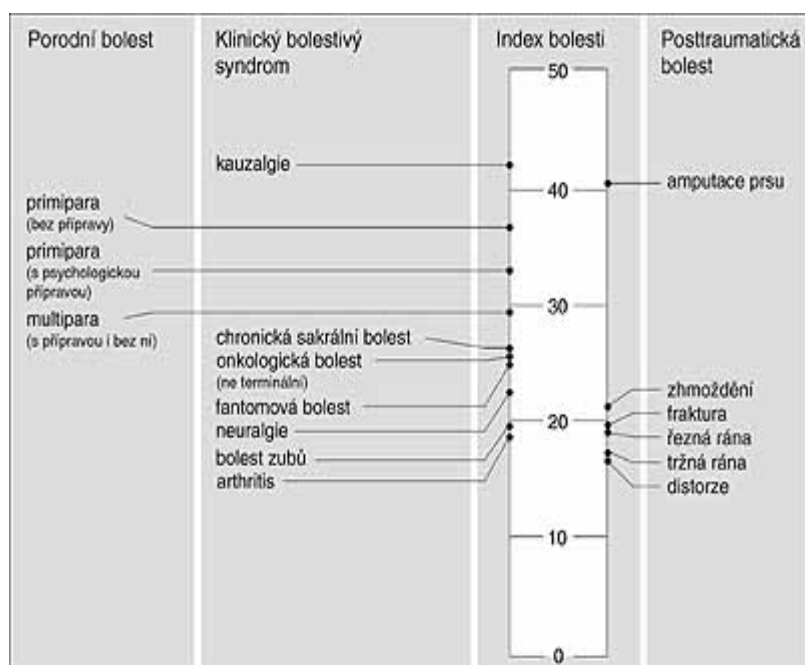
Škála výrazů obličeje



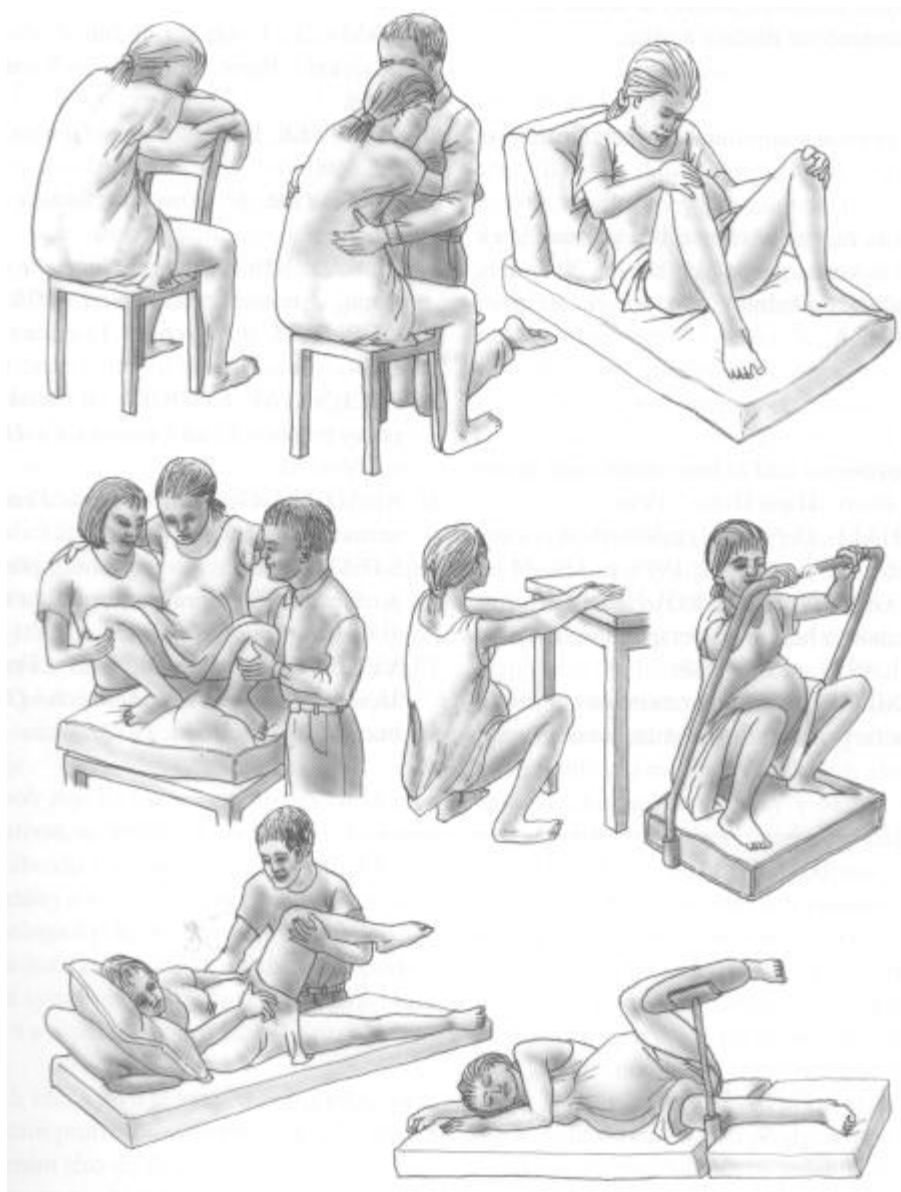
Jednodušší záznam intenzity bolesti lze provést na škálu bolesti



