



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Zkušenosti rodiček s bolestí při porodu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: **Monika Michálková**

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Zkušenosti rodiček s bolestí při porodu” jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

„V Českých Budějovicích dne“

.....

Monika Michálková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení této práce, její pomoc a cenné rady.

Zkušenosti rodiček s bolest při porodu

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá porodními bolestmi a metodami, které ženy využívají k jejich zmírnění. Teoretická část zahrnuje popis porodu a role porodních asistentek v jednotlivých porodních dobách. Následuje obecný popis bolesti, dále se tato práce zaměřuje na bolest porodní, metody sloužící k hodnocení intenzity bolesti a farmakologické i nefarmakologické metody porodnické analgezie. Výzkumná část práce pojednává o zkušenostech žen s porodními bolestmi a o metodách, které ženy preferují při jejich zvládnutí. Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Ze získaných informací byly následně vytvořeny dvě hlavní kategorie – „Zkušenosti žen s porodní bolestí“ a „Metody zmírňující porodní bolest“, ty jsou dále členěny na další podkategorie. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že ženy se v průběhu těhotenství nechtěly zabývat myšlenkami na porodní bolest, protože v nich tyto představy vyvolávaly pocity strachu a obav. Většina žen se na porodní bolest ani žádným způsobem nepřipravovala a charakterem a intenzitou porodních bolestí se skoro všechny ženy cítily nepříjemně překvapené. Nabídku farmakologických metod k tlumení porodních bolestí využila převážná část žen, i když to původně některé z nich neměly v úmyslu. Navíc nízkým účinkem farmakologických metod se většina z nich cítila zklamaná a větší efekt analgetického účinku při zmírňování porodních bolestí připisovaly nefarmakologickým metodám, včetně přítomnosti blízké osoby při porodu a pozitivního přístupu zdravotnického personálu. Pomoc porodních asistentek při zvládnutí porodních bolestí hodnotily všechny respondentky velmi pozitivně. Důležité je odborné vedení těhotných žen porodními asistentkami při přípravě na porodní bolest, které zmírňuje u těhotných žen pocity strachu a obav z bolestí při porodu.

Klíčová slova: porod; porodní bolest; farmakologické metody; nefarmakologické metody; porodní asistentka

Mother's Experiences with Pain Related to Childbirth

Abstract

The subject of the thesis is the labor pain and methods of pain control. The theoretical part focuses on a description of the process of childbirth and the role of midwives at each stage of labor. This is followed by a general description of pain as well as the labor pain, methods of pain evaluation and overview of pharmacological and non-pharmacological methods used in obstetric analgesia. The research part of the work explores women's experience of pain during childbirth and methods that women prefer in relieving labor pain. For research survey was used qualitative method of data collection, using semi-structured interviews. Information obtained were divided into two main categories: "Women's experience with labor pain" and "Methods of relieving labor pain" Both categories were further subdivided into categories. Results of the research showed that women during pregnancy did not want to think about the oncoming birth pain because these ideas evoked feelings of fear and apprehension. Most women have no way to prepare for labor pain and the character and intensity of labor pain surprised almost all women. The vast majority of women accepted the offer of pharmacological labor pain reliever even though they didn't intend to originally. In addition, majority of them felt frustrated by the low effects of pharmacological methods and they attributed greater analgesic effect to non-pharmacological methods, including the presence of close person during childbirth and positive attitude of medical staff. Midwives' help in relieving labor pain was evaluated very positively by all respondents. The results shows that the most important thing is coaching pregnant women by midwives in preparation for labor pain and thus reduce feelings of anxiety and fear of pain during childbirth.

Keywords: birth; labor pain; pharmacological methods; non-pharmacological methods; midwife

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	8
1.1 Porod.....	8
1.1.1 Úloha porodní asistentky v jednotlivých porodních dobách.....	8
1.2 Bolest.....	11
1.2.1 Porodní bolest.....	12
1.3 Metody hodnotící bolest.....	13
1.4 Metody porodnické analgezie.....	14
1.5 Nefarmakologické metody zvládnání porodní bolesti.....	15
1.6 Farmakologické metody zvládnání porodní bolesti.....	21
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce.....	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
2.3 Operacionalizace pojmů.....	27
3 Metodika	28
3.1 Metodika výzkumného šetření.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4 Výsledky výzkumného šetření	30
4.1 Identifikační údaje respondentek.....	30
4.2 Kategorizace dat v oblasti zkušeností žen s porodní bolestí.....	31
4.3 Kategorizace dat v oblasti zvládnání porodních bolestí.....	38
5 Diskuze	47
6 Závěr	52
7 Přílohy	53
7.1 Seznam příloh.....	53
8 Seznam zkratk	57
9 Seznam použité literatury	58

Úvod

I když je porod pro ženu náročný po stránce fyzické i psychické, je příchod člověka na svět jednou z nejúžasnějších věcí v životě. Těhotenství je obdobím radostného očekávání budoucího potomka, ale i obav z blížícího se porodu, jeho průběhu, možných komplikací a přirozeně bolesti, která k porodu neodmyslitelně patří. Bolest je obecně známa tím, že jedince ovlivňuje negativně. Přitom porodní bolest je odlišná od jiných typů bolesti (Raudenská et al., 2014).

Její charakter a intenzitu popisuje každá rodička jinak. Svoji roli v prožívání bolesti sehrává také sociální a kulturní prostředí, které ženu obklopuje, její víra či životní styl, který preferuje. Nicméně pro každou rodící ženu představuje porodní bolest zátěž, která v kombinaci s únavou, obavami o dítě a strachem z cizího prostředí dostává rodičku do pozice, ve které se cítí slabá a zranitelná. V této situaci je pro rodící ženu největší oporou její blízká osoba přítomná u porodu a neodmyslitelně zdravotnický personál. Úlohou lékaře a porodní asistentky je nabídnout ženě vhodné metody poskytující úlevu od porodních bolestí, ke kterým je rodička svolná, s důrazem na individuální přístup ke každé rodičce. V tišení bolesti při porodu je důležitý i psychologický faktor, na který by zdravotnický personál neměl zapomínat. Úlohou porodní asistentky je navodit u rodiček v průběhu porodu pocit důvěry a bezpečí, čímž ve velké míře eliminuje jejich obavy a pocity strachu z neznámého prostředí.

V dnešní době existuje mnoho metod tlumících či zmírňujících porodní bolesti. Rodičky by měly mít dostupné informace o možnostech využití aktuálních metod porodnické analgezie, a to už v období těhotenství, z důvodu zmírnění jejich obav, které se s blížícím se termínem porodu stupňují.

Problematika zvládnutí porodní bolesti je a bude vždy nadčasová a aktuální. Cílem této bakalářské práce „Zkušenosti rodiček s bolestí při porodu“ je zjistit, jaké jsou zkušenosti rodiček s bolestí při porodu a jaké metody při zmírňování porodních bolestí ženy preferují.

1 Teoretická část

1.1 Porod

Porod je definován jako děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce o hmotnosti 500 g a více z těla matky (Moravcová, Petržílková, 2015). Za narození živého dítěte se považuje plod, který po porodu projevuje alespoň jednu ze známek života (Hájek et al., 2014).

Z hlediska délky trvání těhotenství definují Hájek et al., (2014) porod následovně, do konce 37. týdne gravidity jako předčasný porod, nezralým plodem nazývají novorozence s porodní hmotností do 2500 g včetně, o porodu v termínu hovoří od 38. do 41+6 týdne těhotenství a za opožděný porod označují ukončení těhotenství po 42. týdnu gravidity.

Spouštěcí mechanismus porodu není zcela objasněn, na konci těhotenství je zahájen složitý proces biologické přípravy rodičky i plodu k porodu, dochází k nárůstu děložní dráždivosti, nastupuje podprahová kontrakční činnost, snižuje se děložní fundus, mění se tvar, konzistence i uložení děložního hrdla (Moravcová et al., 2015). Děložní hrdlo se zkracuje a otevírá, tento děj bývá spojen s odchodem hlenové zátky (Binder, 2015). Rovněž dochází k rozvíjení dolního děložního segmentu a porodnické branky (Hájek et al., 2014).

Jak popisují Gregora a Velemínský ml. (2011), porod začíná většinou kontrakcemi, které trvají přibližně 40 vteřin, a zpočátku je mezi nimi delší časový interval. Budoucí rodička přichází do porodnice i v případě odtoku plodové vody bez přítomnosti kontrakcí. Dle autorů Gregory a Velemínského ml. (2011) při prokázání odtoku plodové vody, bez ohledu na týden gravidity, ve kterém se rodička nachází a na absenci kontrakcí, je těhotná hospitalizovaná v nemocnici, z důvodu prevence porodnických komplikací, zejména infekce.

1.1.1 Úloha porodní asistentky v jednotlivých porodních dobách.

Porod se dělí na několik fází – porodních dob. Někteří autoři, jako např. Hájek et al (2014), Roztočil (2008), Binder (2015), Slezáková (2011), Bašková (2015), dělí průběh porodu na tři porodní doby. Naproti tomu např. Gregora, Velemínský ml. (2013), Moravcová et al (2015), Leifer (2004), Hanáková (2010) uvádějí i čtvrtou dobu porodní. *První doba porodní* začíná nástupem pravidelných kontrakcí a končí zánikem porodní branky (Hájek et al., 2014). Působením kontrakcí dochází ke zkracování a dilataci

děložního hrdla, jeho kanál postupně mizí a zevní a vnitřní branka splývají v jednu porodnickou branku, která se kruhovitě rozšiřuje, až zachází (Binder, 2015).

V první době porodní provádí porodní asistentka, po předchozím souhlasu rodičky, přípravu k porodu, s ohledem na aktuální stav plodu a na progresi vaginálního nálezu (Hájek et al., 2014). Obsahem přípravy k porodu je částečné oholení v oblasti zevního genitálu a podání očistného klyzmatu, v této době porodní asistentka nadále kontroluje celkový stav rodičky, ozvy plodu a také progresi porodního nálezu (Hájek et al., 2014).

K základní péči porodní asistentky patří i péče o hygienu a dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče. Před vaginálním vyšetřováním provádí oplach zevních rodidel ženy dezinfekčním roztokem, zajišťuje rodičce pravidelnou výměnu vložek, po každém vyprázdnění jí umožní použití sprchy, péči věnuje také lůžku a prostředí během porodu (Moravcová, Petržílková, 2015).

Speciální péče poskytovaná porodní asistentkou zahrnuje sledování srdeční frekvence plodu à 15 min., provádění a průběžné posuzování CTG záznamu, sledování intenzity, frekvence a délky děložních kontrakcí, progresu porodního nálezu, případně výskytu krvácení silnější intenzity (Binder, 2015). Všechny úkony porodní asistentka řádně zaznamenává do dokumentace, společně s časovým intervalem jejich provedení. Plní úkony podle ordinace lékaře týkající se aplikace medikamentů, dirupce vaku blan a jiné.

Rodičce zajišťuje dostatečnou hydrataci, dohlíží na pravidelné vyprazdňování močového měchýře, měří fyziologické funkce à 2 h., eventuálně častěji dle stavu rodičky nebo ordinace lékaře. V souvislosti s progresí vaginálního nálezu provádí s rodičkou nácvik vhodného typu dýchání, v klidové fázi mezi kontrakcemi s ní provádí relaxační cvičení zaměřené na uvolnění svalstva a regeneraci sil, nabízí jí možnost využití úlevových poloh, pobyt v teplé sprše, sezení na míči nebo masáže v křížové oblasti (Moravcová, Petržílková, 2015). Konzultuje s rodičkou výběr vhodné farmakologické, eventuálně nefarmakologické analgezie, respektuje přitom přání ženy. Sebelepší metody porodní analgezie nenahradí kontakt porodní asistentky s budoucí matkou, a právě porodní asistentka by měla být schopná podle verbálních a jiných projevů odhadnout potřeby rodící ženy a jejího partnera (Pařízek, 2014). Do péče o rodičku se snaží zapojit i doprovod u porodu, čímž zajišťuje jeho pocit spoluúčasti při porodu. Je prokázáno, že podpora rodičky trvale přítomnou osobou v průběhu porodu působí příznivě na jeho průběh a zmenšuje dokonce spotřebu analgetik (Pařízek, 2012).

Porodní asistentka svým empatickým přístupem podporuje rodičku psychicky, navozuje atmosféru důvěry a bezpečí, pozornost rodičky vede směrem k nenarozenému dítěti, tím obnovuje její sílu a radost z přichozí události. Snaží se rodičce zajistit pocit soukromí a intimity s minimální frekvencí střídajících se osob v péči o ni. Trpělivě a srozumitelně při porodu odpovídá rodičce a doprovodu na jejich dotazy, využívá své komunikační dovednosti k navození pocitu důvěry, bezpečí a k dobré vzájemné spolupráci s rodičkou a doprovodem (Moravcová, Petržílková, 2015).

Druhá doba porodní začíná zánikem porodní branky a končí porodem plodu, přičemž rodička pociťuje tlak sestupující hlavičky v důsledku jejího naléhání na nervové pleteně v oblasti pánevního dna (Hájek et al., 2014). Po porodu plodu odtéká zbytek zadní plodové vody, po přerušení pupečnicků zůstává v děložní dutině placenta (Binder, 2015). V této fázi připravuje porodní asistentka porodnické nástroje a všechny pomůcky potřebné k porodu podle zásad sterility, včetně přípravy prostředí, oblečení a ochranných pomůcek (Moravcová, Petržílková, 2015). Rovněž připravuje porodní asistentka všechny potřebné pomůcky, přístrojovou techniku a vhodné prostředí k prvnímu ošetření novorozence dle zvyklostí daného pracoviště.

Kontroluje frekvenci srdečních ozev plodu, po každé kontrakci také frekvenci a délku děložních stahů. Vnitřním vaginálním vyšetřením zjišťuje, zda je porodnická branka zcela rozvinutá a zda hlavička dokončila vnitřní rotaci, pokud jsou tyto podmínky splněny a rodička pociťuje nutkání tlačit, může pociťovanému tlaku vyhovět (Binder, 2015). Porodní asistentka s rodičkou po celou dobu komunikuje a sděluje jí potřebné informace pro tuto fázi porodu, provádí s ní nácvik tlačení, provádí bezprostřední přípravu rodičky k porodu, uvede rodičku do polohy, ve které bude porod probíhat, dezinfikuje zevní rodidla, podkládá rodičku nepropustnou podložku, rozprostře porodnický balíček a potřebné nástroje (Moravcová, Petržílková, 2015). Asistuje lékaři při vedení porodu nebo sama porod vede. Dává rodičce instrukce v průběhu tlačení, zajišťuje aktivní vedení třetí doby porodní. Všechny informace s příslušným časovým intervalem řádně zaznamenává do dokumentace.

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí porodem placenty, nastává děložní retrakce (Binder, 2015). Po porodu plodu asistuje lékaři při odběru pupečnickové krve k zajištění screeningových vyšetření nebo odběr provádí sama, rovněž asistuje při porodu placenty a při kontrole a ošetřování porodního poranění. Na některých pracovištích porodní asistentka zajišťuje i kompletní péči o novorozence po celou dobu pobytu ženy na porodním sále.

Čtvrtá doba porodní, nebo takzvané časné poporodní období v rozmezí dvou hodin, kdy žena po porodu zůstává na porodním sále, začíná porodem placenty a končí dvě hodiny po porodu, přičemž v tomto období je nejvyšší riziko časného poporodního krvácení (Moravcová et al., 2015).

Porodní asistentka kontroluje celkový stav rodičky s ohledem na průběh porodu a délku jeho trvání, rozsah porodního poranění a celkovou ztrátu krve v průběhu porodu. Sleduje hodnoty fyziologických funkcí, výšku děložního fundu, vyprazdňování močového měchýře. Zajišťuje ženě dostatečný pitný režim a podle aktuálního stavu podává šestinedělce vhodnou stravu. V tomto období zůstává s matkou na porodním sále i novorozenec. Porodní asistentka provádí první přiložení novorozence k prsu matky a po celou dobu pobytu dítěte u matky sleduje jeho celkový stav. Před odjezdem šestinedělky z porodního sálu zkontroluje porodní asistentka úplnost všech údajů zaznamenaných v ošetrovatelské dokumentaci, kterou následně předává spolu s matkou na oddělení šestinedělí.

1.2 Bolest

Mezinárodní společnost pro výzkum bolesti (IASP) přijala její obecnou definici.

„Bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození.“ (Dušová, 2007, s. 8).

Bolest je multidimenzionální jev, ležící na rozhraní fyziologie a psychologie, který signalizuje, že v organismu došlo nebo může dojít k poškození (Zacharová et al., 2007). Obsahuje složku fyziologickou a patofyziologickou, protože některé bolestivé podněty jsou obranným signálem, který se projevuje v souvislosti se spouštěním určitého fyziologického děje (např. zánětlivé procesy nebo poranění), za patofyziologickou je považována bolest chronická a neurogení (Rokyta, 2015).

Vnímání bolesti je individuální děj, který ovlivňují různé faktory, např. kulturní a etnické faktory, psychika a osobnost člověka, věk a zkušenosti jedince s bolestí, jeho očekávání, charakter bolesti a také mezilidské vztahy (Dušová, 2007).

Bolest vzniká na principu stimulace nociceptorů, což jsou receptory vyskytující se na volných zakončeních primárních aferentních neuronů, jejich funkcí je rozeznávat škodlivé a neškodné podněty a informaci o nich vysílat do centrální nervové soustavy (Rokyta et al., 2012). Prostřednictvím primárních nociceptorů, kterými jsou některá nemyelizovaná a slabě myelizovaná primární aferentní vlákna, je informace o bolesti

v podobě impulzu vedena do míchy a vyšších oddílů centrální nervové soustavy, kde je prezentována jako bolest (Rokyta et al., 2012).

Nociceptory se nacházejí v kůži, svalech, v pouzdrech kloubů, v trávicí trubici, také v srdci a cévách, přičemž jejich zastoupení je různé, např. střevo není citlivé vůči tepelným bolestivým podnětům, ale extrémně citlivě reaguje na roztažení, některé orgány neobsahují receptory bolesti vůbec, a proto nebolí, např. kosti (Rokyta, 2015).

Podle lokalizace, trvání a etiopatogeneze je možné bolest rozdělit na akutní, chronickou nebo nádorovou (Bartůněk et al., 2015). Akutní bolest signalizuje možné nebezpečí v podobě poškození organismu, projevuje se rychlým nástupem, trváním v rozmezí několika hodin, až dnů, je ostrá a intenzivní, rychle ustupuje a typickým příkladem tohoto druhu bolesti je i porodní bolest (Bartůněk et al., 2015).

1.2.1 Porodní bolest

Porodní bolest je odlišná od jiných druhů bolesti, a to z několika důvodů, má fyziologický původ, po narození dítěte sama odezní, její příčina je známá a opodstatněná, tedy i rodičkou lépe akceptovaná než bolest neznámého původu (Leifer, 2004). Pařízek (2014) interpretuje bolest při porodu jako akutní stav, způsobený poškozením tkání měkkých porodních cest z důvodu ischemizace myometria a mikrotraumatizace měkkých tkání.

Charakter porodní bolesti se v průběhu porodu mění. V první době porodní převládá bolest viscerální, způsobená dilatací hrdla děložního, dolního děložního segmentu a napětím těla dělohy v průběhu kontrakcí, kdy rodička pociťuje bolesti v oblasti beder, v podbřišku a v oblasti vnitřní strany stehů (Procházka et al., 2016).

Ve druhé době porodní jsou bolesti somatické, způsobené děložními kontrakcemi, otevíráním měkkých cest porodních a tlakem naléhající části plodu na kořeny lumbosakrálního plexu, v této fázi rodička pociťuje tlakové bolesti (Procházka et al., 2016).

I když je bolest u porodu fyziologický děj, její zdlouhavý průběh má na organismus nepříznivý vliv. Jak popisuje Raudenská (2014), porodní bolest má za následek nežádoucí neuroendokrinní stresovou reakci, s negativním vlivem na dýchání, krevní oběh, na děložní kontrakce a na acidobazickou rovnováhu plodu. Citlivost rodičky vůči porodní bolesti je ovlivňována různými faktory. Zvýšenou intenzitu bolesti obecně způsobuje i necitlivý přístup personálu a ignorace potřeb těhotné v průběhu porodu (Takács et al., 2015). Je také dokázáno, že porodní bolesti vnímají ve zvýšené míře

prvorodičky, ženy nižšího věku a vzdělání a rodičky s nevyřešenými psychologickými potížemi (Takács et al., 2015). Porodní bolesti pociťují intenzivněji i rodičky u předčasných porodů, kdy nejsou potřebně nastaveny endogenní modulátory bolesti, a rovněž silnější kontrakce pociťují rodičky při porodu indukovaném, prostřednictvím prostaglandinů (Pařízek et al., 2012).

S bolestí úzce souvisí strach a ten udává až polovina všech budoucích matek, obvykle prvorodiček, ale vyskytuje se i jako důsledek předešlé nepříjemné zkušenosti při porodu (Takáč et al., 2015). Britský porodník Dick-Read popisuje uzavřený kruh strachu, spazmu a bolesti, které podle něho vyvolává nevědomost v kombinaci s nedostatečným uvědoměním si vlastního těla (Bašková, 2015). Strach způsobuje silné napětí svalů, což má za následek vznik ischemie tkáně a ta se projeví bolestí, která je jednou z příčin strachu, tak vzniká bludný kruh (Bašková, 2015).

V roce 2010 byl v Anglii proveden výzkum zaměřený na problematiku obav matek z porodu, cílovou skupinou byly prvorodičky rozdělené do dvou věkových skupin, 21 let a více, a těhotné ženy ve věku 20 let a mladší (Henderson, Redshaw, © 2016).

Výsledek výzkumu prokázal, že strach z porodních bolestí a z délky trvání porodu udávaly všechny ženy, ale ty ve věku 20 let a méně projevovaly zvláště výrazné obavy z nástupu porodní činnosti a z možného operačního porodu, nicméně nízký věk rodiček byl také významně spojen s bezproblémovým průběhem vaginálního porodu (Henderson, Redshaw, © 2016).

1.3 Metody hodnotící bolest

Aby bylo možné bolest účinně léčit, existují metody, za pomoci kterých je člověk trpící bolestí schopen tento stav přesněji definovat. K hodnocení intenzity bolesti se využívají různé metody, které napomáhají vyjádřit subjektivní pocit člověka trpícího bolestí, přičemž tyto metody hodnotí jeho individuální vnímání bolesti, její charakter a intenzitu (Zemanová, Zoubková, 2012). Pro každodenní použití při hodnocení intenzity bolesti volí porodní asistentka jednoduchou škálu, bolest hodnotí v pravidelných intervalech, kdykoli je na ni podezření, a vede v dokumentaci záznam o sledování bolesti (Šamánková et al., 2011).

Intenzitu bolesti lze hodnotit verbálně a neverbálně, verbální hodnocení bolesti se provádí pomocí stupnice, *Present Pain Intensity*, kde na stupnici čísel od 0–5 je bolest

popisovaná jako žádná, mírná, středně silná, silná, krutá až nesnesitelná (Zemanová, Zoubková, 2012).

Vizuální analogová škála (VAS) je jednoduchou, přitom často používanou, efektivní škálou hodnotící míru bolesti, rodička ukáže na 10cm diagonále oblast, kde pociťuje aktuální bolest, přičemž číslo 0 znamená bez bolesti a číslo 10 nejvyšší bolest (Šamánková et al., 2011).

Numerická škála Numeric Rating Scale (NRS) je úsečka rozdělená čísly od 0 do 10, nebo 0–100, kde nejmenší číslo znamená žádnou bolest a nevyšší číslo maximální bolest (Zemanová, Zoubková, 2012).

Škála obličejů (Facies Pain Scale) se používá většinou u menších dětí, za pomoci měnicí se mimiky obličejů je vyjádřený stav bez bolesti, od nejnižší intenzity bolesti až po největší bolest (Rokyta et al., 2012).

Mapa bolesti je metoda, která pro vyjádření lokalizace a charakteru bolesti využívá siluetu lidské postavy, na které člověk trpící bolestí barevně označí, jakou intenzitu bolesti pociťuje a ve které části těla je bolest lokalizována, kdy červená barva vyjadřuje pálivou bolest, žlutá řezavou a bodavou bolest, zelená svíravou a křečovitou a modrá přetrvávající tupou bolest (Rokyta et al., 2012.)

1.4 Metody porodnické analgezie

Metody porodnické analgezie jsou metody, které se využívají k tlumení nebo zmírňování porodních bolestí, za současné eliminace porodního stresu a možných porodních komplikací (Pařízek, 2012). Existuje více metod porodnické analgezie lišících se navzájem podle účinku, délky působení a náročnosti v technickém provedení, je-li metoda porodnické analgezie zvolená správně ve vhodný okamžik, pak může pomoci při tlumení porodních bolestí a snižuje výskyt porodnických komplikací jak u matky, tak i u plodu (Hájek, et al., 2014).

Názory rodiček na tlumení porodních bolestí jsou různé, proto je nutné hledat vhodné strategie při tlumení porodních bolestí, přičemž na rozhodnutí rodičky ohledně výběru porodnické analgezie má velký vliv i postoj samotného lékaře k nabízené analgetické metodě (Raudenská, Javůrková, 2016).

Dnešní trend módních relaxačních technik a snaha o přirozený průběh porodu vede někdy rodičky k pocitu vlastního selhání, pokud se rozhodnou pro úlevu od bolesti prostřednictvím farmak (Allen, © 2016). Dr. Felicity Plaat, jako předsedkyně Porodnického Anesteziologického svazu, udává, že z vlastní zkušenosti zná mnoho žen,

kteře při požádání o epidurální analgezi v průběhu porodu měly pocit, že samy před sebou neuspěly (Allen, © 2016). Podle slov Dr. Plaat, by lékaři neměli vnučovat rodičkám analgetika, ale měli by jim poskytnout informace o možnostech využití porodnické analgezie a volbu analgetických metod ponechat na nich (Allen, © 2016).

1.5 Nefarmakologické metody zvládání porodní bolesti

K metodám zmírňujícím porodní bolesti patří neodmyslitelně i nefarmakologické metody. Jak už samotný název napovídá, jedná se o metody porodnické analgezie bez použití léků, založené na působení přírodních látek nebo na podkladě psychologickém a fyzikálním. Účinek těchto metod však není tak efektivní jako účinek farmakologických metod (Pařízek, 2012).

Jednou z takových nefarmakologických metod je i psychofyzická příprava k porodu. Psychofyzickou přípravu k porodu tvoří soubor odborných činností, které vykonává porodní asistentka v rozsahu svých kompetencí, přičemž tato metoda patří k psychologickým metodám porodnické analgezie (Bašková, 2015). Jedná se o velmi účinnou nefarmakologickou metodou, úkolem které je zmírnit obavy těhotných žen z blížícího se porodu, dostatečným množstvím odborných informací jim přiblížit průběh porodu a seznámit je s prostředím porodnice, kterou si k porodu zvolily. Náplní této metody je i příprava těhotných žen na změny v organismu v průběhu těhotenství, na období šestinedělí a na novou životní roli – roli matky. Psychoprofylaxi u porodu vyvinul sovětský psycholog I. Z. Velvovský a na západě ji propagoval Fernand Lamaze, přičemž oba dva se domnívali, že prostřednictvím edukace žen v oblasti fyziologie těhotenství a porodu lze eliminovat jejich strach z neznámého (Takác et al., 2015). Cílem psychofyzické přípravy k porodu není odstranit porodní bolesti ani možné poporodní komplikace, ale naučit budoucí matky dechové a relaxační techniky a provést nácvik chování za porodu (Slezáková et al., 2011). Matky, které absolvovaly předporodní přípravu, nejsou u porodu tak vystrašené, je s nimi lepší spolupráce, na porodním sále se cítí jistější a samotný porod si tímto zkracují (Gregora, Velemínský ml. 2011).

Hudba ovlivňuje pozitivně fyziologické procesy probíhající v organismu, navozuje stav relaxace, uvolňuje napětí, působí jako prevence stresu a snižuje zátěžové stavy (Gerlichová, 2014). Proto je *audioanalgezie* jednou z psychologických metod využívaných v porodní analgezi, v průběhu které je bolest zmírňována za pomoci zvuků o různé frekvenci (Pařízek, 2012). Rodička může poslouchat i svoji oblíbenou

hudbu, vhodné jsou nahrávky relaxační, vážné hudby či zvuky přírody. Z analgetického hlediska se jedná o málo účinnou metodu při zmiřování porodních bolestí, i když jako doplněk systémové analgezie se jí připisuje nižší spotřeba systémově podaných analgetik (Pařízek, 2012). Audioanalgezie je vhodným doplňkem i ostatních metod porodnické analgezie.

Studenti Univerzitní fakulty medicíny v Denizli v Turecku prováděli v září roku 2014 studii, cílem které bylo zhodnotit vliv hudby na rodičky při prožívání porodních bolestí a úzkosti a vliv audioanalgezie na požadavky žen ohledně podání analgezie v průběhu ošetřování porodního poranění, protože porodní bolest a prevence utrpení jsou hlavními zájmy lékařů a jejich rodiček (Karger, © 2014). Do výzkumu se zapojilo 156 prvorodiček, u kterých se očekávalo vedení porodu vaginální cestou, rodičky byly náhodně rozděleny do hudební skupiny a do kontrolní skupiny, ženy v hudební skupině poslouchaly hudbu během porodu (Karger, © 2014). Úroveň intenzity bolesti a úzkosti byly měřeny za použití vizuální analogové stupnice, obě skupiny byly porovnány z hlediska intenzity bolesti v průběhu porodu a vlivu audioanalgezie na využití analgezie k ošetření porodního poranění (Karger, © 2014). Výsledek výzkumu prokázal, že matky v hudební skupině měly nižší úroveň bolesti a úzkosti ve srovnání s matkami v kontrolní skupině ve všech fázích porodu a také požadavek na analgezii k ošetření porodního poranění byl výrazně nižší u matek v hudební skupině (Karger, © 2014).

Ze závěru plyne, že poslech hudby během porodu má pozitivní vliv na rodičky při prožívání porodních bolestí a úzkosti a také u těchto žen snižuje spotřebu analgetik při ošetření porodního poranění (Karger, © 2014).

Další nefarmakologickou metodou, v porodnictví, avšak málo využívanou, je *hypnóza*. Řadí se mezi psychologické metody zmiřující bolest při porodu, které ale vyžadují dobrou spolupráci mezi rodičkou a hypnoterapeutem a také koncentraci, čas a víru rodičky v její vnitřní sílu (Takáč, et al., 2015). Hypnózu navozuje porodník, zkušený v tomto oboru, nebo sama rodička ovládající autohypnózu, proto je výhodou, když se může hypnóza u rodičky provést již v těhotenství, pak ji lze opakovaně navodit pomocí posthypnotické sugesce zkráceně, např. dotekem ruky na rameno nebo počítáním (Kratochvíl, 2009). V přípravě na porod s využitím hypnózy se nacvičuje relaxace a poté se zadávají sugesce, že porod proběhne s nepatrným nepohodlím bez bolesti, přičemž pocity bolesti nahradí nějaký přijatelnější pocit, např. mravenčení či pocit tepla (Kratochvíl, 2009). Podle Pařízka (2014) při hypnóze hraje důležitou roli silná sugesce a schopnost odreagování se, klíčové je soustředit se na jiný, příjemnější pocit.

Kratochvíl (2009) hypnózu popisuje jako schopnost zaujmout se příjemnými fantaziemi, které by s ohledem na délku trvání porodu měly mít delší časový interval. Vhodné fantazie jsou např. cestování po krajině autem s prohlížením si zajímavých míst (Kratochvíl, 2009).

Porodnice ve Velké Británii organizují pro své klientky kurzy pod názvem „HypnoBirthing“, ve kterých matky vyučují metodě self-hypnosis (Daily Mail, © 2015). Zakladatelka HypnoBirthingu, Katharine Graves, která zároveň kurzy provozuje, tvrdí, že technika samohypnózy může ženám pomoci zbavit se všech bolestí (Daily Mail, © 2015). Graves dále vysvětluje, že podstatou porodních bolestí je strach, protože je známo, že porod je bolestivou záležitostí, od svých klientek často slýchá, že porod byl pro ně posilující zkušeností a nepotřebovaly při něm žádné „drogy“ (Daily Mail, © 2015).

Častěji využívanou nefarmakologickou metodou je *elektroanalgezie (TENS)*, která zmírňuje bolesti pomocí elektrické nervové stimulace, princip analgetického účinku této metody zatím ale nebyl spolehlivě objasněn (Pařízek et al., 2012). Stimulační elektrody se připevňují na kůži a ke stimulaci periferního nervového systému dochází nepřímo (Rokyta, 2015). Pro elektrickou nervovou stimulaci se používají elektrody, které se přichytí v bederní oblasti, kde aferentní nervy vstupují do míchy, a přístroje generují stejnosměrné proudové impulsy o frekvenci 40-89 Hz (Pařízek et al., 2012).

I když je metoda TENS neškodná pro matku i plod, její analgetický efekt je nízký, přesto však může redukovat spotřebu analgetik v průběhu porodu (Hájek et al., 2014).

Rodička si intenzitu účinku reguluje sama v souvislosti s pocíťováním intenzity kontrakcí, v místě umístění elektrod pocíťuje pouze jemné brnění, přičemž největší efekt metody je popisován v oblasti zad, a naopak analgetický účinek v suprapubické a perineální oblasti není výrazný (Pařízek et al., 2012).

Jednou z nejstarších a i v dnešní době snad nejčastěji využívaných nefarmakologických metod v průběhu porodu je *hydroanalgezie*. Je prokázáno, že voda působí na organismus velmi příznivě, podporuje lymfatickou a cévní cirkulaci, pozitivně ovlivňuje nervový, kardiovaskulární, endokrinní a respirační systém a pomocí relaxace v teplé koupeli se rodička dokáže lépe uvolnit a klidněji dýchat v průběhu kontrakcí (Bašková, 2015). Hydroanalgezie je v průběhu porodu často používaná, ať už ve formě teplé

sprchy či pobytu rodičky ve vaně, avšak samotný porod plodu probíhá mimo vodní lázeň. Příznivci hydroanalgezie přisuzují teplé koupeli rychlejší dilataci porodních cest v průběhu první doby porodní, zkrácení porodního intervalu a menší výskyt operačních intervencí, zato kritici namítají, že není rozdíl mezi porody do vody a mimo ni, z hlediska perineálních traumat, krevní ztráty či poporodního stavu novorozence (Pařízek et al., 2012).

Porodem do vody se rozumí průběh porodu, kdy se novorozenec porodí pod hladinu vody, pro rodičku má tento druh porodu jistý analgetický účinek, udává se menší počet epiziotomií, ale novorozenec je ohrožen stejnými komplikacemi jako při každém porodu (Gogela, Vebera, 2013).