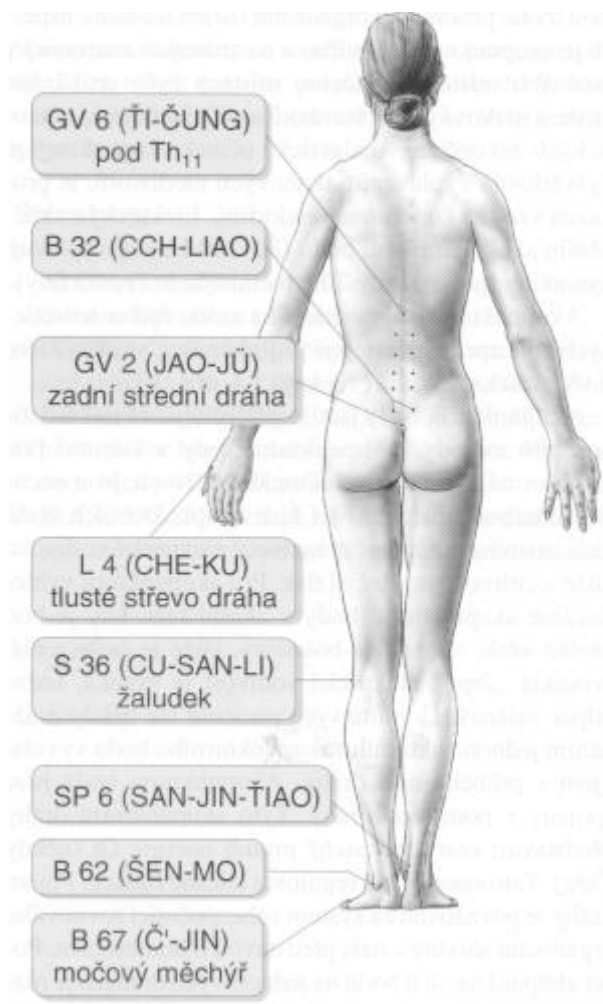
PŘÍLOHA P IV: ZAŘAZENÍ PORODNÍ BOLESTI PODLE INTENZITY



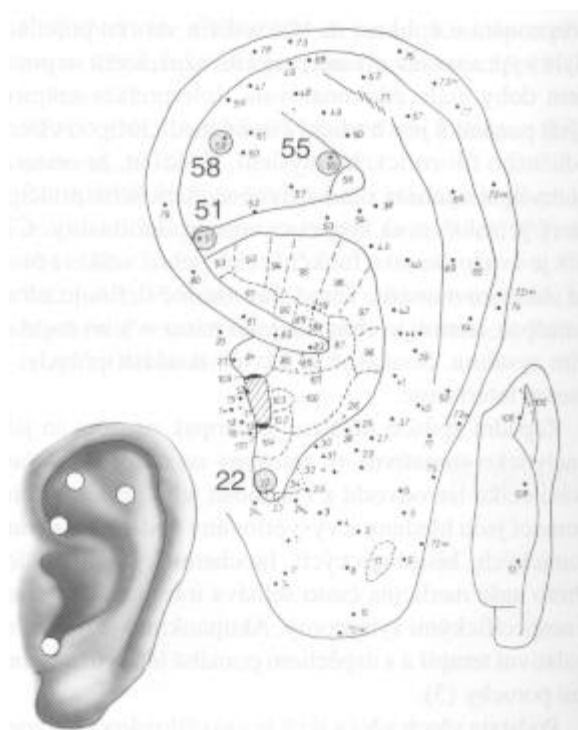
PŘÍLOHA V: MOŽNÉ POLOHY RODIČKA ZA PORODU