Američtí lékařští experti zdůrazňují, že neexistuje žádný důkaz o výhodách porodu do vody pro matku ani pro dítě, naopak varují před vzácnými, ale vážnými problémy u novorozenců, včetně infekce, závažného krvácení či utonutí (Macrae, © 2014). Pokyny vydané Americkou Akademií pediatrií a Americkou Univerzitou lékařů a gynekologů informují, že ženám by neměla být nabízena možnost rodit do vody, pokud se nejedná o výzkumný případ pro lékařské studie, z důvodu nutnosti dalšího výzkumu v oblasti této problematiky (Macrae, © 2014).

Porod do vody není vhodný pro všechny rodičky, lékař je kompetentní osobou k tomu, aby posoudil, zda je průběh gravidity u rodičky fyziologický, a také aby posoudil stav plodu podle aktuálního CTG záznamu (Gogela, Vebera, 2013). Porodník obeznamuje rodičku a případně jejího partnera s možnými riziky v průběhu porodu do vody a poté od nich získává podepsaný informovaný souhlas (Gogela, Vebera, 2013).

Podle doporučeného postupu při vedení porodu do vody je potřeba sledovat fyziologické funkce rodičky, intermitentně monitorovat plod a v případě jakýchkoliv komplikací pobyt ve vodě ukončit (Gogela, Vebera, 2013). Součástí vedení tohoto druhu porodu je patřičná ochrana zdravotnického personálu s použitím bariérových ochranných pomůcek z důvodu prevence přenosu infekce.

K dalším nefarmakologickým metodám, které jsou u nás při porodu používány raritně, patří i *akupunktura a akupresura*. Jedná se o metody čínské medicíny, které se v Číně začaly používat už před několika tisíci lety. Tyto léčebné metody jsou založené na reflexních mechanismech, při akupunktuře se vpichují speciální jehly do bodů odpovědných za určitý orgán, akupresura místo jehel používá masáže a tlak na reflexní zóny, které jsou navázané na jednotlivé orgány (Grónická, 2011).

Analgetický účinek akupunktury funguje na principu uvolňování těla vlastních opioidů, endorfinů a enkefalinů a na zablokování impulzů bolesti při jejich přenosu v míše, lze ji využít jako metodu k vyvolání porodu i při ošetření porodních poranění (Pařízek, 2014). Akupunkturu lze využít při obratu plodu na polohu podélnou hlavičkou, při fyziologickém průběhu porodu i při nepostupujícím porodu, při nedostatečných kontrakcích, spastické brance děložní, na urychlení první doby porodní a také za účelem porodní analgezie (Pařízek et al., 2012). Akupunktura a akupresura patří k metodám, které u nás nejsou často používané z důvodu nedostatku odborných znalostí a praktických dovedností v oblasti využívání těchto nefarmakologických metod a rovněž z nedostatku akupunkturistů (Pařízek, 2014).

Aromaterapie je druh alternativní medicíny, který využívá éterické oleje a další složky vůní za účelem ovlivnění mysli, nálady či zdraví (Fritz, 2014). Aplikace aromaterapie je možná pomocí masáží nebo prostřednictvím inhalace.

Esenciální oleje jsou látky o vysoké koncentraci, vyskytující se v různých částech rostlin, ze kterých se získávají destilací, mají antimikrobiální účinky, povzbuzují vitalitu, pocit pohody, ničí viry a bakterie (Fritz, 2014). Je prokázáno, že esenciální oleje svými účinky zmírňují pocity strachu a úzkosti, mají relaxační a uklidňující efekt a působí zároveň analgeticky (Dick-Read, 2013).

Aromaterapie v kombinaci s fyziologickými účinky masáže ke zmírňování porodních bolestí působí blahodárně na psychiku a emoce rodičky (Bašková, 2015).

O využití aromaterapie v praxi píše porodní asistentka Samková (2011), která poukazuje na účinek jednotlivých esenciálních olejů v různých situacích při porodu.

Na silné kontrakce využívá Samková (2011) levanduli úzkolistou, heřmánek římský, jojobu a citrón, při nepostupujícím porodu doporučuje použít kombinaci růžového dřeva a růže v jojobě. Na posílení slabých kontrakcí je vhodné využít směs jasmínu v jojobě a levanduli úzkolistou, pro vyčerpanou rodičku je ideální účinek heřmánku římského v jojobě, citrónu a rozmarýnu a křížové bolesti zmírňuje směs rozmarýnu a levandule (Samková, 2011). O aromaterapii jako účinném pomocníkovi při porodu pojednává i Fritz (2014), která popisuje šalvěj luční a myrhu jako účinné děložní tonikum. Na masáž hráze doporučuje Fritz (2014) lubrikační směs z kokosového oleje, smilu italského a kadidla z důvodu prevence ruptury perinea a jako prevenci vzniku bolestivých otoků.

Různé studie potvrdily, že v průběhu aplikace aromaterapie se tvoří endorfiny, které snižují bolest při porodu, například komplexní studie provedená v Anglii, které se zúčastnilo 8000 rodiček v letech 1990–1998, prokázala, že vlivem aromaterapie došlo u zmiňovaného výzkumného vzorku ke snížení strachu, bolesti a úzkosti při porodu (Masoumeh Namazi et al., © 2014). V této studii 61 % žen využilo ke snížení strachu a úzkosti při porodu účinek levandule a kadidla a dalších 39 % rodiček využilo ke snížení bolesti účinky extraktu květu z růže (Masoumeh Namazi et al, © 2014).

Další studie provedená v Mousely v Anglii v letech 2000 a 2002, které se zúčastnilo 80 rodiček, poukázala na pozitivní vliv extraktu z levandule, jasmínu a kadidla v souvislosti se snižováním úzkosti a porodních bolestí (Masoumeh Namazi et al, © 2014).

Poslední zmiňovanou nefarmakologickou metodou je nabídka úlevových poloh, které rodičky využívají v průběhu porodu k nalezení co největšího možného pohodlí při zvládání kontrakcí a k efektivní relaxaci mezi kontrakcemi. *Úlevové polohy při porodu* mají rodičkám pomoci co nejlépe zvládat porodní bolesti a celkový průběh porodu. Rodičky si je volí samy podle svých aktuálních pocitů a potřeb.

Jejich pozitivum spočívá v tom, že rodičkám v průběhu porodu poskytují větší volnost a také pocit spoluúčasti při porodu. Při řadě úlevových pozic může rodičce pomáhat i partner nebo má rodička možnost využít pomůcky, jakými jsou např. gymnastický balón, overball, vak na sezení, žíněnku, závěsné lano nebo jiné (Binder et al., 2015).

Využití úlevových poloh při porodu zvyšuje uvolnění svalových skupin, snižuje svalové napětí, zlepšuje koordinaci dýchání za nižší spotřeby energie, tím rodička efektivněji pracuje s kontrakcemi a tvoří se předpoklady pro její efektivnější odpočinek (Matulníková, 2011). Vhodná je změna polohy každých 30–60 min., čímž se uvolňuje napětí svalů a eliminuje souvislý tlak na stejnou část těla, vhodné je opírat se během kontrakcí o partnera (Bašková, 2014).

Úlevové polohy v průběhu porodu je možné kombinovat i s jinými nefarmakologickými metodami, např. se sezením na míči v kombinaci s teplou sprchou či s masáží křížové oblasti.

I když se v průběhu porodu ponechává rodičím ženám prostor ke střídání úlevových poloh, k porodu se ve většině porodnic upřednostňuje poloha v polosedě, se široce abdukovanými dolními končetinami.

1.6 Farmakologické metody zvládnání porodní bolesti

Jsou to metody, které zmírňují či tlumí porodní bolesti za pomoci léčiv. Úkolem farmakologických metod porodní analgezie je regulovat porodní bolest a tím přispívat ke komfortu rodičky, současně snižovat rizika porodu z hlediska ženy i plodu, protože nadměrné kontrakce v kombinaci se strachem přispívají k poruchám děložní aktivity, následkem čeho vzniká protrahovaný porod s negativním vlivem na plod/novorozence (Svítek, Málek, Hess, 2012). Používaná farmaka se v průběhu porodu podávají v minimalizovaných dávkách, protože přestupují placentou podle svého lipofilního či hydrofilního charakteru, čímž můžou negativně ovlivňovat matku i plod a v krvi plodu se mohou kumulovat za významně vyšší koncentrace než v krvi matky (Svítek, et al., 2012). Součástí farmakologických metod je i *systémová analgezie*. Je to farmakologická metoda, při které účinná látka působí přímo v centrální nervové soustavě, většinou je analgetikum podáno injekční formou, a to subkutánně, intramuskulárně, intravenózně či inhalačně (Hájek et al., 2014).

Jedním z často používaných analgetik je *Pethidin*. Jedná se o syntetický derivát fenylnpiperidinu, který se aplikuje obvykle intramuskulárně a působí víc sedativně než analgeticky, také zvyšuje množství žaludečních šťáv při porodu a způsobuje depresi respiračních funkcí, tudíž po aplikaci pethidinu matce jsou novorozenci spavější, mají problém se sacím reflexem i při normálním Apgar skóre (Matloch, Matlochová, 2013).

Dalším často používaným analgetikem je *Nalbuphin*, tento syntetický agonista-antagonista opioidních receptorů je účinným a bezpečným systémovým analgetikem, nemá negativní vliv na respirační funkce matky ani plodu, neovlivňuje hladkou svalovinu močového a trávicího traktu u matky a nemá vedlejší účinky na plod ani novorozence, jeho analgetická účinnost je okolo 50 % (Pařízek, 2014).

Inhalační analgezie je účinnou a rychlou metodou nejen porodní analgezie, poskytující úlevu od porodních bolestí, je bezpečná jak pro matku, tak plod, neovlivňuje délku ani průběh porodu (Binder et al., 2015). V porodnictví má dlouhou tradici směs složená z 50 % oxidu dusného, lidově zvaného „rajský plyn“, a 50 % kyslíku, inhalace se provádí za pomoci tlakového přístroje zvaného entonox, součástí kterého je propracovaný ventilový systém s náustkem, po předchozí edukaci si rodička sama inhaluje směs z tlakové láhve pomocí náustku (Hájek et al., 2014). Oxid dusný má euforizující a psychicky relaxační účinek, vede ke zvýšení dechové frekvence, není téměř metabolizován a vylučuje se z velké části plícemi, jeho nízká rozpustnost v krvi

vede k rychlému odeznění účinku (Svítek et al., 2012). První klinický příznak účinku oxidu dusného je pocit omámení, někdy parestézie horních a dolních končetin, nebo dutiny ústní, nastupuje pocit tepla, tlak krve a frekvence srdce nejdříve mírně stoupají, stejně tak i respirační frekvence, nastupuje periferní vazodilatace, u některých jedinců mírně klesá svalový tonus a může se objevit hyperakuzie – zvýšené sluchové vnímání (Svítek et al., 2012).

Regionální analgezie je aplikace lokálních anestetik různými způsoby (Pařízek, 2014). Princip lokální anestezie spočívá v blokádě bolestivých impulzů, které vedou z periferie do centrální nervové soustavy (Pařízek, 2014).

Infiltraci perinea a pochvy provádí lékař nebo porodní asistentka před epiziotomií nebo při ošetření ruptury pochvy a perinea, v porodnické praxi je regionální analgezie používána často ve druhé době porodní, k výhodám této metody patří technická a finanční nenáročnost, nevýhodou je nízká analgetická účinnost s následkem nedostatečné relaxace svalstva pánevního dna, navíc anestetikum snadno prostupuje placentou a ovlivňuje i plod, což bylo prokázáno u 1% lidokainu (Pařízek, 2012).

Infiltrace se provádí za pomoci lokálního anestetika, v pólu zadní komisury, ve tvaru vějíře po obou stranách předpokládané epiziotomie a infiltruje se vrstva podkoží přes fascii i svaly dna pánevního, účinek trvá přibližně 45 minut (Pařízek, 2012).

Pudendální analgezie je analgetická metoda, při které je lokální anestetikum aplikováno pomocí injekce ke stydkému nervu, kterým vedou bolestivé impulzy do dolního úseku míchy, aplikací anestetika dochází ke znečítlivění hráze a zevní třetiny pochvy (Pařízek, 2014). Aplikace pudendální analgezie je vhodná při spontánním porodu ve druhé době porodní, kdy vlivem této analgezie dochází k uvolnění pánevního dna a ochraně hlavičky plodu, naopak je kontraindikovanou metodou při anatomických nepravidelnostech pánve nebo při nebezpečí poranění vedoucí části plodu (Hájek et al., 2014). Indikací k pudendální analgezií je epiziotomie, předčasný porod, porod za použití kleští nebo vakuumextraktoru, nebo v případě, kdy je potřebné provést výraznější analgezií perinea (Hájek et al., 2014). Výhodou pudendální analgezie je technická nenáročnost a bezpečnost pro matku i plod, nevýhodou je, že neovlivňuje bolesti souvisící s děložními kontrakcemi (Pařízek, 2012). Pudendální analgezií lze aplikovat za pomoci transkutánního nebo transvaginálního přístupu, provádí ji porodník (Procházka et al., 2016).

Paracervikální analgezie představuje aplikaci lokálního anestetika do blízkosti nervových drah v oblasti hrdla děložního, kde dochází k přerušení bolestivých impulzů,

vedoucích z porodních cest do míchy a mozku (Pařízek, 2014). Paracervikální analgezie je vhodnou metodou k tlumení porodních bolestí v průběhu první doby porodní, avšak pro druhou dobu porodní je analgeticky bezvýznamná (Pařízek, 2012). Tuto analgetickou metodu je vhodné aplikovat při fyziologickém porodu a při tuhé či spastické porodní brance (Hájek et al., 2014). Kontraindikací k paracervikální analgezii je předčasný porod, hrozící hypoxie plodu, diabetes mellitus, vícečetná gravidita, preeklampsie, indukce porodu po termínu, hypotenze rodičky (Pařízek, 2012).

K výhodám paracervikální analgezie patří vysoká účinnost a technická nenáročnost provedení metody, nevýhodou je kromě analgetického působení pouze v první době porodní také vstřebávání lokálního anestetika do oběhu matky a plodu, kdy se po několika minutách v těle matky i plodu vytvoří vysoký poměr koncentrace místních anestetik (Pařízek, 2012).

Epidurální analgezie je metoda porodnické analgezie, při které se malé množství lokálního anestetika, často ve směsi s další látkou, aplikuje do epidurálního prostoru, což je oblast ležící vně míšních obalů (Hájek et al., 2014). Výsledkem epidurální analgezie je dočasné přerušení nervových vzruchů z porodních cest do míchy a do oblasti mozku, ve které se nachází centrum pro bolest (Pařízek, 2012). K indikacím pro epidurální analgezii patří porodní bolest a přání rodičky, onemocnění srdce a cév, plicní nemoci, oční nemoci, epilepsie, neuropathie, onemocnění jater, metabolické nemoci, závislost na drogách, vyčerpaná nebo úzkostná rodička (Drábková, 2011).

Indikace ze strany plodu zahrnují předčasný porod, intrauterinní růstovou retardaci, chronickou insuficienci placenty, polohu plodu koncem pánevním či vícečetné těhotenství, mezi jiné indikace se řadí indukce porodu, dystokie, protražovaný porod, stavy po operačních výkonech na děložním hrdle, předchozí rizikový porod, ukončení gravidity ve druhém nebo třetím trimestru a porod mrtvého plodu (Drábková, 2011).

Ke kontraindikacím epidurální analgezie patří alergie na používané lokální anestetikum, poruchy koagulace u rodičky, známky infekce v místě vpichu, nespolupracující rodička, hrozící hypoxie plodu, krvácení z porodních cest, absence pomůcek nutných k resuscitaci a chybějící vybavení pro monitoring (Procházka et al., 2016).

Podmínky pro aplikaci epidurální analgezie jsou, dilatace porodní branky na průměr 3–4 cm u prvorodičky a na průměr 2–3 cm u vícerodičky, vedoucí část plodu je vstoupá v pánevním vchodu, epidurální analgezie je aplikovaná 30 min. před nebo nejdříve 30 min. po protržení vaku blan, rodička je informovaná o analgetické metodě a možných komplikacích, svůj souhlas s provedením metody potvrdí podepsáním informovaného

souhlasu před samotným výkonem (Hájek et al., 2014). Porodní asistentka před aplikací epidurální analgezie zavede periferní žilní katétr k zahájení volumoterapie, jako prevence hypotenze po aplikaci lokálního analgetika, před zahájením výkonu a v průběhu porodnické analgezie opakovaně kontroluje hodnoty krevního tlaku, pulzu a senzomotorické funkce dolních končetin (Procházka, 2016). Před a po aplikaci analgezie provede porodní asistentka nejméně 20minutový záznam CTG, na kterém hodnotí srdeční frekvenci plodu, z důvodu prevence uteroplacentární hypoperfuze a hypoxie plodu, následkem poklesu systolického tlaku krve u matky (Procházka et al., 2016).

Vhodnou polohou pro aplikaci epidurální analgezie je poloha vleže na levém boku nebo vsedě s vyhrbenými zády, punkci epidurálního prostoru provádí anesteziolog za přísně aseptických podmínek (Jindrová et al., 2016). Po dezinfekci kůže a identifikaci vhodného místa provádí punkci epidurálního prostoru se zavedením epidurálního katetru, do kterého poté aplikuje analgetickou epidurální směs, která je většinou účinná po dobu 60–120 min. (Jindrová et al., 2016).

Subarachnoidální analgezie (synonyma: spinální, lumbální analgezie) je další metoda porodnické analgezie, při které je lokální anestetikum nebo analgetikum podáno do mozkomíšního moku a ovlivňuje šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách a v míše (Hájek et al., 2014). Subarachnoidální prostor je prostor mezi arachnoideou a tvrdou plenou a je vyplněn mozkomíšním mokem (Procházka et al., 2016). Subarachnoidální analgezi je možné aplikovat i při vaginálním nálezu, kdy je hrdlo děložní otevřené na více jak 6 cm, protože nástup analgetického účinku je rychlý a přetrvává po dobu 1–2 hodin, dávka je podána jednorázově bez zavedení katétru (Procházka et al., 2016). Výhodou této metody je také zachování motoriky u rodičky, aplikace menšího množství analgetika, s tím související menší farmakologické ovlivnění plodu a novorozence a technicky jednodušší provedení než u epidurální analgezie (Pařízek et al., 2012). Naproti tomu nevýhodou subarachnoidální analgezie je porušení bariéry, která ohraničuje mozkomíšní mok a centrální nervovou soustavu, což zvyšuje riziko infekce a vznik postpunkční cefalee z možného úniku mozkomíšního moku do extradurálního prostoru (Pařízek et al., 2012).

Kombinovaná subarachnoidální a epidurální analgezie je kombinací epidurální a subarachnoidální metody porodnické analgezie, kdy se po jednorázové aplikaci lokálního anestetika do spinálního prostoru zavádí epidurální katétr, tím se urychlí nástup analgezie a pomocí katétru je možné prodlužovat účinek analgezie (Procházka et

al., 2016). Výhody a nevýhody vyplývají z kombinace obou zmiňovaných analgetických metod (Pařízek et al., 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou zkušenosti rodiček s bolestí při porodu.

Cíl 2: Zjistit, jaké metody pomáhají ženám zvládat bolest při porodu.

2.2 Výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké mají rodičky zkušenosti s bolestí při porodu?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké druhy metod upřednostňují ženy při porodu?

2.3 Operacionalizace pojmů

K upřesnění cílů, týkajících se výzkumné části této bakalářské práce, definujeme tyto základní pojmy.

Zkušenosti rozumíme souhrn schopností, které jedinec získal opakovaným prováděním určité činnosti.

Porod je každé ukončení těhotenství, při kterém dochází k vypouzení plodu o minimální hmotnosti 500 gramů a více z těla matky, bez ohledu na to, zda se narodil živý nebo mrtvý. Nebo když plod s hmotností menší než 500 gramů přežije po dobu 24 hodin (Binder et al, 2011).

Bolest je nepříjemný smyslový a citový zážitek, spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně (Rokyta et al, 2012).

Rodička je název pro rodící ženu.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumného šetření

Pro výzkumnou část této bakalářské práce bylo použito metody kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat byla prováděná za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly na oddělení šestinedělí jedné pražské porodnice. Sběr dat byl uskutečněn v únoru 2017, všechny respondentky byly ujištěny o anonymitě a o dodržení etických zásad při zpracování dat, pouze pro účely této bakalářské práce. Svoji dobrovolnou účast na výzkumu potvrdily všechny respondentky podepsáním souhlasu, zhotoveného pro tento účel.

Rozhovory s respondentkami trvaly přibližně 30 min., po předchozím nahrávání na tablet byly následně přepsány do písemné podoby a analyzovány metodou barvení textu (Švaříček et al, 2007). Po zpracování dat byly vytvořeny dvě hlavní kategorie – Zkušenosti žen s porodní bolestí a Metody zmírňující porodní bolesti. První kategorie zahrnuje čtyři podkategorie (Zvládání bolesti, Informace o porodu, Představy o porodní bolesti, Vlastní zkušenost s porodní bolestí). Druhá kategorie obsahuje pět podkategorií (Nabídnuté analgetické metody, Zvolené analgetické metody, Účinnost analgetických metod, Nejefektivnější analgetické metody, Zájem porodní asistentky o porodní bolest).

Rozhovory obsahovaly 11 předem připravených otázek, přičemž první tři otázky byly identifikačního charakteru. Obsahovaly informace týkající se věku respondentek, jejich vzdělání a rodinného stavu. Otázky číslo 4 a 5 obsahovaly informace ohledně četnosti těhotenství a porodů a také informace o tom, zda bylo těhotenství plánované, či neplánované. Otázka číslo 6 zjišťovala, jakým způsobem přistupují ženy k bolesti obecně. Otázky číslo 7, 8 a 9 pojednávaly o porodní bolesti, jaké měly respondentky představy o porodní bolesti a jak se na porodní bolest připravovaly. Tyto otázky zahrnovaly také výpovědi ohledně jejich vlastních prožitků z porodní bolesti, zkušenosti rodiček s analgetickými metodami a s jejich účinností. V otázce č. 10 respondentky vypovídaly o tom, co jim nejvíce pomohlo při zvládání porodní bolesti.

Otázka číslo 11 zjišťovala informace ohledně nápomoci a přístupu porodních asistentek k rodičkám v problematice zmirňování porodních bolestí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří dvanáct žen, které rodily v jedné pražské porodnici a byly hospitalizovány na stanici šestinedělí v období prvních dnů po porodu. Rozhovory probíhaly v únoru 2017. Respondentky se pohybovaly ve věkovém rozmezí 25 až 38 let, devět žen rodilo poprvé, jedna byla druhorodička a dvě ženy rodily potřetí. Základní údaje o respondentkách jsou uvedeny v tabulce s identifikačními údaji. Pět respondentek mělo vysokoškolské vzdělání, čtyři středoškolské a dvě respondentky měly ukončenou vyšší odbornou školu. Devět respondentek udávalo, že jejich těhotenství bylo plánované, tři respondentky těhotenství neplánovaly, přesto informaci o něm přijaly pozitivně.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Stav	Grav/Para	Těhotenství
R1	34	SŠ	svobodná	I / I	plánované
R2	29	VŠ	svobodná	I / I	plánované
R3	32	VŠ	svobodná	I / I	plánované
R4	32	VŠ	vdaná	I / I	plánované
R5	30	SŠ	svobodná	I / I	plánované
R6	26	VŠ	svobodná	I / I	plánované
R7	33	VŠ	vdaná	II / II	plánované
R8	28	SŠ	rozvedená	I / I	neplánované
R9	25	SŠ	svobodná	I / I	neplánované
R10	33	VOŠ	vdaná	I / I	plánované
R11	37	VOŠ	vdaná	III / III	plánované
R12	38	SŠ	vdaná	III / III	neplánované

Zdroj: Vlastní

Respondentky se pohybovaly ve věkovém rozmezí 25 až 38 let. Pět respondentek (R1, R5, R8, R9, R12) absolvovalo středoškolské vzdělání, respondentky (R2, R3, R4, R6, R7) ukončily vysokoškolské studium a respondentky (R10, R11) vystudovaly vyšší odbornou školu.

Šest respondentek bylo svobodných (R1, R2, R3, R5, R6, R9) pět bylo vdaných (R4, R7, R10, R11, R12) a jedna respondentka byla rozvedená (R8).

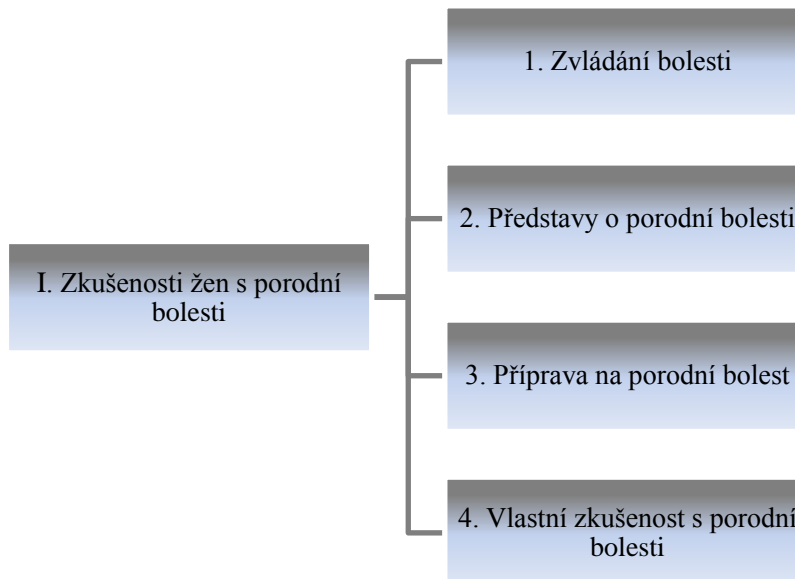
Devět respondentek rodilo poprvé a první bylo také jejich těhotenství (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) jedna respondentka rodila podruhé a podruhé byla těhotná (R7) a dvě respondentky (R11, R12) rodily po třetí.

Devět respondentek uvádělo, že těhotenství plánovaly (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R10, R11) tři respondentky těhotenství neplánovaly, ale informaci o něm přijaly pozitivně (R8, R9, R12).

4.2 Kategorizace dat v oblasti zkušeností žen s porodní bolestí

Ze získaných dat byla vytvořena kategorie Zkušenosti žen s porodní bolestí, která byla následně rozdělena na čtyři další podkategorie.

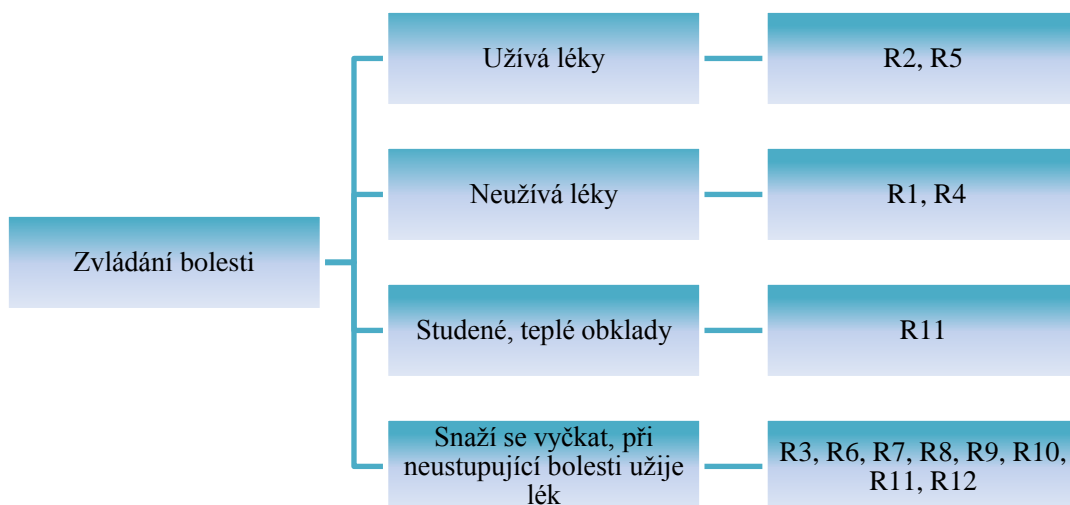
Schéma 1 Zkušenosti žen s porodní bolestí



Zdroj: Vlastní

Podkategorie Zvládání bolesti

Schéma 2 Zvládání bolesti



Zdroj: Vlastní

Tato podkategorie obsahuje informace o přístupu respondentek k bolesti obecně. Jakým způsobem se snaží bolest zmiřňovat, jejich vztah k analgetickým metodám při výskytu bolesti. Dvě respondentky (R2, R5) uvedly, že při výskytu bolesti obvykle užívají hned lék s analgetickým účinkem. Respondentky (R1, R4) naopak žádné léky proti bolesti neužívají. R4: *„Většinou se snažím bolest rozdýchat nebo zapomenout na ni.“* Šest respondentek (R3, R6, R7, R8, R9, R10) uvedlo, že se při bolesti snaží vyčkat, až trochu ustoupí, a až v případě neustupující bolesti užijí lék proti bolesti. R5 uvedla: *„Když mě bolí hlava a neustupuje to, tak si vezmu paralen nebo ibalgin, nebo když vím, že je to z únavy, tak se snažím prodloužit dobu spánku.“* R6 vypověděla toto: *„Nejdu si hned pro prášek, snažím se to nějak vyřešit, lehnu si nebo se napiju, a když bolest neustupuje, tak si vezmu prášek.“* R7 mluvila obdobně: *„Samozřejmě když je ta bolest mírná, tak počkám, ale když už to bolí hodně, tak si vezmu prášek.“* R8 řekla: *„Snažím se vydržet, ale když už to nejde, vezmu si prášek.“* R9 uvedla toto: *„Vždycky jsem to řešila klasika, růžová pomoc, ale teď během těhotenství jsem se naučila jít si třeba lehnout, dát si něco k pití a budu se snažit udržovat to tímto směrem. Ale jsou bolesti, které nejdou úplně ignorovat, takže když už se to nedá vydržet, tak si vezmu prášek.“* R10 řešila také nejdříve příčinu bolesti: *„Podle příčiny vzniku bolesti, když mě bolí hlava a málo jsem pila, tak piju, ale když bolest neustupuje, tak si vezmu prášek.“* R11 se také snažila využít nejdříve nefarmakologické metody tlumící bolesti. R11: *„Na bolesti moc netrpím, ale když se vyskytnou, tak zkouším nejdříve teplé nebo studené obklady, a teprve když ty nepomůžou, tak si vezmu analgetikum.“* R12 rovněž uvedla: *„Nejdříve hledám příčinu bolesti, když bolest neustupuje, vezmu si lék.“*

Podkategorie Představy o porodní bolesti

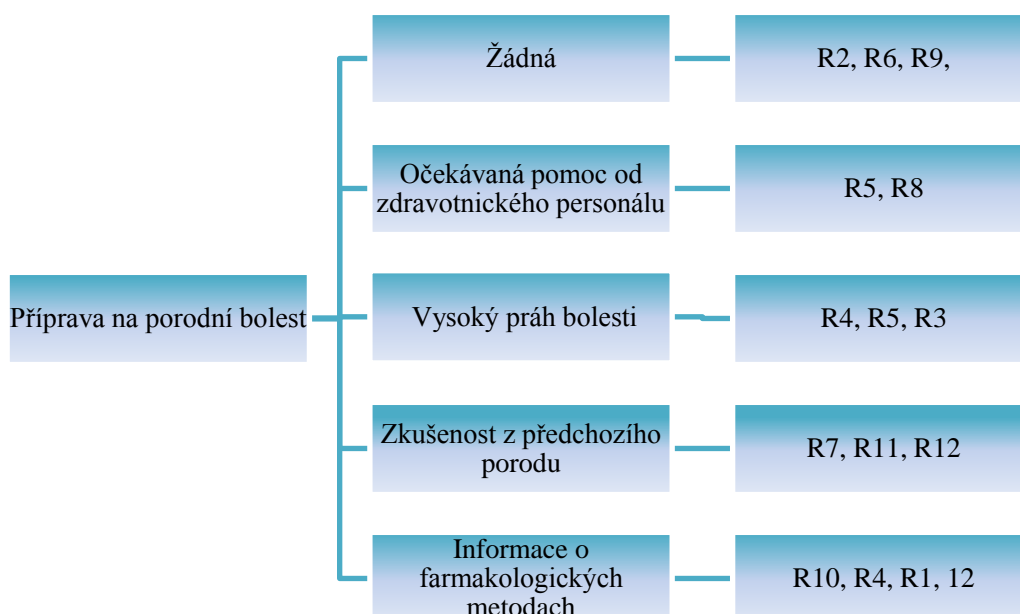
Tato podkategorie popisuje představy žen o porodní bolesti. Každá respondentka je popisovala jinak, ale všechny udávaly obavy a strach, které pociťovaly s blížícím se termínem porodu. R1 k tomu řekla: *„No ze začátku jsem měla z porodních bolestí strach, a když jsem byla v osmém měsíci těhotenství, tak jsem si říkala, že to budu muset přežít. Jinak jsem o ní nepřemýšlela a nepředstavovala jsem si ji, nechtěla jsem sebe ani dítě zbytečně stresovat.“* R2 uvedla, že její obavy z porodní bolesti zmiřňoval fakt, že z důvodu zdravotní indikace měl být její porod ukončen císařským řezem: *„Protože porod měl probíhat operačně, tak jsem se porodních bolestí neobávala, ale kdybych věděla, že budu rodit normálně, tak bych nad porodní bolestí přemýšlela, hlavně jestli*