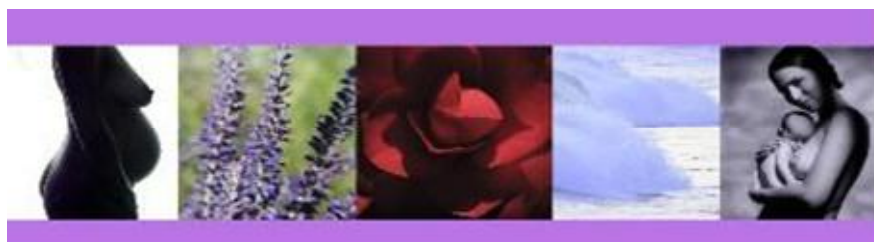
PŘÍLOHA VI: AKUPUNKTURNÍ BODY NA AKUPUNKTURNÍ DRÁZE



PŘÍLOHA VII: BODY UŠNÍ AKUPUNKTURY



**PŘÍLOHA VIII: NÁVRH INFORMAČNÍHO LETÁKU O
NEFARMAKOLOGICKÝCH METODÁCH TIŠENÍ BOLESTI ZA
PORODU**



Nefarmakologické metody tišení bolesti za porodu

Porodní bolest je přirozený stav, který doprovází téměř každý porod a je jedinou bolestivou reakcí člověka, jejíž vznik není podmíněn nemocí, ale má zcela fyziologické příčiny. **Porodní bolest je bolest očekávaná**, na kterou se žena po dobu těhotenství může připravit. Žena se může do snahy **zmírnit bolest** sama aktivně zapojit a docílit toho, že se pro ni porod stane **jedinečnou událostí zrození nového života**. Prvním správným krokem může být seznámení s **nefarmakologickými metodami tišení bolesti** a na základě informací se případně pro některou z těchto metod rozhodnou.

Tato brožura obsahuje výčet některých nefarmakologických metod, které lze použít pro tišení bolesti za porodu a podává základní informace, které mohou vzbudit zájem o jejich využití.

Co je důležité vědět

Nefarmakologická metoda tišení bolesti

Metoda tišení bolesti bez použití léků – farmak

Nefarmakologické metody tišení bolesti lze rozdělit na

Psychologické metody tišení bolesti

- ✓ předporodní příprava
- ✓ přítomnost otce u porodu
- ✓ hypnóza
- ✓ úprava prostředí
- ✓ aromaterapie

Fyzikální metody tišení bolesti

- ✓ relaxační masáž
- ✓ hydroanalgezie
- ✓ porodní míč, porodní vak
- ✓ působení povrchového tepla a chladu
- ✓ pohyby matky a změny polohy

Akupunktura, akupresura

PARTNER U PORODU



Úloha partnera u porodu nezačíná samotným porodem, ale daleko před tím, už v průběhu těhotenství. Otázku přítomnosti otce u porodu by měli nastávající rodiče řešit nejpozději v posledním měsíci gravidity a důležité je vědět, že muž nemůže být nucen, aby byl přítomen u porodu pokud sám nechce.

CO BY MĚL MÍT BUDOUCÍ TATÍNEK ZA SEBOU, NEŽ PŘEKROČÍ PRÁH PORODNICE ?

- ✓ Je vhodné, aby se účastnil některých věcí, které absolvuje budoucí maminka.
- ✓ Navštívit s nastávající maminkou některou z předporodních kontrol (ultrazvukové vyšetření, záznam srdečních ozev plodu) apod.
- ✓ Absolvovat s maminkou předporodní kurzy, kde se vše o průběhu těhotenství a porodu dozví.
- ✓ Doprovázet nastávající maminku na procházky, na cvičení, na plavání, povzbuzovat jí v tělesné aktivitě a také s ní relaxovat.
- ✓ Společně pozorovat děťátko, mluvit s ním, hladit ho, poslouchat přes břicho maminky.
- ✓ Zabalit spolu s maminkou věci potřebné do porodnice. U porodu tak partner ví, co kde případně hledat.
- ✓ Navštivte společně porodní sál a podívejte se na všechna místa, kam se můžete během porodu dostat.
- ✓ Navštivte s maminkou i kurz věnující se kojení a péči o dítě a naplánujte si také jak se podělíte o péči o dítě.

CO U VLASTNÍHO PORODU?

Cítit ke své partnerce velkou lásku a náklonnost. I tehdy, kdy přes bolestivé stahy nařiká, je unavená a často i nervózní a nepříjemná. Musíte vědět co dělá vaší mamince dobře, znát všechny ty maličkosti, které jí mohou uklidnit a uvolnit. Měli byste být schopni pochopit citovou stránku porodu.



AUDIOANALGEZIE

Hudba a audioanalgezie se používá k ovládní bolesti.

Hudba se za porodu nejčastěji využívá k vytvoření klidného a relaxačního prostředí a podporují její užití za porodu k navození relaxace.

Ideální je poslech různých hudebních motivů a kompozic, které mají osvědčený psychický a relaxační účinek. Vhodné je, pokud si ženy donesou svoji oblíbenou hudbu, při které jsou zvyklé relaxovat i v běžném životě.

- + HUDBA SNIŽUJE NADMĚRNÝ STRES A POSILUJE TOLIK ŽÁDOUCÍ EFEKT TIŠENÍ BOLESTI
- + NAPOMÁHÁ ODBLOKOVAT RŮZNÁ VYRUŠOVÁNÍ A NEPŘÍJEMNÝ HLUK

Vhodně vybraná relaxační hudba napomáhá ke zpříjemnění prostředí porodního sálu a působí blahodárně na psychiku ženy. Při vhodném výběru je možné hudbou podpořit také účinek rytmického dýchání a masáže.



Ø

AROMATERAPIE

Jde o terapii vůní, za pomoci olejových esencí.

Aromaterapie omezuje stres a napětí ženy při porodu. Lze jí používat jako:

olej k masáži
horkou vodní koupel
potírání těla
obvzduší - aromalampa

Éterické oleje používané v aromaterapii účinkují mnoha způsoby. Nejběžnější je prostřednictvím čichu, díky kterému na nás působí cestou psychickou i fyzickou. Mohou pronikat také kůží do krevního řečiště a to při koupeli nebo masáži.

Analgetického účinku aromaterapie se užívá jako doplňkové metody k jiným metodám tišícím bolesti. Metoda aromaterapie má velice dobré výsledky a mnoho žen ji hodnotí jako příjemnou a účinnou. K užívání éterických olejů, je nutno se obeznámit s důležitými doporučeními :

- Ø éterické oleje je nutné před použitím zředit ve vhodném nosiči
- Ø začínáme s minimálním ředěním éterických olejů
- Ø pozor na interakci éterických olejů s některými léky
- Ø informovat se, která vůně je pro vás vhodná s odborníkem
- Ø vybrat si vůni, která je pro ženu samotnou příjemná



Hydroanalgezie

Bolest zmírňující účinky vody jsou známy již po staletí. Vodoléčba neboli hydroanalgezie využívá účinků vody teplé i studené. Své uplatnění má i v porodnictví.

Použitím teplé vody lze zmírnit některé typy bolesti a proto jí lze přisuzovat bolest tišící účinky. V průběhu porodu vzbuzuje teplá voda příjemné pocity. Zdůrazňován je především relaxační účinek. Využitím teplé vody můžeme dosáhnout zkrácení porodu, rychlejšímu rozšíření děložní branky a nižší četnosti porodních traumat.