to zvládnou a jak.“ R3 rodila o deset dní dříve před termínem porodu, z porodních bolestí měla také obavy: „*Obávala jsem se toho, jak to nastoupí, jak dlouho budou trvat ty kontrakce a hlavně jak je budu snášet, když bude porod trvat delší dobu. Nějaké informace o porodní bolesti jsem zjišťovala od známých, které rodily. Hlavně jak to zvládaly, jak to bolelo, ale většinou mi řekly, že je to strašně individuální. V porodním plánu, který jsem si původně plánovala sepsat, jsem chtěla zkusit stejně porod bez jakýchkoliv medikamentů, jen s využitím sprchy, míče a pohybu.*“ Svě představy o porodní bolesti popisuje i R4, vykonávající profesi farmaceuta, která není zvyklá užívat při výskytu bolesti léky. R4: „*Slyšela jsem, že to bude hodně bolet, ale nečekala jsem, že tolik. Vím o sobě, že něco vydržím, ale toto bylo opravdu hodně. Bolest, která se z mého pohledu nedá s ničím porovnat. Utěšovalo mě to, že to jednou skončí a že za ni bude ta odměna. Věděla jsem o možných farmakologických metodách, které porodní bolesti zmiňují, ale protože jsem nevěděla, jak ta bolest vypadá, tak jsem si naivně myslela, že to vydržím bez léků.*“ R5 uvedla, že neměla žádné představy o porodní bolesti, také nevěděla, co má očekávat. R5: „*Neměla jsem žádné představy o tom, jak to bolí, nevěděla jsem, co mám čekat, ale už v těhotenství jsem na ni myslela. Sama o sobě vím, že nejsem „bolestínek“, tak jsem se utěšovala, že to musím zvládnout.*“ Svě představy o porodní bolesti popisuje i R6: „*Tušila jsem, že to bolí, ale s tím člověk stejně nic neudělá. Mám kamarádky, co mají děti, tak jsme se tak spolu bavily, a stejně mi řekly, že je to pokaždé jiné. Ale žádná z nich tu bolest nedokázala k ničemu přirovnat, teď už sama vím, že je specifická a asi opravdu u každého jiná.*“ R7 měla o porodní bolesti jasné představy, rodila totiž podruhé, obavy uváděla spíše z délky porodu než z porodní bolesti. R7: „*Už jsem jeden porod zažila, takže jsem věděla, jak to bolí. Ten první porod byl předčasný a byl rychlý, ve 22.30 mi praskla voda a ve dvě byl venku. Tak jsem se bála, aby ten druhý porod nebyl moc dlouhý, ale ten byl taky rychlý.*“ Žádná z respondentek neměla konkrétní představu o porodní bolesti, ani R8 nevěděla, jak si má porodní bolest představit. R8: „*Trošičku jsem se bála toho, co bude, když to přišlo, tak jsem byla ráda, že to budu mít konečně za sebou. Možná jsem měla větší obavy z toho, jak to začne, než z té bolesti. Představovala jsem si spíš, že když ty kontrakce začnou, tak pojedou do porodnice a tam už zůstanu, nakonec jsem měla kontrakce dva dny a vždy, když jsem přijela do porodnice, tak mě poslali domů. Až třetí den si mě tam nechali.*“ R9 popisuje své představy o porodní bolesti takto: „*Když člověk poslouchá vyprávění známých o tom, jak rodily a jak strašně to bolelo, tak jsem si raději nechtěla nic představovat, ale ve skutečnosti to pro mě nebylo tak hrozné, jak*

jsem čekala. Asi proto, že jsem rodila docela rychle, bylo to tak rychlé, že jsem to ani nestačila všechno vnímat. Když už probíhaly kontrakce a byla jsem na sále, všechno bylo tak intenzivní, vždy jsem se soustředila na to, co mi říkali, že mám dělat, že najednou jsem měla po porodu.“ R10 také uváděla obavy ohledně svých představ o porodní bolesti. R10: „Porodní bolest jsem si představovala jako silnou a intenzivní, ale jestli myslíte, že jsem ji srovnávala s bolestí zubů nebo se žlučnickovým záchvatem, tak to ne. Hlavně každá známá, která porodila, ji popisovala jinak. A co je snesitelné pro jednoho, je nesnesitelné pro někoho jiného, takže jsem si ji asi nijak blíž nepředstavovala. Určitě jsem na ni víc myslela, jak se mi blížil termín mého porodu, ale zároveň jsem se těšila na chlapečka, takže ty pocity byly hodně smíšené. Obavy z bolesti, o dítě a radost s blížícím se příchodem syna na svět.“ R11 jako zkušená rodička uvedla svoji představu o porodní bolesti takto: „Před svým prvním porodem jsem si bolest nijak nepředstavovala, vlastně jsem si ji nijak nedokázala představit, před svým třetím porodem jsem už trochu věděla, co mě čeká, tudíž intenzita bolesti mě tolik nepřekvapila.“ R12 také uvedla, že její představy o porodní bolesti byly jasné. R12: „Moje představy o porodní bolesti byly velmi jasné, vzhledem ke zkušenostem z předchozích porodů, proto jsem se na porodní bolesti vůbec netěšila.“

Podkategorie Příprava na porodní bolest

Schéma 3 Příprava na porodní bolest



Zdroj: Vlastní

Schéma podkategorie ohledně přípravy respondentek na porod znázorňuje, jakým způsobem se rodičky snažily připravit na porodní bolest. Tři z dotazovaných (R2, R6, R9) uvedly, že se na porodní bolest nepřipravovaly vůbec. R2 k tomu řekla: „*Já jsem nad tím nepřemýšlela, tím že jsem byla psychicky nastavená na porod císařským řezem a do poslední chvíle se nevědělo, jakým způsobem se porod povede. Věděla jsem, že břicho mě po sekci bude také chvílku bolet, ale říkala jsem si, že to nebude taková bolest jako při kontrakcích. Tedy myslela jsem si to.*“ R6 o přípravě na porodní bolest vypovídala takto: „*V průběhu těhotenství jsem měla poslíčky, takže jsem věděla, že kontrakce není příjemná, ale že by se to nedalo vydržet, to se říct nedá. A jak to přicházelo, bolelo to, jasně, ale vždycky ta kontrakce trvala půl minuty a pak jsem měla chvílku na odpočinek. Mně přijde, že všechny ty negativní zážitky z toho porodu převýšilo to, jak jsem se těšila na malou. Ta radost z toho, že to všechno skončí a přijde ta odměna, byla větší než bolest. Takže jsem se ani nijak nepřipravovala, ale v podstatě ta euforie z mimina mi při zvládnání bolesti velmi pomohla.*“ Také R9 vypovídala o své nezkušenosti prvorodičky s porodní bolestí. R9: „*Spíš jsem byla zvědavá, jak to začne, jak to bude vypadat a jak to zvládnou, ale nijak zvlášť jsem se nepřipravovala. Hlavně se to nedá předvídat, jaká ta bolest bude, a ještě já jako prvorodička vůbec.*“ Dvě respondentky (R5, R8) při zmírňování porodní bolesti spoléhaly na pomoc a doporučení zdravotnického personálu. R5 uvedla: „*Každý ví, že bolest k porodu patří, ale dnes existují možnosti, jak zmírnit bolesti, a člověk trpět nemusí, když nechce, tak jsem si říkala, že při tom porodu mě nikdo trpět nenechá a že mi pomůžou, když to bude hrozné.*“ Podobně se o svých přípravách na porodní bolest vyjádřila i R8: „*Věděla jsem, že na porodním sále budou lékaři a sestřičky, kteří mi nabídnou, co bude vhodné pro mne, tak jsem na ně spoléhala.*“ Tři z dotazovaných (R4, R5, R3) v rámci příprav na porodní bolest spoléhaly kromě jiného i na svůj vysoký práh bolesti. R5 řekla toto: „*Opakovala jsem si, že to zvládnou bez léků, celé těhotenství jsem nebrala žádné léky, ani při bolestech hlavy a ani při porodu jsem nechtěla do sebe cpát chemii.*“ R7 měla jasnou představu o porodní bolesti, vzhledem k tomu, že už jeden porod absolvovala. Na otázku ohledně přípravy na bolest odpovídala jasně. R7: „*Věděla jsem, co mě čeká, jen jsem se obávala toho, aby to netrvalo příliš dlouho. Takže jsem se spíše než na bolest připravovala na fakt, že by porod mohl být dlouhý.*“ Čtyři respondentky (R10, R4, R1, R12) měly znalosti o možných farmakologických metodách, na které spoléhaly v rámci své přípravy na porodní bolesti. R1 uvedla: „*Něco jsem si přečetla na internetu o epidurální analgezii, kdyby bylo nejhůře, spoléhala jsem se na ni. Jinak jsem se na*

bolest nepřipravovala, nevěděla jsem vůbec, co mě čeká. R4 měla ze své profese farmaceuta větší znalosti o farmakologických metodách, i když jak sama zmínila, bolesti se snaží zvládat bez použití léků. R4: *„Ze své profese mám informace o analgetických metodách a zjišťovala jsem si i různé účinky léků, které se při porodu obvykle aplikují.“* Na farmakologické metody zmírňující bolest spoléhala i R10: *„Věděla jsem o možných metodách, kterými se dá bolest mírnit, a hlavně o epidurální analgezi, na kterou jsem spoléhala.“* R11 se také vyjádřila ohledně přípravy na porodní bolest: *„U třetího porodu jsem se na bolest připravovala spíše psychicky, protože už jsem věděla, jak to bude bolet. Rozhodně jsem se na tu bolest netěšila.“* R12 už měla zkušenosti s porodní bolestí, proto věděla o možných farmakologických metodách zmírňujících bolesti a také za přípravu na porodní bolest považovala předchozí zkušenosti. R12: *„Věděla jsem o možných farmakologických i nefarmakologických metodách z předchozích porodů. Ale že by mi to dodalo stoprocentní klid a zbavilo mě to úplně obav z porodní bolesti, to se říct nedá.“*

Podkategorie Vlastní zkušenost s porodní bolestí

V rámci této podkategorie uváděly respondentky svoje výpovědi, týkající se jejich vlastní zkušenosti s porodní bolestí. R1 svoji zkušenost popsala takto: *„Bolest při tom tlačení dítěte na svět pro mě nebyla tak hrozná jako ty kontrakce předtím. To jsem myslela, že to už nevydržím. Trvalo to dvanáct hodin, zpočátku byly mírné, pak se to stupňovalo. Ke konci byla mezi nimi minimální pauza a byla jsem už dost unavená.* R2, která měla родit císařským řezem, rodila nakonec vaginální cestou. Svoje zkušenosti s porodní bolestí popisuje takto: *„Myslím, že teď ještě hodně dlouho nebudu chtít další dítě, vzhledem k tomu, že mi porod vyvolávali, byla jsem po termínu a pomalu se to rozebíhalo, dávali mi různé léky. Říkala jsem si, že když už bylo rozhodnuto o tom, že mám родit spontánně, tak jsem měla trvat na tom, aby se porod rozeběhnul sám a neměla jsem jít do té indukce. Co jsem si pak přečetla, tak je to lepší i pro to dítě. Ty indukované kontrakce byly takové zvláštní bolesti vyzařující do zad a hodně nepříjemné.“* R3 popisovala svůj prožitek s bolestí při porodu následovně: *„Můj porod trval pět hodin, co je prý pěkná doba. Kontrakce se postupně zesilovaly, až když jsem měla pocit, že to už nevydržím, tak jsem měla tlačit a malá byla za chvíli na světě. Takže pro mě to bylo hodně intenzivní a silné, ale tím, že to postupovalo rychle, jsem měla více síly na zvládnání bolesti.“* O bolestech při indukovaném porodu vypovídá i

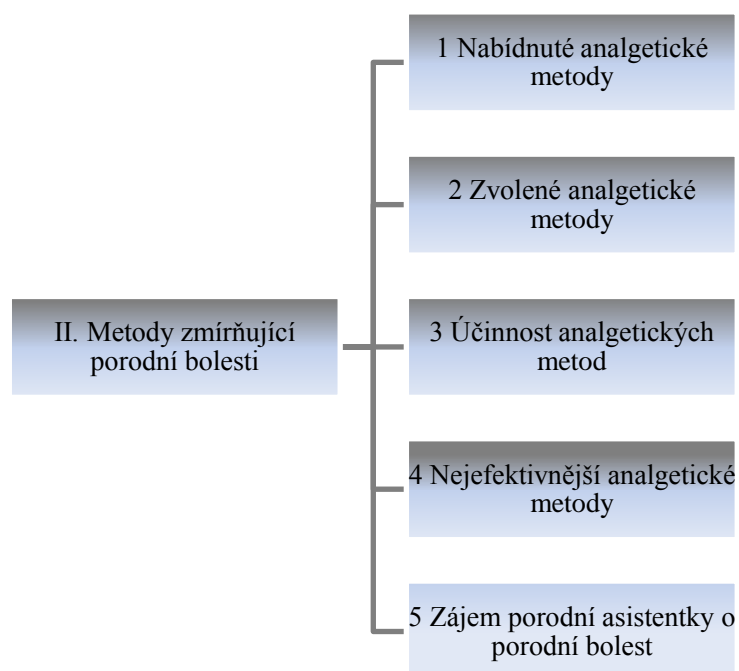
R4: „Porod mi vyvolávali, měla jsem málo plodové vody, kontrakce se pořád stupňovaly a tím, jak ten porod trval dlouho, nic jsem nejedla, tak jsem byla slabá. Mezi těmi kontrakcemi si nemůžete dát tak dlouhou pauzu, jakou byste si přála, abyste načerpala energii, takže spíš to bylo energeticky náročné. Na škále bolesti od 1–10 bych tu intenzitu bolesti popsala číslem 9. R5 popisovala svoji zkušenost s bolestí v průběhu porodu následovně: „Ta bolest pro mne byla hrozná. Ale byla jsem hodně dlouho ve sprše, která mi neskutečně pomohla. Přijela jsem do porodnice otevřená na osm centimetrů, byla ve sprše a pak mě vzali na porodní box. Potom to už bylo rychlé, cítila jsem nepříjemné tlaky na konečník a řekli mi, že můžu tlačit. To se mi ulevilo. R6 o své zkušenosti s porodní bolestí mluvila takto: „Já jsem rodila zpočátku normálně, ale skončilo to akutním císařským řezem. Nějak to nepostupovalo a po patnácti hodinách trvání porodu se rozhodli udělat císařský řez, protože malá začala mít špatný stav. Kontrakce jsem pociťovala hlavně v břiše, vyzařovalo to do kostrče a v oblasti pánve jsem cítila tlak, jako by se mi rozestupovaly kosti.“ R7 naopak uvedla, že bolestivější než kontrakce bylo pro ni ošetřování porodního poranění. Svoji zkušenost R7 popsala následovně: „Bolelo to, ale nejvíce mně bolelo to šití a bolí i teď. Jinak kontrakce mi začaly ve tři hodiny ráno po deseti minutách a pak se zkracovaly. Šla jsem na toaletu a zakrvácela jsem, tak jsme jeli do porodnice a byla jsem otevřená na osm centimetrů. Byla jsem ráda, že to budu mít za sebou. R8 uváděla, že kontrakce trvaly dlouho, ale byly snesitelné: „Kontrakce jsem měla doma dva dny, chodila jsem, vařila a dělala něco, to bylo ještě snesitelné, i když nepříjemné, ale dalo se to vydržet. Ale ten druhý den jsem už jenom chodila a ležela, ale nemohla jsem nic dělat, pak jsem byla ve sprše. Dvakrát jsem byla v porodnici a vždy mě poslali domů, až třetí den mě tady nechali a šla jsem rovnou na porodní sál, a to jsem do porodnice jela autobusem a přijela jsem otevřená na osm centimetrů. Skvělé bylo, že mi dovolili chvíli zůstat ve sprše, ta mi hrozně pomohla. R9 popsala své zkušenosti s bolestí při porodu takto: „Ty kontrakce byly nepříjemné, takové zvláštní křeče v oblasti břicha, vyzařující do pánve a dole. Naštěstí to postupovalo, otevírala jsem se prý docela rychle, bolelo to, ale když jsem věděla, že to jde, jak má, byly ty bolesti snesitelnější.“ Bolesti v průběhu indukovaného porodu prožila i R10: Mně nejdříve odtekla plodová voda a to bylo v deset hodin večer a po příjezdu do porodnice se do rána nic nedělo. Protože jsem byla lehce po termínu a ani ráno žádné kontrakce nenastoupily, tak mi začali porod vyvolávat prostaglandiny. Za šest hodin nato nastoupily kontrakce, které byly hodně nepříjemné tím, že vyzařovaly do zad a ani ony mi nepomohly moc s otevíráním porodních cest. Takže bolest, která

nevede k úspěšnému konci.“ R11, která absolvovala třetí porod, popisovala svoji zkušenost s porodní bolestí takto: „U mého prvního porodu mně prožitek z porodní bolesti velmi překvapil, v negativním slova smyslu, všechny mé porody byly vyvolávané, a tudíž nástup kontrakcí byl téměř okamžitý, a to v intervalu tři až pět minut. Žádný pozvolný nástup kontrakcí menší intenzity. U dvou následujících porodů byly také použity prostaglandiny k vyvolání porodu. Vždy mi začala odtékat plodová voda bez kontrakcí. Nástup kontrakcí u dalších dvou porodů byl také do deseti minut od zavedení tablety. Ale to už jsem tušila, co mě čeká, proto jsem už intenzitou bolesti nebyla zaskočená.“ R12 popisovala svoji zkušenost s porodní bolestí takto: „Všechny tři porody byly pro mne docela dlouhé. I ten poslední, na to, že jsem rodila potřetí, trval dlouho. V osm hodin ráno mi odtekla plodová voda a nastoupily kontrakce a malý se narodil až po třinácté hodině. Bolesti u všech porodů byly podobné, víc jsem pocítovala bolesti vyzařující do zad, byly moc nepříjemné.“

4.3 Kategorizace dat v oblasti zvládnání porodních bolestí

Z výzkumných rozhovorů, byla sestavená kategorie Metody zmírňující porodní bolesti, která byla rozčleněna na pět dalších podkategorií.

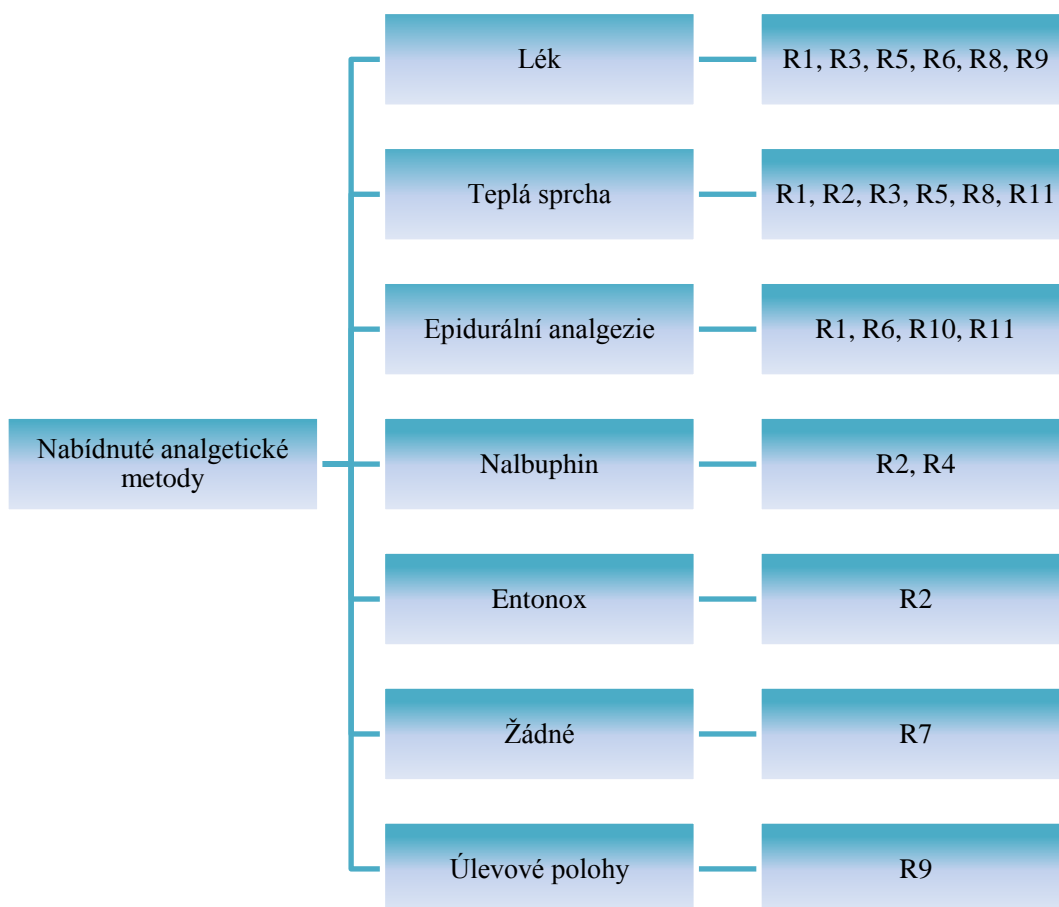
Schéma 4 Zvládnání porodní bolesti



Zdroj: Vlastní

Podkategorie Nabídnuté analgetické metody

Schéma 5 Nabídnuté analgetické metody



Zdroj: Vlastní

Tato podkategorie uvádí, jaké metody porodnické analgezie byly ženám při porodu nabídnuty. Šest respondentek (R1, R3, R5, R6, R8, R9) uvedlo, že jim byl po jejich předchozím souhlase podán lék, jehož název nevěděly. R1 uvedla: „Nabídl mi něco, nevím, jak se to jmenovalo. R3 o nabídnutém analgetiku vyprávěla takto: „Protože jsem se rychle otevírala, dali mě na porodní box a píchli mi tu injekci, potom se mi chtělo už jenom ležet. Ta injekce mě jenom utlumila a kontrakce jsem pociťovala stále dál.“ O neznámém léku mluvila i R5: „Po příchodu na porodní sál byly už kontrakce hodně nepříjemné a začala jsem pociťovat i větší tlaky směrem dolů, dali mi vykapat v infuzi nějakou látku proti bolesti, ale porodní asistentka mi řekla, že mi to úplně od bolesti neuleví, ale bolest bude pro mě lépe snesitelnější.“ R6 uvedla, že také nevěděla název léku, který jí byl aplikován. R6: „Než jsme přijeli na porodní sál, tak mi něco dali na oddělení, nevím přesně, co to bylo. To jsem byla otevřená na dva centimetry. Na sále mi píchli injekci, která mě spíš trochu utlumila. R8 uvedla: „Potom mi nabídli něco

proti bolesti, nevím, jak se to jmenovalo, ale mělo to prý pomoci v otevírání porodních cest.“ R9 popsala nabídnutou analgetickou metodu takto: *„Mně píchli do zadku nějakou směs, teď nevím čeho. Já jsem jen nechtěla, aby mi píchali cokoliv do zad.“*

Respondentky (R1, R2, R3, R5, R8, R11, R12) oceňovaly v průběhu porodu analgetický účinek teplé sprchy. R1 uvedla:

„Kromě té injekce mi nabízeli teplou sprchu a ta mi dělala dobře, to sezení na míči moc ne, ale ta sprcha byla fajn.“ R2 popisovala účinek sprchy následovně: *„Byla jsem i ve sprše, to mi pomáhalo lépe protrpět ty bolesti, ale bohužel ne dlouho, pak už jsem více času trávila na porodním boxu, kvůli té infuzi, kterou ten porod vlastně vyvolávali.“*

R3 mluvila o pozitivním účinku teplé sprchy takto: *„Zpočátku, hned po příchodu na porodní sál, jsem byla chvíli ve sprše, což bylo fajn. Ale protože jsem se rychle otvírala, dali mě za krátkou chvíli na porodní box.“*

R5 to popsala takto: *„Nejdříve jsem žádné léky na bolest nechtěla, protože mi bylo dobře ve vodě. Bylo to tak příjemné, že se mi ze sprchy nechtělo vůbec ven.“*

R8 uvedla: *„Skvělé bylo, že mi dovolili chvíli zůstat ve sprše, ta mi hrozně pomohla.“*

R11 také oceňovala účinek teplé sprchy: *„Při porodních bolestech mi nejvíce pomáhala sprcha, hodně teplá voda a poté epidurální analgezie.“* Čtyři z respondentek (R1, R6, R10, R11) uvedly epidurální analgezi jako další jim nabídnutou analgetickou metodu.

R1 vypovídala: *„Na sále mi nabídli epidurál, bylo to ještě na začátku porodu a bolesti byly pro mne snesitelné, tak jsem ho odmítla. V jednu chvíli jsem měla pocit, že už ty bolesti nevydržím, tak jsem porodní asistence řekla, že bych ho chtěla a porodní asistentka mi řekla, že jsem už skoro otevřená a už to dlouho nepotrvá. Že teď už ten epidurál není možné píchnout.“*

R6 mluvila o nabízené epidurální analgezi takto: *„Na sále se mě ptali, jestli nechci epidurální analgezi, říkali mi, že ta bolest bude horší. Pro mě ty kontrakce v tu dobu nebyly tak hrozné, ale za nějakou chvíli to bylo horší. Opět mi nabídli ten epidurál, ne jenom kvůli zmírnění bolesti, ale i kvůli tomu, že jsem se otvírala velmi pomalu. A prý epidurál pomáhá i v otevírání porodních cest.“*

Dvě respondentky (R2, R4) uvedly, že další analgetickou metodou, která jim byla nabídnuta, byl nalbuphin. R4 řekla: *„Kvůli lepšímu otevírání porodních cest mi nabídli nalbuphin, po kterém se prý lépe uvolním a nebudu bránit miminu v cestě na svět.“*

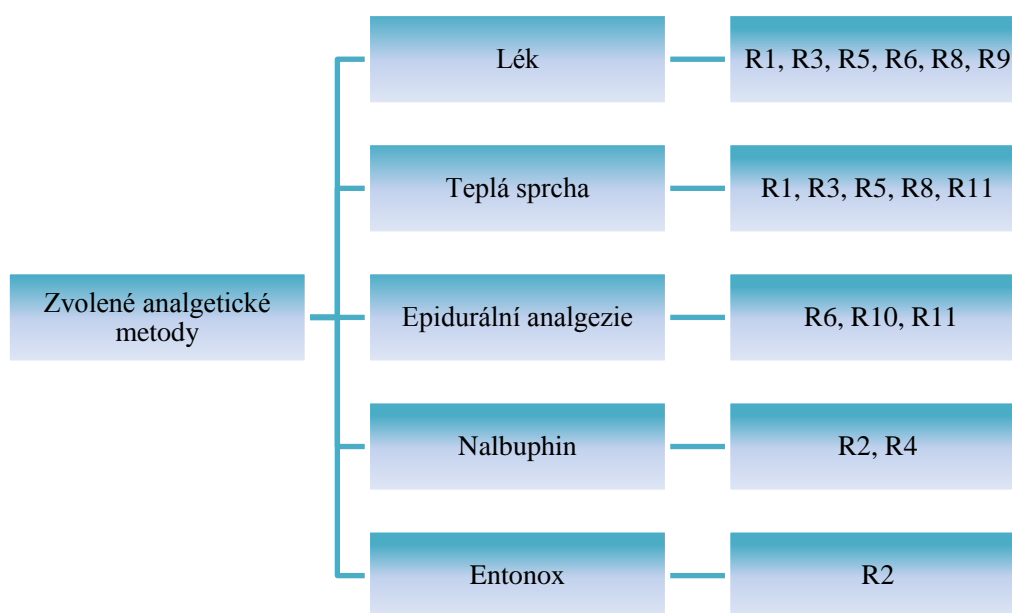
R2 uvedla, že další jí nabízenou analgetickou metodou byl také entonox. R7 uvedla, že jí nebyla nabídnutá žádná z analgetických metod.: *„Přišla jsem otevřená na osm centimetrů, a protože jsem byla druhorodička, řekli, že to bude rychlé. Takže mi nic nenabízeli, napíchli mi do ruky kanylu a chystali rychle věci k porodu. Všechno bylo moc rychlé.“*

R9 popisovala, že jí byly nabízeny

úlevové polohy. R9: „*Na sále mi nabízeli i různé metody polohování, ale já jsem raději ležela a to mi vyhovovalo nejvíce. Nebylo lehké se ani otočit, nebo zvednout.*“ Další nabídnutou metodu porodnické analgezie okomentovala i R10: „*Ještě na oddělení mi nabídli algifen na žílu, to by mi bylo klidně vystačilo na celý porod, tak moc se mi po něm motala hlava.*“ R11 k volbě ohledně epidurální analgezie mluvila takto: „*Nejdříve jsem myslela, že porod zvládnou bez využití medikamentů, ale poté, co jsem měla kontrakce po třech minutách a stále stejný nález při vaginálním vyšetření, mi byla po konzultaci s lékařem nabídnutá možnost využít epidurální analgezi.*“ R12 uvedla, že jí byla nabídnuta sprcha a nalbuphin, který si následně zvolila k zmírnění bolesti.

Podkategorie Zvolené analgetické metody

Schéma 6 Zvolené analgetické metody



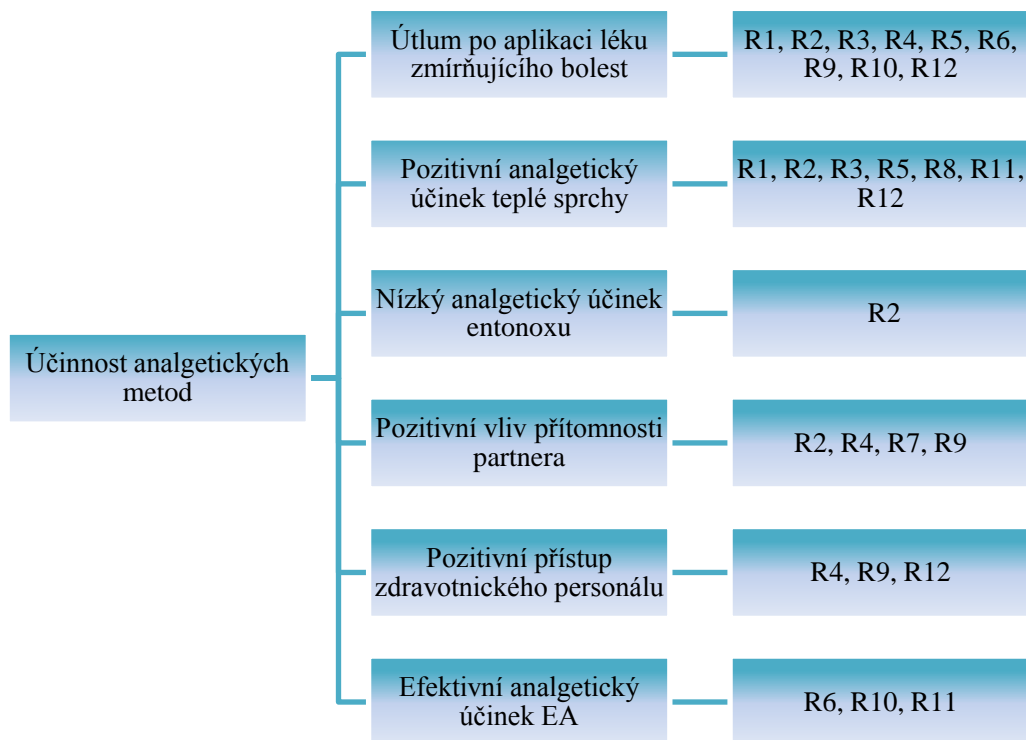
Zdroj: Vlastní

Tato podkategorie vypovídá o analgetických metodách, které se respondentky rozhodly využít při svém porodu k úlevě od porodních bolestí. Respondentky (R1, R3, R5, R6, R8, R9) využily nabízený lék, jehož název ženy neznaly. R3 to popisovala takto: „*Souhlasila jsem s tou injekcí, protože ty kontrakce byly dost nepříjemné a v tu chvíli mi bylo jedno, co to je.*“ R5 k výběru analgetické metody uvedla: „*Ta informace, že bolest bude po tom léku snesitelnější, mi stačila. I když jsem nevěděla jeho název, byla jsem ráda, že mi něco dali.*“ Pět respondentek (R1, R3, R5, R8, R12) při zvládnání porodních

bolestí oceňovaly pozitivní účinek teplé sprchy. R8 vypovídala: „*Porodní asistentka mě posílala do sprchy, doma mi to nepomáhalo, ale tady to zabralo, bolesti ve sprše byly pro mě lépe snesitelné.*“ Pro epidurální analgezi se rozhodly tři respondentky (R6, R10, R11). R10 svoji volbu popsala takto: „*A na porodním sále, i vzhledem k porodnímu nálezu, mi nabízeli epidurální analgezi a uvítala jsem ji, opravdu mi moc pomohla.*“ R11 svoji volbu analgetické metody komentovala takto: „*Rozhodla jsem se využít nabídku epidurální analgezie a bylo to velmi dobré rozhodnutí.*“ Tři respondentky (R2, R4, R12) si zvolily k mírnění porodní bolesti lék nalbuphin. R2 vyzkoušela i analgetický účinek entonoxu.

Podkategorie Účinnost analgetických metod

Schéma 7 Účinnost analgetických metod



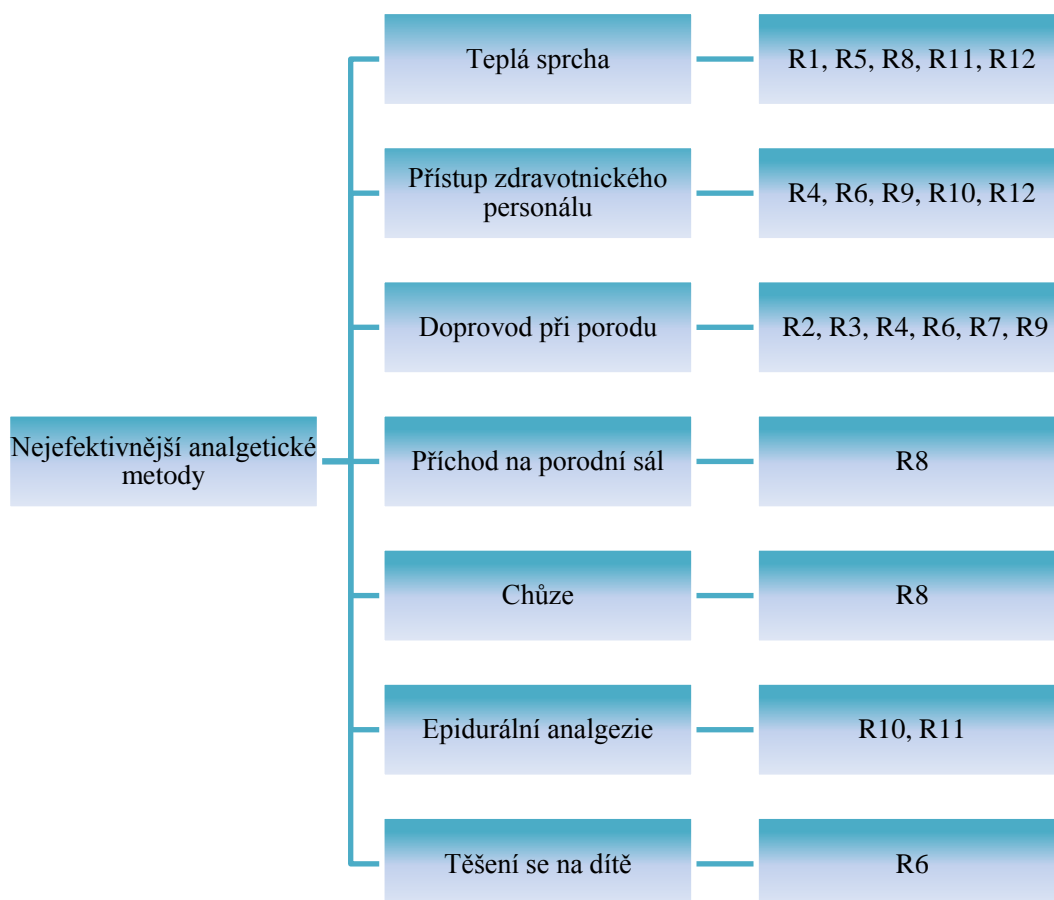
Zdroj: Vlastní

Podkategorie o účinnosti analgetických metod vypovídá o tom, jak účinné byly jednotlivé analgetické metody při zmiřování porodních bolestí. Devět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9, R10, R12) uvedlo útlum po podaných léčivech zmírňujících bolesti při porodu. R1 řekla: „*Spíš to na mě působilo jako panák, ale od bolesti mi to moc nepomohlo.*“ R2 popisovala účinek analgetické metody takto: „*Po té injekci jsem se cítila hodně omámená a při dýchání rajského plynu jsem nějakou*