V porodnictví lze k hydroanalgezii využít :

- ✓ koupele v porodní vaně
- ✓ relaxační sprchy
- ✓ horkých či studených obkladů

Relaxační koupel

Žena využívá v průběhu porodu přerušovaně vodní lázně, ale vlastní porod dítěte probíhá mimo lázeň. Výhodami je nadlehčování ženy při změnách polohy, navození psychické a částečně i fyzické relaxace. Tuto metodu lze kombinovat s jinými nefarmakologickými metodami jako je aromaterapie, masáž. Metoda relaxační koupele je užívána pouze u fyziologických porodů.



MASÁŽ A LÉČBA DOTEKEM

Masáž a její působení

Masáž je velice starý způsob léčby, existovala v každé kultuře a byla velmi často užívána. Také nyní využíváme jejich léčebných a relaxačních účinků. Masáž je metoda odrážející instinktivní potřebu dotýkat se bolavého místa. Masáž je metoda navozující uvolnění, povzbuzení, zbavuje úzkosti a bolesti. Přináší důležitou duševní posilu. Je formou kontaktu a přímé komunikace. Dotyk rukou na kůži, ať patří profesionálovi nebo partnerovi, je sám o sobě uklidňující. Rozhodnutí, zda bude žena chtít být za porodu masírována je pouze na ní. Některým ženám je dotek příjemný a některé ženy ho mohou vnímat nelibě.

Prostředí masáže

Masáž by měla být prováděna v příjemném prostředí, vhodné je nevtíravé tlumené osvětlení, nevtíravá uklidňující hudba (nejvhodnější vlastní výběr, relaxační hudba), která je ženě příjemná. Vhodná je i aromalampa. Výhodou masáže je možnost kombinace s jinou alternativní metodou -hydroterapie, aromaterapie, využití různých poloh, audioterapie.

Kdo masáž provádí

Ve většině případů partner -výhodné jak pro ženu, které je přítomnost a pomoc partnera velmi příjemná, pociťuje tak jeho vůli být s ní a pomáhat jí, tak pro partnera, který se cítí potřebný a pomoc ženě ho zbavuje určité bezmoci. Muže aktivně pomáhat, účastní se. Pokud žena nemá u porodu partnera, masáž může provádět porodní asistentka, která se o ženu stará. Ne každé ženě může být tato pomoc porodní asistentky příjemná, závisí to na vztahu utvořeném mezi ženou a porodní asistentkou. Některé jednoduché formy ma-

sáže si žena může provádět sama -automasáž. Osoba provádějící masáž by měla být vyrovnaná, optimistická, nepodrážděná, neunavená, protože předává masírované ženě to co cítí, určitou energii, která by měla mít na ženu kladný efekt.

Jak správně masírovat

Osoba provádějící masáž -ruce teplé, hladké, bez prstenů a hodinek, aby nedošlo ke zranění. Vhodné polohy -žena leží na boku na lůžku, rehabilitační balón, obkročmo na židli, žena ve stoji s rozkročenýma nohama lokty opřená o vysunutě lůžko a při masáži se lehce pohupuje. Masírující osoba začíná masírovat s rukama namočenýma v masážním esenciálním oleji -vůně dle výběru, vhodné tento olej nahřát, což napomáhá výraznějšímu pocitu relaxace. Před zahájením masáže se má rodička několikrát zhluboka nadechnout, což přivodí uvolnění. Při masáži využíváme hnětení, hlazení, chvění, Nikdy nemasírujeme"proti srsti",

- Ø Mimo kontrakce -navozujeme relaxaci. Hnětením šíje, hlazením páteře ve směru ze shora dolů, hlazení bříška. Masírujeme zprvu jemně a postupně tlak zvýšíme, jak je to ženě příjemné. Pohyby při masáži jsou pomalé.
- Ø Křížové bolesti -dělá se dlaní ruky , hlazením křížové krajiny , pěstí ruky , silnějším třením křížové krajiny nebo masážním válečkem.
- Ø Podbřiškové bolesti -při bolestech v podbřišku, malíkovými stranami obou rukou od symfýzy, směrem do třísel a to hlazením nebo silnějším třením. Zde masážní válečky nejsou vhodné.

Pomůcky k masáži

Nejvhodnější ruce, které jsou teplé jemné. Dále masážní válečky z gumy nebo dřeva, masážní míčky , tenisové míčky