výraznou úlevu taky nepociťovala. Měla jsem pocit, že ten na mě nijak nepůsobil.“ R3 svoji zkušenost s analgetikem popsala následovně: „Píchli mi tu injekci, potom se mi chtělo už jenom ležet. Ta injekce mne jenom utlumila a kontrakce jsem pociťovala stále dál.“ O útlumu po nalbuphinu vyprávěla i R4: „Ten nalbuphin mne hodně utlumil.“ R5 uvedla také únavu v kombinaci s podaným analgetikem: „Po tom léku v infuzi jsem byla hodně unavená. Pak už jsem jenom ležela, až do porodu. Jakýkoliv pohyb byl pro mne obtížný.“ R6 mluvila o účinku injekce s analgetickým účinkem takto: „Píchli mi injekci proti bolesti, po ní jsem se cítila jako po panáku tvrdého alkoholu nalačno.“ R9 řekla: „A ta směs příjemně zabrala, byla jsem taková oblnutá a chvíli jsem si zdřímla.“ R12 pociťovala také zvýšenou únavu po nalbuphinu. R12: „Nejsem moc zvyklá na léky, možná to bylo způsobeno i tím, ale potom jsem už jenom ležela a občas mě probral příchod kontrakce.“ Také R10 uvedla svoji zkušenost s analgetickými metodami. R10: „Asi to bylo kombinací toho algifenu a epidurálu, že po celou dobu pobytu na porodním sále se mi motala hlava a cítila jsem se hodně slabá.“ R2 uváděla také slabý až nepatrný analgetický účinek entonoxu. Čtyři respondentky (R2, R4, R7, R9) uvedly, že na ně velmi pozitivně působila přítomnost jejich partnera při porodu. R2 řekla: „Nejvíce mi pomohl doprovod.“ R4 uvedla jako účinnou psychologickou metodu při zmírňování porodních bolestí přítomnost svého manžela a milý přístup zdravotnického personálu: „Co mi pomáhalo, byla i přítomnost manžela a to, že všichni kolem mého porodu byli milí a chtěli mi pomoci.“ R9 uvedla: „Pomohlo mi to, že jsem tam měla partnera, který mi opravdu pomohl hodně jako psychická podpora a pak to, že lidi kolem toho porodu byli milí a vstřícní a opravdu profesionálové.“ Tři respondentky (R6, R10, R11) oceňovaly účinnost epidurální analgezie jako efektivní metody ke zmírňování porodních bolestí. R10 to popsala takto: „Díky epidurální analgezii jsem se otevřela na osm centimetrů za docela krátkou chvíli, a hlavně úleva od bolesti byla úžasná.“ R11 mluvila o pozitivním účinku epidurální analgezie. R11: „Moc jsem si ulevila a krásně se uvolnila a poté se porodní cesty plynule a rychle otevíraly.“

Podkategorie Nejeфекtivnější analgetické metody

Schéma 8 Nejeфекtivnější analgetické metody



Zdroj: Vlastní

V textu této podkategorie jsou uvedeny výpovědi respondentek o analgetických metodách, které ony samy při zmírňování porodních bolestí označily za nejeфекtivnější. Pět respondentek (R1, R5, R8, R11, R12) uvedly, že nejeфекtivnější analgetickou metodou při tlumení porodních bolestí byl pro ně účinek teplé sprchy. R1 o tom vypověděla toto: „Nejvíc mi pomohla sprcha, sama bych tomu před porodem nevěřila, ale je to tak.“ R5 řekla: „Teplá voda a sezení na míči mi pomohly nejvíc.“ R8 popisovala, že největší analgetický účinek měl na ni už jenom příchod na porodní sál, také sprcha a pohyb. R8: „Nejvíce mi pomohla sprcha a pohyb, ale hodně se mi ulevilo, už jenom když jsem přišla na porodní sál, že to už bude za mnou.“ Pět respondentek (R4, R6, R9, R10, R12) uvedlo, že nejeфекtivnější analgetickou metodou byl pro ně přístup zdravotnického personálu. R6 to popsala takto: „...porodní asistentka byla milá a hrozně sympatická.“ R12 uvedla také oporu porodní asistentky jako jednu z nejeфекtivnějších metod při

tlumení porodních bolestí. R10 jako nejefektivnější analgetickou metodu při svém porodu uvedla přístup zdravotnického personálu a epidurální analgezií. R10: *„Nejvíce mi pomohla epidurální analgezie a snaha porodní asistentky a lékařky, to, jak o mě pečovaly a radily mi se vším po celou dobu porodu.“* Respondentky (R2, R3, R4, R6, R7, R9) uvedly doprovod u porodu jako nejúčinnější analgetickou metodu. R3 k tomu řekla: *„Nejvíce mi pomohl asi partner, je to takové klišé, ale je to tak.“* Jediná R6 mluvila o těšení se své dítě jako o nejúčinnější analgetické metodě. R6: *„Mně připadá, že všechny ty negativní zážitky z toho porodu převýšilo to, jak jsem se těšila na malou. Ta radost z toho, že to všechno skončí a přijde ta odměna, byla větší než ta bolest.“*

Podkategorie Zájem porodní asistentky o porodní bolest

V této podkategorii respondentky uvedly, jakým způsobem se porodní asistentky zajímaly o jejich bolest v průběhu porodu. Všechny respondentky udávaly zájem porodních asistentek zmírnit intenzitu bolestí při porodu prostřednictvím různých metod. Zájem porodní asistentky o bolest popisovala R1 takto: *„Nabídla mi lék proti bolesti a všechno v průběhu porodu mi vysvětlovala krok za krokem. Se vším mi radila, co mám dělat, a co dělat nemám, jak mám dýchat a byla velmi vlídná.“* R2 mluvila o pomoci porodní asistentky takto: *„To, jak o mne pečovala, bylo příjemné. Nabízela mi úlevové polohy na lůžku, procvičovala se mnou dýchání, odpovídala mi na dotazy a byla milá. Ptala se mě, jak cítím úlevu po tom léku na zmírnění bolesti a navigovala mě při dýchání rajského plynu. Pak mi popisovala, jak se budou ty bolesti měnit, že až ucítím tlaky, tak už to nebude trvat dlouho, to mi hodně pomohlo.“* R3 také oceňovala profesionální přístup a cenné rady porodní asistentky při zvládání porodní bolesti: *„Pro mě bylo nejdůležitější, že byla vstřícná, ochotná a milá. Odpovídala mi na dotazy, navigovala mě, co mám jak dělat, jak mám dýchat a tlačit. Nabídla mi lék, který jsem měla předepsaný od lékaře, pak mi doporučila sprchu nebo změnu polohy. Dá se říct, že celou dobu se mnou komunikovala, jaká poloha by mi vyhovovala nejvíce, jestli nechci do sprchy a na míč.“* R4 popsala přístup porodní asistentky při tlumení porodní bolesti takto: *„Vysvětlovala mi vše, co se týkalo porodu. Nabízela mi lék ke zmírnění bolesti, úlevové polohy, sprchu. Když jsem měla nějaké dotazy, tak mi je vždy zodpověděla, ten den jsme tam byli první, takže měla hodně času se nám věnovat.“* R5 mluvila také o aktivitách porodní asistentky v souvislosti se zmírňováním porodní bolesti. R5: *„Ptala se mě, jak ty bolesti pociťuji, píchla mi tu injekci na zmírnění bolesti, nabízela mi*

sprchu, polohování. Snažila se mi říct, jak mám dýchat správně, a říkala mi, abych netlačila dřív, než budu úplně otevřená. Jinak ke mně pravidelně chodila a pomáhala mi se vším. Byla velmi milá.“ Vstřícnost a ochotu oceňovala u svojí porodní asistentky také R6. Také uváděla, že porodní asistentka sledovala efekt podané analgetické metody, poskytovala rady ohledně dýchání a úlevových poloh. Porod R7 měl rychlý průběh a na zmírňování bolesti, jak sama uvedla, nebyl čas. R7: *„Bylo to hrozně rychlé, snažily se vše nachystat k porodu, takže na nic nebyl čas.“* R8 vypovídala také o radách své porodní asistentky ohledně správného dýchání, v průběhu kontrakcí, ohledně tlačení a navigace v průběhu porodu. R8: *„Ptala se mě, jestli je ta bolest mírnější po té injekci, kterou mi píchla. Radila mi, jak mám dýchat v průběhu bolesti, což jsem také nevěděla a pomohlo mi to. V závěru porodu mi radila, jak mám tlačit. Mně seporodní asistentka u mého porodu líbila a šla mi vstříc. Na vše mi odpověděla, bylo skvělé, že tam byla se mnou.“* Ohledně aktivit porodní asistentky při zmírňování porodní bolesti mluvila podobně i R9: *„...zjišťovala, jaké ty bolesti jsou, ptala se mě, jestli ještě nepocituji tlaky. Nabízela mi polohování, sprchu, radila mi s dýcháním. Byla to hrozně příjemná slečna a bylo fajn mít někoho takového, kromě partnera, vedle sebe. Ona přesně věděla, co mám dělat, tak nějak jsem spoléhala na ni.“* R10 vypovídala podobně: *„Pečovala o mě vlídná a milá porodní asistentka, sledovala účinky epidurální analgezie, radila mi ohledně dýchání, povzbuzovala mě a dodávala mi optimismus.“* R11 popisovala zájem porodní asistentky o její bolest při porodu takto: *„Porodní asistentka u každého mého porodu byla velmi empatická, milá a prostě úžasná osoba, které jsem naprosto věřila a vždy jsem se snažila dělat, co mi radí – sprcha, poloha při monitoru, poloha na tlačení, jak tlačit, snažila se mě vždy správně navádět. Ptala se mě, jak často mám bolesti a jestli se dají ještě zvládnout třeba vleže, nebo už je musím prodýchávat a chodit si u toho. Po celou dobu porodu se mě ptala, jak vše zvládám a jaké jsou kontrakce.“* R12 o pomoci porodní asistentky v souvislosti se zmírňováním porodní bolesti mluvila takto: *„Byla velmi milá a empatická, nabízela mi polohy, které by mi pomohly lépe zvládat kontrakce, ptala se mě, jak zvládám bolesti, byla mi oporou po celou dobu porodu.“*

5 Diskuze

Porodní bolest má fyziologický původ, je účelná a opodstatněná, i přesto dnes většina rodiček očekává možnost využít tlumení porodních bolestí za pomoci účinných analgetických metod (Hanáková et al., 2015).

Ve výzkumné části této bakalářské práce byly vytyčeny dva cíle. Úkolem prvního cíle bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti rodiček s bolestí při porodu. Druhý cíl zjišťoval, jaké metody pomáhají ženám zvládat bolesti v průběhu porodu. Pro výzkumné šetření byla využita kvalitativní metoda, sběr dat probíhal formou rozhovorů, které byly provedeny s jedenácti respondentkami v průběhu prvních dnů po porodu na oddělení šestinedělí. Úvodní otázky se týkaly identifikačních údajů respondentek. Další skupina otázek byla zaměřena na informace týkající se zkušenosti rodiček s porodní bolestí a metod, které jim pomohly zvládat bolesti v průběhu porodu.

Z výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny dvě hlavní kategorie. První z nich obsahovala informace týkající se zkušeností žen s porodní bolestí. Tato kategorie byla následně rozčleněna na čtyři další podkategorie, ve kterých je popisováno, jakým obvyklým způsobem zvládají ženy výskyt běžných bolestí. Jaké představy měly budoucí rodičky o porodní bolesti a zda se na porodní bolest nějakým způsobem připravovaly. V další podkategorii je popisováno, jak ženy líčily své vlastní zkušenosti s bolestí při porodu. Druhá kategorie zahrnovala informace týkající se metod porodnické analgezie. Kategorie byla rozčleněna na dalších pět podkategorií, které popisovaly analgetické metody, nabídnuty ženám v průběhu porodu, které z těchto metod si rodičky zvolily, jak byly efektivní z pohledu žen, které z metod považovaly za neúčinnější a jakým způsobem se o jejich porodní bolesti zajímala porodní asistentka.

Na začátku výzkumného šetření bakalářské práce jsme se zajímaly o to, jaký je obecný přístup žen k bolesti. Většina z nich (R3, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12) udávala, že s využitím farmakologických metod k tišení bolesti čekají až do chvíle, kdy jsou přírodní metody neúspěšné. Pouze dvě respondentky (R1, R4) uvedly, že léky při výskytu bolesti neužívají vůbec. U dvou dalších (R2, R5) byl lék proti bolesti první volbou. Všeobecný postoj žen k tlumení bolesti může vypovídat o jejich citlivosti vůči bolesti a schopnosti snášet bolestivé projevy. Bolest je nepříjemný smyslový vjem a její zvládnutí je ovlivněno individualitou jedince, přičemž porodní bolest, jak ji označil J. J. Bonica, je jednou z nejintenzivnějších prožitků v životě ženy (Pařízek et al., 2012).

V návaznosti na tuto otázku nás také zajímalo, jaké měly respondentky představy o porodní bolesti. Takács (2015) uvádí, že intenzita porodní bolesti, zaznamenaná rodičkami prostřednictvím vizuální analogové škály, byla vyhodnocena jako bolest vyšší, či vysoké intenzity. I když měly respondentky v průběhu svého života jisté zkušenosti s bolestí, na otázku týkající se představ ohledně porodní bolesti většina z nich odpověděla, že si bolest nijak nepředstavovala. Ve výpovědi respondentek ohledně představ porodní bolesti se však často opakovala slova strach a obavy. Hájek (2014) popisuje strach z porodu, tzv. tokofobii, jako typickou fobii vyskytující se v těhotenství, kdy s blížícím se termínem porodu dochází ke stupňování strachu. Větší míru strachu udávaly prvorodičky, u kterých sehrávalo zásadní roli také to, že neměly žádnou předchozí zkušenost s bolestí tohoto typu, obávaly se tedy neznámého.

Toto zjištění potvrdila i R7, která jako druhorodička uvedla, že věděla, co ji čeká v souvislosti s porodní bolestí, bála se však toho, aby porod netrval příliš dlouho. R11 rodila potřetí a měla předchozí zkušenosti s porodní bolestí, proto se už porodní bolestí necítila zaskočena jako u prvního porodu. Strach a obavy však udávala i ona, konkrétně z průběhu porodu a možných komplikací. Také R12, která rovněž rodila potřetí, uvedla, že ani zkušenosti z předchozích porodů a její znalosti ohledně metod porodnické analgezie ji nedokázaly úplně zbavit obav z nastávajícího prožitku porodní bolesti. Můžeme se tedy domnívat, že obavy z porodu a bolesti jsou asi přirozené. Čtyři respondentky (R3, R9, R6, R10) si tvořily představy o porodní bolesti za pomoci informací od svých známých, které už rodily, ale bylo jim řečeno, že zkušenosti s prožitkem porodní bolesti jsou velmi individuální. R1 se představou o porodní bolesti nechtěla stresovat, ale s blížícím se termínem porodu na ni stejně myslela častěji. Převážná část žen si už v těhotenství uvědomuje, že porodní bolest pro ně nebude příjemným zážitkem. Snaží se na bolest nemyslet, ale obavy z ní prožívá skoro každá těhotná žena. Jak uvádí Hanáková (2015), s blížícím se termínem porodu každá těhotná žena porodní bolesti očekává.

Zajímalo nás proto, jakým způsobem se ženy na porodní bolest připravovaly. Je pozoruhodné, že i když respondentky ve svých výpovědích uváděly obavy a strach z charakteru a intenzity porodní bolesti, většina z nich se na bolest nijakým způsobem nepřipravovala. Přitom jak uvádí Takács (2015), dostatečný přísun informací ohledně zvládnání porodní bolesti snižuje obavy z bolesti hlavně u prvorodiček.

Tři respondentky (R2, R6, R9) uvedly, že neabsolvovaly žádnou přípravu ohledně zvládnání porodní bolesti. R2 jako důvod uvedla porod plánovaný císařským řezem, u

kterého si pooperační bolest představovala jako méně intenzivní než porodní bolest v průběhu vaginálního porodu, nakonec rodila vaginální cestou. Cítila se touto informací zaskočená a na příchod a zvládnání porodní bolesti nepřipravená. Tři respondentky (R3, R4, R5) spoléhaly na svůj vysoký práh bolesti, nakonec byly intenzitou porodních bolestí stejně zaskočeny. Délka trvání porodních bolestí překvapila R8, která uvedla, že kontrakce pociťovala dva dny a až třetí den byla přijatá do porodnice. Dvě respondentky (R5, R8) při tišení porodních bolestí spoléhaly na pomoc zdravotnického personálu. Zkušenosti z předchozího porodu jako dostatečnou přípravu na bolest uváděly R7 a R11. Pouze pět respondentek (R10, R4, R1, R11, R12) mělo informace o farmakologických metodách, které zmírňují porodní bolesti. Také nás zajímalo, jak popisovaly respondentky svoji vlastní zkušenost s porodní bolestí. Skoro všechny ženy mluvily o porodní bolesti jako o nepříjemném zážitku. Některé se dokonce vyjádřily, že další dítě jen tak brzo chtít nebudou. Každá z nich však popisovala svoji zkušenost s bolestí trochu jinak. R1 uvedla, že nejbolestivější bylo pro ni prořezávání hlavičky. O bolesti silné intenzity a frekvence v rámci porodu indukovaného prostaglandiny vypovídaly čtyři respondentky (R2, R4, R10, R11). Tři respondentky (R3, R5, R9) popisovaly porodní bolesti jako intenzivní, ale z důvodu rychlého průběhu porodu lépe snesitelnější. Jediná R7 vypověděla, že bolestivější než kontrakce bylo pro ni ošetřování porodního poranění. O porodní bolesti stejného charakteru v průběhu všech třech porodů mluvila R12, která je popisovala jako nepříjemné bolesti vyzařující do oblasti zad.

V souvislosti se zkušenostmi rodiček s porodní bolestí nás zajímaly také jejich zkušenosti s metodami porodnické analgezie. Jak uvádí Hájek (2014), ženy by měly mít dostatek informací a jistou představu o metodách tlumících porodní bolesti a daná porodnice by jim měla být schopná zajistit tolik způsobů porodnické analgezie, aby byla uspokojena přání většiny z nich. Na základě informací získaných z výzkumného šetření jsme zjistily, že šest respondentek (R1, R3, R5, R6, R8, R9) využilo nabízenou farmakologickou metodu, avšak tyto ženy ani po porodu nevěděly, jaký lék jim byl aplikován. V rámci nabízených metod porodnické analgezie byla sedmi respondentkám (R1, R2, R3, R5, R8, R11, R12) nabídnuta teplá sprcha, R9 byly nabídnuty úlevové polohy, R7 v souvislosti s rychlým průběhem porodu nebyla nabídnuta žádná z analgetických metod. Čtyřem respondentkám (R1, R6, R10, R11) nabídl zdravotnický personál epidurální analgezi, tři respondentky (R2, R4, R12) vypovídaly o nabídce nalbuphinu, R2 byla nabídnuta inhalace entonoxu.

Názory na tlumení porodních bolestí jsou různé. Od zastánců přirozeného vedení porodu až po ty, kteří považují využití farmakologických metod k tišení bolesti za naprosto normální součást porodu. Málek (2011) uvádí, že navzdory faktu, že mnoho žen je schopných zvládnout porod bez farmakologického tlumení porodních bolestí, využívají ve většině případů metody porodnické analgezie. Osobně se domnívám, že zásadní je individuální zkušenost ženy s porodní bolestí. Zajímavé bylo i naše zjištění plynoucí z výpovědí respondentek ohledně účinnosti využitých analgetických metod, kdy většina z nich (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9, R10, R12) uvedla, že po aplikaci léku k zmírnění bolesti pociťovaly spíše jenom únavu a útlum, z čehož pramenilo i jejich zklamání. Jediná respondentka R6 uvedla, že ji únava nevadila, naopak že toho využila a trochu si zdřímla. Podle Raudenské (20104) by ženy neměly myslet nerealisticky, že se díky medicíně zbaví veškerého utrpení, ale potřebují načerpat informace a reálně nahlížet na problematiku porodních bolestí v souvislosti s porodem a narozením dítěte. Sedm respondentek (R1, R2, R3, R5, R8, R11, R12) vypovídalo, že v rámci účinnosti analgetických metod v průběhu porodních bolestí byla pro ně velkým přínosem teplá sprcha. Čtyři respondentky (R1, R5, R8, R11) se o ní vyjádřily jako o jedné z neúčinnějších metod porodnické analgezie. Z farmakologických metod uváděly spokojenost s účinkem epidurální analgezie tři respondentky (R6, R10, R11), přičemž dvě z nich (R10, R11) vypověděly, že tato metoda byla pro ně neúčinnější analgetickou metodou v průběhu porodu. Naopak s nízkým analgetickým účinkem entonoxu nebyla spokojená R2, která jako neúčinnější metodu při tlumení porodních bolestí uvedla přítomnost svého doprovodu při porodu. Vůbec překvapivé bylo zjištění, že při zmírňování porodních bolestí šest respondentek (R2, R3, R4, R6, R7, R9) uvedlo jako neúčinnější metodu porodnické analgezie přítomnost partnera při porodu. Přístup zdravotnického personálu byl vnímán jako velmi efektivní metoda porodnické analgezie čtyřmi respondentkami (R4, R6, R10, R9). R8 uvedla jako účinnou analgetickou metodu, už samotný příchod na porodní sál. Jediná R6 uvedla, že nejefektivnější metodou v rámci tlumení porodních bolestí bylo pro ni těšení se na dítě. V poslední otázce výzkumného šetření jsme od respondentek zjišťovaly, jakým způsobem se o porodní bolest zajímala porodní asistentka. Všechny respondentky se o péči porodních asistentek vyjadřovaly pozitivně. Výpovědi rodiček se často opakovaly. Respondentky (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R10) uvedly, že porodní asistentka sledovala efekt účinku farmakologické metody, kterou si ženy zvolily k tlumení bolesti. Většina respondentek uvedla, že jim porodní asistentka nabídla i nefarmakologické metody

zmírňující bolest, jako např. úlevové polohy, teplou sprchu, míč, rady týkající se správného dýchání v průběhu porodu. Téměř všechny porodní asistentky informovaly rodičky o průběhu jednotlivých porodních dob, navigovaly je při tlačení, odpovídaly na dotazy respondentek, pečovaly o ně a byly jim k dispozici kdykoliv, kdy to ženy potřebovaly v průběhu celého porodu. U žádné z respondentek nebyla porodní asistentkou zjišťována intenzita bolesti pomocí měřicí škály. Jediná R4 uvedla, že na škále bolesti 1–10 by porodní bolest ohodnotila číslem 9. Jak uvádí Takács (2015), nejčastěji využívaný způsob, kterým se měří intenzita porodní bolesti, je verbální sdělení rodičky, které zahrnuje i emoční a sociokulturní faktory, pokud se zaměřujeme pouze na hodnocení intenzity porodní bolesti, využívají se škály bolesti, např. vizuální analogová škála, numerická stupnice nebo ikonické stupnice. Škály bolesti by měly být součástí sesterské dokumentace na porodním sále.

Ve výzkumném šetření této bakalářské práce byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Zkušenosti s porodní bolestí popisovaly všechny ženy různě, avšak většina z nich byla charakterem a intenzitou tohoto specifického druhu bolesti nepříjemně zaskočená. Převážná část žen využila ke zmírňování porodních bolestí nabídnuté farmakologické i nefarmakologické metody porodnické analgezie, přičemž větší analgetický účinek připisovaly nefarmakologickým metodám. Většina žen uváděla jako efektivní metodu porodnické analgezie přítomnost partnera při porodu a pozitivní přístup zdravotnického personálu.

Domníváme se, že porodní bolest je pro budoucí rodičky spojená s jistými obavami. Hlavně u žen, které přivádějí na svět své první dítě. Z vlastní zkušenosti vím, že žena už v průběhu těhotenství na porodní bolesti myslí a obává se jejich intenzity a charakteru. Z výsledků výzkumného šetření můžeme konstatovat, že většina žen v průběhu těhotenství nechce přemýšlet nad porodní bolestí a předem se stresovat představami o ní. Snad proto většina respondentek neabsolvovala žádnou přípravu ke zvládnutí porodních bolestí. Důležité je odborné působení porodních asistentek v rámci přípravy žen na porodní bolest, a to už v období těhotenství. Čímž je možné u těhotných žen snížit pocity strachu a obav z bolesti při porodu.

6 Závěr

Porodní bolest je pro rodící ženu jedním z nejintenzivnějších zážitků v jejím životě. Většina těhotných žen se porodní bolesti obává, pro mnohé z nich je to doposud neznámá zkušenost. Na druhou stranu ji skoro každá těhotná žena očekává, protože je součástí zrození nového života. Porodní asistentka doprovází ženu v průběhu porodu, provádí odborné úkony související s průběhem porodního děje, poskytuje ženě potřebné informace, pomáhá jí při zvládnání porodních bolestí a zajímá se o její aktuální stav a potřeby. Za současného uplatnění lidského přístupu a umění empatie.

Výzkumné šetření této bakalářské práce mělo stanovené dva cíle. První cíl zjišťoval, jaké jsou zkušenosti rodiček s porodní bolestí. Druhý cíl byl zaměřený na metody, které pomáhají ženám zvládat bolesti při porodu. Ze stanovených cílů vyplynuly následně dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka hledala odpovědi na to, jaké mají rodičky zkušenosti s bolestí při porodu. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké druhy metod upřednostňují ženy při porodu. Pro výzkumnou část práce bylo použito metody kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo dvanáct žen, které rodily v jedné pražské porodnici a které se nacházely na stanici šestinedělí v období prvních dnů po porodu. Výsledky výzkumu byly následně rozděleny do dvou kategorií, Zkušenosti žen s porodní bolestí, a Metody zmírňující porodní bolesti, které byly poté rozčleněny do dalších podkategorií. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že ženy v průběhu těhotenství nechtěly přemýšlet nad porodní bolestí. Protože představy o porodní bolesti v nich evokovaly obavy a pocity strachu. Většina žen se však na zvládnání porodní bolesti ani žádným způsobem nepřipravovala. Charakterem a intenzitou bolestí při porodu byla většina z nich zaskočena. Převážná část žen využila k tlumení porodních bolestí nabídku farmakologických metod, i když to původně některé z nich neměly v úmyslu. Přesto většina žen uvedla, že po aplikaci farmakologických metod významnou úlevu od porodních bolestí nezaznamenaly. Naopak, větší analgetický účinek připisovaly nefarmakologickým metodám, mezi které řadily i přítomnost partnera při porodu a pozitivní přístup zdravotnického personálu. Pomoc porodní asistentky při zvládnání porodních bolestí hodnotily všechny respondentky velmi pozitivně. Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence i pro porodní asistentky.

7 Přílohy

7.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Souhlas respondentky s účastí na výzkumu

Příloha 2 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 3 – Seznam tabulek a schémat

Příloha 1

Žádost o spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Monika Michálková a jsem studentka třetího ročníku oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s žádostí a spolupráci za účelem sběru dat pro svoji bakalářskou práci. Ujišťuji Vás, že se získanými daty bude zacházeno podle platných etických norem a, se zachováním anonymity.

Bakalářskou práci pod názvem:“ Zkušenosti rodiček s bolestí při porodu.“ Vypracovávám pod vedením Paní PhDr. Drahomíry Filausové

Děkuji.

V Praze

Podpis studentky.....

Podpis respondentky.....

Příloha 2

Otázky rozhovoru s respondentkami

1. Věk
2. Vzdělání
3. Stav
4. Para/gravidita
5. Plánovala jste toto těhotenství?
6. Co obvykle děláte při bolesti?
7. Jaké jste měla představy o porodní bolesti? Jak jste se připravovala na bolest?
8. Jak byste popsala svůj vlastní prožitek bolesti?
9. Jaké metody k tlumení porodní bolesti Vám byly nabídnuty, které jste volila a jak byly účinné?
10. Co Vám nejvíc pomohlo při zvládnání porodních bolestí?
11. Jak Vám byla nápomocná porodní asistentka v souvislosti se zvládnáním porodních bolestí?

Příloha 3

Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek	30
Schéma 1 Zkušenosti žen s porodní bolestí	31
Schéma 2 Zvládání bolesti	31
Schéma 3 Příprava na porodní bolest	34
Schéma 4 Metody zmírňující porodní bolesti	38
Schéma 5 Nabídnuté analgetické metody	39
Schéma 6 Zvolené analgetické metody	41
Schéma 7 Účinnost analgetických metod	42
Schéma 8 Nejefektivnější analgetické metody	44

8 Seznam zkratek

CTG	kardiotokograf
Např.	například
VOŠ	vyšší odborná škola
SŠ	střední škola
VŠ	vysoká škola
TENS	transkutánní elektrická nervová stimulace

9 Seznam použité literatury

1. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vydání. Praha: GRADA Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
2. BARTUNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: GRADA publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BINDER, T. et al., 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. BINDER, T. et al., 2015. *Porodnická propedeutika*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií. 136 s. ISBN 978-80-7414-994-8.
5. BLÁHA, J. 2013. *Porodnická anestezie v Česku. - jak jsme na tom?* Lékařské listy. 7. s. 13. ISSN: 1805-2355
<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/porodnicka-anestezie-v-cesku-471722>.
6. BRASH, P. et al., 2015. *Klinická anesteziologie: Překlad* 6. vydání. Praha: GRADA Publishing. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
7. DRÁBKOVÁ, J. 2011. *Porodní analgezie*. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum. Praha: Národní lékařská knihovna. Č 6, s. 1–12. ISSN 1212-3048.
8. DICK – READ, G. 2013. *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth*, Pinter @Martin. ISBN 978-1-78066-055-4.
9. DUŠOVÁ, B. 2007. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Zdravotně – sociální fakulta. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.
10. FRITZ, S. 2014. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snazší porod a pro miminka*. Praha: Barevný svět. 96 s. ISBN 978-80-903543-4-0.

- 11 GERLICHOVÁ, M. 2014. *Muzikoterapie v praxi. Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: GRADA Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-9172-2.
- 12 GOGELA, J., VEBERA, Z., 2013. *Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou*. Česká gynekologie. 78. (3), s. 27 – 28. ISSN 1210-7832.
- 13 GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ml., M. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: GRADA Publishing. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 14 GRÓNICKA, J, 2011. *Léčivá moc doteků*. Praha: Jan Vašut s.r.o. 159 s. ISBN 978.80.7236.751.1.
- 15 HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví. 3. přepr. a dopl. vydání*. Praha: GRADA Publishing. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 16 HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká Česká kniha o matce a dítěti, 2. aktualizované vydání*. Brno: Albatros Media. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 17 JINDROVÁ, B. et al., 2016. *Praktické postupy v anestezii. 2. přeprac. a dopl. vydání*. Praha: GRADA Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-5612.
- 18 KOUTNÁ, Z. 2014. *Porodní asistentka a porodní bolest*. Sestra [online]. 24 (4), 41-42 ISSN 1210-0404 Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/>
- 19 KRATOCHVÍL, S. 2009. *Klinická hypnóza. 3. aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: GRADA Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-2549-9.
- 20 LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: GRADA Publishing. 988+5 s., barevné přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
- 21 MÁLEK, J. et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: GRADA Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
- 22 MATLOCH, Z., MATLOCHOVÁ, S. 2013. *Porodnická analgezie z pohledu anesteziologa – zkušenosti z praxe ve Velké Británii*. Anesteziologie a intenzivní

medicina. 24 (2), 102 – 106. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie - intenzivní - medicina – clanek/ porodnicka – analgezie – z – pohledu – anesteziologa – zkušenosti – praxe – ve – Velké – Británii 40347>.

23 PAŘÍZEK, A. et al., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2. vyd.* Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

24 PAŘÍZEK, A. 2014. Program INKA – porodní analgezie „na míru“. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Roč. 79, č. 3, s. 198-205. ISSN 1210-7832; 1805-4455.

25 PROCHÁZKA, M., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc s.r.o. 243 s. ISBN978-80-906280-0-7.

26 RAUDENSKÁ, J. 2014. *Význam a hodnota porodní bolesti*. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 16. s. ISBN 978-80-87-347-17.

27 ROKYTA, R. et al., 2012. *Bolest*. Přepracované doplněné vydání. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 748 s. ISBN 978-80-87323-02-1.

28 ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patofyziologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: GRADA Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

29 SAMKOVÁ, A. 2011. *Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky*. *Moderní babičství*. Č 20, s. 24 – 29. ISSN 1214-5572.

30 SVÍTEK, M. et al., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví 2*. Kamenice: Mother – Care – Centrum – Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. 199–206. ISBN 978-80-7262-893-3.

31 SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd.* Praha: GRADA Publishing. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

- 32 ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: GRADA Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-32237.
- 33 ŠVARŤÍČEK, R et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 34 TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127.
- 35 ZEMANOVÁ, J., ZOUBKOVÁ, R., 2012. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. Ostrava: Univerzita v Ostravě. 61 s. ISBN 978-80-7464-113-8.
- 36 ZACHAROVÁ, M. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: GRADA Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 37 DAILY MAIL, 2015, *Latest way to avoid pain of childbirth? Hypnotise yourself!*. [online]. 13-13 [cit. 2016-12-01]. ISSN 03077578.
- 38 MACRAE, F. 2014. *Water births can be deadly, warn doctors*. Daily Mail [online] 19-19 [cit. 2016-11-29]. ISSN 03077578.
- 39 HENDERSON, READSOW, J., 2016. *Worries About Labor and Birth: A Population-Based Study of Outcomes for Young Primiparous Women*. Birth: Issues in Perinatal Care [online]. **43**(2), 151–158 [cit. 2016-12-01]. DOI: 10.1111/birt.12219. ISSN 07307659.
- 40 ALLEN, V., *Don't feel failure for using pain relief in labour, mothers told*. Daily Mail [online]. 15-15 [cit. 2016-12-02]. ISSN 03077578.
- 41 KARGER, S. 2014. Gynecol Obstet. Invest. 78(4) 50-244. [cit. 2017-02-11] doi: 10.1159/000365085.
- 42 MASOUMEH. N., et al., 2014. *Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain*. IRAN J PHARM RES Articles from Iranian Journal of Pharmaceutical Research IJPR are provided here courtesy of Shahid

Beheshti University of Medical Sciences. 13(3): 1011–1018 [cit. 2017-02-12].
PMC4177623. PMID: 25276203.